

БОЛѢЗНИ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ

Д-РА **Б. ШРЕДЕРА,**

ПРОФЕССОРА ГИНЕКОЛОГИИ ВЪ ЭРЛАНГЕНѢ.

ПЕРЕВОДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО

Ек. Маляревской,

СЛУШАТЕЛЬНИЦЫ ЖЕНСКИХЪ МЕДИЦИНСКИХЪ КУРСОВЪ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ И СЪ ПРИМѢЧАНІЯМИ

ДОМОЩНИКА ДИРЕКТОРА С.-ПЕТЕРБУРГСКАГО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ ИМПЕ-
РАТОРСКАГО ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ДОМА И КОНСУЛЬТАНТА ЖЕНСКОЙ КАЛИНИНСКОЙ ГОРОД-
СКОЙ ВОЛЬНИЦЫ.

Д-ра **И. М. Тарновскаго.**

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание **А. М. Котомина.**

1876.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 23 мая 1876 г.

Типографія А. М. Котомина. У Обуховскаго моста, д. № 93.

ДВУРОГАЯ МАТКА



ПРЕПАРАТЪ И. М. ТАРНОВСКАГО

(Снимокъ съ Фотографии)

БОЛѢЗНИ
ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ

Д-ра **К. ШРЕДЕРА.**

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
Предисловіе редактора	XI
Гинекологическое изслѣдованіе.	
Историческій обзоръ	3
Примѣчаніе ред.	5
Положеніе больной	6
Примѣчаніе ред.	8
Ручное изслѣдованіе	9
Наружное изслѣдованіе	9
Примѣчаніе ред.	10
Внутреннее изслѣдованіе	11
Примѣчаніе ред.	12
Двойное изслѣдованіе	13
Примѣчаніе ред.	17
Изслѣдованіе посредствомъ зонда	18
Примѣчаніе ред.	24
Расширеніе маточной шейки съ діагностической цѣлью	28
Примѣчаніе ред.	32
Изслѣдованіе посредствомъ зрѣнія	34
Примѣчаніе ред.	39
Волѣзны матки.	
Пороки развитія	45
Совершенное отсутствіе или рудиментарное развитіе матки	46
Примѣчаніе ред.	49
Uterus unicornis съ добавочнымъ недоразвитымъ рогомъ или безъ него	50
Uterus duplex	51
Uterus bicornis	52
Примѣчаніе ред.	53
Uterus septus	54

	Стр.
Uterus foetalis et infantilis	55
Врожденная атрофія матки	56
Примѣчаніе ред.	58
Зарощеніе отверстія матки, рукава и наружныхъ частей. Haematometra, Hydrometra	59
Приобрѣтенная атрезія	61
Односторонняя Haematometra при раздвоеніи полового канала	73
Суженіе матки	80
Примѣчаніе ред.	86
Гипертрофія матки	91
Примѣчаніе ред.	94
Гипертрофія шейки	94
Гипертрофія влагалищной части	95
Гипертрофія надвлагалищной части шейки	100
Примѣчаніе ред.	106
Гипертрофія средней части шейки	109
Атрофія матки	114
Паренхиматозное воспаленіе матки	117
Острое воспаленіе матки	117
Хроническое воспаленіе матки. Инфаркты матки	122
Примѣчаніе ред.	124
Примѣчаніе ред.	145
Воспаленіе слизистой оболочки. Endometritis	151
Острый эндометритъ	151
Хроническій эндометритъ. Катарръ матки	154
Катарръ всей слизистой оболочки, т. е. преимущественно полости матки	155
Примѣчаніе ред.	165
Катарръ канала шейки. Estropium зѣва матки. Увеличенные фолликулы	167
Слизистые полипы	173
Фолликулярная гипертрофія маточныхъ губъ	177
Ссадины и язвы губъ	180
Простая ссадина	180
Сосочковая ссадина	182
Фолликулярная ссадина	183
Ulcus phagedaenicum sive corrodens uteri	184
Шанкръ влагалищной части	184
Примѣчаніе ред.	185
Смѣщенія матки. Искривленія и наклопенія	185
Примѣчанія ред.	187
Примѣчаніе ред.	197
Примѣчаніе ред.	225
Отклоненіе матки въ стороны	246
Чрезмѣрная подвижность матки	247
Опушеніе и выпаденіе матки	249

	Стр.
Примѣчаніе ред.	274
Повышеніе матки	282
Выворотъ матки	283
Грыжа матки ✕	289
Фиброзныя опухоли матки (міомы, фиброміомы, лейоміомы)	290
Фиброма тѣла матки	297
Фиброма шейки	303
Примѣчаніе ред.	315
Примѣчаніе ред.	319
Фиброзныя полипы	331
Кисты матки.	339
Сосочковыя опухоли матки	340
Ракъ шейки матки	344
Примѣчаніе ред.	358
Ракъ тѣла матки	367
Примѣчаніе ред.	372
Саркома матки	373
Саркома паренхимы матки	376
Бугорчатка матки	379
Эхинококки матки	380
Гистералгія	381
Мѣсячныя очищенія и ихъ измѣненія	382
Примѣчаніе ред.	383
Нормальныя мѣсячныя очищенія	384
Примѣчаніе ред.	392
Аменоррея	398
Меноррагія	400
Дисменоррея	402
Dismenorrhoea membranacea. Decidua menstrualis	404
Болѣзни фаллопиевыхъ трубъ	408
Пороки развитія	408
Неправильности трубныхъ отверстій	408
Суженіе и зарощеніе фаллопиевыхъ трубъ съ ихъ послѣдствіями	409
Кровотеченія фаллопиевыхъ трубъ	414
Воспаленіе трубъ	415
Измѣненіе положенія трубъ	416
Новообразованія трубъ	416
Болѣзни яичниковъ	418
Недостатки развитія	418
Полный недостатокъ развитія; зачаточное развитіе; увеличеніе числа яичниковъ	418
Гиперемія и геморрагія	419
Воспаленіе яичника	420
Примѣчаніе ред.	424

	Стр.
Смѣщенія яичниковъ; грыжи яичниковъ	427
Ощущеніе яичниковъ	430
Новообразованія въ яичникахъ. Кисты и кистозиды	431
Примѣчаніе ред.	472
Овариотомія	473
Способы перевязки ножки	488
Способъ при двухстороннемъ страданіи яичниковъ	492
Прим ред.	498
Дермоидныя кисты.	510
Твердыя опухоли яичниковъ	514
Ракъ яичника	517
Саркома яичника	519
Папиллома яичника	520
Бугорчатка яичника	520
Болезни маточныхъ связокъ и окололежащихъ частей	
брюшины	520
Болезни круглыхъ связокъ	520
<i>Hydrocele lig. rotundi</i>	521
Периметритъ или тазовой перитонитъ и параметритъ	522
<i>Perimetritis, Pelveoperetritis</i>	523
<i>Parametritis</i>	537
Прим. ред.	542
<i>Haematocele retrouterina</i>	546
<i>Haematocele anteuterina</i>	561
Тромбъ или гематома соединительной ткани.	562
Опухоли тазовой брюшины и тазовой вѣтчатки	562
Кисты	562
Миома, фиброма и фибромиома	563
Ракъ и бугорчатка	563
Болезни влагалища	
Пороки развитія	564
Совершенный недостатокъ или рудиментарное развитіе влагалища	564
<i>Vagina unilateralis</i>	564
<i>Vagina septa</i>	565
Врожденная малость влагалища	565
Зрощеніе влагалища.	566
Острое катарральное воспаленіе влагалища	566
Крупозное и дифтеритическое воспаленіе влагалища.	568
<i>Paravaginitis phlegmonosa dissecans</i>	570
Хроническій катарръ влагалища	571
Прим. ред.	574
Выпаденіе влагалища.	575
Кисты влагалища,	580
Прим. ред.	582

	Стр.
Фибромы влагалища	583
Полипы влагалища	583
Карциномъ влагалища	584
Саркома влагалища	585
Туберкулезъ влагалища	685
Инородныя тѣла во влагалищѣ	585
Прим. ред.	586
Энтофиты и Энтозои	588
Прим. ред.	588
Поврежденія влагалища	589
Мочеполовые свищи	589
Прим. ред.	604
Влагалищно-блѣшечныя фистулы	606
Вагинизмъ	608
Другіе спазмы влагалища	613
Прим. ред.	613
Болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ	618
Недостатки развитія	618
Прим. ред.	623
Гипертрофія	624
Катарръ	625
Грыжи	627
Элефантіазъ	628
Lupus	630
Папиллярныя разрошенія. Кондиломы	630
Кисты	631
Липома	362
Фиброма	632
Карцинома	633
Саркома	635
Неврома	635
Тромбъ или гематома	635
Разрывы промежности	635
Прим. ред.	638
Зудъ наружныхъ половыхъ частей	641
Копчиковая боль	643
Прим. ред.	645

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Нельзя сказать, чтобы въ послѣднее время мало появлялось у насъ хорошихъ руководствъ по гинекологіи, какъ оригинальныхъ, такъ и переводныхъ, а потому безъ сомнѣнія не эта причина заставила насъ взяться за редакцію перевода руководства профессора Шредера.

Отдѣльные трактаты, излагающіе болѣе или менѣе обширные научно-практическіе вопросы, ограничиваясь предѣлами извѣстной рамки, не могутъ касаться другихъ различныхъ отдѣловъ науки, не менѣе важныхъ; при томъ множество мелкихъ, хотя не менѣе интересныхъ вопросовъ, не допускаютъ отдѣльной обработки безъ непосредственной связи съ другими. Критическія статьи конечно могутъ шире относиться къ извѣстнымъ вопросамъ и затрогивать болѣе отдаленныя и темныя ихъ стороны; но этотъ отдѣлъ гинекологической литературы у насъ еще мало развитъ, вслѣдствіе чего всякая критическая статья мало-мальски не хвалебнаго содержанія уже считается полемическою. Этотъ способъ отношенія къ дѣлу, по нашему мнѣнію, у насъ въ настоящую минуту несвоевремененъ и по малой мѣрѣ неудобенъ. Руководства у насъ издаются преподавателями въ помощь слушателямъ. Издавать руководство, не имѣя слушателей, поэтому вообще не практично, а у насъ и тѣмъ болѣе.

Принявъ во вниманіе эти доводы, мы рѣшились избрать иной путь: мы рѣшились редактировать съ прибавленіемъ примѣчаній одно изъ лучшихъ руководствъ. Такой способъ намъ кажется вполне удовлетворяющимъ цѣли по обширности дѣла и уже окончательно безобиднымъ.

Руководство Пр. Шредера одно изъ такихъ, гдѣ въ сжатомъ видѣ довольно подробно изложено почти все, что было сдѣлано по гинекологіи за послѣднее время. Его нельзя упрекнуть и въ недостаткѣ критики, но главное его достоинство по нашему мнѣнію заключается въ томъ безпристрастіи, съ которымъ авторъ относится къ спорнымъ и еще не разрѣшеннымъ вопросамъ. Вотъ почему мы выбрали его для перевода между многими другими, появившимися за послѣднее время какъ въ Германіи, такъ и во Франціи.

Мы не предполагаемъ на основаніи нами высказаннаго, что насъ заподозрятъ въ честолюбивыхъ замыслахъ пополнять руководство Пр. Шредера. Мы не имѣемъ этого въ виду, хотя руководство изложено дѣйствительно кратко. Наша цѣль — высказать то, что намъ пришлось видѣть, надѣ чѣмъ пришлось подумать, къ чему пришли мы путемъ собственнаго наблюденія и практики.

Извѣстно, что націонализмъ нигдѣ такъ вредно не вліяетъ какъ въ наукѣ. Исторія представляетъ не мало примѣровъ, что люди весьма ученые до того увлекались націонализмомъ, что игнорировали работы, достойныя полнаго вниманія и уваженія, лишь только потому, что эти послѣднія были не отечественнаго происхожденія. Съ развитіемъ цивилизаціи этотъ пагубный принципъ исчезаетъ понемногу. Но вмѣсто него родился другой, правда не столь вредный для развитія науки, но тѣмъ не менѣе тормозящій ее. Мы говоримъ о вліяніи научныхъ школъ. Вліяніе школъ особенно замѣтно въ Германіи. Въ силу ученія извѣстной школы является особый взглядъ на дѣло. Хотя въ сущности нельзя

назвать вообще недостаткомъ такого рода вліяніе, но съ другой стороны такое почвенное, такъ сказать, вліяніе остается не безъ послѣдствій на общій ходъ развитія науки. Извѣстно, насколько пагубно отражается на развитие гинекологіи, какъ науки, чисто практическое, утилитарное направленіе американской и отчасти англійской школы, хотя въ свою очередь оно принесло громадную пользу своимъ отрезвляющимъ дѣйствіемъ на другія до того исключительно анатомо-патологическія школы и значительно подвинуло извѣстные отдѣлы этой науки. Вліяніе французской гинекологической школы сороковыхъ и пятидесятыхъ годовъ, нашего столѣтія принесло наукѣ еще болѣе вреда. Нѣмецкая школа со всеми ея подраздѣленіями — школа исключительно научная: она принесла безъ сомнѣнія наиболѣе серьезную пользу гинекологіи, поставивъ ее на чисто научную почву, но съ другой стороны такое исключительное направленіе сдѣлало то, что практическая сторона дѣла стала здѣсь менѣе развиваться и летальная прогностика нѣмецкихъ гинекологовъ, постановленная на основаніи точной и строгой научной діагностики и принятыхъ способовъ леченія, не разъ оказывалась ошибочною подъ руками англійскихъ и американскихъ практиковъ, къ полному конечно удовольствію больныхъ.

Въ руководствѣ Пр. Шредера, при всемъ безпристрастіи автора, невольно кое-гдѣ проглядываетъ это вліяніе школы. Дѣйствительно, чтобы быть свободнымъ отъ вліянія школы нужно или развиваться вдали отъ ея вліянія или быть необыкновеннымъ человѣкомъ—геніемъ. Мы, русскіе гинекологи, поставлены именно въ эти первыя условія. У насъ въ Россіи еще нѣтъ гинекологическихъ школъ, по крайней мѣрѣ въ настоящемъ смыслѣ этого слова. Мы можемъ относиться вполне индеферентно ко всякой школѣ и вліяніе ея можетъ быть въ такомъ случаѣ явленіемъ уже

исключительно индивидуальнымъ. Вотъ еще одна изъ причинъ, почему мы рѣшились взять на себя редакцію этой книги.

Если мы сочли нужнымъ кое-гдѣ пополнить редактируемое руководство, то эти пополненія составляютъ изслѣдованія русскихъ врачей, изданныя на русскомъ языкѣ и по этому самому оставшіяся неизвѣстными автору руководства.

Мы не вездѣ могли оставаться согласными со взглядами автора на нѣкоторые отдѣлы гинекологіи. Составивъ себѣ путемъ практики и многихъ наблюденій нѣкоторыя убѣжденія относительно гинекологической терапіи, мы считали себя не только въ правѣ, но даже обязанными изложить въ примѣчаніяхъ эти выводы. Если эти примѣчанія не много прибавятъ, можетъ быть, къ свѣденіямъ, изложеннымъ въ текстѣ, то ни въ какомъ случаѣ, полагаемъ, не умалятъ достоинства книги. Нѣкоторыя изъ примѣчаній мы нашли нужнымъ пояснить рисунками.

Хирургическое направленіе современной гинекологической терапіи, принятое этою наукою въ послѣднее время, принесло уже не мало пользы и обѣщаетъ доставить еще большую. Оваріотомія — эта чисто хирургическая операція, остается почти исключительно въ рукахъ гинекологовъ, и входитъ все болѣе и болѣе во всеобщее употребленіе. Въ виду этого мы рѣшились пояснить изложеніе этой операціи въ текстѣ рисунками, взятыми изъ книги нашего русскаго оваріотомиста и упомянуть о способѣ и результатахъ ея производства у насъ, что оставалось неизвѣстнымъ автору руководства. Мы не рѣшились далѣе углубляться въ область гинекологической хирургіи, имѣя передъ собою изданіе перевода книги Гегара и Кальтенбаха, появленію которой мы вполнѣ сочувствуемъ въ виду современнаго направленія гинекологіи.

Гинекологическое изслѣдованіе.

ИСТОРИЧЕСКІЙ ОБЗОРЪ.

Гинекологическое изслѣдованіе въ томъ видѣ, какъ оно производится въ настоящее время, есть дитя нашего вѣка. Безъ зеркала, зонда и способа двойнаго изслѣдованія, съ однимъ простымъ ручнымъ изслѣдованіемъ влагалища и шейки матки только посредствомъ пальца, мы были бы безсильны для распознаванія болѣзней матки и окружающихъ ее частей.

Методы изслѣдованія древнихъ были крайне скудны. Впрочемъ Soranus, одинъ изъ лучшихъ изслѣдователей своего времени, ясно и точно отличавшій влагалище отъ матки, въ III главѣ своего сочиненія описываетъ матку, ея положеніе, форму и отдѣльныя части ея и дѣлаетъ важныя замѣчанія относительно ея заболѣваній „Morbo laborans in consensum rapit ventriculum et meninges“, онъ описываетъ pudendum muliebre s. sinus muliebris „velut intestinum, in quo etiam coitus fieri solet“), онъ также былъ знакомъ съ изслѣдованіемъ посредствомъ пальца, зонда (по крайней мѣрѣ съ введеніемъ его во влагалище, гдѣ онъ „ad imum usque penetrat“) и съ маточнымъ зеркаломъ (*διωπτρισμός*), посредствомъ котораго онъ узнавалъ, откуда происходило кровотеченіе: изъ влагалища или матки. Онъ говоритъ также о дифференціальной діагностикѣ тазовыхъ опухолей и отличаетъ беременность и водянку отъ плотныхъ новообразованій, которымъ даетъ одно общее названіе *μῆλη* (mola). Послѣднія онъ отличаетъ отъ водянки тѣмъ, что онѣ не ускользаютъ изъ подъ руки, не уступчивы при давленіи и не даютъ при постукиваніи ни тимпаническаго звука, ни зыбленія (*fluctuatio*).

Какъ ни важны эти свѣдѣнія для такого отдаленнаго времени,

онѣ однако не были распространены между современниками и впоследствии были совершенно забыты. Только въ концѣ XVII столѣтія, когда лучшіе французскіе врачи возвели акушерство на степень спеціальной науки, гинекологическое изслѣдованіе подверглось дальнѣйшему усовершенствованію. Удивительно, что способъ двойного изслѣдованія, хорошо знакомый еще Puzos († 1753) и извѣстный Levret'y, Baudelocque'y Jörg'y, W. J. Schmitt'y и др. только въ самое новѣйшее время, благодаря Kiwisch'y, Veit'y, Holst'y Schultz'y и др. получилъ право гражданства въ наукѣ. Хотя и теперь еще онѣ не составляетъ общаго достоянія гинекологовъ, но тѣмъ не менѣе современное состояніе діагностики женскихъ болѣзней обязано своимъ развитіемъ гораздо болѣе этому способу изслѣдованія, чѣмъ изобрѣтенію маточнаго зонда.

Начало употребленія маточнаго зеркала также относится только къ началу текущаго столѣтія. Впрочемъ оно было извѣстно и древнимъ: о немъ упоминаютъ Соранусъ и Павелъ Эгинскій; при раскопкѣ Помпеи также найдено трехстворчатое зеркало, створки котораго раздвигаются посредствомъ винга. Позднѣе также встрѣчаются изображенія зеркаль: такъ у Абальзама и Руеффа; но имъ онѣ служили лишь для расширенія влагалища при проведеніи въ головкѣ плода раздробляющихъ инструментовъ. Ambroise Paré между прочимъ представилъ изображеніе трехстворчатыхъ зеркаль и говорить, что онѣ служатъ для болѣе яснаго осмотра злокачественныхъ опухолей шейки. Рисунки подобныхъ же двухъ и трехстворчатыхъ зеркаль встрѣчаются также у Scultetus въ его *Armament. chirurg.* Однако маточное зеркало съ цѣлью исключительно діагностическою вошло во всеобщее употребленіе лишь со времени изобрѣтенія Рекамье цилиндрическаго зеркала съ рукояткой. Въ послѣднее время форма зеркаль подверглась такому множеству разнообразныхъ видоизмѣненій, что по числу онѣ могутъ соперничать даже съ акушерскими щипцами.

Что касается до зонда, то первое примѣненіе его на практикѣ принадлежитъ Леврету, который пользовался имъ еще въ 1771 г. при изслѣдованіи полиповъ, а въ послѣдствіи измѣрялъ имъ полость матки при гипертрофіи шейки. Chambon, Vigarous, Désormaux, Dance и болѣе, чѣмъ другіе, Laig также воспользовались маточнымъ зондомъ съ діагностическою цѣлью. Поч и одновременно и, какъ кажется, совершенно независимо другъ отъ друга Симпсонъ въ Англии, Гюгье во Франціи и Кивитъ въ Германіи усовершенствовали способъ упо-

требленія зонда и сдѣлали его общеизвѣстнымъ. Введеніе зонда въ употребленіе встрѣтило полное сочувствіе почти вездѣ и дѣйствительно до изобрѣтенія способа двойного изслѣдованія было единственнымъ средствомъ для опредѣленія положенія и величины тѣла матки. Въ новѣйшее время вслѣдствіе введенія въ употребленіе при изслѣдованіи болѣе усовершенствованнаго способа двойного ручного приѣма, зондъ потерялъ отчасти свое значеніе, но въ весьма многихъ случаяхъ однако остается драгоценнымъ и незамѣтнымъ средствомъ.

Историческая часть изложена у автора хотя точно, но довольно кратко. Въ виду появившейся недавно книги доктора Горвица (Руководство къ патологіи и тирапіи женской половой сферы. Спб. 1874), гдѣ историческія свѣдѣнія изложены весьма подробно и съ критическою оцѣнкою, мы считаемъ излишнимъ распространяться объ этомъ предметѣ. Историческія свѣдѣнія до начала настоящаго столѣтія не представляютъ собственно ничего особенно важнаго по части способовъ изслѣдованія и, удовлетворяя любознательность ученаго специалиста, приносятъ очень мало существенной пользы начинающему. Зеркала, зонды и прочіе діагностическіе инструменты нашего времени до конца прошлаго столѣтія или даже до начала настоящаго употреблялись почти исключительно съ цѣлью лечебною, а потому должны быть отнесены къ средствамъ гинекологической тирапіи: тамъ о нихъ мы и упомянемъ. Изобрѣтеніе маточнаго зеркала, какъ діагностическаго инструмента, совершенно справедливо приписываютъ Рекамье; Дюпюитренъ придѣлалъ къ нему ручку, а Méliet прибавилъ еще кондукторъ, который въ настоящее время уже почти ни кѣмъ не употребляется. За тѣмъ, всѣ видоизмѣненія зеркалъ принадлежатъ новѣйшему времени. Что касается зонда, то, хотя авторъ считаетъ Леврета первымъ, употреблявшимъ его съ діагностическою цѣлью, но кажется Самуилъ Лееръ употреблялъ его съ этою цѣлю еще ранѣе Леврета; зондъ его былъ простой, желобоватый зондъ, который онъ изгибалъ по произволу. Но для приведенія этого инструмента въ извѣстность, недостаточно было заявленія простаго практическаго врача, а понадобился авторитетъ знаменитаго профессора, какимъ былъ Симпсонъ, которому и приписываютъ изобрѣтеніе зонда. Видоизмѣненія зонда принадлежатъ также ко второй половинѣ нашего столѣтія. О нѣкоторыхъ изъ нихъ, неупомянутыхъ у автора, мы скажемъ въ соответствующей главѣ.

Ред.

Положеніе больной.

Положеніе больной при изслѣдованіи имѣетъ важное значеніе

Въ стоячемъ положеніи женщину изслѣдуютъ только въ исключительныхъ случаяхъ. Этимъ положеніемъ пользуются, если желаютъ посредствомъ осязанія быстро узнать о состояніи наружныхъ половыхъ частей, рукава и маточной шейки и затѣмъ объ относительномъ положеніи половыхъ органовъ подъ вліяніемъ напряженныхъ брюшныхъ мышцъ. Другихъ выгодъ это положеніе не представляетъ. Опущенія и приближенія внутреннихъ половыхъ органовъ во входу рукава при этомъ положеніи, какъ это казалось бы съ перваго раза, въ дѣйствительности не бываетъ, такъ какъ матка при этомъ отклоняется впередъ, вслѣдствіе чего шейка уходитъ взадъ и становится еще менѣе доступною для изслѣдующаго пальца. Наконецъ въ подобныхъ случаяхъ проще и легче достигнуть результата посредствомъ двойного способа изслѣдованія.

Стоячее положеніе должно быть окончательно оставлено уже потому, что при немъ осязаніемъ получается только поверхностное понятіе объ относительномъ положеніи половыхъ частей, а двойной способъ и изслѣдованіе зрѣніемъ положительно невозможны.

Англичане изслѣдуютъ обыкновенно въ боковомъ положеніи. Больная помѣщается на столѣ, покрытомъ тюфякомъ, на лѣвомъ боку, при чемъ лѣвая рука ея протянута вдоль спины, а бедра пригнуты къ животу; правое больше, лѣвое меньше. Изслѣдующій становится позади больной и изслѣдуетъ правою рукою такъ, что большой палецъ приходится на промежности.

Боковое положеніе для изслѣдованія пальцемъ крайне не выгодно: во 1) чувствительная ладонная поверхность пальцевъ направлена къ задней стѣнкѣ рукава; во 2) изгибъ пальца не соответствуетъ изгибу влагалища; въ 3) двойное изслѣдованіе, что самое важное, или совѣтъ не выполнимо или выполнимо только отчасти. Боковое положеніе необходимо только при употребленіи зеркаль Симса; но объ этомъ мы будемъ говорить впоследствии.

Положеніе на спинѣ есть единственное удобное при двойномъ способѣ изслѣдованія, самомъ важномъ въ гинеологіи, и потому должно считаться обыкновеннымъ и общеупотребительнымъ; тѣмъ болѣе, что другаго рода изслѣдованія, въ особенности помощью зеркаль, производятся въ этомъ положеніи тоже совершенно удобно.

сбишкомъ глубоко помѣщены въ тазу. При изслѣдованіи живота помощью постукиванія, мы совѣтуемъ въ большинствѣ случаевъ сдѣлать это сперва въ положеніи на спинѣ, а потомъ въ неполномъ боковомъ. Постукиваніе особенно важно тамъ, гдѣ по высказаннымъ обстоятельствамъ, а въ особенности при болѣзненности, вслѣдствіе воспаленія тазовыхъ органовъ, ощупываніе становится положительно невозможнымъ.

Въ наружному изслѣдованію должно отнести и поколачиваніе для опредѣленія присутствія свободной жидкости въ полости брюшины, — способъ, извѣстный еще въ древности.

Сюда же относится измѣреніе живота (*mensuratio*), употребляемое по общеизвѣстнымъ въ акушерствѣ правиламъ при значительныхъ опухляхъ живота для опредѣленія ихъ роста или уменьшенія.

Кромѣ источниковъ, указанныхъ авторомъ — *Holst, Veit* и др., мы рекомендуемъ книгу профессора Лазаревича: «Изслѣдованіе живота беременныхъ». Харьковъ, 1865. Для болѣе точнаго постукиванія и выслушиванія живота, его дѣлятъ на части воображаемыми линіями. (*Miller. The principles and practice of obstetrics Philadelphia, 1858*). Ред.

ВНУТРЕННЕЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

При внутреннемъ изслѣдованіи черезъ рукавъ во входъ его проводятъ со стороны уздечки указательный палецъ, хорошо смазанный жирнымъ веществомъ; остальные пальцы располагаютъ на промежности; если-же требуется ощупать переднюю стѣнку и передній сводъ, то остальные пальцы складываютъ въ кулакъ. Изслѣдующій палецъ ощупываетъ всѣ органы, послѣдовательно приходящіе въ соприкосновеніе съ нимъ: уздечку, входъ во влагалище, стѣнки рукава, особенно наполненіе сосѣднихъ органовъ (мочевого пузыря, прямой кишки), которые выпячиваютъ стѣнки рукава, своды влагалища, рукавную часть, нижній отрѣзокъ матки, а также тазовую вѣлтъчатку, окружающую эти органы.

Свѣдѣнія о состояніи вышеупомянутыхъ частей, получаемыя при изслѣдованіи *per vaginam* бывають на столько точны, на сколько эти части доступны осязанію.

Хотя этимъ путемъ нерѣдко получаютъ весьма важныя данныя, тѣмъ не менѣе состояніе матки (исключая нижней части ея), трубъ, яичниковъ, ихъ брюшиннаго покрова и большей части тазовой вѣлтъчатки — частей полового аппарата, самыхъ важныхъ въ патологическомъ отношеніи, — остается неизвѣстнымъ.

Обыкновенно изслѣдованіе выполняется просто и легко, тѣмъ болѣе, что введеніе двухъ пальцевъ необходимо только въ исключительныхъ случаяхъ. Непреодолимая препятствія очень рѣдки, но бываютъ однако и серьезные затрудненія.

Большія опухоли, механически затрудняющія изслѣдованіе *per vaginam*, сильное суженіе и атрезія входа рукава случаются рѣдко; чаще всего встречающееся препятствіе, хотя непреодолимое только въ рѣдкихъ случаяхъ, это — неповрежденная дѣвственная плева. Отверстіе гимена въ большинствѣ случаевъ на столько велико, что постепенное и осторожное введеніе пальца совершенно возможно, но это введеніе бываетъ такъ болѣзненно, что выгоднѣе производить изслѣдованіе подъ хлороформомъ. Это бываетъ нужно и у женщинъ, которыя страдаютъ болѣзненною чувствительностью входа во влагалище.

Внутреннее изслѣдованіе черезъ прямую кишку производится при непроходимости влагалища; даже и при свободномъ изслѣдованіи черезъ рукавъ оно можетъ служить какъ дополнительное (контрольное) изслѣдованіе. Особенно надо обратить вниманіе на то, что изслѣдованіе *per rectum* ничѣмъ не замѣнимо при всякаго рода заматочныхъ опухоляхъ. Опухоли, казавшіяся ничтожными при изслѣдованіи черезъ рукавъ, поражаютъ иногда своими дѣйствительными размѣрами при изслѣдованіи *per rectum*. Мы изслѣдуемъ поэтому во всѣхъ случаяхъ заматочныхъ опухолей не только черезъ рукавъ, но и черезъ прямую кишку. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда рукавъ коротокъ и своды мало уступчивы, что часто бываетъ у нерожавшихъ, изслѣдованіе черезъ прямую кишку даетъ лучшіе результаты.

Изслѣдованіе двумя пальцами уже ни кѣмъ болѣе не производится, за исключеніемъ развѣ самыхъ истыхъ учениковъ Лисфранка. Для достиженія опухолей, высоко лежащихъ въ тазу, приходится, правда, иногда вводить во влагалище кромѣ указательнаго еще и средній, даже четвертый, а иногда и половину руки; но во всякомъ случаѣ изслѣдованіе—ощупываніе органа—производится мягкотью лишь одного указательнаго пальца. При введеніи пальца, рука должна быть обращена лучевымъ краемъ къ лобку; большой палецъ помѣщается съ боку лобка въ сторонѣ паховой складки; за тѣмъ, для дальнѣйшаго проведенія пальца, руку поворачиваютъ ладонною поверхностью къ лобку, при чемъ тыльною поверхностью ея и согнутыхъ прочихъ трехъ пальцевъ надавливаютъ на промежность. Такимъ способомъ удастся проникнуть изслѣдующимъ

пальцемъ на значительную высоту — до тѣла перваго крестцоваго позвонка, а иногда и до бугра крестцовой кости. Если больная лежитъ на кровати, то изслѣдующій можетъ сидѣть на краю кровати или стать на колѣно у края ея, что намъ кажется удобнѣе. Изслѣдовать нужно умѣть обѣими руками, чтобы въ случаѣ надобности можно было ощупать больной органъ со всѣхъ сторонъ, что иногда бываетъ невозможно сдѣлать одною рукою. Ассиметричность таза положительно неопредѣлима одною рукою. Введеніе пальца черезъ рукавъ употребляется во всѣхъ случаяхъ гинекологическаго изслѣдованія, и мы рѣшительно затрудняемся указать на противопоказанія этому способу изслѣдованія. Дѣвственность не можетъ служить препятствіемъ изслѣдованію черезъ рукавъ, такъ какъ отверстіе гимена можетъ быть растянуто безъ поврежденія и почти безъ всякой боли на столько, что введеніе указательнаго пальца становится возможнымъ. При зарощеніи отверстія или при слишкомъ толстомъ гименѣ лучше изслѣдовать *per rectum*.

Что касается изслѣдованія *per rectum*, то его лучше производить въ боковомъ положеніи, при чемъ палецъ вводится въ заднепроходное отверстіе быстрыми и энергическими вращательными движеніями. Ред.

Двойное изслѣдованіе.

Veit, Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg. 2. Aufl. Erlangen 1867. p. 254. Holst, Beitr. z. Geb. u. Gyn. N. 1. Tülingen 1865. p. 1.—Schultze, Ienaische Z. f. Med. u. Nat. Leipzig 1864 I p. 279 und 1870. V. p. 113.—Sims, Gebärmutter-chirurgie, deutsch von Beigel. Erlangen 1866 p. 7.

Способъ двойнаго изслѣдованія состоитъ въ томъ, что изслѣдуемые органы прощупываются между обѣими руками. Для этого указательнымъ пальцемъ одной руки изслѣдуютъ обыкновенно черезъ влагалище, между тѣмъ какъ другою рукою прощупываютъ черезъ брюшные покровы снаружи (fig. 1). Рука, дѣйствующая снаружи, прижимаетъ внутренности малаго таза къ пальцу, лежащему во влагалищѣ и наоборотъ. Такимъ образомъ прощупываются между обѣими руками органы малаго таза, покрытые снаружи только брюшными покровами, а внутри только слизистой оболочкой влагалища. Весьма важно, чтобы обѣ изслѣдующія руки, наружная и внутренняя, при этомъ сходились одна съ другою такъ, чтобы изслѣдуемые органы заключались какъ разъ между ихъ пальцами.

Приступая къ двойному изслѣдованію, лучше всего положить

больную на столъ для изслѣдованія, (впрочемъ оно удается хорошо и на кровати) и затѣмъ ввести въ рукавъ указательный палецъ



Фиг. 1. Двойное изслѣдованіе.

одной руки по изложеннымъ правиламъ. Касаясь этимъ пальцемъ влагалищной части или передняго свода, другою рукою потихоньку нажимають покровы живота надъ лобкомъ; если послѣдніе напряжены, то надавливаніе производятъ во время акта выдыханія. Нормальная матка легко прощупывается между пальцами, если они приложены не тотчасъ надъ лобкомъ (иначе она отклоняется взадъ); обследовавъ ея положеніе, величину, плотность и форму, обращаютъ вниманіе на ея подвижность и наконецъ, проводя палецъ въ стороны, переходятъ къ изслѣдованію другихъ органовъ малаго таза. Когда матка не находится болѣе между пальцами, то они сходятся между собою, такъ какъ ихъ раздѣляютъ только брюшные покровы и влагалище. Если теперь обойти весь малый тазъ, то между соответствующими другъ другу пальцами можно оцупать даже самыя маленькія опухоли. При изслѣдованіи лѣвой половины таза лучше вводить во влагалище указательный палецъ лѣвой руки и наоборотъ.

Такимъ образомъ состояніе органовъ малаго таза дѣлается доступнымъ для точнѣйшаго изслѣдованія, и матка отлично прощупывается даже при ея смѣщеніи взадъ; ея форма, плотность и подвижность опредѣляются вполне. Что же касается до ея величины,

то послѣдняя опредѣляется труднѣе, такъ какъ при толстыхъ брюшныхъ покровахъ матка представляется гораздо большей величины, чѣмъ въ дѣйствительности. Судить о положеніи матки слѣдуетъ очень осторожно, такъ какъ наружнымъ давленіемъ она легко отклоняется назадъ и еще легче впередъ. Подлѣ матки прощупываются прилежащія къ ней части, особенно свободный край *lig. latii*, фаллопиевы трубы и *lig. rotunda* въ видѣ тонкихъ, катающихся между пальцами, снурковъ. Нормальные яичники также прощупываются въ видѣ маленькихъ кругловатыхъ тѣлъ, весьма легко ускользающихъ изъ подъ пальцевъ. Патологическія опухоли тѣмъ болѣе доступны двойному изслѣдованію, чѣмъ онѣ тверже и чѣмъ ближе лежатъ къ передней стѣнкѣ таза.

Обыкновенно двойное изслѣдованіе не причиняетъ боли, за исключеніемъ нѣкотораго непріятнаго ощущенія при сильномъ и глубокомъ давленіи. Только яичники, по нашему личному опыту, даже въ нормальномъ состояніи, при болѣе сильномъ давленіи обнаруживаютъ нѣкоторую чувствительность.

Обыкновенно при этомъ изслѣдованіи мы владемъ сперва руку на животъ больной безъ всякаго нажиманія или надавливаемъ слегка, пока изслѣдуемъ другою влагалище. Это дѣлается съ тою цѣлю, чтобы больная привыкла нѣсколько ко впечатлѣнію отъ давленія, которое затѣмъ можно усилить.

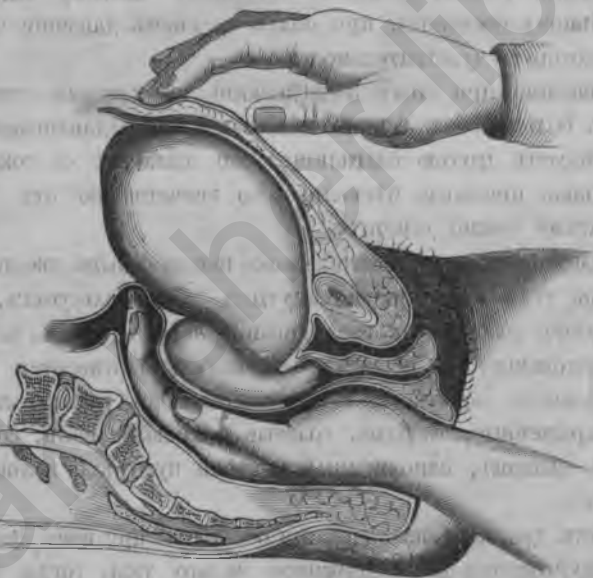
Затрудняется или становится вовсе невозможнымъ двойное изслѣдованіе при тѣхъ же вышеупомянутыхъ обстоятельствахъ, которые препятствуютъ вообще или изслѣдованію черезъ рукавъ, или наружному изслѣдованію. Къ первымъ слѣдовательно относится непроходимость, узкость, короткость и чувствительность рукава; къ послѣднимъ—напряженные, твердые, толстые покровы живота, сокращеніе брюшныхъ мышцъ, наполненный мочевой пузырь и каловыя массы въ кишкахъ.

Важность двойного изслѣдованія очевидна: при немъ между пальцами прощупывается все содержимое малаго таза, тогда какъ при одномъ наружномъ изслѣдованіи нельзя получить никакого понятія о нормальныхъ половыхъ органахъ, а при одномъ внутреннемъ ощупывается только рукавъ и нижній отрѣзокъ матки. Можно смѣло сказать, что со введеніемъ двойного изслѣдованія настала для гинекологіи новая эра.

Двойное изслѣдованіе можетъ быть излишнимъ только при очень большихъ опухоляхъ, которыя плотно прилегаютъ ко входу таза и

потому лучше въ такихъ случаяхъ предпринимать наружное и внутреннее изслѣдованія отдѣльно.

Кромѣ описаннаго способа двойное изслѣдованіе производится еще иначе: снаружи, какъ обыкновенно, черезъ брюшные покровы, а изнутри, вмѣсто влагалища, черезъ прямую кишку. Само собою понятно, что этотъ способъ долженъ быть предпочитаемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдованіе черезъ влагалище невозможно или въ высшей степени затруднено. Такъ онъ особенно пригоденъ при короткомъ и напряженномъ рукавѣ и неподатливомъ сводѣ, а главнымъ образомъ при всѣхъ заматочныхъ опухоляхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при очень вялыхъ половыхъ органахъ, можно одновременно съ изслѣдованіемъ черезъ задній проходъ ввести большой палецъ далеко во влагалище; при этомъ отлично прощупывается кишечно-влагалищная стѣнка и дугласово пространство.



Фиг. 2. Изслѣдованіе per rectum Симсона.

Изслѣдованіе черезъ прямую кишку было усовершенствовано въ новѣйшее время Симономъ ¹⁾, который показалъ, что больной подъ хлороформомъ можно ввести въ прямую кишку половину руки и даже цѣлую руку (fig. 2). Съ этой цѣлью больную доводятъ до

¹⁾ Archiv f. Klin. Chir. B. 15. p. 99. u Deutsche Klin. 1872 Nr. 46.

глубокаго наркоза и для очищенія кишки ставятъ блистирь изъ теплой воды; потомъ хорошо смазанной масломъ рукою проникають въ кишку, вводя въ задній проходъ постепенно, но съ извѣстнымъ насиліемъ, сначала два пальца, потомъ четыре и наконецъ большой палецъ, при чемъ помогаютъ расширенію отверстія вращательными движеніями.

Если кожная складка, *ani*, грозитъ разрывомъ, то лучше сдѣлать одинъ или нѣсколько надрѣзовъ. Прямая кишка въ нижней своей части такъ широка, что рука можетъ удобно въ ней помѣститься; суженіе просвѣта кишки начинается лишь тамъ, гдѣ брюшина одѣваетъ ее съ боковъ и прикрѣпляетъ къ крестцовой кости. Это мѣсто соотвѣтствуетъ третьему крестцовому позвонку, 12 — 14 цент. м. надъ отверстіемъ задняго прохода. Выше этого нельзя проникнуть всей рукою, а лишь, самое большое, четырьмя пальцами. Если не пытаются насильственно проникнуть выше этого мѣста, то изслѣдованіе безопасно: надрывы и надрѣзы задняго прохода затягиваются довольно скоро и даже поврежденія сфинктора вполне заживаютъ черезъ 12 дней. Слѣдствіемъ самаго расширенія бываетъ самое большое — недержание кала, которое весьма скоро исчезаетъ. Для гинекологіи этотъ способъ изслѣдованія представляетъ особенную важность въ тѣхъ случаяхъ, когда надо узнать связь большихъ опухолей съ органами таза. Если матка лежитъ впереди опухолей, то опредѣлить отношеніе ихъ къ ней и къ яичникамъ возможно только однимъ этимъ способомъ; въ большинствѣ случаевъ при этомъ бываетъ вполне достаточно введенія половины руки.

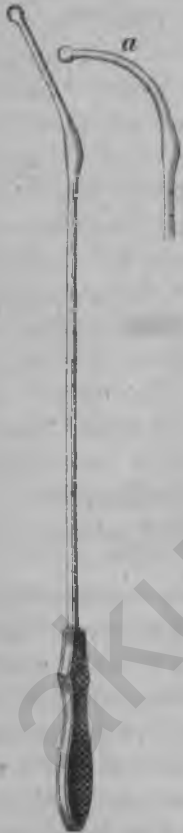
Профессоръ Гольстъ предложилъ способъ двойного изслѣдованія *rectum* вмѣсто *per vaginam* (*Beitr. zur Gynaecol. и Geburtsk. Tübingen 1865 Hft I. u. Betschler's Klinische Beiträge. Bd. II*), но до сихъ поръ еще этотъ способъ не получилъ права гражданства въ наукѣ, хотя иногда представляетъ несомнѣнныя выгоды. Способъ Гейдельбергскаго профессора Симона, о которомъ говоритъ авторъ, хотя можетъ быть вполне умѣстенъ и хорошъ при изслѣдованіи нѣкоторыхъ большихъ опухолей напр. кистъ, ихъ сращеній, подвижности и т. п., но, по нашему мнѣнію, во всякомъ случаѣ рискованъ, такъ какъ при тонкихъ стѣнкахъ кисты можетъ причинить разрывъ ея, а при существованіи въ тазу воспалительныхъ опухолей или гематомъ, вѣматочной беременности и т. п. можетъ значительно ухудшить ихъ состояніе. Впрочемъ, оцѣнка достоинствъ и недостатковъ этого способа во всякомъ случаѣ есть дѣло будущаго.

Ред.

Изслѣдованіе посредствомъ зонда.

Simpson, Sel. Obst. and gyn. Works. Edinb. 1871. p. 604.— Huguier, de l'hysterometrie etc. Paris 1865.— Kiwisch, Klin. Vortr. etc. 4 Aufl. B. I. Prag. 1854. p. 36.— Scanzoni, Beitr. z. Geb. u. gyn. I. p. 173.— Ioseph, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. III. p. 23.

Такъ какъ во внутренность матки нельзя проникнуть пальцемъ, то для изслѣдованія ея полости употребляются зонды. Успѣхъ зон-



дирования обуславливается качествомъ инструмента. Старые, толстые, не гибкіе зонды изъ новаго серебра совершенно вышли изъ употребленія. Хорошій маточный зондъ (fig. 3) не долженъ быть ни слишкомъ толстъ, ни слишкомъ тонокъ (2, самое большое 3 м. м.) и спереди снабженъ не большимъ утолщеніемъ на подобіе пуговки. За тѣмъ онъ долженъ быть сдѣланъ изъ мягкаго металла (олова, мѣди или серебра) и быть на столько гибкимъ, чтобы измѣнять свою форму и кривизну соответственно изгибу матки. Въ разстояніи около 7 ст. отъ конца онъ имѣетъ утолщеніе, показывающее нормальную длину матки и на мѣстѣ этого утолщенія изгибъ, соответствующій наклоненію матки. Дѣленія на миллиметры, отмѣченныя на зондѣ, облегчаютъ опредѣленіе длины, но онѣ должны быть нарезаны не глубоко, чтобъ зондъ не былъ шероховатъ.

Употребленіе зонда чрезвычайно просто. Его слѣдуетъ держать пальцами легко и свободно, и при томъ не забывать, что имъ только отыскивается уже существующій каналъ, а не образуется новый. Передъ зондированіемъ надо опредѣлить двойнымъ изслѣдованіемъ направленіе, которое придется дать зонду.

При сильномъ изгибѣ въ сторонѣ внутренняго маточнаго отверстія конецъ зонда сгибаютъ

Фиг. 3. Серебряный зондъ въ уменьшенномъ видѣ.

а) Болѣе сильный изгибъ для употребленія при наклоненіяхъ матки.

значительнѣе. Въ такомъ случаѣ его съ большимъ трудомъ вводятъ въ наружное маточное отверстіе, а внутреннее онъ проходитъ легко

и безъ поврежденія слизистой оболочки. Пуговка зонда вводится по изслѣдующему пальцу вплоть до наружнаго зѣва и затѣмъ проводится зондъ далѣе по направленію канала шейки, заранѣе опредѣленному двойнымъ изслѣдованіемъ. Дойдя до внутренняго маточнаго зѣва, слѣдуетъ рукоятку зонда нажимать къ промежности, такъ какъ матка лежитъ впереди. Показанія къ употребленію зонда различными авторами установлены различно. Нѣкоторые гинекологи употребляютъ его почти безъ исключенія у каждой больной; другіе же напротивъ относительно рѣдко, напр. лишь въ такихъ случаяхъ, когда рассчитываютъ при его употребленіи достигнуть результатовъ, которыхъ при другихъ способахъ изслѣдованія получить не могли. Мы должны сознаться, что принадлежимъ къ этимъ послѣднимъ.

Самое главное показаніе къ его употребленію есть измѣреніе длины маточной полости, которое не можетъ быть произведено другимъ способомъ.

Хотя можно получить нѣкоторое понятіе о величинѣ матки посредствомъ двойного изслѣдованія, но при этомъ способѣ измѣреніе затрудняется толщиной брюшныхъ покрововъ, а еще болѣе вялостью маточныхъ стѣнокъ. Матка можетъ быть такъ вяла, что едва прощупывается, и тогда приходится отказаться отъ опредѣленія ея длины; кромѣ того, необходимо затѣтить, что величина самой матки, прощупываемой снаружи не равняется длинѣ полости ея, и такимъ образомъ, часто, сравнивъ результаты наружнаго изслѣдованія съ длиною полости, полученною при измѣреніи, можно себѣ представить толщину маточной стѣнки. Для этого ощупываютъ матку въ то время, когда въ ней находится зондъ и изъ болѣе или менѣе яснаго ощупыванія пуговки заключаютъ о толщинѣ стѣнокъ матки.

Другое показаніе къ употребленію зонда — изслѣдованіе направленія полости матки. Но въ большинствѣ случаевъ оно совершенно ясно опредѣляется посредствомъ ощупыванія, и съ этою цѣлью мы вовсе не прибѣгаемъ къ зонду, или употребляемъ его въ исключительныхъ случаяхъ. Бываютъ однако случаи, когда или нельзя отдѣльно прощупать матку, или она такъ измѣнена, что ощупываніе не даетъ понятія о направленіи ея полости. Первое случается при значительныхъ воспалительныхъ выпотахъ, которыми матка окружена и какъ бы припаяна къ стѣнкамъ таза; второе бываетъ обыкновенно при фибромахъ, которые весьма разнообразно измѣняютъ ея наружную форму и направленіе ея полости, такъ что зондъ представляетъ здѣсь единственное средство для изслѣдованія.

Кромѣ того, зондъ употребляется съ пользою для того, чтобы узнать пуста ли матка. Но это вовсе не такъ легко, какъ часто полагають. Какое нибудь затрудненіе во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ (сѣуженіе, складка слизистой оболочки, изгибъ, сгустокъ) можетъ подать поводъ думать, что матка наполнена; напротивъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда въ ней есть содержимое (мягкій кровяной сгустокъ), зондъ можетъ легко проникнуть черезъ него или пройти между нимъ и стѣнкою матки. Последнее случается при полипахъ и особенно при беременности; если зондъ вводится искусною рукою, то почти не испытываетъ сопротивленія въ сторонѣ внутренняго зѣва. Для рѣшенія этого вопроса требуется большая опытность и очень тонкое осязаніе, но и эти качества въ трудныхъ случаяхъ не гарантируютъ отъ ошибокъ.

Если есть подозрѣніе о беременности, то употребленіе зонда совершенно противопоказано.

Очень рѣдкое, хотя очень важное показаніе къ употребленію зонда представляетъ изслѣдованіе проходимости канала маточной шейки. О его сѣуженіи или совершенной непроходимости можно судить только съ помощію изслѣдованія зондами и притомъ часто самыми тонкими. Иногда зондъ оказываетъ большую услугу ощупыванію матки, облегчая его или даже дѣлая возможнымъ. Мы разумѣемъ здѣсь не столько отклоненную взадъ матку, и потому трудно доступную для пальца, сколько тѣ случаи, когда она необыкновенно вяла и стѣнки ея очень тонки. Въ такомъ случаѣ прощупываніе матки можетъ быть такъ затруднено, что становится возможнымъ лишь по введеніи въ полость ея зонда. Пуговка при этомъ прощупывается такъ ясно, что кажется лежащею непосредственно подъ брюшными покровами. Для испытанія подвижности матки зондъ употребляется съ большою осторожностью и то весьма рѣдко. Особенно не слѣдуетъ употреблять зондъ съ этою цѣлю, если предполагаются сращенія, происшедшія путемъ воспаленія. Въ такихъ случаяхъ подвижность матки можетъ быть также хорошо опредѣлена двойнымъ изслѣдованіемъ, а употребленіе зонда опасно. Во многихъ случаяхъ, гдѣ вопросъ состоитъ въ опредѣленіи болѣе или менѣе тѣсной связи матки съ тазовыми опухолями, зондъ можетъ быть употребленъ съ пользою.

Далѣе маточный зондъ употребляется, съ большою однако осторожностью, для изслѣдованія чувствительности внутренней поверхности матки, такъ какъ опредѣленіе болѣзненной чувствительности

въ сторонѣ внутренняго зѣва, дна и т. д. даетъ весьма важныя указанія при леченіи. Хотя обыкновенно введеніе зонда при нѣкоторой ловкости—операнія очень легкая, но при этомъ иногда встрѣчаются различныя затрудненія. Сюда относится прежде всего суженіе канала, требующее употребленія самыхъ тонкихъ зондовъ. Если суженіе это не врожденное и не вслѣдствіе образованія рубца, а зависитъ отъ набуханія слизистой оболочки, то лучше взять зондъ потолще, который легче проходитъ въ такомъ случаѣ, тонкій-же обыкновенно зацупывается въ складкахъ слизистой оболочки. Измѣненіе въ положеніи влагалищной части при наклоненіяхъ матки представляетъ не значительныя затрудненія, потому что, при извѣстномъ навыкѣ, пуговка зонда легко вводится и въ ненормально уклоненный маточный зѣвъ, а положеніе влагалищной части можетъ быть безъ труда измѣнено. Гораздо большее затрудненіе представляютъ искривленія, когда тѣло и шейка изогнуты подъ угломъ. Въ этихъ случаяхъ, какъ выше было сказано, надобно согнуть зондъ. Кроме того при *anteflexio*, когда зондъ доходитъ до внутренняго зѣва, рукоятку его слѣдуетъ сильно нажимать къ промежности, а при *retroflexio uteri* вогнутая сторона зонда должна быть обращена взадъ. Труднѣе введеніе зонда, когда опухоли, особенно фибромы заграждаютъ путь; однако хорошій серебрянный зондъ гнется такъ легко, что принимаетъ форму канала. Впрочемъ иногда лучше употреблять тонкіе эластическіе катеторы съ проволочнымъ кондукторомъ.

Весьма рѣдко спазмъ внутренняго маточнаго зѣва, вообще скоро проходящій, задерживаетъ зондъ на пути на нѣсколько мгновеній.

Остается еще сказать объ опасностяхъ, сопряженныхъ съ зондированіемъ матки.

Вообще мы считаемъ зондъ инструментомъ не опаснымъ, если онъ употребляется осторожно и опытною рукой, когда направленіе пути заранее опредѣлено двойнымъ изслѣдованіемъ и когда при искривленіяхъ матки придаютъ ему должную форму. Но и при такихъ условіяхъ въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ вслѣдъ за употребленіемъ зонда можетъ развиваться воспаленіе. При остромъ воспаленіи матки и окружающихъ ее частей зондъ вообще употреблять не слѣдуетъ, хотя опытный гинекологъ и могъ-бы рѣшиться на это въ виду какихъ нибудь важныхъ результатовъ. При хроническихъ воспаленіяхъ опасность менѣе значительна, хотя тоже возможна, почему и въ подобныхъ случаяхъ употребленія зонда лучше всего избѣгать. Во всякомъ случаѣ необходимо помнить, что употре-

бленіе зонда представляетъ наименьшую опасность тамъ, гдѣ положеніе матки имъ не измѣняется.

О томъ, что при беременности не должно употреблять зонда, мы уже свазали выше. Здѣсь необходимо прибавить, что каждый разъ, передъ тѣмъ какъ взять въ руки зондъ, нужно спросить себя, нѣтъ ли въ данномъ случаѣ беременности и помнить, что она бываетъ возможна во многихъ случаяхъ тамъ, гдѣ ее не предполагають.

Случаи, гдѣ при осторожномъ зондированіи оболочки яйца остались не поврежденными и беременность продолжалась, не могутъ служить оправданіемъ легкомысленному употребленію зонда.

Если онъ вводится не осторожно съ грубымъ насиліемъ, то и при нормальномъ состояніи матки можетъ произойти кровотеченіе и острое воспаленіе, хотя прободеніе нормальной стѣнки случается вообще рѣдко. Чаще это случается при производствѣ выкидыша ¹⁾.

Мы говоримъ именно о нормальныхъ стѣнкахъ матки, такъ-какъ при мягкой, вялой маткѣ въ послѣродовомъ періодѣ даже совершенно осторожно введенный зондъ можетъ пройти сквозь дряблую стѣнку и попасть въ брюшную полость.

Въ недавнее время гинекологами обращено вниманіе на тѣ случаи, гдѣ зондъ проникалъ очень глубоко (15—20 ст.) за наружный маточный зѣвъ. О нихъ упомянули сперва Дунканъ ²⁾ и Фейтъ ³⁾; потомъ Гильдебрантъ ⁴⁾ опубликовалъ два случая, гдѣ онъ былъ увѣренъ, что зондировалъ фаллопиевы трубы; Хенингъ ⁵⁾ однако показалъ, что о зондированіи трубъ, идущихъ отъ боковъ матки и лежащихъ въ широкихъ связкахъ, не можетъ быть и рѣчи, если пуговка зонда прощупывается въ пупочной области, въ чемъ и мы убѣдились въ двухъ случаяхъ ⁶⁾, когда зондомъ было сдѣлано прободеніе существа матки. Недавно Нейгератъ ⁷⁾ (Noegerrath) и Мартипъ ⁸⁾ дока,

¹⁾ Petrequin и Foltz. (Bulletin de l'Academ. de med. 34 p. 1,253) сообщили случай, гдѣ зондъ введенный съ цѣлью произвести выкидышъ, исчезъ въ полости живота и впоследствии былъ извлеченъ черезъ разрѣзъ покрововъ подъ пупкомъ.

²⁾ Edinb. med. Journ. Jena 1856.

³⁾ Krankh. der weib. geschlechtsorg. II Aufl. pag. 258.

⁴⁾ M. f. Geb. B. 31 p. 447.

⁵⁾ Berl. Klin. W. 1870. № 16.

⁶⁾ Siehe Alt. Berl. klin. W. 1870. № 42.

⁷⁾ Amer. Journ. of Obst. IV p. 329, тамъ-же упоминаются случаи Budd'a Thomas'a и Reynolds'a.

⁸⁾ Neig. u. Beug. d. Gebärm. 2. Aufl. Vorwort. p. VII, подробнѣе изложенъ случай Rabl-Rückhard и Lehms, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. Berlin 1872. B. II p. 12 и Berl. klin. W. 1872. № 1.

зали такое прободеніе вскрытіемъ. Симсонъ ⁴⁾ также говоритъ, что онъ при „*supervolutio*“ матки нѣсколько разъ видѣлъ пропикновеніе зонда сквозъ ея стѣнку въ брюшную полость безъ дурныхъ однако послѣдствій. Кромѣ указанныхъ есть еще сюда относящіеся случаи зондированія трубъ, описанные Цини ⁵⁾. Случаи маточнобрюшинныхъ свищей Lawson Tait'a ⁶⁾, которые онъ приписываетъ разрыву матки оставшемуся не замѣченнымъ во время родовъ, объясняются такимъ-же образомъ.

Въ большинствѣ этихъ случаевъ дѣло шло отчасти о туберкулезныхъ родильницахъ, потерявшихъ много крови или страдавшихъ тяжелыми формами послѣродовыхъ болѣзней: у такихъ женщинъ, по Клобу ⁴⁾, матка можетъ подвергнуться жировому перерожденію въ такой степени, что вещество ея дѣлается легкоразрываемымъ, при чемъ между краями разрыва тянутся слизистыя, тонкія какъ паутина нити. При такомъ состояніи матки весьма естественно, что и осторожно введенный зондъ можетъ проникнуть сквозъ ея дряблую стѣнку и попасть въ брюшную полость. Впрочемъ ни въ одномъ изъ означенныхъ случаевъ прободенія дурныхъ послѣдствій не было замѣчено. Что зондъ не можетъ пройти сквозъ нормальное отверстие,—не подлежитъ никакому сомнѣнію, но что въ исключительныхъ случаяхъ труба можетъ быть на столько расширена, что пропускаетъ зондъ, доказывается двумя недавно опубликованными случаями.

Въ первомъ изъ нихъ Лемана ⁵⁾, при опухоли праваго яичника маточное отверстие правой трубы зяло такъ широко, что зондъ, будучи проведенъ на высоту 28 *cm.*, безъ сомнѣнія проникъ въ нее; во второмъ случаѣ Бишофа ⁶⁾, у одной больной съ опухолью яичника зондъ проникъ на 17 *cm.* и по смерти вслѣдствіе оваріотоміи нашли матку до того смѣщенною направо, что *ostium uterinum* лѣвой трубы лежалъ въ прямомъ направленіи, а труба, воронкообразно-расширенная была такъ открыта, что зондъ могъ свободно проникнуть въ нее.

⁴⁾ Diseases of women p. 604.

⁵⁾ Sitz.—Ber. d. Verein, d. Aerzte in Steiermark VII p. 17. 1869—70 s. Schmidt's Jahrb. B. 151 p. 162.

⁶⁾ Lancet, May 18 und October 2, 1872 und Boston gyn. J. Vol. VII, p. 147.

⁴⁾ Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. Wien. 1864 p. 206.

⁵⁾ Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1870. 1 p. 201.

⁶⁾ Corresp.—Bl. Schweizer. Aerzte № 19, 1872.

Назначеніе зонда такъ просто и самый инструментъ столь не сложенъ, что модификацій его вообще немного, именно: Симсона Кивиша, Валле, Симса. Зондъ Симсона представленъ на рисункѣ въ текстѣ; зондъ Кивиша очень похожъ на Симсоновскій, но изгибъ начинается въ немъ не отъ бугорка, а ниже, почти съ половины зонда. Зондъ Валле, употребляющійся больше во Франціи, отличается тѣмъ, что маточное его колѣно очень коротко (7^{'''}); бугорка на немъ нѣтъ, а вмѣсто него по зонду движется гайка; самый зондъ вдвигается въ рукоятку и потому можетъ быть значительно укороченъ. Гюге немного измѣнилъ его тѣмъ, что гайку приводитъ въ движеніе винтъ, придѣланный къ наружному концу инструмента. Зондъ Симса представляетъ на концѣ очень сильную кривизну и безъ бугорка. Кромѣ того, есть еще зондъ Лазаревича, весьма похожій на зондъ Валле; Кугельманна и нѣкоторые другіе, представляющіе весьма несущественныя видоизмѣненія вышеупомянутыхъ зондовъ.

Мы считаемъ необходимымъ обратить вниманіе на существенныя части зонда,—его кривизну, гибкость, конецъ и толщину. Такъ какъ большее или меньшее удобство введенія зонда въ полость матки зависитъ отъ степени наклоненія матки къ рукаву, которое въ большинствѣ нормальныхъ случаевъ равно 100° , то и уголъ зонда, собственно говоря, долженъ бы быть такой же; но введеніе зонда съ такимъ угломъ искривленія неудобно на практикѣ по крутости изгиба. Одинаково неудобно вводить и совершенно прямой зондъ. По этому Кивишъ добавилъ къ углу— 40° ; Симсонъ сдѣлалъ болѣе отлогую кривизну, а потому первымъ изъ нихъ трудно изслѣдовать матку значительно уклоненную впередъ, а вторымъ—уклоненную взадъ.

Что касается до гибкости зонда въ такой степени, какъ объ этомъ сказано въ текстѣ, т. е. что зондъ долженъ быть до того мягокъ, что при введеніи принималъ бы форму и направленіе канала, то на это мы считаемъ долгомъ возразить слѣдующее: 1) такой зондъ ничѣмъ существенно не отличается отъ эластичнаго буза или катетера, а этими послѣдними никто не изслѣдуетъ полости матки, именно вслѣдствіе ихъ гибкости; 2) еслибы зондъ при проведеніи въ матку и могъ бы дѣйствительно согнуться подъ влияніемъ плотныхъ стѣнокъ ея, то при введеніи онъ снова разогнулся бы, вслѣдствіе той же своей гибкости и слѣдовательно мы никакъ не могли бы судить по его кривизнѣ о направленіи зондированнаго канала. Бузи, употребляемые при стриктурахъ уретры дѣйствительно иногда представляютъ отпечатокъ суженнаго мѣста въ видѣ перехвата, но это зависитъ отъ кольцеобразнаго

сжатія въ одномъ только мѣстѣ; направленіе же канала по ихъ кривизнѣ не можетъ быть узнаваемо; 3) для опредѣленія подвижности матки, связи ея съ сосѣдними опухолями, выпрямленія ея и т. п. мягкій зондъ совсѣмъ не годенъ, такъ какъ онъ будетъ гнуться при малѣйшемъ нажиманіи. Обыкновенно употребляемые зонды готовятся изъ такъ называемаго новаго серебра, и хотя могутъ быть согнуты руками, но для этого нужно употребить нѣкоторую силу, при зондированіи же они во всякомъ случаѣ не гнутся.

Всѣ описанные зонды ве по всей своей длинѣ одинаковой толщины: у рукоятки они толще, затѣмъ постепенно утончаются и оканчиваются оливкообразнымъ утолщеніемъ. Цѣль этого утолщенія понятна—предупредить раненіе стѣнокъ матки слишкомъ тонкими концами. Но для чего же въ такомъ случаѣ утонченъ конецъ зонда вообще? Когда головка зонда прошла черезъ суженное мѣсто, то и слѣдующая за нею часть его также пройдетъ, если будетъ равна ей по объему: слѣдовательно для суженія на большемъ или меньшемъ пространствѣ утонченіе зонда подъ головкою не можетъ имѣть никакого значенія. Напротивъ того, при мѣстныхъ суженіяхъ канала, какія бываютъ при изгибахъ, такимъ зондомъ легче повреждается внутренняя поверхность матки, потому что вслѣдъ за трудно проходящею головкою вдругъ проскальзаетъ въ суженное мѣсто стебель значительно меньшей толщины, причѣмъ неизбежно происходитъ толчекъ. На основаніи вышеизложеннаго мы придали зонду, который употребляемъ постоянно болѣе 10 лѣтъ, иную форму. (Рис. а).

Этотъ зондъ имѣетъ одинаковую толщину по своему протяженію; конецъ его притупленъ и гладко выполированъ, но безъ пуговки; уголъ его искривленія = 130° онъ сдѣланъ изъ серебра, можетъ гнуться руками хотя не легко. Такихъ зондовъ мы употребляемъ 5 номеровъ, которые разнятся только толщиной и соответствуютъ № 1—№ 11 скалы Шарьера, № 2—№ 12, № 3—13, № 4—14 и № 5—15. № 3 изъ нихъ совершенно равенъ просвѣту канала нормальной здоровой маточной шейки. Дѣленія на линіи въ этомъ зондѣ сдѣланы по передней поверх-



Рис. а. Маточный зондъ Тарновскаго.

ности, а не по задней, какъ на прочихъ зондахъ, потому что для точнаго измѣренія нужно замѣтить точку на зондѣ ногтемъ, а не мягкостью пальца; если дѣленія на задней поверхности, то въ такомъ случаѣ приходится загибать палецъ крючкомъ и растягивать по этому маточный рукавъ. (См. о механич. лѣченіи болѣзней матки И. М. Тарновскаго. 1869 стр. 77 и 190). Для опредѣленія угла отклоненія матки мы употребляемъ отчасти измѣненный нами элеваторъ Симса, который послѣднимъ предложенъ для выправленія заворотовъ. Въ этомъ инструментѣ, очень похожемъ на зондъ, маточный конецъ въ 2" длиною соединенъ съ остальною частью зонда шарниромъ и можетъ дѣлать различныя отклоненія по плоскости посредствомъ снаряда, помѣщающагося около рукоятки и приводимаго въ движеніе пальцемъ. Мы устроили шарниръ такимъ образомъ, что каждый его зубчикъ отклоняетъ конецъ зонда на 10° (рис. б).

Употребляется онъ слѣдующимъ образомъ: онъ вводится въ матку, какъ обыкновенный зондъ, причемъ маточный конецъ наклоненъ къ остальной части подъ угломъ 130° ; затѣмъ кольцо при рукояткѣ прижимается, вслѣдствіе чего маточный конецъ становится легко подвижнымъ и склоняется въ ту или другую сторону, смотря по направленію положенія матки. Тогда мы прижимаемъ рукоятку къ лобковой дугѣ и отпускаемъ кольцо—маточный конецъ становится снова неподвижнымъ. Въ такомъ положеніи мы извлекаемъ инструментъ, маточный конецъ котораго выпрямляется при этомъ, т. е. измѣняется уголъ первоначальнаго отклоненія и число щелчковъ ощущаемыхъ при этомъ рукою, держащею инструментъ, указываетъ, насколько десятковъ градусовъ измѣнился этотъ уголъ. Наконецъ, вынувъ инструментъ, мы измѣряемъ

Рис. б.

Элеваторъ Симса, измѣненный Тарновскимъ.

оставшійся уголъ отклоненія на инструментѣ, прибавляемъ къ нему столько десятковъ градусовъ, сколько ощущали толчковъ и въ резуль-



татѣ получаемъ точный уголъ отклоненія матки. Такія измѣренія настолько точны, что даютъ возможность судить объ отклоненіи совершенно здоровой матки при наполненіи мочевого пузыря, какъ естественномъ, такъ и искусственномъ (объ этихъ опытахъ смотри тамъ-же стр. 125).

Мы не можемъ пройти молчаніемъ еще нѣкоторыхъ обстоятельствъ. Первое спазмъ, о которомъ сказано въ текстѣ, что онъ проходитъ въ нѣсколько мгновений. Спазмъ въ сторонѣ внутренняго зѣва есть явленіе хотя не частое, но было нами наблюдаемо не одинъ десятокъ разъ. По нашему мнѣнію, онъ не скоропроходящъ, а напротивъ длится иногда до $\frac{1}{4}$ часа. У нѣкоторыхъ нервныхъ женщинъ такой спазмъ повторяется при каждомъ зондированіи и притомъ бываетъ иногда очень сильный, сопровождаясь нерѣдко различными рефлекторными явленіями: дерганьемъ въ нижнихъ конечностяхъ, тошнотою, давленіемъ подъ ложкою, въ горлѣ, даже рвотою. Если зондировать такую больную эластическимъ бужемъ, то можно замѣтить на послѣднемъ даже кольцеобразный отпечатокъ, соотвѣтствующій внутреннему зѣву. Что же касается до моментально проходящихъ спазмовъ, то мы объясняемъ задержаніе зонда въ такихъ случаяхъ скорѣе складками слизистой оболочки, въ которыя попадаетъ зондъ и упирается, чѣмъ дѣйствительнымъ спазмомъ.

Второе обстоятельство—прощупываніе конца зонда черезъ брюшныя стѣнки въ случаяхъ вялости матки. Это, по нашему мнѣнію, пріемъ весьма опасный, особенно въ рукахъ новичка: если при изслѣдованіи вообще легко поранить внутреннюю поверхность матки концемъ зонда, то еще легче поранить и даже прорвать ея вялую стѣнку, въ особенности если отклонить рукоятку къ промежности, чтобы конецъ зонда уперся въ переднюю стѣнку матки и былъ ощутимъ снаружи черезъ брюшныя покровы. Наконецъ касательно искривленій конца зонда, которыя иные гинекологи совѣтуютъ дѣлать въ случаѣ искривленій матки для болѣе удобнаго зондированія. Мы не разъ убѣдились на практикѣ, что такія искривленія зонда мало помогаютъ дѣлу. Конецъ сильно изогнутаго зонда, проникнувъ въ наружное отверстіе, сейчасъ же упирается въ переднюю стѣнку канала матки и нейдетъ далѣе. Мы всегда при всѣхъ случаяхъ искривленія изслѣдуемъ нашимъ зондомъ, маточный конецъ котораго совершенно прямой. Если онъ трудно проникаетъ черезъ каналъ шейки, то рукою, лежащею на животѣ, мы стараемся фиксировать матку и отчасти направляемъ ее на встрѣчу зонду. При такомъ способѣ изслѣдованія зондомъ намъ всегда удавалось достигнуть цѣли безъ боли и поврежденій матки.

Расширеніе маточной шейки съ діагностическою цѣлью.

Simpson, Sel. Obst. Works. 1871, стр. 733. — С. Braun, Wiener medicin. Wochenschr. I. Aug. 1863. — Sims, Gebärmutterchirurgie, Erlangen 1866, стр. 37. — Spiegelberg, Volkmann's Samml. Klin. Vortr. Nr. 24, стр. 217.

Такъ какъ зондъ не можетъ совѣмъ замѣнить изслѣдующаго пальца, то съ діагностическою цѣлью было-бы желательно ввести въ полость матки самый палецъ. Но обыкновенно это бываетъ не исполнимо безъ предварительнаго искусственнаго расширенія канала маточной шейки. Способомъ кроваваго расширенія нормальная шейка никогда не можетъ быть такъ расширена, чтобы черезъ нее прошла палецъ; поэтому слѣдуетъ предпочесть безкровное расширеніе.

Но и этотъ способъ искусственнаго расширенія посредствомъ инструментовъ не достигаетъ цѣли, а потому лучше всего способъ постепеннаго расширенія и разрыхленія тканей введеніемъ разбухающихъ веществъ. Въ настоящее время для этого употребляютъ прессованную губку и *laminaria digitata*.

Для насильственнаго расширенія канала шейки какъ въ акушерской, такъ и въ гинекологической практикѣ употребляются самые разнообразныя инструменты. Такъ расширитель о двухъ вѣтвяхъ Osiander'a ¹⁾, цѣлесообразно измѣненный Carus'омъ ²⁾, о трехъ вѣтвяхъ Basch'a ³⁾. Менде ⁴⁾ придумалъ инструментъ очень похожій на маточное зеркало Амбруаза Паре. Расширитель, рекомендованный Пристлеемъ ⁵⁾, не вполне соответствуетъ цѣли; инструментъ Атлеа ⁶⁾ похожъ на старый Osiander'a, а Peaslee ⁷⁾ для постепеннаго расширенія рекомендуетъ стальной инструментъ на подобіе бужей различной толщины. Эллингеръ ⁸⁾ недавно предложилъ для расширенія инструментъ съ тонкими, но очень крѣпкими параллельно растворяющимися половинками.

¹⁾ Annalen d. Entbind. zu Göttingen. 1804. В. II. 2 p. 383.

²⁾ Gynäkol. II. p. 286. Т. III. Fig. 2.

³⁾ Gemeins. d. Zeitschr. f. Geb. В. VI. p. 370.

⁴⁾ e. l. p. 549.

⁵⁾ Med. Times. March. 5. 1864.

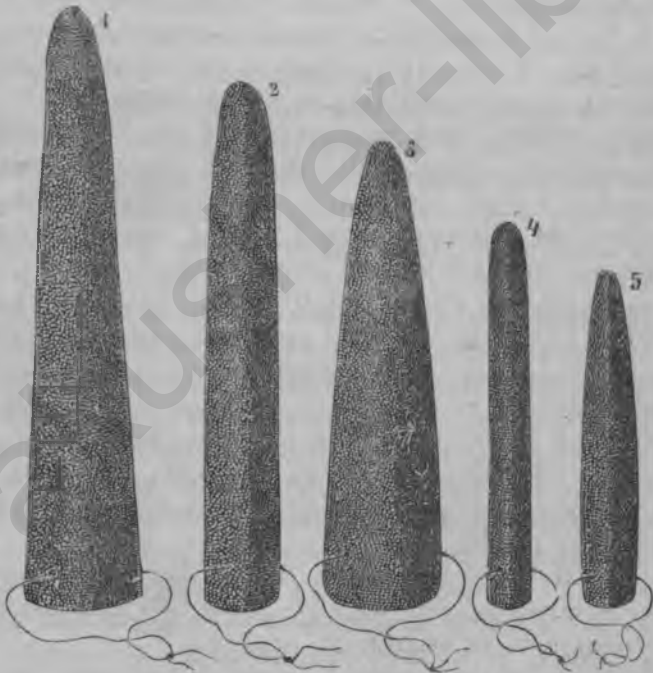
⁶⁾ Amer. J. of med. sc. April 1871 p. 395.

⁷⁾ New-York. med. J. XI. 1870. p. 465.

⁸⁾ Archiv f. Gyn. В. V. p. 268.

Хотя такого рода инструменты могут быть иногда применимы съ успѣхомъ при стенозѣ канала шейки, но они вовсе не годны при неподготовленной шейкѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда въ полость необходимо ввести одинъ или нѣсколько пальцевъ, и потому не могутъ замѣнить прессованную губку. Главное существенное дѣйствіе этой послѣдней состоитъ въ разрыхленіи и размягченіи ткани маточной шейки, — свойство, дѣлающее ее не замѣнимою.

Прессованныя губки готовятся изъ обыкновенныхъ грецкихъ губокъ, которыя для этого разрѣзаются на куски конической формы длиною 5—6 сѣт. и различной толщины. Вънутрь конуса вводится раскаленная проволока и губка пропитывается растворомъ арабійской камеди (Bantock ¹⁾ считается растворъ камеди лишнимъ), потомъ тщательно обматывается тонкою ниткою, начиная съ остраго конца. Когда губка высохнетъ, нитку разматываютъ, неровности сглаживаютъ наждачною бумагой, вывергиваютъ проволоку и прессованная губка готова къ употребленію. Такимъ образомъ можно готовить ихъ различной величины; (Fig. 4. Различные сорта



Фиг. 4. Различные сорта прессованныхъ губокъ въ натуральную величину.

прессованныхъ губокъ въ натуральную величину); наилучше обработанными считаются англійскія карболизированныя.

¹⁾ London, Obst. Tr. XIV. p. 85.

Палочки изъ *laminaria digitata*, многолѣтняго стебля водянаго растенія, впервые рекомендованные Sloan'омъ изъ Aug ¹⁾, имѣютъ то преимущество, что не такъ легко становятся вонючими и, благодаря своей гладкости, не такъ сильно повреждаютъ слизистую оболочку. Но, такъ какъ размѣры ихъ обыкновенно недостаточны, разбухаютъ онѣ менѣе и капля шейки разрыхляется ими слабѣе, то, не смотря на свою безвредность, онѣ не могли вытѣснить прессованную губку.

Корень *Gentianaе*, недавно вновь рекомендованный Winkel'емъ ²⁾, имѣетъ предъ ламинаріею только одно преимущество — дешевизну. Декальцинированная слоповая кость (подверженная дѣйствию кислоты, она теряетъ свои неорганическія составныя части и, высыхая, сѣживается, а потомъ въ жидкостяхъ разбухаетъ вновь) утолщается, но менѣе, чѣмъ ламинарія.

Прессованная губка вводится или черезъ зеркало, или по пальцу. Въ первомъ случаѣ лучше употреблять зеркало Симса при боковомъ положеніи больной. Вставивъ шейку въ зеркало, оттягиваютъ крючкомъ ея переднюю губу, вслѣдствіе чего наружный зѣвъ раскрывается, и въ него вкладываютъ конецъ захваченной щипцами (борнцангомъ) губки. За тѣмъ губка вдвигается на столько, чтобы ея кончикъ проникъ за внутренній зѣвъ въ полость матки.

Глубокое введеніе губки затруднительнѣе при употребленіи зеркала изъ молочнаго стекла, такъ какъ онѣ смѣщаютъ шейку нѣсколько вверхъ и этимъ производятъ перегибъ во внутренемъ зѣвѣ.

Впрочемъ при извѣстномъ навыкѣ удастся ввести прессованную губку безъ затрудненія и подъ одѣяломъ просто по пальцу. Съ этой цѣлью мы изслѣдуемъ лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, прикладываяемъ его ко влагалищной части и проводимъ возлѣ него губку черезъ входъ рукава. По пальцу направляемъ ее въ наружный маточный зѣвъ, а потомъ съ небольшимъ усиліемъ—за внутренній зѣвъ, при чемъ тупой конецъ губки, смотря по положенію матки, отелоняемъ вверхъ или внизъ. Значительную помощь при этомъ оказываетъ другая рука, которая, нажимая покровы живота, надавливаетъ матку на встрѣчу губкѣ.

Прессованная губка смазывается жиромъ не вся, но только кончикъ ея слегка покрывается твердымъ жиромъ, — отнюдь не масломъ, которое уменьшаетъ ея способность разбухать.

Введеніе производится возможно скорѣе, потому что губка быстро впитываетъ влагу, и, если ея кончикъ разбухнетъ и станетъ мягкимъ, то она не можетъ быть вдвинута.

¹⁾ Glasgow med. J. October 1862.

²⁾ Deutsche Klin. 1867. No 29.

Не слѣдуетъ слишкомъ глубоко вводить прессованную губку, такъ какъ, — особенно у не рожавшихъ, — наружный маточный зѣвъ легко можетъ закрыться за губкой и тогда удаленіе ея становится въ высшей степени затруднительно. Губка должна быть на столько длинна, чтобы, въ то время какъ одинъ конецъ ея находится за внутреннимъ зѣвомъ, другой выдавался бы изъ наружнаго.

По введеніи губки обыкновенно удерживаютъ ее нѣкоторое время пальцемъ, но для поддержанія ея не требуется тампона: она удерживается вслѣдствіе разбуханія; ламинарію же слѣдуетъ поддерживать искусственно.

Время пребыванія губки въ каналѣ шейки и замѣна ея новою большей величины, зависитъ отъ индивидуальныхъ условій.

У многорожавшихъ съ широкой, растяжимой шейкой, особенно если остатки яйца или внутриматочныя опухоли уже растянули внутренний зѣвъ, часто бываетъ достаточно одной губки, которая остается нѣсколько часовъ, чтобы произвести требуемое расширеніе.

Наоборотъ, если имѣемъ дѣло съ узкимъ каналомъ и твердою шейкою, на подобіе хряща, у женщины не рожавшей, то необходимо начинать съ самой тонкой губки; здѣсь даже лучше начинать съ очень тонкихъ палочекъ *laminae*. Смотря по надобности можно вставлять 3—4 губки большей и большей толщины, пока шейка будетъ расширена, а главное пока преліяствія со стороны маточнаго зѣва будутъ устранены.

Каждая губка удаляется по истеченіи 8 — 12 часовъ, при чемъ она пріобрѣтеть очень дурной запахъ. Сдѣлавъ осторожное снривцеваніе рукава и шейки, излѣдуютъ и, смотря по надобности, вводятъ губку большей величины, пока весь каналъ шейки не раскроется и пока не представится возможности пальцемъ осязать полость матки.

Губка удаляется просто рукой, для чего ее предварительно расшатываютъ въ шейкѣ пальцемъ и когда она наконецъ легко подается, вытягиваютъ за нитку.

Какъ ни дѣйствительно и ни успѣшно примѣненіе прессованной губки, тѣмъ не менѣе однако оно сопряжено съ нѣкоторыми *опасностями* ¹⁾.

¹⁾ S. Aitken, Edinb. Obst. Tr. Vol. II p. 185, v. Gruenewald etc. im Tagebl. d. Rostocker Naturforscherver. 1871. p. 156, Storer, Boston gyn. J. III p. 12, Zschiesche, D. i. Greifswald. 1873.

Вставленіе прессованной губки, во первыхъ, механически раздражаетъ матку и непосредственно окружающія ея части; во вторыхъ секретъ, пропитывающій губку, очень легко разлагается, и скоро по вставленіи ея, принимаетъ дурной запахъ (по Lawson'у Tait, Med. Times 10. Januar 1874, губки, погруженныя въ 5⁰/₀ растворъ гвоздичнаго масла, совсѣмъ не принимаютъ дурнаго запаха).

Отъ раздраженія прессованной губкой можетъ сдѣлаться воспаленіе и здоровой матки, а еще легче происходитъ обостреніе воспалительнаго процесса, если до вложенія губки существовало уже воспаленіе матки или ея брюшиннаго покрова, хотя бы и въ хронической формѣ.

Поэтому не слѣдуетъ считать губку за средство индифферентное, но употреблять ее всегда съ предосторожностями. Мы советуемъ вставлять ее не иначе, какъ на дому у больной, при томъ на кровати, въ которой она и должна потомъ остаться. Существующее воспаленіе служигъ противопоказаніемъ ко введенію губки, хотя разумѣется можетъ случиться, что обстоятельства иногда заставятъ рѣшиться на расширеніе шейки, несмотря на опасность.

Слизистая оболочка шейки всегда при этомъ болѣе или менѣе повреждается, но это обыкновенно не влечетъ за собою дурныхъ послѣдствій; иногда, напротивъ, давленіе губки на разбухающую слизистую оболочку вслѣдствіе хроническаго воспаленія оказываетъ благотворное вліяніе.

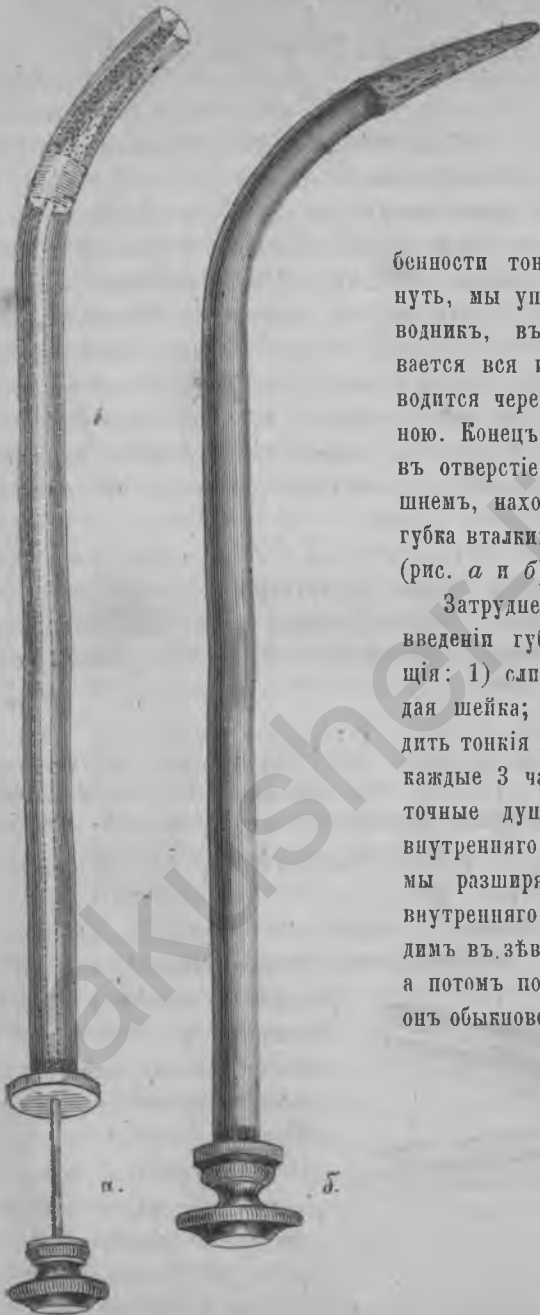
Серьезныя патологическія явленія могутъ произойти лишь вслѣдствіе всасыванія продуктовъ разложенія, которое подъ вліяніемъ губки совершается очень быстро и вызываетъ пиемію и септицемію; всасываніе наступаетъ легче всего въ томъ случаѣ, если губку вводятъ непосредственно вслѣдъ за кровавой операцией (Incisio des Orif. ext ¹). Thomas ²) упоминаетъ о столбнякѣ, появившемся черезъ 24 часа послѣ удаленія второй губки, а Thompson ³) сообщаетъ другой случай смертельнаго столбняка.

Въ обыкновенныхъ случаяхъ почти всегда достаточно 24 час. для полнаго раскрытія матки прессованными губками, при чемъ употребляется всего 3 губки, вкладываемыя черезъ каждые 8 час. Мы всегда вводимъ губку по пальцу, а не черезъ зеркало, на томъ основаніи,

¹) S. Olshausen, Samml. kl. Vortr. No. 67. p. 503.

²) Diseases of women. 3. ed. Philad. 1872. p. 91.

³) Columbia Hosp. Report. Washington. 1883. p. 102.



что такимъ образомъ мы всегда можемъ судить о томъ, какъ глубоко проникла губка. Для того, чтобы при проведеніи черезъ рукавъ губка, въ особенности тонкая, не могла размякнуть, мы употребляемъ особый проводникъ, въ который она вкладывается вся и такимъ образомъ проводится черезъ рукавъ изолированную. Конецъ проводника вставляется въ отверстіе маточнаго зѣва и поршнемъ, находящимся въ проводникѣ губка вталкивается въ каналъ шейки. (рис. а и б).

Затрудненія, встрѣчающіяся при введеніи губокъ, бываютъ слѣдующія: 1) слишкомъ длинная и твердая шейка; здѣсь лучше всего вводить тонкія губки, но въ тоже время каждые 3 часа дѣлать теплые маточные души; 2) неподатливость внутренняго зѣва—въ такомъ случаѣ мы расширяемъ каналъ шейки до внутренняго зѣва и затѣмъ проводимъ въ зѣвъ губку, сперва тонкую, а потомъ потолще и т. д., причемъ онъ обыкновенно скоро раскрывается.

Ред.

Рис. а и б. Проводникъ для губокъ.
Д-ра К. ШВЕДЕРА.

Издѣдованіе посредствомъ зрѣнія.

Непосредственный осмотръ живота при значительныхъ брюшныхъ опухоляхъ имѣеть нѣкоторое значеніе, но онъ обыкновенно не доставляетъ достаточно діагностическихъ данныхъ; однако при благоприятныхъ условіяхъ можно иногда по одной формѣ живота отличить жидкость, свободно находящуюся въ брюшной полости отъ заключенной въ кистѣ, точно такъ же какъ при опухоляхъ, лежащихъ въ глубинѣ таза по одному виду шарообразно выдающагося наполненнаго мочевого пузыря можно судить объ ихъ присутствіи.

Что касается до наружныхъ половыхъ частей, то осмотръ ихъ даетъ положительные результаты и никакъ не можетъ быть замѣненъ ощупываніемъ. Точное понятіе о состояніи губъ, уздечки, клитора, отверстия мочеиспускательнаго канала можно получить лишь при посредствѣ осмотра этихъ частей.

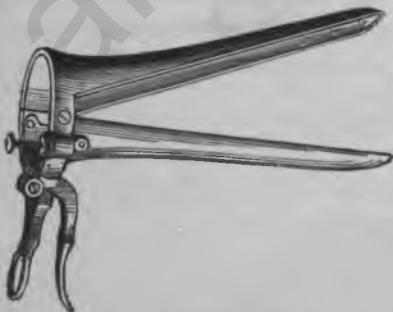
Еще важнѣе осмотръ рукава и влагалищной части матки при помощи приспособленныхъ къ тому инструментовъ.

Такихъ инструментовъ, — маточныхъ или лучше влагалищныхъ зеркалъ, specula, существуетъ цѣлый рядъ и притомъ самыхъ разнообразныхъ.

Carl Mayer, Verh. d. Berl. geb. Ges. VII. 1853 стр. 79. — Louis Mayer. M. f. Geb. B. 18. p. 11. — M. Sims, Amer. j. Of. med. sc. Januar 1852 und Gebärmutterchir. Erlangen 1866. p. 9. — G. Simon. Ueber die Oper. d. Blasenscheidenfistel etc. Rostock. 1862. p. 62.

Зеркала бываютъ трехъ родовъ: створчатыя, трубчатыя и однокопѣчатыя (американскія).

Прежде главнымъ образомъ употребляли створчатыя, изъ которыхъ мы упомянемъ о двустворчатомъ Рикора (Ricord) и какъ о зеркалѣ особенно удобномъ Кюско (fig. 5). Трехъ и четырехстворчатыя были предложены Ségalas'омъ, Charrier'омъ и др.



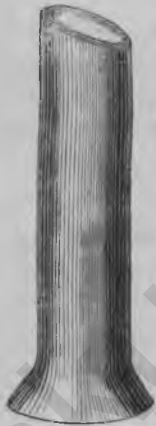
Фиг. 5. Зеркало Кюско.

Эти створчатыя зеркала вводятся во влагалище со сдвинутыми пластинками, и затѣмъ при помощи различныхъ механизмовъ створки раздвигаются. Преимущество

этихъ зеркаль состоитъ въ томъ, что введеніе ихъ вслѣдствіе незначительнаго діаметра почти безболѣзненно; но онѣ имѣютъ тотъ недостатокъ, что во время смыканія створокъ при введеніи зеркала можно ущемить складки слизистой оболочки рукава. При введеніи такого зеркала не всегда можно получить тотчасъ же въ просвѣтѣ его влагалищную часть матки; она отыскивается съ трудомъ; кромѣ того и освѣщеніе въ нихъ недостаточно, а очистка требуетъ много времени и хлопотъ. Всѣ эти обстоятельства были причиною того, что створчатыя зеркала въ настоящее время выходятъ изъ употребленія.

Трубчатыя (цилиндрическія) зеркала дѣлаются изъ различныхъ веществъ: металла, дерева, слоновой кости, каучука, стекла и фарфора.

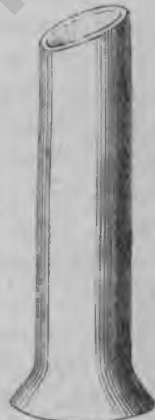
Внѣ Германіи чаще всего употребляютъ зеркала Фергюссона (fig. 6), въ Германіи же зеркала Майера изъ молочнаго стекла (fig. 7 и 8).



Фиг. 6.



Фиг. 7.



Фиг. 8.

Фергюссоновское зеркало состоитъ изъ стеклянной трубки, обложенной снаружи серебряною амальгаммою и каучукомъ. Майеровское зеркало—фарфоровое или изъ молочнаго стекла. Оба зеркала имѣютъ на наружномъ переднемъ концѣ воронкообразное расширеніе, другой же конецъ срѣзанъ вертикально или наискось.

Эти зеркала имѣютъ то преимущество, что чистятся чрезвычайно легко, не подвержены вліянію медикаментовъ и хорошо освѣщаютъ; влагалищная часть легко вставляется въ ихъ просвѣтъ, даже при ея отклоненіи, что особенно удается при косо-срѣзанномъ зеркалѣ,

а потому онъ особенно рекомендуются для обыкновеннаго употребленія. Зеркала, вертикально усѣченные, производятъ на сводъ влагалища равномерное давленіе и могутъ съ особенною пользою употребляться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно осмотрѣть возможно глубже каналъ шейки. Это достигается выворотомъ губъ зѣва. При известной ловкости ручныхъ пріемовъ и опытности легко избѣгнуть боль, которая можетъ быть причинена введеніемъ подобнаго зеркала.

При введеніи нужно прежде всего помнить, что уздечка и промежность весьма мало чувствительны и очень растяжимы, тогда какъ передняя стѣнка рукава и отверстіе мочеваго канала, лежація непосредственно подъ лобковою дугою, очень чувствительны.

Чтобы при введеніи не раздражать этихъ частей, поступаютъ различнымъ образомъ. Раздвинувъ указательнымъ и большимъ пальцемъ одной руки губы, другою вводятъ зеркало такъ, чтобы выдающійся край косоусѣзаннаго зеркала помѣстился подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, а тупой край на уздечкѣ, и затѣмъ вводятъ зеркало во влагалище. Другой способъ, который мы предпочитаемъ, состоитъ въ слѣдующемъ: выдающійся край зеркала кладутъ на уздечку и на задній край входа во влагалище; за тѣмъ, надавливая имъ на промежность, открываютъ входъ во влагалище настолько, чтобы свободно провести зеркало въ рукавъ, не прижимая при этомъ отверстія мочеиспускательнаго канала. Такимъ образомъ проникаютъ черезъ входъ рукава зеркала даже значительнаго калибра и причиняютъ менѣ боли, чѣмъ всякія зеркала съ кондукторомъ.

За тѣмъ, дѣлая вращательныя движенія, проводятъ зеркало далѣе въ рукавъ, при чемъ видно какъ раздвигаются передняя и задняя стѣнки рукава и какъ, наконецъ, въ просвѣтъ зеркала попадаетъ влагалищная часть матки. Обыкновенно это удается весьма легко, особенно при употребленіи косоусѣченныхъ зеркалъ; затрудненія встрѣчаются рѣдко. Въ особенно трудныхъ случаяхъ, при сильномъ отклоненіи матки впередъ, иногда приходится ввести предварительно зондъ, а по немъ уже зеркало.

Такъ какъ величина входа индивидуально весьма различна, то слѣдуетъ имѣть въ запасѣ зеркала различной толщины. У рожавшихъ женщннъ почти всегда можно употреблять зеркала большой величины, не причиняя особенной боли.

Зеркала, существующія въ продажѣ, обыкновенно слишкомъ длинны и не всегда удобны. Для начинающихъ, которые нерѣдко

затрудняются при отысканіи маточной шейки, именно потому, что вводятъ зеркало слишкомъ глубоко и попадаютъ въ одинъ изъ сводовъ удобнѣе, короткія зеркала, которыя, между прочимъ, представляютъ еще и другія выгоды при дальнѣйшихъ пріемахъ. Thomas ¹⁾ устранилъ это неудобство, зависящее отъ длины зеркала, изобрѣтеніемъ своего «telescopie speculum», состоящаго изъ концентрическихъ трубокъ, вложенныхъ одна въ другую, которыя при вдвиганіи и выдвиганіи измѣняютъ длину зеркала.

Считаемъ необходимымъ предостеречь отъ употребленія воронкообразныхъ зеркалъ изъ молочнаго стекла, которыя попадаютъ въ продажѣ. Широкий нижній конецъ ихъ приходится во входъ во влагалище, а отверстіе на внутреннемъ верхнемъ концѣ такъ узко, что не даетъ возможности осмотрѣть всю шейку. Хотя введеніе такихъ зеркалъ нѣсколько легче и менѣе болѣзненно, но этимъ не искупается вышеупомянутый недостатокъ.

Въ послѣднее время введенъ въ употребленіе еще другой родъ зеркалъ, которыя, безъ всякаго сомнѣнія, даютъ возможность легче и удобнѣе достигнуть влагалищной части и свода рукава, чѣмъ указанныя выше.

Симсъ сначала предложилъ свое зеркало съ одной рукояткой, похожее на утиный клювъ (фиг. 9), которымъ оттягиваютъ только одну заднюю стѣнку. При положеніи больной на спинѣ оно вовсе негодно для употребленія, но при боковомъ положеніи съ животомъ, обращеннымъ отчасти внизъ, а еще болѣе при коленно-локтевомъ (à la vache) брюшныя внутренности отходятъ отъ верхней части тазовой полости, такъ что передняя стѣнка рукава не можетъ слѣдовать за оттянутой задней, вслѣдствіе чего просвѣтъ рукава остается открытымъ. Но и при этомъ положеніи почти всегда необходимъ подъемникъ, которымъ нѣсколько удерживается передняя стѣнка.



Фиг. 9.
Зеркало Симса.

Такъ какъ при употребленіи зеркала Симса непременно нужна перемѣна изъ положенія на спинѣ въ боковое и кромѣ того для удерживанія зеркала необходимъ помощникъ, то оно и не вошло во всеобщее употребленіе въ Германіи, гдѣ обыкновенно врачъ изслѣдуетъ больную одинъ. Наконецъ, для осмотра исключительно шейки матки оно даже излишне.

¹⁾ Diseases of women. 3 ed. p. 75.

Если необходимо обнажить всю верхнюю часть рукава съ цѣлью совершенно точнаго осмотра, или для операций, то мы предпочитаемъ зеркала, предложенныя Симономъ (фиг. 10), которыя оттягиваютъ стѣнки влагалища со всѣхъ сторонъ и кромѣ того могутъ быть употребляемы въ положеніи на спинѣ, что особенно важно при наркозѣ.



Фиг. 10. Зеркало Симона: а) подъемникъ, б) плоская ложка для передней стѣнки, в) вогнутая ложка для задней стѣнки.

Последнія состоятъ подобно Симсовскому изъ желобоватаго зеркала С для задней стѣнки рукава, одного плоскаго *b* для удерживанія передней и двухъ боковыхъ рычаговъ, *a* для оттягиванія боковыхъ стѣнокъ влагалища. Первые два бываютъ различной величины и укрѣпляются на рукояткѣ. Для удерживанія ихъ необходимо имѣть по крайней мѣрѣ двухъ помощниковъ.

Для того, чтобы обойтись безъ посторонней помощи, старались устроить зеркала, подобныя описаннымъ, но которыя удерживались бы сами собой. Emmet, Foveaux, Pallen, Nott, Thomas, Hunter,

Souchon, и Spencer Wells предложили такого рода модификации, не вошедшие, впрочем, в употребление.

Англичане и в особенности американцы неисчерпаемы в изобретении новых зеркал, из которых мы перечислим следующие.

Meadows (Lancet May 1870), Blackbee (Lancet December 9. 1871. p. 320), Albert Smith (Med. Press a. Circular December 1869). Byrne (Amer. j. of. Obst. IV p. 287). Stockton Hough (Boston gyn. j. VI. p. 18). Brown (Boston med. a. surg. j. July 1869), Erich (Philad. med. a. surg. Reporter March. 27. 1869).

Искусственные осветительные аппараты, предложенные Ploss'ом, Tobold'ом и Segdwick'ом, по легкому понятным причинам, никогда не достигнут всеобщего употребления, так как для освещения необходимо и вполне достаточно обыкновенный дневной свет.

Мы считаем необходимым прибавить несколько слов относительно самого важного момента при введении зеркала — отыскания шейки. Для этого существует два способа: 1) вводя зеркало, стараются направить его так, чтобы поперечная щель, образуемая переднею и заднею стѣнками рукава, всегда была как раз по срединѣ просвѣта зеркала; въ такомъ случаѣ въ концѣ рукава непременно попадаетъ въ просвѣтъ шейка или одна ея губа. 2) вводятъ зеркало по известнымъ правиламъ, не обращая вниманія на упомянутую щель, и, когда зеркало уже не идетъ далѣе, а шейки въ его просвѣтѣ нѣтъ, что бываетъ въ томъ случаѣ, если зеркало попало въ одинъ изъ сводовъ, — то его выдвигаютъ немного назадъ и за тѣмъ, поворачиваютъ вокругъ оси то въ ту, то въ другую сторону, пока попадаютъ наконецъ на шейку. Первый способъ медленнѣе, но вѣрнѣе, и потому лучше для начинающихъ. Не лишнимъ считаемъ упомянуть и о томъ, что цвѣтъ шейки, видимой черезъ зеркало, весьма много зависитъ отъ цвѣта самого зеркала, шейка, кажущаяся блѣдно-розовою черезъ зеркало изъ молочнаго стекла, покажется синеватою и даже темною при употребленіи черно-каучуковаго зеркала. Въ этомъ легко убѣдиться, вставивъ большой оба зеркала, одно вслѣдъ за другимъ. Кромѣ того никогда не слѣдуетъ судить о цвѣтѣ слизистой оболочки рукава при выведеніи зеркала: она всегда при этомъ покажется блѣдною вслѣдствіе давленія на стѣнки рукава, хотя бы въ дѣйствительности была гиперемирована. Для осмотра цвѣта слизистой оболочки рукава лучше всего употреблять зеркало Симса. а при цилиндрическихъ зеркалахъ лучше всего осматривать ее во время введенія. Если зеркало долго остается въ рукавѣ, то вставленная въ

его просвѣтъ шейка тоже мѣняется свой цвѣтъ: если зеркало не глубоко вдвинуто въ сводъ, то она по большей части блѣднѣетъ, въ противномъ случаѣ темнѣетъ. Наконецъ необходимо имѣть въ виду, что при остромъ воспаленіи рукава введеніе зеркала очень болѣзненно и почти не возможно, а потому противопоказано. При воспаленіи матки и окружающихъ ее частей введеніе зеркала менѣе болѣзненно и можетъ быть допущено лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Беременность и регулы отнюдь не составляютъ противопоказанія для введенія зеркала.

Въ прежнее время, когда гинекологами употреблялись почти исключительно цилиндрическія зеркала, осмотръ ограничивался по большей части одною шейкою. Теперь стали больше обращать вниманіе на стѣнки рукава, дѣйствительное состояніе которыхъ почти не возможно видѣть

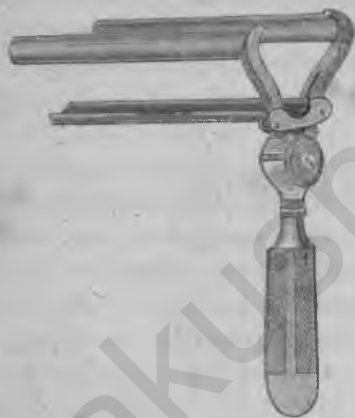


Рис. а. Зеркало Вейсса.



Рис. б. Зеркало Нутта.

черезъ цилиндрическое зеркало, а потому вошли въ большое употребленіе заркала створчатыя, которыя модифицировались весьма разнообразно, въ особенности англійскими и американскими врачами. Изъ болѣе цѣлесообразныхъ мы можемъ назвать слѣдующія: 1) трехстворчатое зеркало Вейсса въ Лондонѣ, створки котораго раздвигаются, оста-

ваясь параллельными одна другой, посредством винта, приводимаго въ движеніе рукояткою (рис. а). Это зеркало можетъ съ одинаковымъ успѣхомъ употребляться и для введенія въ задній проходъ.

2) Др. Нуттъ (Nutt) въ Америкѣ предложилъ тоже трехстворчатое зеркало, въ которомъ створки, кромѣ расхожденія, еще могутъ быть укорочены и удлинены по произволу (рис. б) 3) Др. Адъбертъ Смитъ представилъ акушерскому обществу въ Филадельфіи въ Ноябрь 1869 г. свое зеркало, которое есть ничто иное какъ очень удачное видоизмѣ-



Рис. в.



Рис. г.

Зеркало Смита.



Рис. д. Зеркало Смита.

неніе извѣстнаго зеркала Кюско: двѣ створки его могутъ посредствомъ винтовъ у рукоятокъ расходиться и параллельно одна другой и не параллельно, т. е. такъ какъ у Кюско— (рис. е и д) Др. Альфредъ Медовсъ въ Лондонѣ измѣнилъ двустворчатое зеркало такъ что вмѣсто одной изъ створокъ онъ вставилъ двѣ изогнутыя узкія пластинки, которыя могутъ закрѣпляться въ какомъ угодно положеніи посредствомъ винтовъ у рукоятки. Черезъ это зеркало прекрасно видны и стѣнки рукава и шейка матки въ одно и тоже время (рис. е и ж). Когда эта модификація оказалась на дѣлѣ весьма практичною, то др. Медовсъ по-

шелъ далѣе: онъ замѣнилъ и вторую створку также двумя узкими пластинками, отчего зеркало стало четырехстворчатымъ, и прибавилъ



Рис. е. Зеркало Медовса въ разомкнутомъ видѣ.



Рис. ж. Зеркало Медовса въ сомкнутомъ видѣ.



Рис. з. Четырехстворчатое зеркало Медовса въ сомкнутомъ видѣ.

еще плоскую, овальную ложку для отдавливанія кончика, (рис. з и и). Въ послѣднее время, въ 1871 г. др. Блекби (Blasbee) упростилъ устройство и механизмъ узкостворчатого зеркала др-а Медовса тѣмъ, что сдѣ-

лазь свое зеркало просто изъ проволоки, которую выгнулъ въ 4 параллельныя вѣтви, какъ представлено на рисункѣ к. Кольцо, надѣва-



Рис. и. Четырехстворчатое зеркало Медовса въ разомкнутомъ видѣ.

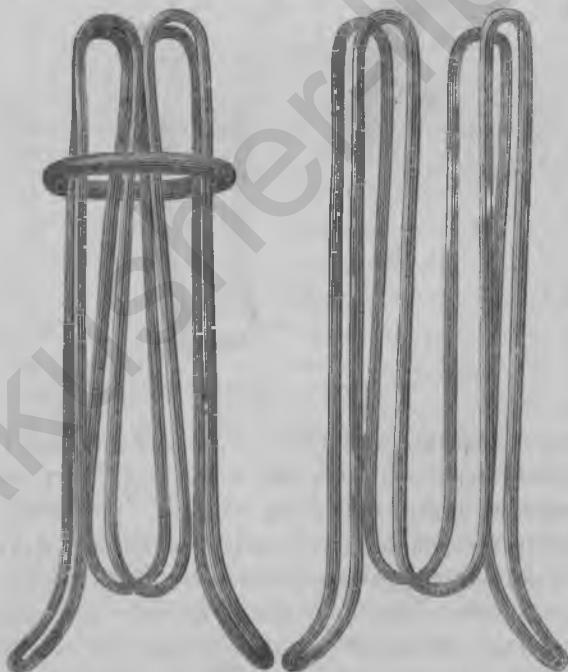


Рис. к. Зеркало Блекби.

ющееся на это проволочное зеркало, сжимаетъ створки; при введеніи зеркала кольцо удерживается указательнымъ и среднимъ пальцами, а по введениі снимается, отчего створки расходятся и стѣнки рукава раз-

двигаются. Это зеркало имѣетъ еще то преимущество, что само собою очень хорошо держится въ рукавѣ и потому весьма удобно для операций на стѣнкахъ рукава въ отсутствіи помощниковъ. Но послѣдніе три вида зеркалъ имѣютъ одинъ общій недостатокъ, створки ихъ слишкомъ врѣзаются въ стѣнки рукава при значительномъ расхожденіи. Возможность оперировать одному безъ помощниковъ до того важна, что и къ зеркалу Симса уже придѣливается особый аппаратъ, укрѣпляющійся на крестцѣ, который удерживаетъ зеркало неподвижно и устраняетъ



Рис. л. Аппаратъ Emmet и Foveaux.

необходимость помощника. Др-а Emmet и Foveaux предложили одинъ изъ такихъ аппаратовъ (рис. л); есть еще и другіе въ томъ же родѣ.

Мы не можемъ пройти молчаніемъ попытки нѣсколькихъ гинекологовъ проникнуть глазами далѣе губъ маточнаго рыльца. Для этого были придуманы особаго рода зеркала (*specula intrauterina*) Дезормо, Жюберта и др. Одно изъ такихъ зеркалъ устроено по идеѣ проф. Крассовскаго. Это есть маленькое створчатое зеркало, которое въ сомкнутомъ видѣ легко вставляется въ каналъ маточной шейки; ко виѣшнему концу каждой створки прикрѣплены ножки длиною вершка въ $2\frac{1}{2}$ и до 3-хъ, соединенныя между собою у ручки, въ которой помѣщается винтъ для раздвиганія и сдвиганія створокъ. Употребляется оно слѣдующимъ образомъ: сперва вводится цилиндрическое рукавное зеркало, черезъ него

проводятъ это маточное зеркало въ зѣвъ и, поворачивая рукоятку, раздвигаютъ створки послѣдняго. При сильномъ освѣщеніи еще можно кое-что видѣть чрезъ такое зеркало и то не далѣе первой половины канала шейки. Послѣ изобрѣтенія уретроскопа думали примѣнить его и къ осмотру полости матки. Надъ этимъ трудился у насъ въ Петербургѣ Д-ръ Гриневальдъ и назвалъ свой инструментъ метроскопомъ. Всѣ эти зеркала могутъ быть употребляемы лишь у рожавшихъ женщинъ, каналъ шейки которыхъ довольно широкъ. Мы не разъ употребляли ихъ, но кромѣ канала шейки далѣе видѣть не могли. Расширеніе канала шейки губками приводитъ гораздо ближе къ цѣли, а потому внутриматочныя зеркала вообще мало къмъ употребляются. Ред.

БОЛѢЗНИ МАТКИ.

Пороки развитія.

Kussmaul, Von dem Mangel u. s. w. der Gebärmutter. Würzburg 1859.—Fürst, M. f. Geb. B. 30 p. 97.—Heppner Petersburg med. Z. 1870. 1 p. 193.—Shatz, Archiv f. Gyn. 1 p. 12 und II p. 289. Churchill, obst. J. of Great Britain July 1873 p. 256.

Женскіе дѣтородные органы, начиная отъ входа во влагалище и до ostium abdominale, первоначально образуются изъ двухъ отдѣльныхъ параллельныхъ между собою каналовъ, извѣстныхъ подъ именемъ мюллеровыхъ протоковъ. Начиная съ восьмой недѣли утробной жизни эти протоки сливаются между собою въ тѣхъ частяхъ, изъ которыхъ впоследствии образуются матка и рукавъ; другія же части, служащія для образованія трубъ, остаются разъединенными. Граница между этими частями опредѣляется выхожденіемъ круглыхъ маточныхъ связокъ. Слитіе каналовъ начинается съ середины, вслѣдствіе чего оба влагалища соединяются раньше, а матки поздне. Такъ какъ иногда не бываетъ одного или обоихъ мюллеровыхъ протоковъ или они преждевременно атрофируются, или наконецъ слитіе ихъ происходитъ только частично, а иногда даже и вовсе не происходитъ, то образуются различные пороки развитія, которые мы и разсмотримъ по порядку.

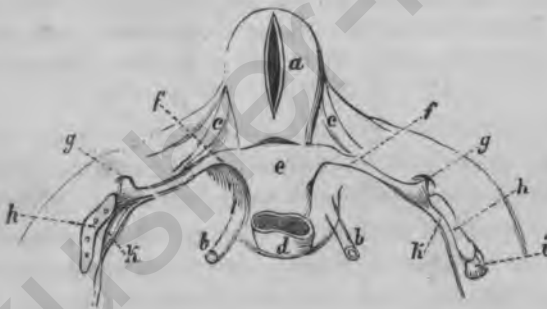
Совершенное отсутствіе или рудиментарное развитіе матки. Uterus bipartitus.

Kussmaul, l. c. p. 43. — Fürst, Mon. f. Geb. B. 30 p. 119, 128. — Schröder. Scanconi's Beitr. B. V. p. 348. — Heppner, Petersb. med. Z. 1870. B. 1. p. 197. — Warner, Boston gyn. J. IV. p. 339 und VI. p. 1.

Всѣ вышеозначенныя формы пороковъ развитія мы разсматриваемъ здѣсь вмѣстѣ, такъ какъ прагматическое значеніе всѣхъ ихъ одинаково, а прижизненная дифференціальная діагностика едва-ли возможна.

Они бываютъ слѣдующія:

а) *Совершенное отсутствіе матки.* Прямая кишка и мочевой пузырь соприкасаются между собою; круглыя связки теряются между ними въ соединительной ткани, такъ что при самомъ точномъ изслѣдованіи не возможно найти и слѣдовъ матки. Такіе случаи крайне рѣдки; если еще при этомъ не достаетъ и яичниковъ, то, строго говоря, такая особь должна считаться безполою.



Фиг. Рудиментъ матки, состоящій изъ общей шейки и отдѣльных роговъ,
по Ферктеру (см. Kussmaul p. 66).

а) вскрытый пузырь, bb) мочеточники, cc) Art. umbilicales, d) прямая кишка, e) шейка, ff) рога матки, gg) Круглыя связки, hh) яичники, i) рудиментъ трубы, kk) lig. ovaricum.

б) *Рудиментъ матки,* состоящій изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, бываетъ различный: иногда онъ представляетъ форму матки, но чаще отъ мѣста, соответствующаго шейкѣ, выходятъ по сторонамъ рога (Fig. 11). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ существуетъ только дугообразно вытянутый съ одной стороны на другую рудиментъ съ придаткомъ въ видѣ роговъ: (Fig. 12). шейки же при этомъ не существуетъ.

с) *Рудиментъ матки съ полостью*. Онъ представляется кожей-

стымъ, полымъ мѣшкомъ, имѣющимъ по формѣ нѣкоторое сходство съ маткою: гораздо чаще встрѣ-

чается *uterus bipartitus*, — на-

звание не вполне удачное, но тѣмъ не менѣе получившее право гражданства. *Uterus bipartitus*

(Fig. 13) состоитъ изъ одной объемистой шейки съ раздѣль-

ными рогами, изъ которыхъ каждый заключаетъ въ себѣ маленькую полость выстланную

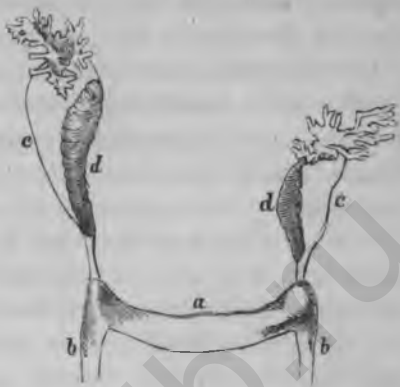
слизистой оболочкой. Въ практическомъ отношеніи всѣ эти уродства не представляютъ суще-

ственного различія. Яичниковъ при этомъ можетъ совершенно не быть или они суще-

ствуютъ, и въ этомъ послѣднемъ случаѣ могутъ заключать въ себѣ графовы пузырьки. *Molimina menstrualia* при этомъ обыкновенно не

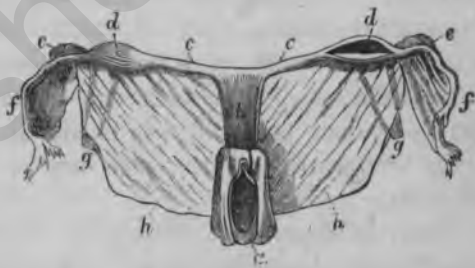
бываютъ, а мѣсячныя очищенія — рѣшительно никогда. Влагалища или совсѣмъ нѣтъ, или оно коротко и оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ, между тѣмъ какъ наружныя части могутъ быть образованы нормально и съ хорошо развитымъ лоб-

комъ.



Фиг. 12. Дугообразный рудиментъ матки по Неге (см. Kussmaul p. 64).

а) рудиментъ матки, bb) круглыя связки, cc) трубы, dd) яичники.



Фиг. 13. *Uterus bipartitus* по Рокитанскому (см. Kussmaul p. 71).

а) закрытый рукавъ, б) шейка матки, cc) рога матки, dd) полости ея, ee) яичники, ff) трубы, gg) круглыя связки, hh) широкія связки.

Отсутствіе или зачаточное состояніе матки ничуть не обусловлива-

етъ мужеподобія (*virago*): формы тѣла, голосъ склонности, нравъ могутъ сохранять свою женственность; груди также могутъ быть развиты хорошо даже при полномъ отсутствіи яичниковъ.

Такия женщины встрѣчаются не рѣдко между замужними и проститутками. Въ такихъ случаяхъ рудиментъ влагалища, вслѣдствіе

половаго акта растягивается и удлиняется на столько, что наконецъ можетъ вмѣщать въ себѣ по крайней мѣрѣ часть penis'a, или же мочеиспускательный каналъ расширяется на столько, что можетъ служить для coitus.

Важно умѣть опредѣлить этотъ недостатокъ развитія при жизни. Распознаваніе производится путемъ точнаго двойнаго изслѣдованія; но такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ такое изслѣдованіе черезъ рукавъ бываетъ возможно лишь въ исключительныхъ случаяхъ, то обыкновенно его слѣдуетъ предпринимать per rectum. Вводя одинъ или два пальца и за тѣмъ при помощи другой руки, лежащей на брюшныхъ покровахъ, прощупываютъ всю полость малаго таза. При нѣсколькихъ благопріятныхъ условіяхъ можно опредѣлить совершенно ли отсутствуетъ матка или же существуетъ только ея незначительный плоскій зачатокъ. Двойное изслѣдованіе при этомъ даетъ болѣе вѣрные результаты, чѣмъ предложенный и многими весьма одобряемый способъ введенія катетера въ мочевой пузырь и надавливанія на него со стороны прямой кишки.

Впрочемъ иногда можно ввести палецъ въ мочевой пузырь черезъ расширенный вслѣдствіе совокупленія мочеиспускательный каналъ (недержанія мочи при этомъ обыкновенно не бываетъ) и затѣмъ изслѣдовать одновременно со стороны пузыря и прямой кишки. Опредѣленіе бываетъ гораздо труднѣе, если по средней линіи ничего не прощупывается, а съ обѣихъ сторонъ ея прощупываются маленькія круглыя тѣла, которыя можно принять или за яичники, или за раздутые концы роговъ uterus bipartitus.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи о какомъ-бы то ни было леченіи.

Какъ ни странно показалось-бы, однако нельзя не упомянуть, что отсутствіе матки не рѣдко бываетъ наследственнымъ, т. е. повторяется поразительно часто въ одномъ и томъ-же родѣ.

Squarey ¹⁾ рассказываетъ о трехъ сестрахъ 26, 18 и 16 лѣтъ, изъ которыхъ ни одна не имѣла матки. Мать ихъ имѣла трехъ бездѣтныхъ тетокъ и сестру, никогда не имѣвшую мѣсячныхъ очищеній. Phillips, тоже сообщаетъ по этому поводу о двухъ сестрахъ, не имѣвшихъ матки. Hauff ²⁾ вскрывала женщину 51 года, не

¹⁾ London Obst Tr. Vol. XIV. p. 212.

²⁾ Würtemb. Corresp. B. I. 1873. 43, 5, s. Schmidts Jahrbücher 1873. Bd. 158, p. 140,

имѣвшую ни матки, ни трубъ, ни яичниковъ, но складъ тѣла которой былъ вполне женственный. Наружные половые органы были какъ у десятилѣтней дѣвочки и съ закрытымъ входомъ въ рукавъ; только клиторъ (вслѣдствіе онанизма) отличался хорошимъ развитіемъ. Двѣ сестры этой особы имѣли каждая по взрослой 28 и 23 лѣтъ, хорошо сложенной дочери съ половыми органами такого же устройства и съ отсутствіемъ половыхъ ощущеній.

Въ доказательство наслѣдственности пороковъ развитія матки мы можемъ привести два собственныхъ наблюденія:

1) Года четыре тому назадъ намъ пришлось изслѣдовать двухъ сестеръ цыганокъ, обратившихся къ намъ за помощью по причинѣ своего бесплодія. Какъ у одной, такъ и у другой мы не нашли ни матки, ни яичниковъ, хотя изслѣдовали и черезъ рукавъ, и чрезъ прямую кишку. У одной изъ нихъ, старшей, намъ удалось прощупать съ правой стороны малаго таза, приблизительно на высотѣ втораго крестцоваго позвонка кругловатое, плоское подвижное тѣло; но мы не имѣли достаточнаго основанія принять его за какой либо органъ половой сферы. Обѣ женщины не имѣли мѣсячныхъ очищеній, хотя одной было уже 27 лѣтъ, а другой 23. Рукавъ представлялъ видъ довольно широкаго слѣпного мѣшка, 3—3½" дюйма длины. Общій видъ и развитіе всего тѣла, также какъ и наружныхъ половыхъ органовъ, не представляли никакихъ уклоненій отъ нормы. Обѣ онѣ обращались ко многимъ изъ здѣшнихъ гинекологовъ, и вѣроятно извѣстны большинству здѣшнихъ практическихъ акушеровъ.

2) Другой случай интересенъ по причинѣ неоднократно повторявшихся родовъ двойнями. Г-жа N родила четыре раза; одинъ разъ были двойни. При изслѣдованіи послѣ родовъ у нея оказалась двурогая двуполостная матка съ одною общею шейкою; перегородка оканчивалась въ шейкѣ ниже внутренняго зѣва. У матери ея были также одинъ разъ двойни: у сестры (близнечки), родившей только одинъ разъ, тоже были двойни. Матка у ней также была двурогая и двуполостная, какъ у Г-жи N, что нами было опредѣлено послѣ родовъ. У двоюродной сестры Г-жи N, по матери, родившей три раза, двойни были два раза; состояніе ея матки намъ неизвѣстно.

Ред.

Uterus unicornis съ добавочнымъ недоразвитымъ рогомъ или безъ него.

При однорогой маткѣ мюллеровъ протокъ одной стороны развивается только отчасти или совсѣмъ отсутствуетъ, а другой достигаетъ нормальнаго развитія, слитія же между ними не происходитъ.

Однорогая матка представляется продолговатою, цилиндрическою, узкою относительно своей длины, нѣсколько заостренною кверху и наклоненною на сторону. Отъ конца, отклоненнаго въ сторону рога, отходитъ фаллопиева труба и другія прилежащія маткѣ части.

Однорогая матка не достигаетъ полнаго развитія: настоящаго дна нѣтъ, шейка длиннѣе и толще тѣла, влагалищная часть обыкновенно мала, влагалище же узко.

Другаго рога можетъ совсѣмъ не быть или же онъ принимаетъ различныя формы отъ тонкой, лентообразной мышечной полосы, до маленькаго полнаго органа, сообщающагося съ другимъ рогомъ. (При совершенномъ отсутствіи рога не бываетъ и прочихъ принадлежностей этой стороны или же онъ развиты совсѣмъ неправильно).

Лентообразный придаточный рогъ чрезвычайно длиненъ (по пре-

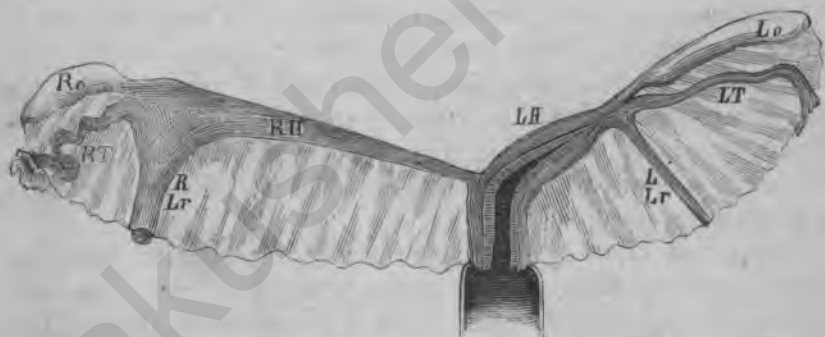


Рис. 14. Uterus unicornis съ придаточнымъ рогомъ по препарату эрлангенскаго пат.-анат. музея. LH, LO, LT и LLv—рогъ, труба и lig. rotund. лѣвой стороны; RH, RO, RT и RLv тѣже части правой стороны.

паратамъ анатомопатологическаго музея въ Эрлангенѣ отъ 10 до 15 сант.); начинается онъ на высотѣ внутренняго зѣва, тянется кнаружи и нѣсколько вверхъ и нерѣдко имѣетъ на концѣ утолщеніе съ полостью; яичникъ этой стороны можетъ быть также растянутъ въ длину и достигать даже 7 сант. (Fig. 15). Яичникъ хорошо развитаго рога рѣдко бываетъ длиннѣе (Fig. 14).

Въ такихъ случаяхъ придаточный рогъ бываетъ толще всего на мѣстѣ перехода въ круглую связку, которая становится необыкновенно развитою. Фаллопиева труба зачаточной стороны можетъ быть значительно обезображена; находясь съ наружной стороны яичника, она представляетъ шнурокъ, не имѣющій связи съ маткой и маточный конецъ котораго кончается свободно слѣпымъ мѣшкомъ (Fig. 15).

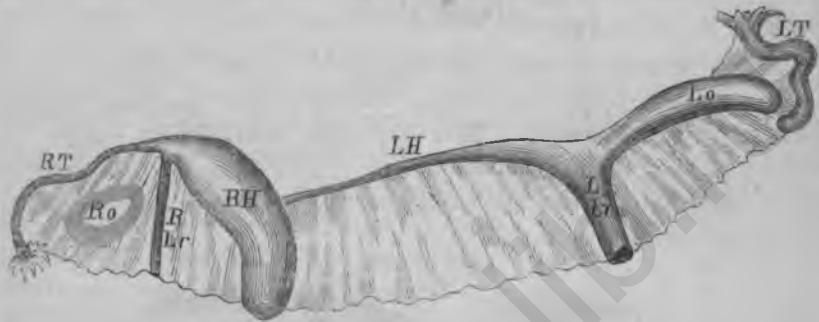


Рис. 15. Uterus unicornis съ рудиментарнымъ вторымъ рогомъ по препарату эрлангенскаго музея. Значеніе буквъ то же, что и въ предыдущемъ рисункѣ.

Однорогая матка не мѣшаетъ половымъ отправленіямъ: мѣсячныя очищенія бываютъ совершенно нормальны и даже въ зачаточномъ рогѣ (если онъ имѣетъ полость) можетъ наступить беременность такъ же, какъ и въ хорошо развитомъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ беременность протекаетъ правильно, въ первомъ же между третьимъ и шестымъ мѣсяцами происходитъ разрывъ стѣнокъ матки съ смертельнымъ исходомъ.

Опредѣленіе этого уродства весьма трудно, распознаваніе возможно лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда при узкомъ рубцѣ и небольшой влагалищной части посредствомъ тщательнаго двойнаго изслѣдованія удастся доказать, что тонкая суживающаяся сверху матки значительно сгибается дугообразно въ сторону. Если съ другой стороны прощупывается шнурокъ или кругловатое тѣло, то его слѣдуетъ принять за второй зачаточный рогъ.

Uterus duplex.

Двойная матка образуется, если оба мюллеровы протока развиты хорошо, но слитіе ихъ не послѣдовало или произошло только отчасти.

Если исключить *uterus separatus duplex* или *didelphys*, когда матка лежит отдѣльно одна отъ другой, что бываетъ почти исключительно у неспособныхъ къ жизни, уродливыхъ плодовъ ¹⁾, то такая матка можетъ быть двурогою и двуполостною, смотря потому, представляетъ ли наружный видъ ея два рога или имѣетъ нормальную форму.

Uterus bicornis. *Двурогая*

Двурогая матка можетъ быть двойною вполнѣ или только отчасти.

Въ первомъ случаѣ при *uterus bicornis duplex* разстояніе между матками бываетъ различно. Если обѣ матки соединяются только въ шейкѣ, то между расходящимися ихъ тѣлами будетъ значительный уголъ; напротивъ, чѣмъ выше бываетъ точка соединенія, тѣмъ уголъ этотъ становится острѣе.



Рис. 16.

Uterus bicornis unicollis по препарату патолого-анатомическаго музея въ Эрлангенѣ.

Если раздвоеніе не совершенно полное, то рога все-таки могутъ расходиться на мѣстѣ внутренняго маточнаго зѣва. Тогда каналъ шейки бываетъ общимъ; но иногда перегородка немного вдается и

¹⁾ Недавно были опубликованы случаи *uterus didelphys* у взрослыхъ женщинъ. Такъ Геппнеръ (1. с. р. 202) нашелъ на трупѣ у женщины, безъ предварительнаго онанизма, что обѣ матки были тверды; отношенія трубъ и яичниковъ нормальны; въ яичникахъ находились граафовы пузырьки и менструальныя желтыя тѣла. Еще интереснѣе случай Ollivier (*Gaz. de Paris* 14. 1872. S. Schmidt, *Jahrb.* 1873. V. 158, p. 41). вскрывавшаго 42 лѣтнюю женщину, рожавшую шесть разъ. Обѣ матки раздѣлялись значительнымъ промежуткомъ, въ которомъ помѣщались кишки. Рукава были совершенно отдѣлены другъ отъ друга. Ollivier упоминаетъ о подобномъ же случаѣ Ле Форты у 25 лѣтней женщины. (*Des vices de conformation de l'úterus et du vagin etc.* Paris 1863, p. 47).

въ него. Если рога расходятся выше, то въ полость матки можетъ опускаться перегородка или этой послѣдней совсѣмъ не бываетъ. Въ послѣднемъ случаѣ образуется такъ-называемый *uterus arcuatus*, т. е. такая форма, гдѣ раздѣленіе на два рога выражается лишь вдавленіемъ средней части дна, что представляетъ переходъ уже къ нормальной маткѣ.

Иногда при *uterus bicornis* находятъ брюшную складку, идущую отъ задней стѣнки мочевого пузыря къ передней поверхности прямой кишки и отдѣляющую одинъ рогъ отъ другого. Значеніе этой складки еще не вполне выяснено: быть можетъ она есть только продуктъ эмбриональнаго склеиванія этихъ частей брюшины, которое и было причиною недостатка развитія или же ея присутствіе само обуславливается этимъ недостаткомъ, такъ какъ существованіе ея возможно лишь исключительно при этомъ пороки развитія.

Исторія развитія не даетъ возможности смѣшать эту складку съ остаткомъ аллантона, за который ее принимали.

Препаратъ, *uterus bicornis unicolis*, снимокъ съ фотографическаго изображенія котораго приложенъ, взятъ нами изъ трупа женщины, умершей отъ септихемии послѣ родовъ въ сентябрѣ 1861 года. Еще до родовъ, при поступленіи этой роженицы въ повивальный институтъ, состоявшій подъ покровительствомъ В. К. Елены Павловны, по наружному изслѣдованію нами была заподозрена двурогость матки, такъ какъ въ днѣ матки ясно прощупывалось глубокое вдавленіе; части плода ощупывались только въ правой половинѣ, лѣвая же, почти въ четверо меньшая, представляла какъ бы придатокъ матки непосредственно съ нею соединенный. При внутреннемъ изслѣдованіи мы нашли одну только шейку уже почти изглаженную и въ ней одно только отверстіе съ вставившемся уже пузыремъ; придаточная же часть прощупанная снаружи, совершенно сливалась съ нижнимъ отрѣзкомъ матки. Женщина эта была беременна въ первый разъ и роды были одиночные. Тотчасъ по разрѣшеніи посредствомъ внутренняго изслѣдованія опредѣлена была двуполостная матка; роды произошли изъ правой полости. Этотъ случай мы демонстрировали въ акушерскомъ отдѣленіи общества Петербургскихъ врачей и сообщили подробное описаніе препарата. На рисункѣ видны общій каналъ маточной шейки, (передняя стѣнка его отворочена кверху) въ концѣ его два внутреннихъ зѣва; правая матка значительно больше, лѣвая меньше; обѣ вскрыты по продольному размѣру. Въ каждой изъ

нихъ идетъ по одной трубѣ правильно образованной и съ каждой стороны по одному яичнику; желтое тѣло въ правомъ яичникѣ, который вообще нѣсколько болѣе лѣваго; беременна была правая половина. Касательно частоты беременности при этомъ порокѣ развитія у насъ въ Петербургѣ мы можемъ представить слѣдующія данныя: на 4000 родовъ за 1871 и 72 г. въ Родовспомогательномъ заведеніи Императорскаго Воспитательнаго Дома было четыре случая, которые описаны нами и Др. Биддеромъ въ отчетахъ 1871 г. стр. 82 и 1872 г. стр. 26. Мы впрочемъ думаемъ, что такіе случаи бывають гораздо чаще, какъ о томъ уже упоминаетъ Шацъ (Schatz. Arch. für Gynäkolog. II Bd. стр. 287), но остаются неузнанными. Что касается до объясненія причинъ раздвоенія матки,—о чемъ еще до сихъ поръ не установилось окончательное мнѣніе гинекологовъ и тератологовъ, то кромѣ работы Куссмауля, Лефора, Сексингера, Фюрста и Шаца, мы можемъ указать на работы русскихъ врачей Др. Геппнера, St.-Petersb. med. Zeitschr.—Vd. 1. 1870 г. и А. Реммерта «къ вопросу о раздвоеніи матки С.-Петерб. 1872 г.».

Ред.

Uterus septus.

При *uterus septus* (Fig. 17) нормальная по наружному виду матка внутри или совершенно раздѣлена продольной перегородкой на двѣ половины или эта перегородка доходитъ только до внутренняго маточнаго зѣва, или же наконецъ только отчасти вдается въ полость матки (*uterus subseptus*). Двойная шейка, а слѣдовательно и двойной зѣвъ встрѣчаются рѣдко при одиночной маткѣ.

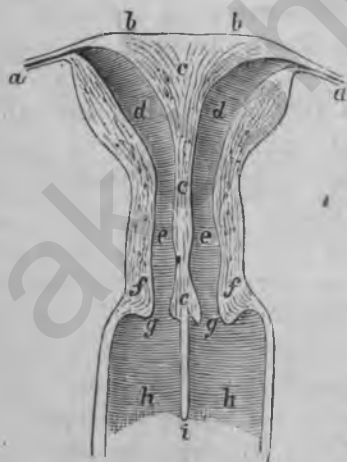


Рис. 17. *Uterus septus* по Куссмаулю. *aa* трубы, *bb* дно матки, *ccc* перегородка, *dd* полости обѣихъ матокъ, *ee* внутренній зѣвъ, *ff* наружныя стѣнки маточныхъ шеекъ, *gg* наружный зѣвъ, *hh* рукава.

Влагалище какъ при двурогой такъ и при двуполостной маткѣ можетъ быть двойнымъ или одиночнымъ. У входа во влагалище, окруженнаго нормальными половыми частями, находится одна или двѣ дѣвственные плевы.

Половые отправления при обонихъ видахъ раздвоенія бывають нормальны. Мѣсячныя очищенія

происходить то изъ обѣихъ половинокъ, то только изъ одной. Для совокупленія служить обыкновенно только одно влагалище, но каждая изъ сторонъ можетъ забеременить и доносить.

Опредѣленіе этой аномаліи можетъ быть, смотря по обстоятельствамъ, и легко и трудно. Двойное маточное рыльце, если оно вдается въ одно влагалище, опредѣляется безъ затрудненія; но двойное влагалище можетъ легко ускользнуть отъ вниманія. Если рыльце матки представляется двойнымъ, то, несмотря на это, матка надъ нимъ можетъ быть одиночная, причеиъ и ругавъ бываетъ двойнымъ, какъ доказываетъ случай Корачча (Corazza ¹⁾).

Двурогая матка, если ея влагалище и рыльце не двойныя, легко распознается двойнымъ изслѣдованіемъ; но распознаваніе *uterus subseptus* безъ естественнаго или искусственнаго расширенія канала шейки не возможно.

Uterus foetalis et infantilis.

Kussmaul, l. c. p. 79. Säxinger, Prager Vierteljarschrift. 1866. В. 1. p. 107.

Если матка, развивавшаяся нормально въ первое время зародышевой жизни, останавливается на той степени развитія, какую она имѣла при рожденіи, или въ дѣтскомъ возрастѣ, то называется *Uterus foetalis* или *infantilis* (см. Fig. 18).

Различить эти оба вида едвали возможно, такъ какъ матка остается отъ рожденія до приближенія половой зрѣлости почти безъ измѣненія. Единственное измѣненіе, которому въ продолженіе этого времени она подвергается, состоитъ въ томъ, что *Placae palmatae*, идущія въ зародышевой маткѣ до самаго дна, въ послѣдствіи исчезаютъ въ средней части ея тѣла, оставляя послѣ себя только продольную складку.

Эта форма характерна по ненормальному отношенію тѣла къ шейкѣ. Длина тѣла составляетъ только $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ всей длины матки; при этомъ стѣнки ея



Рис. 18. *Uterus infantilis* по Kussmaul'ю стр. 88. а) влагалище, б) шейка, с) тѣло, d) дно ея) фаллопиевы трубы.

¹⁾ Schmidt's Jahrb. Bd 148 p. 148.

слабо развиты, иногда кожистыя, тогда какъ шейка имѣетъ толстую мускулатуру. Вся длина матки рѣдко превышаетъ четыре сант., влагалищная часть мала, рыльце узко.

Яичники иногда бываютъ лишь въ зародышевомъ состояніи, иногда ихъ вовсе не бываетъ, обыкновенно они остаются на степени развитія дѣтскаго возраста; образованія яичекъ не бываетъ, хотя граафовы пузырьки существуютъ.

Рукавъ коротокъ и узокъ, наружные половые органы и лобокъ мало развиты, груди малы и плоски.

Мѣсячныхъ очищеній при этомъ никогда не бываетъ.

Распознаваніе возможно, если при короткомъ и узкомъ влагалищѣ и маленькой влагалищной части прощупываются посредствомъ двойнаго изслѣдованія очень маленькая, вялая матка съ очень толстой шейкой. Маточное рыльце бываетъ часто такъ узко, что для опредѣленія длины полости матки, не превышающей 3—4 сант., требуется очень тонкій зондъ. Пуговка зонда прощупывается сквозь тонкое дно матки и брюшные покровы весьма отчетливо.

Какъ зародышевая, такъ и дѣтская матка не поддаются леченію; поэтому, если распознаваніе сдѣлано вѣрно, то лучше избавить и себя и больную отъ всякихъ терапевтическихъ попытокъ.

Врожденная атрофія матки.

Kiwisch, Klin. Vortr. etc. 4. Aufl. B. 1. p. 142. Scanzoni, Lehrb. d. Krankh. d. w. Sex. 4. Aufl. B. 1. p. 80.—Säxinger, l. c. p. 10.—Virchow, Berl. V. z. Geb. u. Gyn. 1. p. 360.

Характеристика этого вида недоразвитой матки въ отличіе отъ дѣтской матки состоитъ въ томъ, что форма ея собственно нормальна, слѣдовательно шейка не преобладаетъ надъ тѣломъ, хотя сама матка вообще мала и стѣнки ея вялы и тонки.

Остальные части полового аппарата могутъ имѣть приблизительно нормальное развитіе или быть также въ состояніи атрофіи.

Эта первоначальная атрофія матки встрѣчается вообще у недоразвитыхъ дѣвушекъ. Подобное недоразвитіе, которое иногда бываетъ такъ значительно, что дѣвушки, достигнувъ двадцатилѣтняго и болѣе возраста, кажутся совершенными дѣтьми, обуславливается

иногда золотухою, туберкулезомъ и особенно часто хлорозомъ съ врожденнымъ малымъ объемомъ сердца и большихъ артерiальныхъ стволонъ (Fig. 19).



Рис. 19. Первичная атрофія матки по Вирхову.

Въ большинствѣ случаевъ при этомъ бываетъ совершенная аменорея, даже обыкновенно не бываетъ *molimina menstrualia*; но мѣсячныя очищенія иногда могутъ быть особенно при формѣ зависящей отъ хлороза. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ иногда являются болѣзненные признаки со стороны половой сферы; какъ-то: боль въ крестцѣ и нижней части живота, истерическія явленія и психическія разстройства. Мы видѣли въ одномъ случаѣ, при совершенной аменорее наступленіе эпилексіи, которая быстро разстроила умственные способности (Lawson. Tait, *Obst. J. of Great Britain*, Vol. I. p. 94 и. p. 173).

Распознаваніе главнымъ образомъ основывается на точномъ двойномъ изслѣдованіи. Если влагалищная часть очень мала, маточный зѣвъ узокъ, а введенный зондъ показываетъ значительное укороченіе ея полости, при чемъ стѣнки матки тонки, вялы и она сама мала, то мы имѣемъ дѣло не съ остановкою развитія матки въ раннемъ возрастѣ, а съ атрофіею матки.

Леченіе не представляетъ особенныхъ шансовъ на успѣхъ въ случаяхъ, зависящихъ отъ общей слабости и особенно отъ хлороза. Хорошимъ питаніемъ и желѣзомъ въ послѣднихъ случаяхъ можно однако иногда достигнуть полнаго возстановленія. Гораздо менѣе дѣйствительными оказываются мѣстныя раздраженія, какъ-то: полу-

ванны, души, пиявки, сжарификаціи влагалничной части, зондъ и внутрематочные пессарии. О вліяніи электричества мы имѣемъ еще слишкомъ мало свѣдѣній.

Касательно мѣстнаго леченія при атрофіи матки мы не можемъ согласиться съ авторомъ на основаніи наблюденій существующихъ въ литературѣ и нашихъ собственныхъ. Оставляя этотъ вопросъ для болѣе подробнаго разсмотрѣнія въ главѣ о механическомъ леченіи, мы уномянемъ здѣсь только о трехъ случаяхъ атрофіи матки, гдѣ мы употребили механическое леченіе, именно ввели нашъ суппортеръ. Изъ этихъ трехъ случаевъ въ двухъ наступила беременность: въ одномъ черезъ три недѣли, въ другомъ черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ извлеченія инструмента. Въ третьемъ случаѣ матка, полость которой съ шейбою до леченія была 1" 7^{'''} послѣ леченія оказалась 2" 3^{'''}; мѣсячныя очищенія, прежде происходившія съ болями и продолжавшіяся всего по 2 дня, послѣ леченія являлись безъ боли, обильнѣе и продолжались 4 дня. Мы объясняемъ въ этихъ случаяхъ дѣйствіе суппортера не только чисто механическимъ путемъ—раздраженіемъ и послѣдовательнымъ усиленнымъ питаніемъ органа, но и вліяніемъ его на качество отдѣлений полового аппарата (см. «О механическомъ леченіи болѣзней матки» И. М. Тарновскаго. 1869 г. стр. 207, табл. стр. 215). Что же касается до употребленія желѣза и питательной пищи, то считая первое умѣстнымъ при общемъ малокровіи, послѣднее необходимымъ для всякой, даже и здоровой женщины, мы полагаемъ, что однихъ этихъ средствъ едва-ли достаточно для излеченія мѣстной атрофіи. Съ гораздо болѣею увѣренностью мы рекомендуемъ въ этихъ случаяхъ кромѣ хорошихъ гигиеническихъ условій вообще,—гимнастику, въ особенности нижнихъ конечностей, верховую ѣзду и т. п.; при чемъ слѣдуетъ обращать вниманіе и на общее состояніе здоровья.

Ред.

Зарощеніе отверстія матки, рукава или наружныхъ частей.

Haematometra. Hydrometra.

Meissner, Frauenzimmer Krankheiten. Leipzig 1843. B. I, p. 554 u II, p. 66.—Seyfert, Prager Vierteljahrschrift. 1854. I, p. 132.—Bernutz et Goupil, Clin. med. sur les mal. des femmes. T. I. Paris. 1860.—Carl Braun, Wiener allg. med. Z. 1861. № 53.—Hennig, Zeitschr. f. Med. Chir. u. Geb. 1866. B. 5, p. 22 u. 91.—Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien 1864, p. 37, 108, 114, 120.—Puech, de l'atresie des voies gén. de la femme. Paris 1864.—Raciborsky, Traite de la menstruation. Paris 1868, p. 526.—Rose, Mon. f. Geb. B. 29, p. 401.—Müller, Scanzoni's Beiträge. B. V, p. 67.—Copeman, London Obst. Tr. Vol. X, p. 246.—Steiner, Wien. med. W. 1871. № 29 u. 30.

Здѣсь мы будемъ говорить о тѣхъ случаяхъ, когда половой каналъ таеъ закрытъ въ какомъ либо мѣстѣ, что кровь мѣсячныхъ очищеній, выдѣляемая слизистой оболочкой матки, не можетъ излиться наружу. Этимъ вызывается рядъ припадковъ, которые вынуждаютъ обратиться къ разсмотрѣнію вообще различныхъ видовъ зарощенія половыхъ органовъ.

ПРИЧИНЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМІЯ.

Зарощеніе можетъ быть какъ врожденное такъ и приобрѣтенное.

Врожденные пороки развитія.

На наружныхъ половыхъ органахъ такого порока образованія не бываетъ, потому что склеиваніе губъ, если и бываетъ врожденнымъ, то образуется во время внутриматочной жизни и не зависитъ отъ порока образованія.

Atresia hymenalis повидимому чаще всего даетъ поводъ къ образованію Haematometr'ы.

Обыкновенно отверстіе гимена настолько широко, что пропускаетъ палець, хотя съ нѣкоторымъ усиліемъ; въ исключительныхъ же случаяхъ складка дѣвственной плевы не разрывается даже при бурномъ соитіи. Не рѣдко отверстіе такъ мало, что не представляетъ возможности изслѣдовать влагалище пальцемъ и пропускаетъ только тонкій зондъ. Самое рѣдкое, а въ практическомъ отношеніи самое важное, это совершенное отсутствіе отверстія; въ этомъ случаѣ плева бываетъ большею частью толста, плотна и даже хрящевой консистенціи.

Atresia vaginalis бываетъ также не рѣдко:

1) Влагалища вовсе не существуетъ при нормальномъ строеніи прочихъ половыхъ органовъ.

2) Часть влагалища не существуетъ.

Эти виды зависятъ отъ того, что оба мюллеровы протока облитерируются или на всемъ протяженіи той части, изъ которой долженъ образоваться рукавъ, или только на нѣкоторой части.

Кромѣ того можетъ быть:

3) Во влагалищѣ поперечная перегородка, закрывающая его.

Чаще всего это случается въ нижнемъ отдѣлѣ, непосредственно за дѣвственною плевою, и объясняется исторіею развитія. Къ сожалѣнію, однако, развитіе гимена или точнѣе сказать способъ вхожденія полового канала въ *sinus urogenitalis* еще недостаточно изслѣдованъ. Если, какъ полагаетъ Келликеръ, гимень есть ничто иное какъ видоизмѣненіе первоначальнаго валика, которымъ каналъ оканчивается въ *sinus urogenitalis*, то частое зарощеніе влагалища въ этомъ мѣстѣ не совсѣмъ понятно.

Но рядомъ съ этимъ нѣкоторыя данныя говорятъ въ пользу того, что гимень есть новообразованный клапанъ и что мюллеровы протоки входятъ непосредственно надъ гименомъ въ *sinus urogenitalis*. Сюда преимущественно относится нерѣдкое существованіе втораго кольцеобразнаго валика непосредственно за гименомъ, который, въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ хорошо развитъ, принимается за вторую дѣвственную плеву.

Если это справедливо, то было бы понятно особенно частое появленіе *atresiae vaginalis* тотчасъ за открытымъ гименомъ.

Вѣроятно этотъ видъ зарощенія встрѣчается чаще, чѣмъ это обыкновенно думаютъ, такъ какъ его легко смѣшать съ *atresia hymenalis*. Перегородка, выпяченная накопившеюся кровью, можетъ быть такъ прижата къ гимену, что послѣдній становится незамѣтенъ. Мы наблюдали случаи такого плотнаго сращенія обѣихъ плевъ, что первоначально свободный край гимена едва можно отличить отъ перегородки рукава и то лишь при самомъ тщательномъ изслѣдованіи (съ другой стороны зарощеніе гимена можетъ быть легко принято за зарощеніе рукава, если гимень далеко вдается во влагалище вслѣдствіе частыхъ и продолжительныхъ попытокъ къ соитію).

Если перегородка находится выше, то надо думать, что въ верхней части влагалища развился одинъ мюллеровъ протокъ, а въ

нижней — другой. Затѣмъ оба могутъ идти нѣкоторое разстояніе опять вмѣстѣ.

Зарощеніе матки, какъ врожденный порокъ, встрѣчается очень рѣдко.

Чаще всего бываетъ закрытъ наружный маточный зѣвъ. Замыканіе происходитъ посредствомъ слизистой оболочки рукава или мускуловъ и соединительной ткани. Очень рѣдко бываетъ непроходима вся шейка; тогда влагалищной части или совсѣмъ нѣтъ, или она очень мала, а влагалище имѣетъ рудиментарное развитіе.

Вполнѣ естественно можетъ случиться, что такихъ перегородокъ, лежащихъ одна позади другой, будетъ нѣсколько. Такъ Charrier ¹⁾ и Thompson наблюдали каждый по одному случаю, въ которыхъ послѣ операціи при зарощеніи влагалищнаго входа показалось только нѣсколько капель слизистой жидкости, и задержанная кровь выпла только послѣ прободенія второй перегородки, лежащей выше. Ruysch, Schultz, Walther, Burns, Butler, Picard, Nelaton ²⁾ сообщаютъ другіе подобныя случаи. Steiner ³⁾ говоритъ о случаѣ, оперированномъ Бильротомъ, гдѣ врожденная атрезія верхней части рукава осложнилась приобрѣтеннымъ зарощеніемъ влагалищнаго входа.

Приобрѣтенная атрезія.

Часто встрѣчающееся сжлеиваніе большихъ губъ у маленькихъ дѣвочекъ не служитъ причиною образованія гематометры, потому что отъ одной этой причины влагалище вполнѣ не закрывается.

Зарощеніе влагалища и влагалищнаго входа бываетъ слѣдствіемъ рубцованія послѣ язвъ или омертвѣнія. (Thomas ⁵⁾ наблюдалъ зарощеніе влагалища вслѣдствіе сифилиса). Омертвѣніе можетъ наступить *spontaneo modo* при скарлатинѣ, оспѣ, холерѣ, тифѣ, но чаще всего послѣ родовъ. Полное зарощеніе можетъ также образоваться вслѣдствіе механическихъ поврежденій (изнасилованіе), мѣстнаго употребленія лекарствъ (вырыскиваніе сильныхъ кислотъ, прижиганій, *ferrum candens*). Вызванныя этимъ сращенія чаще всего встрѣчаются въ верхней части влагалища близъ шейки; Мюллеръ

¹⁾ Gaz. des hop. 1866. № 71.

²⁾ Dublin Hosp. Gaz. Juni 15. 1856.

³⁾ S. Courty, Mal. de l'utérus etc. 2 ed. p. 397.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ Diseases of women. 3 ed. p. 154.

однако справедливо обращаетъ вниманіе на частое образованіе влагалищно-маточныхъ сращеній, при чемъ вслѣдствіе родовъ облитерируются верхняя часть рукава и шейка матки. Далѣе, зарощеніе шейки встрѣчается послѣ операций на ней (ампутациі влагалищной части) и вслѣдствіе новообразованій, сидящихъ въ шейкѣ и заслоняющихъ проходъ (фиброма и ракъ). Наконецъ полное зарощеніе можетъ образоваться при искривленіяхъ матки и катаррѣ канала шейки, когда вслѣдъ за лопаніемъ наботковыхъ яичекъ разросшіяся грануляціи склеиваются и срастаются. Эти зарощенія, встрѣчающіяся большею частію во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ, такъ обыкновенны у старыхъ женщинъ, что по Геннигу ¹⁾ между 100 женщинами за 50 лѣтъ страдаютъ атрезією внутренняго зѣва около 28.

Послѣдствія зарощенія не проявляются въ дѣтскомъ возрастѣ и только въ исключительныхъ случаяхъ, какъ упоминають Godefroy²⁾, Breisky³⁾ и Gervis⁴⁾ у дѣвочекъ происходили разстройства вслѣдствіе накопленія слизи позади перепонки.

Обыкновенно же разстройства возникаютъ при наступленіи овуляціи, когда кровь, выдѣленная слизистою оболочкою матки накопляется выше зарощенія и растягиваетъ половой каналъ. Способъ подобнаго растяженія бываетъ весьма различенъ, смотря по мѣсту зарощенія.

При зарощеніи гимена (Fig. 20) или нижней части влагалища матка почти не принимаетъ участія. Кровь накопляется во влагалищѣ и такъ

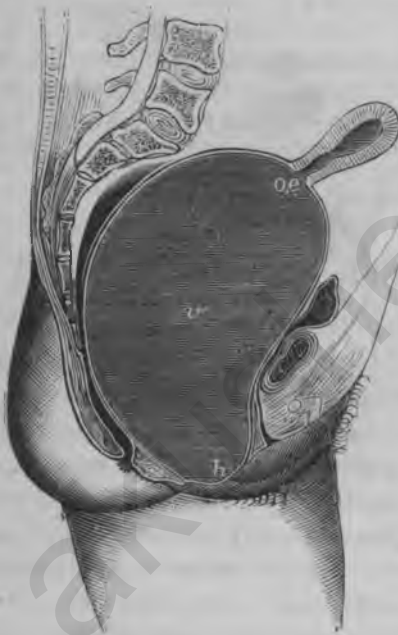


Рис. 20. Haematocolpos при atresia hymenalis.
h закрытый гимень, o рукавъ растянутый кровью,
oe наружный зѣвъ.

¹⁾ l. c. p. 24.

²⁾ Gaz. des hôp. № 142. 1856 у двухмѣсячной дѣвочки.

³⁾ Arch. f. Gyn. B. II. p. 92. Amn.

⁴⁾ London Obst. Tr. Vol. V, p. 284.

сильно растягиваетъ его, что матка поднятая вверхъ сидитъ на колоссальной опухоли, образуемой влагалищемъ, вверху и чаще всего нѣсколько вправо въ видѣ маленькаго твердаго нароста. Такъ какъ матка принимаетъ участіе въ растяженіи только въ слѣдствіи, то по-настоящему такіе случаи слѣдуетъ называть haematokolpos, а не haematometra. Если зарощеніе находится въ верхней части влагалища, или нижней части рукава вовсе не существуетъ, то сперва растягивается верхняя часть его, а потомъ шейка



Рис. 21. Haematometra при недостаткѣ нижней части рукава; *v* недостающая часть рукава, *v* растянутая часть полости рукава, *c* растянутая полость шейки, *oe* наружный, *oi* внутренний зѣвъ.



Рис. 22. Haematometra при зарощеніи наружнаго зѣва, *oe* зарощенный наружный зѣвъ, *c* растянутая полость шейки, *u* растянутая полость тѣла матки, *oi* мѣсто внутренняго зѣва.

(Fig. 21). Наружный маточный зѣвъ достигаетъ такого громаднаго расширенія, что шейка и верхняя часть влагалища образуютъ одну значительную полость. Мышечныя волокна шейки такъ разъединяются, что образуются выпячиванія и сама шейка можетъ разорваться. Тѣло матки обыкновенно растягивается не значительно и притомъ гораздо позже.

При зарощеніи наружнаго зѣва (Fig. 22) растягивается вся матка и можетъ значительно увеличиться въ объемѣ; ея стѣнки

обыкновенно гипертрофированы, иногда же (по Скандони и Фейту при быстромъ растяженіи) тонки, какъ листъ бумаги. Шейка при этомъ совершенно изглаживается, такъ что вмѣстѣ съ тѣломъ образуетъ одну полость.



Рис. 23.

Hydrometra при атрезіи внутренняго зѣва.

Весьма важно при этомъ состояніе фаллопиевыхъ трубъ. Чѣмъ выше мѣсто зарощенія, тѣмъ легче въ нихъ образуются кровяныя скопища; впрочемъ это случается, хотя и не такъ часто, и при *atresia hymenalis*.

Эти скопища или мѣшки образуются не отъ прониканія крови изъ матки черезъ трубы (что касается до исключеній, то они сомнительны, даже не смотря на случай Ольсгаузена ¹⁾), а вслѣдствіе кровотеченія изъ слизистой оболочки самыхъ трубъ. Это доказывается почти постояннымъ нахожденіемъ кровяныхъ скопищъ ближе къ *ostium abdominale*, между тѣмъ какъ маточная часть трубы очень сужена или совершенно непроходима ²⁾.

Поэтому весьма вѣроятно, что затрудненное выдѣленіе менструальной крови изъ слизистой оболочки матки вызываетъ въ нѣкоторой степени викарную менструацію на слизистой оболочкѣ фаллопиевыхъ трубъ. Состояніе трубъ при этомъ бываетъ такое же какъ и при *hydrosalpinx*. Такъ какъ *mesenterium* или, лучше сказать,

¹⁾ Arch. f. Gyn. 1 p. 53.

²⁾ Мы цитируемъ только тѣ случаи Вильрота и Штейнера (l. c.), въ которыхъ каналъ фаллопиевыхъ трубъ былъ очень узокъ и случаи Госселияна (*Caz. des. h̄p.* 1867 № 57, p. 225). Lehmann (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* 1868, 1, p. 449). Santesson (*Schmidt's Jahrb.* 1858. B. 98, p. 324). Routh (*Lond. Obst. Tr.* Vol. XII, p. 39).

mesosalpinx становится малъ для растянутой трубы, то она, сильно извиваясь, образуетъ нѣсколько отдѣльныхъ мѣшковъ, которые иногда сообщаются между собою узкими просвѣтами. Кровяныя кисты могутъ образоваться и въ яичникахъ.

Естественно, что кровь, излившаяся въ фаллопиевы трубы можетъ излиться чрезъ *ostium abdominale*. Это изліяніе въ брюшную полость обыкновенно происходитъ такъ медленно, что вслѣдствіе раздраженія просачивающеюся кровью образуются инкапсулирующія ложныя перепонки, въ видѣ многочисленныхъ спаекъ отдѣльныхъ органовъ малаго таза, которыя впослѣдствіи при возобновеніи кровоизліянія могутъ подать поводъ къ образованію *haematocele*.

Фаллопиевы трубы растягиваются кровью иногда до того, что могутъ лопнуть; это случается произвольно и особенно легко по опороженіи *haematometr*'ы, когда напряженіемъ брюшнаго пресса или наружнымъ давленіемъ матеа и фаллопиевы трубы отдавливается внизу, вслѣдствіе чего срощенія и ложныя перепонки растягиваются.

Въ закупоренномъ пространствѣ кровь представляетъ особенныя свойства. Она шоколаднаго или чайнаго цвѣта, густа, не подверглась разложенію, а только сгущена, кровяныя тѣльца сморщены. Скопляющееся при *atresia hymenalis* количество ея всегда меньше того, которое могло бы выдѣлиться при менструаціи во все время закупорки, бываетъ различно: 3, 4, 5 килограммъ.

Начиная съ климактерическаго возраста, скопляющееся выдѣленіе уже не имѣетъ свойствъ крови, а представляетъ то свѣтлую, то темную, то коричневую серозную или слизистую жидкость. Иногда бываетъ только весьма малое количество густой, тягучей какъ медь слизи; въ другихъ случаяхъ количество выдѣленийъ бываетъ больше.

Если зарощеніе находится во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ, какъ это бываетъ обыкновенно при гидрометрѣ, то растягивается только полость матки, стѣнки которой рѣзко гипертрофируются, чаще же чрезвычайно истончаются; слизистая оболочка становится похожею на серозную. Если заростаетъ наружный маточный зѣвъ, то сначала происходитъ воронкообразное расширеніе шейки. Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда заростаютъ оба зѣва, матка принимаетъ видъ песочныхъ часовъ. Количество серозной жидкости большей частью не значительно и только въ видѣ исключенія можетъ доходить до двухъ фунтовъ.

Весьма рѣдко содержимое можетъ быть иного свойства, именно можетъ образоваться *pyometra*, когда на слизистой оболочкѣ матки происходитъ процессъ нагноенія (Voisin, Husson, Puech ¹⁾ и Eppinger ²⁾). Если зарощеніе происходитъ у родильницъ въ первое время послѣ родовъ, то позади его могутъ накопляться послѣродовыя очищенія, о чемъ упоминаетъ Puech (Chambon и Guy).

Припадки.

Припадки зависятъ собственно не отъ зарощенія, а отъ накопленія задержаннаго выдѣленія. Поэтому при врожденномъ зарощеніи припадки начинаются только по наступленіи возмужалости, а при приобретенномъ только по наступленіи овуляціи. Обыкновенно безъ истеченія крови появляются *molimina menstrualia*, вначалѣ продолжающіяся нѣсколько дней и затѣмъ совершенно исчезающія. Мало по малу степень и продолжительность этихъ болѣй становится значительнѣе, свободные промежутки дѣлаются все короче и короче, пока наконецъ боли принимаютъ потужной характеръ или являются въ видѣ коликъ, ожесточающихся во время менструацій. Къ этому присоединяется разстройство мочеиспусканія и испраженія на низъ. Наконецъ состояніе становится чрезвычайно мучительно: боли продолжающіяся день и ночь лишаютъ больную сна и аппетита, такъ что силы ея все болѣе и болѣе истощаются.

При гидрометрѣ припадки не такъ сильны, потому что накопленіе жидкости происходитъ медленно и атрофированная, не функционирующая болѣе матка не реагируетъ при растяженіи ея полости.

Сокращенія матки проявляются въ видѣ коликъ, бывающихъ при дисменорреѣ; если онѣ не появляются, то гидрометра не даетъ никакихъ припадковъ.

Исходы.

Если не будетъ оказано пособія, то наступаютъ слѣдующія исходы:

При гематомтрѣ кровь обыкновенно пробиваетъ себѣ путь или наружу сквозь запирающую перепонку, или во внутренніе органы,

¹⁾ Puech, l. c. p. 28.

²⁾ Prager Vierteljahrschrift. 1873 г. 4. p. 30.

что для предсказанія имѣть громадную разницу. Первое будетъ благоприятнымъ исходомъ; запирающая перепонка или разрывается при этомъ, что чаще случается при приобрѣтённомъ зарощеніи, или продыравливается вслѣдствіе воспаления и омертвѣнія, что чаще бываетъ при врожденномъ зарощеніи.

Можетъ лопнуть матка, чаще ея шейка, мышечныя волокна которой растягиваются и содержимое въ такомъ случаѣ изливается въ брюшную полость (въ одномъ случаѣ, какъ упоминаетъ Ruesch. l. c. p. 58—въ желудокъ, при сращеніи его), или же по разрывѣ матки содержимое изливается въ клетчатку позади мочевого пузыря; кровь проникаетъ чрезъ стѣнку пузыря, такъ что мѣсячное очищеніе выдѣляется вмѣстѣ съ мочою. Въ случаѣ Графа ¹⁾ кровь проложила себѣ путь внизъ и вышла черезъ разрывъ кожи на лѣвой ягодицѣ. Очень рѣдко, именно только въ томъ случаѣ, когда еще прежде вслѣдствіе разрыва матки образовалась кровяная грыжа, кровь можетъ проложить путь въ прямую кишку.

Разрывъ фаллопиевой трубы наполненной кровью, бываетъ чаще, нежели разрывъ матки, и влечетъ за собою смертельное воспаление брюшины. Однако при извѣстныхъ условіяхъ, которыя мы разсмотримъ, говори о haematocеле, кровотеченіе изъ фаллопиевыхъ трубъ можетъ образовать заматочную кровяную опухоль.

Припадки могутъ исчезнуть совершенно по прекращеніи регуль въ климактерическомъ періодѣ, что обыкновенно бываетъ лишь при приобрѣтенныхъ зарощеніяхъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ и при врожденной атрофіи мѣсячное очищеніе прекращается раньше срока, и процессъ останавливается; въ такомъ случаѣ могутъ явиться викарирующія кровотеченія изъ легкихъ, желудка, рта, носа или глазъ.

Съ наступленіемъ климактерическаго періода выдѣленія слизистой оболочки матки могутъ совершенно прекратиться, и Haematometra мало по малу можетъ въ это время превратиться въ Hydrometr'y. Такой постепенный переходъ мы наблюдали у одной 40 лѣтней женщины, имѣвшей саркому шейки матки. У нея образовалась послѣ сильнаго прижиганія каленымъ желѣзомъ атрезія матки; при производимомъ отъ времени до времени вскрытіи матки, сначала вытекала кровь, а затѣмъ серозная жидкость.

¹⁾ Virchow's Archiv. B. 19, p. 548.

Hydrometra гораздо доброкачественнѣе гематометры. Растяженіе матки не такъ значительно, а фаллопиевы трубы рѣже принимаютъ участіе. Разрыва матки и трубъ почти никогда не бываетъ. Hydrometra чаще нежели Haematometra останавливается на одной степени развитія. Нерѣдко при этомъ бываетъ самый благопріятный исходъ—разрывъ сращенія внутренняго зѣва, которое часто бываетъ лишь поверхностнымъ, или верхней части шейки, послѣ чего выдѣленіе можетъ снова скопиться и вновь излиться черезъ разрывъ. Задержанная жидкость рѣдко подвергается разложенію, при чемъ происходитъ выдѣленіе газовъ и т. наз. Physometra; скопившіеся газы съ шумомъ выдѣляются черезъ влагалище.

Распознаваніе.

Распознаваніе зарощенія матки до наступленія половой зрѣлости невозможно, по причинѣ отсутствія припадковъ.

Распознаваніе Haematometr'ы представляетъ нѣкоторыя трудности только въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ обыкновенно (при врожденной Haematometr'ѣ) анамнезъ уже указываетъ на задержаніе мѣсячныхъ очищеній и такимъ образомъ наводитъ на мысль объ этомъ рода страданіи. Даже въ случаяхъ приобрѣтенной атрезіи мы руководствуемся почти тѣмъ же самымъ. Мы говоримъ о тѣхъ женщинахъ, у которыхъ вслѣдствіе извѣстныхъ предшествующихъ обстоятельствъ (трудные роды, послѣродовыя болѣзни) регулы преобразуются преждевременно, хотя *Molimina menstrualia* существуютъ.

Посредствомъ двойнаго изслѣдованія можно получить точныя данныя раньше чѣмъ будетъ доказана непроходимость канала. Если влагалище въ нормальномъ состояніи, то изслѣдованіе производится черезъ рукавъ, а при зарощеніи его или врожденномъ его недостаткѣ—черезъ прямую кишку. Смотря по тому: растянута ли влагалище, шейка матки, сама матка или фаллопиевы трубы,—будутъ различныя явленія.

Лежація въ маломъ тазу большія опухоли даже при закрытомъ влагалищѣ могутъ быть ясно прощупаны; опредѣленіе же маленькихъ опухолей, сидящихъ на большой, гораздо затруднительнѣе, потому что во избѣжаніе разрыва маточныхъ трубъ, необходимо ощупывать съ большею осторожностью. При *atresia vaginalis* можно

принять такую опухоль за матку, не рискуя сдѣлать ошибки; даже и при atresia въ верхнихъ частяхъ рукава такую ограниченную опухоль, представляющую форму матки, можно смѣло принять за этотъ органъ, при чемъ шейка матки можетъ участвовать въ образованіи большой опухоли, а тѣло ея представляетъ придаточную малую опухоль.

Наполненные кровью фаллопиевы трубы вслѣдствіе ихъ мягкости и положенія болѣе кзади труднѣе прощупываются. Кромѣ того, такъ какъ при этомъ часто встрѣчаются и пороки развитія, то нужно имѣть въ виду еще возможность присутствія uteri bicornis.

Если препятствіе находится на маточномъ звѣзѣ, то опредѣленіе болѣзни затруднительно. Очень важно знать при этомъ, что наполненная кровью матка имѣетъ круглую форму и упруга, какъ налитый водою пузырь. Никакія другія опухоли не представляютъ такой характеристической консистенціи, исключая лишь нѣкоторыхъ, рѣдко встрѣчающихся, злокачественныхъ новообразованій въ тѣлѣ матки.

Если закрыто наружное отверстіе, то шейки и влагалищной части матки обыкновенно не существуетъ, потому что шейка пошла на образованіе круглой опухоли. Смѣшать ее можно съ подслизистымъ фибридомъ, но для отличительнаго распознаванія служить въ такомъ случаѣ анамнезъ, припадки и различіе въ консистенціи.

Если все-таки остается какое либо сомнѣніе, то опредѣляютъ проходимость канала зондомъ, который въ такомъ случаѣ долженъ встрѣтить препятствіе тамъ, гдѣ начинается опухоль. Въ случаяхъ атрезіи дѣвственной плевы и нижняго конца влагалища дѣло еще проще, потому что опухоль выдается между губами въ видѣ красноватаго или синеватаго пузыря.

Труднѣе всего распознаваніе при атрезіи внутреннаго маточнаго отверстія, такъ какъ здѣсь точно также какъ и при подслизистыхъ фиброидахъ т. е. полипахъ изглаживаніе шейки не происходитъ. Такъ какъ Haematometra рѣдко обусловливается закрытіемъ orificiі interni, то смѣшать ее съ беременностью довольно трудно. Для отличительнаго распознаванія служить различіе въ консистенціи, потому что самостоятельно увеличивающаяся матка при беременности гораздо мягче и менѣе упруга, чѣмъ наполненная и растянутая мѣсячною кровью. Фиброиды также представляютъ не упругую опухоль. При злокачественныхъ же опухоляхъ распознаваніе труднѣе, такъ какъ онѣ представляютъ иногда почти такую же упру-

гость, какъ и гематометра, да при томъ же и зондъ въ такихъ случаяхъ иногда можетъ встрѣтить препятствіе при проведеніи въ полость матки.

Hydrometra гораздо рѣже можетъ быть діагностицирована и распознаваніе ея труднѣе, потому что анамнезъ у женщинъ не менструирующихъ вообще болѣе сбивчивъ, а также потому, что опухоль никогда не достигаетъ значительной величины.

При тщательномъ двойномъ изслѣдованіи мы находимъ опухоль матки, отличающуюся отъ хроническаго ея воспаленія какъ круглой формой, такъ и препятствіемъ, встрѣчаемымъ зондомъ. Интерстиціальные и подслизистые фиброиды, точно также какъ раковыя новообразованія и саркомы, могутъ быть съ нею смѣшаны.

При опредѣленіи свойства, содержащейся въ опухоли жидкости, легко впасть въ ошибку. Рѣдко бываютъ такіе простые и ясные признаки, какъ просвѣчиваніе крови черезъ дѣвственную плеву. Поэтому вопросъ о томъ, что содержитъ опухоль—кровь или серозную жидкость, — приходится рѣшать на основаніи лишь возраста, при чемъ можно легко ошибиться.

Мы уже выше обратили вниманіе на тѣ случаи, въ которыхъ опухоли образуются нѣсколькими перегородками, такъ что при проколѣ сперва истекаетъ слизь и только послѣ вскрытія второй оболочки изливается кровь. Врукъ ¹⁾ нашелъ однако у одной 18 лѣтней дѣвушки слизь вмѣсто крови, какъ слѣдовало бы ожидать, а Veit ²⁾ даже у 23 лѣтней.

Нѣсколько чаще встрѣчаются такіе случаи, въ которыхъ находятъ исключительно кровянистую жидкость у женщинъ, перешедшихъ уже въ климактерическій періодъ. Сюда могутъ быть отнесены наблюденія Puech'a ³⁾, Berard'a и Thompson'a. Eggel ⁴⁾ вскрылъ Haematometr'u у одной 68 лѣтней женщины. Очень интересно наблюденіе Pistor'a, въ которомъ найдено было у 68 лѣтней женщины при жизни кровянистое содержимое, а по смерти при вскрытіи найденъ былъ фиброидъ матки, откуда можно заключить, что Haematometra у старыхъ женщинъ происходитъ вслѣдствіе кровотеченія изъ новообразованій въ полость матки.

¹⁾ Wien. med. W. 1865. № 11.

²⁾ S. Straeter l. c. p. 26.

³⁾ L. c. p. 26.

⁴⁾ Berl. Beiträge zu. Geb. u. G. 1. p. 108.

⁵⁾ Berl. kl. W. 1870. № 17 u 1872. № 36.

Предсказаніе.

Судя по исходу, который въ большей части случаевъ бываетъ неблагопріятнымъ, если гематометра предоставлена естественному теченію, предсказаніе при ней вообще неблагопріятно.

Операція также далеко небезопасна. Опытъ показалъ, что послѣ операціи, въ особенности при *Atresia uterina* и расширеніи фаллопиевыхъ трубъ, очень часто происходитъ разрывъ послѣднихъ, такъ что французскіе операторы, какъ Boyer, Dupuytren и Cazeau не совѣтуютъ прибѣгать къ операціи и положеніе такой больной считаютъ безнадежнымъ.

Разрывъ фаллопиевыхъ трубъ послѣ операціи обусловливается отчасти изверженіемъ задержанной крови, бывающемъ при каждомъ сокращеніи матки, въ которомъ принимаютъ участіе также и фаллопиевы трубы. Въ болшинствѣ же случаевъ разрывъ происходитъ вслѣдствіе сращеній расширенныхъ маточныхъ трубъ съ окружающими частями; по опороженіи матки и влагалища отъ крови онѣ не удерживаются болѣе на прежней высотѣ и подъ вліяніемъ брюшнаго пресса оттягиваются внизу, вслѣдствіе чего разрываются. (Въ одномъ случаѣ, приводимомъ Gosselin, *Gaz. des hôp.* 1867. № 57, оказалось послѣ вскрытія, что причиною разрыва трубъ было сращеніе послѣднихъ съ сальникомъ).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывъ трубъ произошелъ весьма вѣроятно вслѣдствіе выжиманія операторомъ вскрытой опухоли.

Такъ какъ вообще кровяныя мѣшки въ фаллопиевыхъ трубахъ бывають тѣмъ чаще и тѣмъ больше, чѣмъ выше находится мѣсто сращенія, то, при долго существующей атрезіи матки, опасность можетъ быть очень велика, между тѣмъ какъ при *atresia* дѣвственной плевы или нижней части влагалища, опасность сравнительно невелика, хотя всегдѣ существуетъ.

Если послѣ удачно окончившейся операціи принять мѣры, чтобы сдѣланное отверстіе не заросло, то можетъ наступить полное выздоровленіе; есть даже цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ послѣ операціи послѣдовало зачатіе.

Лѣченіе.

Успѣха можно ожидать лишь отъ оперативнаго лѣченія, которое предпринимается въ промежуткѣ между двумя менструаціями. При *atresia hymenalis* и нижней части влагалища операція очень проста.

На выпятившейся оболочкѣ дѣлають крестообразный надрѣзь или лучше, захвативъ ее крючкомъ, вырѣзываютъ изъ нея круглый кусочекъ ¹⁾. Операція также легка и въ томъ случаѣ, если влагалище закрыто гораздо выше поперечной перегородкой. Въ такомъ случаѣ достаточно одного надрѣза, чтобы выпустить кровь.

Гораздо труднѣе случаи съ полнымъ или частичнымъ недостаткомъ рукава. Такъ какъ при восстановленіи влагалища необходимо остерегаться поврежденія прямой кишки и мочевого пузыря, то поэтому лучше всего производить операцію по способу Amussat ²⁾ (хотя бы въ одинъ приемъ) пальцемъ или тупымъ инструментомъ. При этомъ поступаютъ слѣдующимъ образомъ: въ мочевой пузырь вводится катетеръ и удерживается помощникомъ; операторъ вводитъ указательный палецъ лѣвой руки въ rectum и дѣлаеть поперечный разрѣзь между уретрой и заднимъ проходомъ, которые въ такихъ случаяхъ лежатъ близко другъ возлѣ друга. Затѣмъ черезъ разрѣзь наружныхъ покрововъ проникають постепенно между прямой кишкой и мочевымъ пузыремъ пальцемъ или черенкомъ скальпеля къ опухоли. Послѣдняя часть операціи—вскрытіе Haematometr'ы—производится посредствомъ цѣлесообразно изогнутаго троакара. Когда послѣдній проникъ въ опухоль, то по немъ проводятъ желобоватый зондъ, а троакаръ выводятъ обратно и затѣмъ уже расширяють сдѣланное отверстіе ножомъ или Симсоновскимъ метротомомъ. Для того чтобы отверстіе не закрылось, въ него вводятъ бужи изъ ламинарин и при частомъ изслѣдованіи пальцемъ расширяють его. Гелнеръ ³⁾ дѣлаеть H—образный разрѣзь въ кожѣ, вслѣдствіе чего при увеличеніи вертикальнаго разрѣза внизъ получаютъ доскуты, которые онъ и вшиваетъ во вновь образованное влагалище.

При зарощеніи шейки матки лучше всего прибѣгнуть къ троакару. Если есть признаки, указывающіе на то, что мы имѣемъ передъ собой влагалищную часть матки, то ее прокалываютъ; въ противномъ случаѣ нужно дѣлать проколъ больше кзади, такъ какъ опытъ показалъ, что обыкновенно вскрываютъ передній сегментъ матки.

Предложеннаго Backer Brown'омъ ⁴⁾ punctio per rectum лучше избѣгать. Оно можетъ быть необходимо развѣ только въ случаяхъ недостатка влагалища, когда опухоль недоступна обыкновеннымъ путемъ.

¹⁾ Baker Brown. Surg. diseases of women. 3 ed. p. 272 u Veit.

²⁾ Observ. sur une opér. de vagin. artificiel. 1835.

³⁾ Petersb. med. Zeitschr. 1872. b. II, p. 552.

⁴⁾ Surg. Diseases of. women. 3 ed. p. 284.

Если опухоль вскрыта, то весьма важно, чтобы кровь истекла медленно; въ противномъ случаѣ, быстрое опорожненіе опухоли можетъ повести, какъ это мы объяснили выше, къ разрыву фаллопиевыхъ трубъ. Поэтому больше всего слѣдуетъ воздерживаться отъ всякаго давленія на брюшные покровы и избѣгать всякихъ впрыскиваній, предоставляя содержимому вытекать произвольно изъ отверстія. Оперированную переносить съ большою осторожностію на кровать и стараются устранить всякое дѣйствіе брюшнаго пресса. Впрыскиваніе же дѣлается лишь въ томъ случаѣ, если появится разложеніе находящейся въ опухоли жидкости.

Наступленіе менструальнаго періода можетъ быть также опасно.

Hydrometr'у вскрываютъ также помощью троакара. Во многихъ случаяхъ зарощенія посредствомъ грануляціонной ткани можно ограничиться зондомъ.

Односторонняя Haematometra при раздвоеніи полового канала.

Rokitansky, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1859. № 33 und 1860. № 31.—Simon, M. f. Geb. B. 24, p. 292.—Holst, Beitr. z. Gyn. u. Geb. H. 1, p. 63.—Schroeder, Krit. Unters. über. d. Diagn. d. Haemat. retrout. etc. Bonn. 1866 и Berl. Klin. Woch. 1866. № 38. — Neugebauer, Arch. f. Gyn. II. p. 246.—Freund, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. II, p. 26—Hegar, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. III, p. 141.

Причины.

Односторонняя Haematometra бываетъ обыкновенно врожденною и образуется вслѣдствіе того, что раздвоеніе полового канала осложняется атрезіей одной стороны. Можетъ быть и двусторонняя гематометра въ тѣхъ случаяхъ, когда при полномъ или частичномъ раздвоеніи зарощены обѣ половины (см. Santesson, Preussische Vereinszeitung 1857. № 50. Holst, l. c. p. 90 u. Nelaton, Gaz. des hôp. 1856. № 88 p. 350; въ этомъ случаѣ менструировала одна только половина). Гораздо чаще случаи зарощенія только одной половины. Эти случаи представляютъ особенный интересъ, потому что при существованіи мѣсячныхъ очищеній, вытекающихъ изъ одной половины, образуется гематометра въ другой половинѣ. Подобныя явленія не особенно рѣдки, что доказывается большимъ числомъ появившихся въ послѣднее время описанныхъ случаевъ.

Мы нашли, что число всѣхъ обнародованныхъ въ настоящее

время и относящихся сюда случаевъ—38, изъ которыхъ 29 наблюдались клинически, а именно:

Atresia uterina слѣдующіе 11: 1) Leroy, Journal des connoiss. med. chir. 1835. Т. II, p. 181. 2) Rokitsansky, l. c. 1860. № 31. 3) Thüngel, Klin. Mittheil. 1860. p. 55. 4) Holst, l. c. p. 63. 5) Iones, Brit. med. J. 22. Jali. 1865. p. 54. M. f. Geb. B. 30 p. 180. 6) Olshausen, Arch. f. Gyn. B. 1, p. 41. 7) Breslau, Schweiz. Z. f. Heilk. 2. Heft. 1863, p. 310. 4. случая. 8) Credé, M. f. Geb. B. 9, p. 457. 6. случаевъ. 9) Jacquet, Berl. Klin. W. 1874. № 9. 10 и 11) Hegar, l. c. (два случая въ зачаточномъ и придаточномъ роѣ).

Atresia vagin. sup. или media слѣдующіе 12: 12) Veit, Frauenkrankh. 2. Aufl. p. 537. 13) Décès, Bull. de la soc. anat. Juillet. 1854. 14) Passauer, Berl. Klin. W. 1867. № 26. 15 и 16) Neugebauer, l. c. p. 247. и p. 255. 17 и 18) Breisky, Arch. f. Gyn. B. II, p. 84. и p. 451. 19) Breslau, l. c. p. 303. 2. случая. 20, 21) Freund, l. c. случай 1 и 2. 22) Braus-Spiegelberg, Berl. Klin. W. 1874. № 10 и 11. 23) Breisky, Arch. f. Gyn. B. VI, p. 89. (Hydrometra).

Atresia vag. inf. слѣдующихъ 5 случаевъ: 24) Beronius, Preussische. medic. Zeit. 1862. № 33. p. 259. 25) Schroeder, l. c. p. 3. 26) Hegar, M. f. Geb. B. 17, p. 418. 27) Hertzfelder, Oesterr. Zeitschr. f. pr. Heilkunde. 26. Dec. 1856. 28) Braun, Wiener. med. Woch. 1861. p. 457. 6. случаевъ.

Atresia hemenalis—1 случай: 29) Simon, l. c. p. 292.

Кромѣ того слѣдующихъ 5 случаевъ, найденныхъ при вскрытіи. именно 3 Atresia uterina: 30) Rokitsansky, l. c. 1859. № 33. 1. случай. 31) Churchill, Lancet. II, Nov. 1865. p. 536. 32) Hofmann, три случая пороковъ развитія матки. Erlangen. 1869 D. i. p. 16 и 2 Atresia vag. 33) Rokitsansky, e. l. 2 случая. 34) Wrany, Prager Viertelj. 1868. 3. p. 39.

Сюда относятся 4 случая, наблюдавшіяся у дѣтей, именно: 35) Otto, Kussmaul. v. d. M. p. 186. (Atresia uterina съ Atresia влагалища). 36) Случай изъ Maternité Gaz. des hôp. 132. 13 Nov. 1866. 37) Puech, Gaz. des hôp. 1857. p. 586, и 38) Breisky-Klebs, Arch. f. Gyn. B. II, p. 92. Ann. Последніе три случая касаются атрезіи влагалища.

Патологическая анатомія.

Формы этихъ пороковъ образованія весьма разнообразны, именно:

1) Оба мюллеровы протока могутъ быть вполне развиты, hymen же одной стороны—безъ отверстія.

2) Оба протока могутъ быть совершенно развиты, при чемъ одинъ изъ нихъ не открывается въ sinus urogenitalis, такъ что рукавъ этой стороны закрытъ позади входа во влагалище.

3) Одинъ изъ мюллеровыхъ протоковъ не совершенно развитъ, нижней его части не существуетъ, такъ что влагалище этой стороны оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ на срединѣ, или же существуетъ одна верхняя его часть.

4) Влагалище можетъ быть одиночнымъ или вслѣдствіе того, что просвѣтъ одного изъ мюллеровыхъ каналовъ уничтожился или же оба канала слились между собою, но матка раздвоена и одинъ изъ роговъ закрытъ.

5) Можетъ быть также однорогая матка съ недоразвитымъ придаточнымъ рогомъ; послѣдній хотя полнъ, но не имѣетъ выходнаго отверстія (Hegar).

При этомъ могутъ быть еще и осложненія. Такъ, Otto нашель у одного новорожденнаго одинъ рогъ матки закрытымъ и закрытымъ же одиночное влагалище.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ матка можетъ быть съ перегородкою или двурогая; обыкновенно бываетъ послѣднее.

Послѣдствія такой односторонней атрезіи (см. рис. 24) тѣ же, какъ и при Haematometr'ѣ.

При наступленіи половой зрѣлости менструальная кровь скопляется позади зарощенія и растягиваетъ половой каналъ, такъ что при атрезіи нижней части въ образованіи опухоли принимаетъ участіе, по крайней мѣрѣ въ первое время, почти исключительно рубавъ. Могутъ также образоваться опасные по своимъ послѣдствіямъ кровяные мѣшки въ фаллопиевыхъ трубахъ.

При аменорреѣ можетъ накопляться слизь и гной, такъ какъ это было въ случаѣ, приводимомъ Breisky; въ другомъ случаѣ того же Breisky, а также въ случаѣ Braus'a послѣ операціи Haematometr'ы въ закрытой половинѣ накоплялся гной. Единственный въ своемъ родѣ новѣйшій случай приводитъ тотъ же Breisky, въ которомъ развилась очень большая Hydrometra въ зарощенной половинѣ у женщины 38 лѣтъ и уже рожавшей 4 раза.

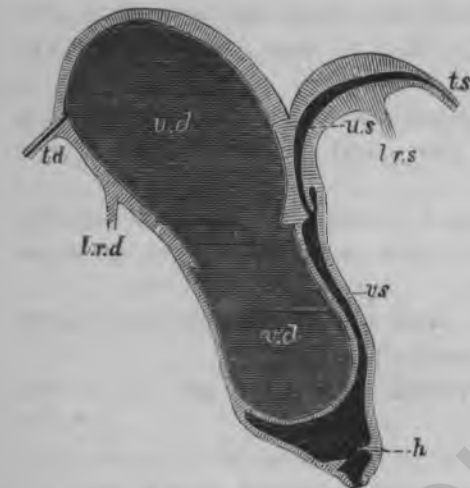
Припадки.

Главнымъ существеннымъ признакомъ служатъ періодическія боли, появляющіяся, какъ и при простой Haematometr'ѣ при чемъ однакожь въ отличіе отъ этой послѣдней мѣсячныя очищенія существуютъ. Разстройства начинаются часто, хотя не всегда, съ наступленіемъ этого срока, но нерѣдко обнаруживаются лишь въ позднѣйшее время.

Въ началѣ припадки появляются только во время менструаций, позднѣе же боли становятся постоянными. При этомъ важно знать, что не во всѣхъ случаяхъ боли совпадаютъ съ менструальнымъ періодомъ, но что иногда припадки наступаютъ совершенно неожиданно. Это можетъ обусловливаться тѣмъ, что обѣ половины мен-

струируютъ не въ одно и тоже время. Иногда позднее появленіе припадковъ можетъ быть объяснено тѣмъ, что въ продолженіи долгаго времени въ закрытомъ рогѣ не происходило никакого, или очень умѣренное отдѣленіе крови, въ извѣстный же срокъ (половыя сношенія, послѣродовой періодъ) отдѣленіе это начало появляться или сдѣлалось значительнѣе.

Опухоль, образовавшаяся вслѣдствіе задержанія крови, бываетъ раньше замѣтна въ случаяхъ зарощенія рукава въ нижнихъ частяхъ, когда она скоро



Фиг. 24. Односторонняя haematometra изображена схематически по Freund'y. *h.* Нумен. *us.* лѣвая открытая часть рукава. *us.* лѣвая матка. *ts.* лѣвая Ф. труба. *lrs.* лѣвая ligamentum rotundum. *vd.* *vd.* Закрытая часть матки и рукава правой стороны, растянута скопленіемъ менструальной крови. *td.* Правая Ф. труба. *lrd.* Правая ligamentum rotundum.

появляется между губами. Въ нижней части живота она замѣчается позднѣе. Вліяніе ея на пузырь и прямую кишку такое же, какъ и при простой haematometr'ѣ.

Мѣсячныя очищенія при этомъ бываютъ неодинаковы; обыкновенно онѣ нормальны, но могутъ также на время прекратиться, или появляются въ чрезмѣрно большомъ количествѣ.

Общее состояніе при односторонней haematometr'ѣ обыкновенно разстраивается только въ позднѣйшемъ періодѣ.

Беременность открытаго рога можетъ происходить нормальнымъ образомъ, но въ позднѣйшее время зачатіе весьма затрудняется суженіемъ просвѣта вслѣдствіе развитія опухоли.

Исходы.

Исходы въ сущности тѣ же, что и при простой haematometr'ѣ. Чаще всего наступаетъ вскрытіе наружу, происходящее здѣсь еще легче отъ того, что опухоль прилежитъ къ открытому половому каналу и иногда отдѣляется отъ него только тонкой стѣнкой рукава.

Чаще всего вскрытіе происходитъ черезъ перегородку между обѣими половинами матки, рѣже лопаются перегородка между рукавами. Но и при такомъ благоприятномъ исходѣ можетъ послѣдовать гнойное воспаление и смерть.

Трудно сказать, какъ часто бываетъ другой благоприятный исходъ, который, впрочемъ, можно было-бы скорѣе всего ожидать при этой формѣ haematometr'ы, именно:—остановка менструацій въ закрытой части и переходъ ея функціи въ другой рогъ матки; подобные случаи ускользаютъ отъ наблюденія врачей. Такой исходъ можно видѣть на препаратѣ Эрлангенской патолого-анатомической коллекціи, описанномъ Гофманомъ, взятомъ изъ трупа 64 лѣтней женщины, изъ анамнеза которой извѣстно только, что она никогда не рожала. Правый закрытый рогъ заключалъ небольшую полость, которая была отчасти выполнена бугристыми выступами слизистой оболочки, обусловленными изліяніемъ крови. Неблагоприятные исходы тѣже, что и при простой haematometr'ѣ.

Распознаваніе.

Затрудненія при распознаваніи вообще не особенно велики въ случаяхъ полного раздвоенія, если только имѣть при этомъ въ виду возможность такого порока развитія. Въ рукавѣ, во всю длину его боковой стѣнки ощупывается сверху до низу опухоль, которая не всегда однако лежитъ сбоку, но обыкновенно, вслѣдствіе условій развитія, образуетъ вобругъ рукава такую спираль, что нижняя часть ея лежитъ болѣе впереди, а верхняя поворачивается и загибается назадъ. Опухоль имѣетъ почти цилиндрическую форму, упруга и флукуируетъ; верхняя часть ея лежитъ съ боку проходимаго рога матки.

Такая опухоль съ жидкимъ содержимымъ не можетъ быть ничѣмъ инымъ, такъ что для удостовѣренія нѣтъ никакой надобности прибѣгать къ пробному проколу, черезъ который получаютъ кровь, свойственную гематометр'ѣ.

Изъ болѣзненныхъ состояній, съ которыми можно её смѣшать, cystocele узнается посредствомъ катетера, кисты рукава не бываютъ такъ велики и не располагаются по всей длинѣ влагалища, entecele не флукуируетъ и не образуетъ опухоли въ тазу; тромбы (изліянія крови въ соединительную ткань вокругъ рукава) образуются только при родахъ и въ послѣродовомъ періодѣ, haematocеле не встрѣчаются въ такой формѣ, а перивагинальные абсцессы не бываютъ такъ высоко.

Возможно было-бы смѣшать её съ кистой Бартолиновой желѣзы, которая, какъ показываетъ наблюденіе Hönning'a *), въ нѣкоторыхъ весьма рѣдкихъ и исключительныхъ впрочемъ случаяхъ можетъ достигать такой же высоты. Вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ будетъ здѣсь служить внѣдрѣніе кисты въ большую губу, чего не встрѣчается при haematometr'ѣ.

Гораздо труднѣе распознаваніе въ случаяхъ, гдѣ рукавъ одиночный, и кровь скопляется только въ одномъ рогѣ матки. При этомъ ощупывается опухоль, плотно прилежащая къ маткѣ, которая упруго-эластична и выпячиваетъ книзу сводъ рукава. Впрочемъ трудно смѣшать съ чѣмъ либо-другимъ эту опухоль, содержащую жидкость, рѣзко ограниченную, плотно прилежащую къ маткѣ, или же, при рѣзкой двурогости, отклоняющуюся вверху въ противоположную сторону.

Главнымъ образомъ при распознаваніи руководствуются особеннымъ положеніемъ влагалищной части, т. е. полнымъ отсутствіемъ въ створѣ опухоли свода рукава; при значительномъ наполненіи закрытаго маточнаго рога шейка представляется подковообразно изогнутою и обращенною открытымъ концемъ въ сторону опухоли.

Труднѣе всего распознаваніе при haematometr'ѣ въ искривленномъ прибавочномъ рогѣ, однакожь Hegar'у удалось въ двухъ случаяхъ, которые онъ наблюдалъ, постановить діагностичеу путемъ исключеній. Способъ связи опухоли съ маткой посредствомъ шнурка, который прикрѣпляется къ верхней части несоразмѣрно большой шейки и дознанное при этомъ существованіе однорогой матки служить существенными признаками. Труднѣе всего отличить отъ фиброида, выходящаго изъ широкой связки и висящаго на стеблѣ. Въ крайнемъ случаѣ нужно рѣшиться на пробный проколъ опухоли,

*) М. г. Г. В. 34, р. 130.

который производится, смотря по положенію ея, или через рукавъ, или через брюшные покровы.

Предсказаніе.

Какъ выше было уже замѣчено, опасность при этомъ не такъ велика, какъ при простой haematometr'ѣ, потому что, кромѣ того, что иногда выдѣленіе крови въ закрытомъ рогѣ само собою прекращается, вскрытіе опухоли гораздо чаще происходитъ въ половой каналъ, чѣмъ куда либо въ другое мѣсто.

Лѣченіе.

Операция производится совершенно такимъ же образомъ, какъ и при простой haematometr'ѣ при чемъ вскрывается самый нижній отдѣлъ выпятившейся опухоли.

При двойномъ рукавѣ дѣлается въ опухоли крестообразный разрѣзъ, или вырѣзываютъ кусокъ ея стѣнки; для того, чтобы предупредить беременность этой половины, отверстіе дѣлаютъ на столько малымъ, чтобъ мужской членъ не могъ попасть въ эту половину.

При atresia uterina оперировать лучше всего троакаромъ, который вкалываютъ въ выпятившуюся опухоль подлѣ самаго маточнаго рыльца.

Весьма серьезныя затрудненія возникаютъ въ случаѣ скопленія крови въ полости сидящаго на длинномъ стеблѣ рога; но и въ такихъ случаяхъ операция необходима, если чувство тяжести усиливается. Опухоль слѣдуетъ прокалывать черезъ рукавъ и только въ крайнемъ случаѣ черезъ брюшныя стѣнки. Негар старался прижиганіемъ свода вызвать предварительно сращеніе его съ опухолью.

Съуженіе матки.

Mackintosh, Pract. of. Physic. 4 ed. t. II. London. 1836. p. 481.—Simpson, Sel. Obst. Works. London. 1871. p. 677.—Barnes, London Obst. Tr. Vol. VII, p. 120.—Sims, Gebärmutterchirurgie. 1866. p. 105 u 166.—Greenhalgh, London Obst. Tr. VIII, p. 142.—Tilt, e. I. p. 262.—Beigel, Berl. klin. Woch. 1867. p. 493 u Graily Hewitt's Frauenkrankheiten p. 560.—Smith, Obst. J. of. Great. Britain. Febr. 1874. p. 705.

Причины и патологическая анатомія.

Съуженія шейки могутъ быть врожденными и приобретенными.

Врожденныя занимаютъ обыкновенно всю шейку; очень часто бываетъ сужень особенно наружный зѣвъ, рѣже внутренній. При нормальной маткѣ (здѣсь мы не беремъ во вниманіе маленькую влагалищную часть и маленькое маточное рыльце недоразвитой матки) влагалищная часть иногда бываетъ очень длинна, тверда, плотна какъ хрящъ, значительно вдается во влагалище въ видѣ конуса съ острой верхушкой. На этой верхушкѣ сидитъ наружное маточное рыльце, имѣющее видъ маленькой, едва ощупываемой ямки, съ трудомъ откываемой даже помощью зеркала (фиг. 25) иногда замѣтной только по присутствію капли слизи). При этомъ нерѣдко передняя губа выдается, надъ заднею и нѣсколько покрываетъ её, такъ что маточное рыльце покрыто какъ бы клапаномъ.



Фиг. 25.

Врожденное суженіе шейки.

Приобретенныя суженія могутъ зависѣть отъ различныхъ причинъ, главнымъ образомъ отъ поврежденій при родахъ и послѣродовыхъ воспаленій. Однакожь они нерѣдко бываютъ и у нерожавшихъ, не говоря уже о суженіяхъ внутренняго маточнаго рыльца, образовавшихся вслѣдствіе перегибовъ и фиброидовъ. Они могутъ образоваться вслѣдствіе суженія канала по причинѣ его воспаленія и припуханія, далѣе вслѣдствіе воспаленій слизистой оболочки, когда набухшіе фолликулы канала шейки (ovula Nabothi) лопаются и гранулирующія поверхности срастаются; кромѣ того вслѣдствіе

всевозможныхъ рубцовъ, изъ которыхъ мы упомянемъ только о происшедшихъ послѣ прижиганій.

Припадки.

Слѣдствіемъ суженія шейки бываютъ два припадка, изъ которыхъ главнѣйшій въ патолого-анатомическомъ отношеніи *дисменоррея*. Сущность этой послѣдней состоитъ обыкновенно въ появленіи, передъ наступленіемъ мѣсячныхъ очищеній, болѣе или менѣе сильныхъ маточныхъ колиевъ, которыя иногда достигаютъ до степени жесточайшихъ болей. Хотя вообще степень боли соотвѣтствуетъ болѣе или менѣе значительному суженію канала, шейки, однакожь это бываетъ не безусловно во всякомъ случаѣ. Существенное вліяніе на силу дисменоррическихъ болей оказываетъ быстрота выдѣленія крови слизистою оболочкою матки. Если кровотечение происходитъ медленно, то кровь, постепенно изливающаяся въ полость, можетъ вытекать даже и черезъ узкій каналъ шейки настолько быстро, что не вызываетъ маточныхъ колиевъ. Если же оно наступаетъ вдругъ и въ большомъ количествѣ, то кровь, быстро скопившаяся въ значительномъ количествѣ, не можетъ свободно вытекать даже черезъ умѣренно суженный каналъ шейки, а потому растягиваетъ полость матки и такимъ образомъ можетъ быть причиною сильнѣйшей дисменорреи. Этимъ объясняются случаи, когда при значительномъ суженіи шейки менструальный періодъ проходитъ иногда почти безболѣзненно, тогда какъ въ другихъ случаяхъ даже при незначительномъ суженіи припадки достигаютъ высокой степени.

Дальнѣйшимъ слѣдствіемъ раздраженія, происходящаго въ маткѣ всякій разъ при сильной дисменорреѣ, могутъ быть *metritis* и *perimetritis*, припадки которыхъ въ свою очередь осложняютъ суженіе.

Вторымъ слѣдствіемъ суженія будетъ *бесплодіе*. Мы обращаемъ особенное вниманіе на то, что въ клиническомъ смыслѣ бесплодіе только въ очень рѣдкихъ случаяхъ обозначаетъ полную невозможность зачатія, большею же частью это есть выраженіе большаго или меньшаго препятствія къ зачатію. Что возможность встрѣчи яйца и сѣмени тѣмъ болѣе будетъ затруднена, чѣмъ уже каналъ шейки и чѣмъ его наружное отверстіе меньше, вполне естественно, не входя даже въ дальнѣйшее рассмотрѣніе механизма вхожденія сѣменныхъ нитей во внутренній половой каналъ.

Способъ этого вхожденія до настоящаго времени еще не вполне выясненъ. Прежде общепринятымъ мнѣніемъ было то, что при совокупленіи отверстіе мужскаго мочеиспускательнаго канала плотно прилегаеть къ наружной части маточнаго рыльца, такъ что при *ejaculatio* сѣмя выбрасывается прямо въ матку. Не говоря уже о томъ, что сила изверженія сѣмени конечно не достаточна для того, чтобы разъединить прилежащія другъ къ другу стѣнки матки и выпрыснуть его туда, но и самое образованіе сплошнаго канала изъ соединенія мужской уретры и канала шейки положительно невозможно. Нельзя принять также и поршнеобразнаго дѣйствія мужскаго члена, которымъ при вдвиганіи изверженное въ верхнюю часть рукава сѣмя вгоняется въ матку, такъ какъ для этого послѣдняго остается достаточно мѣста по сторонамъ мужскаго члена, въ сводѣ рукава.

Мерцательное движеніе эпителія не можетъ имѣть вліянія на поступательное движеніе сѣмени, потому что сѣменные нити движутся чрезъ всю Фаллопиеву трубу по направленію къ яичнику, а эпителій Фаллопиевыхъ трубъ колеблется въ противоположномъ направленіи. Такое передвиженіе сѣменныхъ нитей отъ матки до тазоваго отрѣзка брюшины, гдѣ слѣдовательно нельзя уже допустить вліянія вышеупомянутыхъ силъ, служить прямымъ подтвержденіемъ того, что важнѣйшимъ и положительнымъ факторомъ такого передвиженія служитъ способность самостоятельнаго движенія сѣменныхъ нитей. Что эта способность поступательнаго движенія довольно значительна, доказалъ Lott ¹⁾ прямымъ наблюденіемъ, при чемъ сѣменные нити въ продолженіи часа проходили разстояніе около сантиметра.

Такая способность передвиженія намъ кажется вполне удовлетвориательною для объясненія того факта, что изъ сѣменныхъ нитей всей массы сѣмени, находящейся въ сводахъ рукава, гдѣ помѣщается шейка, лишь не многія попадаютъ въ самый каналъ ея.

Для вхожденія сѣменныхъ нитей въ каналъ шейки кажется служить еще и другая сила—именно родъ присасывающей силы матки. При совокупленіи повидимому постоянно выталкивается во влагалище пробка стекловидной слизи, которая въ нормальномъ состояніи выполняетъ каналъ шейки, и затѣмъ виситъ во влагалищѣ въ видѣ слизистаго шнура *Kristeller'a* ²⁾. По прекращеніи дѣйствія выталкивающей силы необходимо должно поступить въ шейку извѣстное количество жидкости,

¹⁾ *Der Cervix uteri etc.* p. 142.

²⁾ *Berl. klin. Wochenschr.* 1871. № 26—28.

равное по объему выведенной слизи. Въ рукавъ между тѣмъ слизь начала шейки и сѣменная жидкость смѣшаны, и смѣсь эта имѣетъ щелочную реакцію, а потому способствуетъ жизнѣдѣтельности сѣменныхъ нитей, тогда какъ одна кислая слизь рукава дѣйствуетъ на нихъ ядовито. Поэтому при поступленіи жидкости въ каналъ шейки попадаетъ туда и множество живыхъ сѣменныхъ нитей. Силу, выталкивающую слизь изъ шейки, Sims ¹⁾ приписываетъ сокращенію верхней части стѣночекъ влагалища, вслѣдствіе чего головка члена прижимается къ шейкѣ; Kehrer ²⁾ считаетъ это явленіе слѣдствіемъ активнаго сокращенія маточной шейки. Другіе, особенно Wernich ³⁾ и Fehling ⁴⁾ считаютъ причиною выхожденія слизистой пробки «эрекцію» шейки, такъ что по прекращеніи эрекции какъ пробка, такъ и сгратма всасываются обратно въ шейку.

Слишкомъ узкое наружное маточное рыльце затрудняетъ возможность оплодотворенія еще болѣе тѣмъ, что, если и не вполне, то все-таки отчасти препятствуетъ механизму выталкиванія и обратнаго вступленія слизистой пробки въ каналъ шейки.

Распознаваніе.

Уже при изслѣдованіи пальцемъ бросается въ глаза при врожденномъ суженіи островочная коническая форма влагалищной части; кромѣ того и маточное рыльце очень мало. Состояніе канала верхней части шейки опредѣляется помощью зонда. Наружное маточное рыльце можетъ быть такъ узко, что необходимо бываетъ употребить вмѣсто маточнаго тонкій хирургическій зондъ; если же суженіе обуславливается набуханіемъ стѣночекъ, то цѣль изслѣдованія достигается лучше посредствомъ не очень тонкаго зонда.

Приобрѣтенныя суженія узнаются также зондированьемъ.

Предсказаніе.

Само по себѣ суженіе шейки рѣдко представляетъ опасность для жизни, но вслѣдствіе дисменорреи здоровье можетъ быть въ высшей степени разстроено; кромѣ того оно можетъ также повлечь

¹⁾ Klin. der Gebärmutterchirurgie p. 282.

²⁾ Zusammenh. des weibl. Genitalkanals. Giessen 1863 p. 41.

³⁾ Berl. Beitr. z. G. u. G. B. 1 p. 296 и Berl. klin. W. 1873. № 9.

⁴⁾ Arch. f. G. B. V p. 342.

за собою опасныя для жизни заболѣванья послѣдовательнымъ метритомъ и периметритомъ. Относительно излѣченія предсказаніе благоприятно по причинѣ безопасности операціи, такъ какъ съ расширеніемъ шейки дисменоррея обыкновенно быстро исчезаетъ, а впоследствии часто происходитъ и зачатіе.

Леченіе.

Единственнымъ рациональнымъ показаніемъ будетъ расширеніе суженой шейки, что достигается различными способами, именно:

1) Введеніемъ болѣе и болѣе толстыхъ бужей и другихъ механическихъ расширителей, или разбухающихъ веществъ (ляминарія и прессованная губка). Мы уже раньше говорили о преимуществахъ и недостаткахъ этого способа. Вообще некровавое расширеніе не безопасно, но менѣе дѣйствительно, чѣмъ кровавое. Насколько механически растянутая шейка впоследствии суживается вновь, доказываетъ случай, сообщаемый Barnes'омъ, гдѣ, при суженіи, наступило зачатіе, но послѣ выкидыша на 5-мъ мѣсяцѣ, слѣдовательно послѣ очень значительнаго некроваваго расширенія, суженіе шейки возвратилось. Вѣроятно результаты употребленія новаго расширителя, предложеннаго Ellinger'омъ ¹⁾, также непродолжительны.

2) Можно достигнуть расширенія суженой шейки оперативнымъ путемъ ²⁾. Съ этою цѣлью предложенъ былъ цѣлый рядъ инструментовъ съ однимъ или двумя клинками. Къ первымъ относится инструментъ Simpson'a (см. ф. 26) по простотѣ своей удобный для употребленія. Клинокъ его вводится закрытымъ; при введеніи онъ раскрывается сжиманьемъ рукоятки и рѣжетъ сперва одну, а при повторномъ введеніи и другую сторону шейки. Для избѣжанія вторичнаго введенія, предложены были Greenhalgh'омъ и Martin'омъ подобные же инструменты, въ которыхъ при нажиманіи выходитъ съ каждой стороны по клинку. Очень простой по устройству метротомъ съ двумя клинками былъ предложенъ Coghill'емъ ³⁾ (см. ф. 27). Недостатокъ инструментовъ съ однимъ клинкомъ заключается въ томъ, что первый разрѣзъ бываетъ глубже, потому

¹⁾ Arch. f. Gyn. B, V, p. 268.

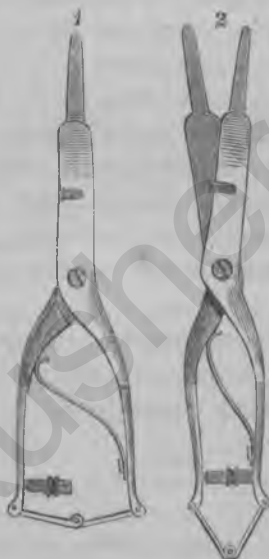
²⁾ Oppel, Wien. med. Presse. 1868 № 34—36; G. Braun, Wien. med. W. 1869. № 40—44; Henry Bennet, Brit. med. J. 21. Sept. 1872; Olshausen, die blutige Erweiterung d. Gebärmutterhalses № 67. der. Samml. klin. Vortage.

³⁾ Edinb. Obst. Tr. p. 340.

что при второмъ противодѣйствіе спинкѣ ножа значительно уменьшается. Этого можно избѣжать употребленіемъ инструмента съ двумя жожами, однакожъ и они могутъ рѣзать неодинаково, потому что ткань на обѣихъ сторонахъ иногда бываетъ неодинаковой плотности, или же одинъ ножъ рѣжетъ лучше другаго. Расширеніе наружнаго маточнаго рыльца посредствомъ этихъ инструментовъ не такъ удобно, и большею частью бываетъ необходимо сдѣлать еще дополнительный разрѣзъ ножницами.



Фиг. 26. Метротомъ Сипсона.



Фиг. 27. Метротомъ Когля.



Фиг. 28. Ножницы для надрѣза шейки черезъ зеркало.

Поэтому, во избѣжаніе сложныхъ инструментовъ, проще и съ такимъ же успѣхомъ можно произвести эту операцію просто ножомъ и ножницами.

Установивъ шейку въ просвѣтъ зеркала и фиксируя её врючковомъ, вводятъ въ каналъ ея тонкую вѣтвь длинныхъ ножницъ, рукоятка которыхъ отогнута внизу для того, чтобы не заслонять просвѣта зеркала (см. ф. 28), и разрѣзываютъ одну сторону шейки

до свода, затѣмъ повторнымъ введеніемъ ножницъ разрѣзывается и другая сторона.

При служеніи во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ нужно надрѣзывать верхнюю часть канала шейки или метротомомъ Simpson'a, или же простымъ маленькимъ ножомъ, предложеннымъ для этого Sims'омъ и другими.

Если разрѣзъ сдѣланъ чистымъ ножомъ, то не бываетъ воспаленія ни матки, ни соединительной ткани; кровотеченіе однакожь можетъ быть значительнымъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ серьезнымъ.

Съ этою цѣлью, а также и для того, чтобы воспрепятствовать быстрому сращенію разъединенныхъ частей, совѣтуютъ прижигать поверхность разрѣза или каленымъ желѣзомъ (клювовиднымъ прижигателемъ), или же владывать въ разрѣзъ маленькіе тампоны съ растворомъ хлористаго желѣза. Для укрѣпленія ихъ вводится во влагалище еще одинъ тампонъ побольше. Послѣ операціи необходимъ покой въ продолженіи нѣсколькихъ дней. На слѣдующій день удаляютъ тампонъ, и тогда вся задача состоитъ въ томъ, чтобы воспрепятствовать сращенію, къ чему шейка матки имѣетъ большую наклонность. Наружное маточное рыльце лучше всего расширяется пальцемъ, вводя его въ отверстіе каждый день, или черезъ день при изслѣдованіи; внутреннее маточное рыльце расширяется повторнымъ введеніемъ бужей.

Если влагалищная часть конически удлинена, и при этомъ наружное отверстіе узко, то лучше всего отрѣзать кусокъ ея ножомъ или ножницами, или по совѣту Spiegelberg'a *) помощью гальвано-каустики.

Для кроваваго расширенія канала шейки мы употребляли уже нѣсколько лѣтъ нашъ метротомъ, устроенный на подобіе уретротомъ Мезоннева. До сихъ поръ мы не встрѣтили при этомъ никакихъ затрудненій или неприятныхъ осложненій.

Производство операціи расщепленія наружнаго зѣва такъ просто, что тутъ неужно никакихъ особенныхъ инструментовъ; но совсѣмъ иное дѣло расщепленіе внутренняго зѣва. Уже одно то, что для этого придумано множество инструментовъ, показываетъ, что операція эта не всегда бываетъ удачна. Неудобство производства операціи ножомъ,

*) Ach. f. G. 5, p. 436.

рѣжущимъ по одной сторонѣ, состоитъ по нашему мнѣнію не въ томъ, что второй разрѣзъ бываетъ менѣе глубока — вслѣдствіе уменьшенія сопротивленія со стороны уже надрѣзанной, какъ это говоритъ авторъ, а въ томъ, что, вводя ножъ въ каналъ шейки, мы въ рѣдкихъ только случаяхъ можемъ быть увѣрены, что проникли его концомъ за суженное мѣсто. Если зондъ своимъ концемъ запутывается часто въ складкахъ слизистой оболочки шейки ниже суженія, то ножъ это сдѣлаетъ еще легче. Кромѣ того почти всѣ суженія внутренняго зѣва осложняются искривленіями матки въ большей или меньшей степени, слѣдовательно является еще новое препятствіе для введенія ножа — уголъ. Если при этомъ оперировать будетъ начинающій неопытный гинекологъ, да еще производить будетъ операцію черезъ зеркало, то можно быть увѣреннымъ, что хотя каналъ шейки онъ расщепитъ, но суженное мѣсто у внутренняго зѣва останется нетронутымъ. Мы говоримъ это не только на основаніи теоретическаго убѣжденія, но и на основаніи опыта и наблюденія. Не одинъ десятокъ разъ приходилось намъ производить эту операцію послѣ того, какъ она была уже произведена другими. Нашъ инструментъ устроенъ слѣдующимъ образомъ (рис. а): по тонкому желобоватому зонду, изогнутому такимъ же образомъ, какъ и всѣ наци зонды, проходитъ ланцетовидный ножъ ромбоидальной формы, котораго всѣ четыре стороны острыя; этотъ ножъ, самое широкое мѣсто котораго $\approx 4'''$, укрѣпленъ на тонкомъ прутѣ, который свободно движется въ желобкѣ зонда, а на нижнемъ концѣ его находится подвижная гайка съ винтомъ для того, чтобы ножъ не могъ при введеніи проникнуть далѣе желаемой высоты. Употребляемъ мы его слѣдующимъ образомъ: зондъ безъ ножа вводится по пальцу въ матку, затѣмъ по его желобку проводится ножъ плашмя по пальцу, которымъ и защищается рукавъ отъ



Рис. а.

Метротомъ Д-ра Тарновскаго.

пораненія. Начинаящимъ, изъ страха пораненія рукава, совѣтуемъ по введеніи зонда ввести зеркало, какъ это мы и сами прежде дѣлали: въ такомъ случаѣ ругъ въ защищенъ стѣнками зеркала. Но эта предосторожность при нѣкоторомъ навѣкѣ излишняя, и мы, употребляя этотъ инструментъ безъ зеркала же въ нѣсколькихъ десяткахъ случаевъ, ни разу не причинили поврежденія рукава: стоитъ только плотно прижать къ пальцу зондъ съ движущимся по немъ ножомъ. Когда лезвіе дошло до наружнаго зѣва, мы поворачиваемъ зондъ по продольной оси такъ, чтобы разрѣзъ пришелся не въ поперечномъ направленіи, а въ косомъ, и затѣмъ ножъ вдвигается иногда съ нѣкоторымъ насиліемъ въ каналъ шейки до мѣста прикрѣпленія на прутѣ подвижнаго боковаго винта. Зная заранѣе длину полости матки и высоту суженія, мы предварительно закрѣпляемъ эту гайку на такой высотѣ, чтобы ножъ проникъ за внутренній зѣвъ по крайней мѣрѣ на 2—3 линіи. Сдѣлавъ такимъ образомъ первый разрѣзъ, мы поворачиваемъ инструментъ такъ, чтобы второй разрѣзъ, происходящій при выведеніи ножа изъ матки, пришелся бы въ другомъ косомъ размѣрѣ. Зондъ все время долженъ находиться въ маткѣ неподвижно и выводится только послѣ выведенія ножа. Такимъ образомъ каналъ шейки расщепляется въ 4-хъ мѣстахъ. Такой разрѣзъ имѣетъ двоякую выгоду: во первыхъ каналъ значительно расширяется при меньшей глубинѣ каждаго разрѣза отдѣльно; во 2-хъ, такъ какъ при суженіяхъ обыкновенно бываетъ и искривленія матки, то образующіеся четыре долевые рубца препятствуютъ образованію вновь прежняго искривленія. Уже Симсъ и Эмме начали при искривленіяхъ матки съ цѣлью выпрямленія канала дѣлать переднезадніе разрѣзы его (*sagittale discision*). Хотя имъ удалось получить этимъ способомъ хорошіе результаты, но во всякомъ случаѣ такой разрѣзъ гораздо опаснѣе поперечнаго по причинѣ возможности прорѣзать истонченную въ точкѣ искривленія стѣнку матки и попасть въ полость брюшины, съ чѣмъ согласенъ и Гегаръ (*Hegar u. Kaltenbach die operative gynäkologie 1874. Erlangen*).—Наши четыре разрѣза проходятъ по сторонамъ истонченнаго въ перегибѣ мѣста. По введеніи инструмента обыкновенно показывается у наружнаго зѣва нѣсколько капель крови. Если отверстіе наружнаго зѣва точечное, то мы немедленно приступаемъ къ его расщепленію. Для этого мы обыкновенно употребляемъ инструментъ (рис. б), состоящій изъ ланцетообразнаго лезвія, насаженнаго на длинную рукоятку; конецъ ножа притупленъ, а оба бока острые.—Имъ расщепляемъ мы всю толщю шейки въ поперечномъ направленіи въ обѣ стороны и образуемъ губы маточнаго зѣва. При этомъ всегда бываетъ кровотеченіе, иногда значительное. Тотчасъ

послѣ разрѣза канала шейки мы прижигаемъ его кускомъ ляписа посредствомъ Лаллемановскаго порткостика; тоже дѣлаемъ въ ранѣ наружнаго зѣва. Но здѣсь иногда кровотеченіе такъ сильно, что отъ прижиганія ляписомъ не останавливается; въ такомъ случаѣ мы употребляемъ растворъ полуторнохлористаго желѣза, а еще лучше казеное желѣзо. Мы ни разу не замѣтили при этомъ, чтобы рана какъ въ шейкѣ, такъ и въ наружномъ зѣвѣ затянулась *per primam*; напротивъ по отпаденіи струньевъ нагноеніе всегда продолжалось до 8—10 дня.

Выгоды предложеннаго способа слѣдующія: во 1-хъ оперирующей всегда увѣренъ въ томъ, что ножъ проникъ за суженное мѣсто, во 2-хъ разрѣзъ въ каналѣ не глубокъ и никакъ не можетъ проникнуть всю толщю стѣнки канала или матки, тогда какъ при двойномъ разрѣзѣ бываютъ случаи прорѣза матки и даже пораненія мочеточниковъ (Hegar u. Kaltenbach Die operative gynäkol Erlangen 1874 стр. 292); въ 3-хъ, какъ уже сказано было выше, на мѣстѣ 4-хъ разрѣзовъ образуется четыре рубца, которые впоследствии удерживаютъ искривленную матку въ прямомъ положеніи; въ 4-хъ эта операція можетъ быть произведена съ полною безопасностью и неопытными гинекологами, такъ какъ ножъ идетъ по проводнику, не уклоняясь въ сторону, и разрѣзъ всегда будетъ извѣстной, определенной глубины. Въ 5-хъ крестообразный разрѣзъ канала въ направленіи косыхъ діаметровъ таза представляетъ еще особенную выгоду въ случаяхъ стриктуръ зависящихъ отъ спаденія стѣнокъ. Известно, что есть такого рода стриктуры, встрѣчающіяся при флексіяхъ матки подъ угломъ и сопровождающіяся часто дисменорреею; онѣ зависятъ не отъ дѣйствительнаго уменьшенія просвѣта канала, а отъ сближенія и тѣснаго соприкосновенія передней и задней стѣнки канала шейки въ точкѣ изгиба. Поперечный разрѣзъ здѣсь бесполезенъ, прямой (*sagittalis*) опасенъ по причинѣ тонкости стѣнки въ точкѣ изгиба: четыре выше описанныхъ разрѣза даютъ возможность достигнуть цѣли, не подвергая больную никакой опасности. Мы никогда не прибѣгаемъ послѣ разрѣза къ дальнѣйшему расширенію посредствомъ губки, зная хорошо насколько это опасно, даже при простой ссадикѣ.

Два года тому назадъ намъ пришлось излѣдовать больную, страдавшую дисменорреею. Введенный зондъ № 3 прошелъ почти безъ усилія, но по выведеніи оказался замазаннымъ кровью. Такъ какъ мы имѣли



Рис. 6.

основаніе подозрѣвать причину болѣзни въ полости матки, то приступили тотчасъ же къ расширенію канала помощью карболизованныхъ англійскихъ губокъ. Черезъ 6 часовъ по введеніи губки появились боли внизу живота, температура рукава на ощупь повысилась, матка была очень чувствительна, и больная залихорадила. Губка тотчасъ же вынута, больная положена въ постель, снаружи положенъ на животъ пузырь со льдомъ, сдѣлано теплое спринцеванье и даны успокоительныя средства. Однакожь у больной развилась разлитой параметритъ, распространившійся на заднюю стѣнку таза, отъ чего она едва не умерла и оправилась только черезъ 6 недѣль, при чемъ опухоль перешла въ нагноеніе, и абсцессъ вскрылся черезъ прямую кишку.

У Гегара изъ 150 случаевъ операций кроваваго расширенія умерло 2 вслѣдствіе употребленія губки. Ольсгаузенъ также имѣлъ 2 смертельныхъ случая тоже при послѣдующемъ употребленіи губки (1. с. стр. 292). Грингалъгъ (Greenhalgh) сообщилъ также одинъ случай смерти на 4-й день послѣ операци, при чемъ вслѣдъ за разрѣзомъ былъ введенъ внутриматочный суппортеръ (Obstetrical Transactions Vol VIII. стр. 142).

Ред.

Гипертрофія матки.

ОБЩАЯ ГИПЕРТРОФИЯ.

Klob, Patholog. Anat. d. Weibl. Sexualorg. p. 124 u p. 203. — Saxing, Prager Vierteljahrschrift 1866 1 p. 114. — Courty Traité de mal de l'uteri etc. 2 ed. Paris 1872 p. 702.

Причины.

Чистая гипертрофія и гиперплазія матки, т. е. равномерное увеличеніе объема и количества ея элементовъ, главнымъ образомъ мышечныхъ волоконъ и соединительной ткани, рѣдко бываетъ явленіемъ паталогическимъ. Примѣромъ физиологическаго увеличенія матки служить беременность; паталогически такая равномерная гипертрофія встрѣчается при чрезмѣрномъ наполненіи матки какимъ либо содержимымъ, въ особенности при haematometra.

Гораздо чаще бываетъ гиперплазія соединительной ткани матки. Эта послѣдняя рѣдко бываетъ, независимо отъ воспаленій, самостоятельную, какъ исключительное измѣненіе питанія; гораздо чаще она бываетъ или слѣдствіемъ подьострыхъ и хроническихъ воспалительныхъ процессовъ, или, по крайней мѣрѣ, осложненіемъ исходовъ воспаления, какъ на примѣръ при задержанномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ. Установить точную границу между простой гипертрофіей и такой, которая сопровождается клинически воспалительными явленіями, вообще очень трудно. Klob почти совершенно отвергаетъ хроническое воспаленіе матки; по нашему же мнѣнію, которое мы впоследствии подерѣжимъ доказательствами, нельзя отвергать, по крайней мѣрѣ съ клинической точки зрѣнія, существованія хроническаго воспаленія матки, хотя болѣзненныя состоянія, разумѣмая подъ этимъ названіемъ, весьма различны въ этиологическомъ отношеніи, и далеко не всѣ воспалительнаго происхожденія. По этому весьма большое число случаевъ равномернаго увеличенія объема матки мы отнесемъ къ хроническому воспаленію ея; здѣсь же, подъ именемъ чистой гипертрофіи, образующейся безъ всякихъ воспалительныхъ явленій, коснемся только тѣхъ случаевъ, гдѣ слѣдствіе усиленнаго притока крови происходитъ и усиленное питаніе ткани матки безъ всякихъ воспалительныхъ явленій, какъ постоянныхъ, такъ и временно появляющихся.

Самымъ обыкновеннымъ примѣромъ такого рода усиленнаго питанія будетъ гиперплазія соединительной ткани при опухоляхъ матки

основам

или «жесткости» при интерстициальных фиброидахъ. Не вызывая анатомическихъ явленій, они служатъ причиною постояннаго развѣшенія, вслѣдствіе котораго ненормально увеличивается притокъ богатѣйшихъ матеріаловъ и образуется или чистая гипертрофія, или жеъ обыкновенно, разлитое разращеніе элементовъ соединительной ткани всей матки.

Подобнымъ же образомъ должна быть объясняема гипертрофія, которая по Seyfert'у ¹⁾ встрѣчается иногда у проституткокъ; напротивъ того гипертрофія, бывающая иногда у замужнихъ женщинъ, которыхъ половые органы раздражаются частымъ, но не полнымъ совокупленіемъ, и которую West ²⁾ причисляетъ къ простому виду гипертрофіи, должна быть отнесена собственно къ хроническому воспаленію матки.

Случаи гипертрофіи при измѣненіяхъ положенія матки, особенно при выпаденіи и искривленіяхъ ея, относятся сюда лишь только въ видѣ исключенія. Такая гипертрофія зависитъ отъ пассивной гипереміи, такъ какъ здѣсь по причинѣ неправильнаго положенія оттока крови бываетъ затрудненъ. При этомъ обыкновенно дѣло доходитъ до воспалительныхъ явленій, а потому эта форма скорѣе относится къ хроническому воспаленію матки. Чаще не бываетъ воспалительныхъ явленій при той формѣ пассивной гипереміи, которая является слѣдствіемъ общаго разстройства кровообращенія, въ особенности при болѣзняхъ сердца и печени.

Задержанное развитіе матки въ клиническомъ отношеніи мы можемъ отнести сюда лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ такая матка бываетъ увеличенной безъ всякихъ слѣдовъ воспаления. Напротивъ она чувствительна, или, по крайней мѣрѣ, по временамъ болѣе увеличивается въ объемѣ, при чемъ являются боли. Поэтому мы относимъ эту форму къ клинической картинѣ хроническаго воспаления матки.

Патологическая анатомія.

Матка при чистой гипертрофіи ничѣмъ не отличается макроскопически отъ матки при разращеніи соединительной ткани. Только съ помощью микроскопа можно доказать, увеличены-ли приблизительно равномѣрно все элементы, или же разрастаніе идетъ главнымъ

¹⁾ Säckinger l. c. p. 115.

²⁾ Lehrb. d. Frauenkrankheiten III Aufl. p. 111.

образомъ на счетъ соединительной ткани. Матка увеличивается обыкновенно при этомъ въ передне-заднемъ размѣрѣ, вслѣдствіе чего принимаетъ болѣе круглую форму. Стѣнки ея, особенно въ днѣ и въ задней части, значительно утолщены; ткань ея обыкновенно не очень плотна, скорѣе мягка и сочна.—Если процессъ, обусловившій гиперплазію, останавливается, и послѣдняя не прогрессируетъ, то свѣжая соединительная ткань превращается въ воловнистую, слѣдствіемъ чего бываетъ образованіе рубцовой ткани и значительное уплотненіе.

Припадки.

Такая какъ простое увеличеніе матки рѣдко бываетъ безъ всякихъ осложненій, то припадки описываются болѣе по аналогіи, чѣмъ на основаніи наблюденія. Увеличенная въ вѣсѣ матка измѣняетъ нѣсколько свой видъ и положеніе, причѣмъ вслѣдствіе увеличенія ея въ поперечномъ діаметрѣ исчезаетъ вогнутость на передней стѣнѣ, а дно по тяжести опускается болѣе впереди, такъ что наклонъ матки впередъ увеличивается. Если матка по своему положенію легче отклоняется назадъ, то происходитъ *retroversio* и опущеніе ея. Слѣдствіемъ такихъ измѣненій бываютъ боли въ вѣстцѣ, чувство тяжести въ тазу, напираніе на низъ и задержаніе мочи; могутъ появиться также и различнаго рода истерическіе припадки. При другихъ страданіяхъ (фибромахъ, выпаденіи), сопровождающихся гипертрофіею, выступаютъ на первый планъ имъ свойственные припадки.

Распознаваніе.

Равномѣрное увеличеніе объема матки узнается помощью двойнаго изслѣдованія. Если это увеличеніе объема обусловливается только равномѣрнымъ утолщеніемъ стѣнокъ, если матка совершенно безболѣзненна и нѣтъ никакихъ воспалительныхъ явленій, то можно признать въ такомъ случаѣ простую гипертрофію матки.

Лѣченіе.

Въ раннемъ періодѣ равномѣрнаго увеличенія объема, даже при отсутствіи воспалительныхъ явленій, дѣйствительнаго всего, какъ при приливахъ, такъ и при застояхъ, небольшія, но часто повторяемыя кровозвлеченія. Если гипертрофія зависитъ отъ другихъ болѣзней то лѣченіе направляется противъ этихъ послѣднихъ. Если такое состояніе продолжается очень долгое время, то лѣченіе не приноситъ никакой пользы; даже и пресловутый іодистый кали не помогаетъ.

Если допустить дѣйствительное существованіе настоящей гипертрофіи матки, то такое состояніе можетъ быть лишь временнымъ, потому что каждый элементъ обладаетъ лишь въ извѣстной степени способностью увеличенія, сохраняя свое строеніе. Такъ какъ кромѣ того не всѣ ткани одинаково раздражительны, то въ присутствіи какого либо постояннаго раздражителя, въ видѣ напримѣръ наполняющаго матку содержимаго, раздраженіе въ соединительной ткани выразится уже тогда, когда въ другихъ тканяхъ оно не произведетъ еще никакого измѣненія. Настоящая чистая гипертрофія является при менструаціи и по ея окончаніи, когда еще остается на нѣкоторое время увеличеніе объема матки, а также во время беременности. Что касается до распознаванія, то оно можетъ быть основано лишь на повторномъ изслѣдованіи въ продолженіи извѣстнаго времени и только тогда можетъ быть сколько нибудь вѣрнымъ. Вообще чистые случаи гипертрофіи такая рѣдкость, что начинающему не слѣдуетъ увлекаться этою формою болѣзни, а пользуясь данными анамнеза, тщательно изслѣдовать состояніе прочихъ частей полового аппарата; въ каждомъ случаѣ почти всегда найдется много условій, исключающихъ существованіе чистой гипертрофіи матки.

Ред.

Гипертрофія шейки.

Levré, Journ. de med. T. 1773 p. 352.—Heming, Lancet, Aug. 1844. Kennedy, Dublin monthly Journal. Nov. 1838 Vol. XIV p. 319, см. Froriep's Notizen 1839 B. IX № 193 p. 266. Huguier, Mémoires de l'acad. de médecine Paris 1859 T. 23 p. 279 и Sur les allongemens hypertroph. du col de l'utérus, Paris 1860. Stoltz, Journal hebdomadaire, Juin 1859. Scanzoni, chronische Metritis p. 46 и 58. Rumbach, des allong. hypertr. du col de l'utérus. Thèse. Strasbourg 1865 p. 5.—Saint-Vel, Gaz. de Paris 1871 p. 9 и 12.—Spiegelberg, Archiv f. Gyn. B. V p. 411.

Различные виды гипертрофіи шейки такъ разнообразны, смотря по той части, которую она занимаетъ, что необходимо рассмотретьъ каждую изъ этихъ формъ въ отдѣльности. Мы не вѣлючаемъ сюда фолликулярную гипертрофію губъ, которую рассмотримъ при катаррѣ шейки, какъ происходящую изъ слизистой оболочки и генетически сходную съ полипами послѣдней.

Правильнѣе дѣлить шейку не на двѣ части,—P. vaginalis и P. supravaginalis,—но, соотвѣтственно различному прикрѣпленію перед-

ного и заднего сводовъ рукава, на три части. На рис. 29 *a* будетъ слѣдовательно отдѣлъ шейки, лежащій ниже прикрѣпленія передняго свода влагалища; онъ составляетъ собственно влагалищную часть ея: *c*, т. е. часть лежащая вверху отъ прикрѣпленія задняго свода влагалища, будетъ собственно надвлагалищная часть, тогда какъ *b* — отрѣзокъ, заключающійся между этими двумя отдѣлами спереди будетъ надвлагалищною частію, а сзади влагалищною.

Каждая изъ этихъ трехъ частей отдѣльно можетъ быть гипертрофирована и представлять вполне отличную отъ другихъ форму болѣзни.

Сначала мы разсмотримъ гипертрофію отрѣзка *a*, т. е. собственно влагалищной части.



Рис. 29. Раздѣленіе шейки на 3 части. *P* peritoneum. *V* Мочевой пузырь. *a* Portio vaginalis. *b* portio media (сзади vaginalis, а спереди supravaginalis). *c* P. supravaginalis.

Гипертрофія влагалищной части.

(Portionis vaginalis).

C. Mayer, Virchow's Archiv 1856 B. X S. A. p. 21. C. Braun, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte XX 1864 p. 43. Simon, M. f. Geb. B. 13 p. 424, — Saxinger. Prager Vierteljahrschrift. 1866 I p. 120.

Причины.

Причины, обусловливающія равномерную коническую форму гипертрофіи влагалищной части, неизвѣстны. Приписать существенное вліяніе родамъ въ этомъ случаѣ не возможно, потому что самыя рѣзкіе случаи подобнаго рода встрѣчаются у нерожавшихъ женщинъ. Вслѣдствіе родовъ и послѣродовыхъ заболѣваній бывають другія формы увеличенія влагалищной части, именно во первыхъ неправильная бугристая форма гипертрофіи, которая зависитъ отъ воспаления шейки и которую мы рассмотримъ при описаніи хроническаго воспаления матки; во вторыхъ особая гипертрофическія измѣненія вида одной изъ губъ, чаще всего вслѣдствіе большихъ одностороннихъ надрывовъ шейки.

Патологическая анатомія.

Характеристическимъ признакомъ этой формы служить равномерная гипертрофія всѣхъ составныхъ частей, такъ что влагалищная часть, оставаясь по своему строенію нормальной, нѣсколько утолщается. При этомъ слизистая оболочка остается нормальной и гипертрофируется лишь на столько, насколько это необходимо для покрытія удлиненной влагалищной части.

Иногда у рожавшихъ женщинъ встрѣчается гипертрофія только



одной губы, которая въ такихъ случаяхъ принимаетъ особенную форму. Самая значительная однакожь степень гипертрофіи встрѣчается у нерожавшихъ, при чемъ влагалищная часть выдается изъ входа рукава въ видѣ конической опухоли въ нѣсколько дюймовъ длиною, имѣющей большое сходство съ мужскимъ половымъ членомъ въ состояніи эрекціи. При этомъ влагалищная часть плотна, тверда и гладко обтянута прилегающей слизистой оболочкой; маточное

Рис. 30. Чистая гипертрофія. *P. vaginalis*.
 а Гипертрофированная, выступающая изъ входа
 влагалища *P. vaginalis*. б Узкое маточное рыльце.

На рис. 30 изображена матка, которую мы сами изслѣдовали и гдѣ нельзя было проникнуть обыкновеннымъ маточнымъ зондомъ черезъ узкое маточное рыльце, изъ котораго выступала канля слизи.

Припадки.

Самъ по себѣ процессъ увеличенія шейки не причиняетъ никакихъ беспокойствъ. Эти послѣдніе зависятъ исключительно отъ выхода опухоли наружу. Слѣдовательно припадки здѣсь такіе же, какъ и при выпаденіи; однакожь опухоль бываетъ чувствительнѣе и при-

чиняетъ весьма большое безпокойство по причинѣ своего положенія между губами и бедрами.

Истечение, — хотя оно, можетъ быть, зависитъ только отъ механическаго раздраженія опухоли, — обыкновенно предшествуетъ выходу ея и затѣмъ уже не прекращается.

Распознаваніе.

При точномъ изслѣдованіи такое состояніе нельзя смѣшать ни съ какимъ другимъ. При двойномъ изслѣдованіи тѣло матки прощупывается на своемъ нормальномъ мѣстѣ, а шейка вездѣ непосредственно переходитъ въ опухоль, свободно вдающуюся сверху во влагалище, слѣдовательно есть ничто иное, какъ удлиненная влагалищная часть. Признакъ этотъ вполне достаточенъ для отличія отъ полиповъ, выворота и выпаденія матки.

Также просто отличить ее и отъ надвлагалищной гипертрофіи шейки. Если сводъ рукава спереди и сзади стоитъ на нормальной высотѣ, то гипертрофирована только та часть матки, которая вдается въ рукавъ, слѣдовательно Portio vaginalis. Еще легче отличить гипертрофію одной губы. При внутреннемъ изслѣдованіи оказывается, что губа переходитъ въ опухоль и своей правильной формой и равномерной плотностью отличается отъ фолликулярной гипертрофіи, которая будетъ описана ниже.



Рис. 31.

Тотъ же препаратъ въ тазовомъ разрѣзѣ.

Предсказаніе.

Предоставленная самой себѣ опухоль не проходитъ, если она выступила изъ входа рукава наружу, потому что съ этого времени

подвергается постоянному раздраженію, которое ведетъ въ дальнѣйшей гипертрофіи.

Лѣченіе.

Излѣченія можно ожидать только отъ ампутаціи, производство которой безопасно на томъ основаніи, что легко обходится безъ поврежденій сосѣднихъ частей. При гипертрофіи одной только влагалищной части въ опухоль не входятъ ни мочевой пузырь, ни брюшина Дугласова пространства (см. рис. 31). Поврежденія этихъ частей не должно быть потому, что оперировать слѣдуетъ не близко къ прикрѣпленію рукава, а лишь надъ уровнемъ входа рукава на томъ основаніи, что послѣдующая за операціей инволюція влечетъ за собой дальнѣйшее сокращеніе шейки. Кровотеченіе при этомъ бываетъ обыкновенно значительное.

Операція производится посредствомъ проволочнаго эсказера, который рѣжетъ гладко и хорошо, посредствомъ гальвано-каустической петли, ножа или ножницъ.

Мы предпочитаемъ оперировать ножемъ, потому что ни эсказеръ, ни Middeldorpf-скій аппаратъ не предупреждаютъ вполне кровотеченія: при употребленіи ихъ нельзя употреблять швовъ, которые служатъ лучшимъ кровеостанавливающимъ средствомъ.

Если опухоль, какъ это обыкновенно бываетъ, не объемиста, то рекомендуется слѣдующій способъ операціи: вокругъ опухоли вверху тотчасъ подъ прикрѣпленіемъ свода рукава, накладываютъ тонкую полотняную повязку и стягиваютъ ее такъ, что она сильно сдавливаетъ гипертрофированную влагалищную часть. Такимъ образомъ получается отличная рукоятка, посредствомъ которой можно фиксировать опухоль во время операціи, и кромѣ того операція производится почти безъ крови, потому что петля сдавливаетъ всѣ приводящіе сосуды. Если при разрѣзѣ нѣкоторыя артеріи все таки кровоточатъ, то петлю скручиваютъ сильнѣе до полной остановки кровотеченія.

Тогда, оттягивая опухоль нѣсколько книзу, отрѣзываютъ влагалищную часть у входа въ рукавъ и тотчасъ накладываютъ шовъ, соединяя при этомъ слизистую оболочку канала шейки съ слизистой оболочкой влагалища; затѣмъ зияющія боковыя части сшиваются особо по способу Hegar'a ¹⁾ Simon'a и Spiegelberg'a ²⁾ какъ изображено на рис. 32.

¹⁾ M. f. Geb. B. 34 p. 395 u. Tageblatt der Wiener Naturforscherv. p. 176.

²⁾ L. c. p. 440.

Sims накладывает шов таким образом (см. рис. 33), что, не касаясь слизистой оболочки канала шейки, сшивает надь раной слизистую оболочку передней части съ слизистой оболочкой задней. Такой шов имѣет тотъ недостатокъ, что, не останавливая хорошо кровотока, даетъ возможность крови скопляться между верхнею поверхностью культи и лежащими надь нею слитыми краями слизистой оболочки, что вызываетъ иногда припадки, заставляющіе

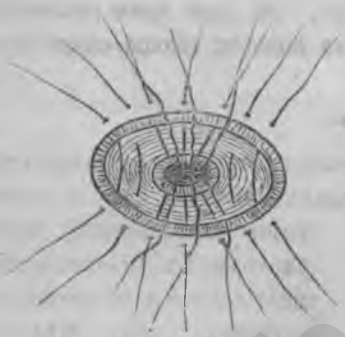


Рис. 32.

Шовъ послѣ ампутаціи влагалищной части.



Рис. 33. Шовъ по Sims'у.

снять швы. Кроме того слѣдствіемъ его можетъ быть рубцовое суженіе маточнаго рыльца.

Если влагалищная часть необыкновенно велика, то лучше сдѣлать ооовые разрѣзы, вырѣзать клинообразно каждую губу отдѣльно и соединить ихъ посредствомъ глубокаго шва, проникающаго въ паренхиму по способу, который мы опишемъ подробнѣе при леченіи гипертрофіи средней части шейки. Нужно замѣтить, что послѣ операциі укороченіе шейки происходитъ не только вслѣдствіе ампутаціи части ея, но питаніе всей шейки по причинѣ перерѣзки большихъ сосудовъ настолько нарушается, что наступаетъ жировое перерожденіе и инволюціа подобно тому, какъ это бываетъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Гипертрофія надвлагалищной части шейки.

(Portionis supravaginalis cervicis)

Virchow, Verh. d. Berliner Ges. f. Geb. II p. 205 C. Mayer, M. f. Geb. B. 11 p. 163. Scanzoni, Beitr. z. Geb. u. Gyn. IV p. 329 C. Braun, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1864. p. 43. Martin, M. f. Geb. B. 20 p. 203. Barnes, Brit. med. J. 7. Januar. 1871. Spiegelberg, Berl. klin. W. 1872. № 21 u. 22. Goodell, Prolapse of the womb Philadelphia 1873 u. Some practical hints etc. Med. a surg. Reporter. Jan. u. Febr. 1874.

Мы рассмотрим здѣсь только тѣ случаи, гдѣ гипертрофія занимаетъ отдѣлъ шейки, лежащій выше прикрѣпленія задняго свода рукава, слѣдовательно часть с на рис. 29, при чемъ исключимъ вторичную гипертрофію шейки, которая бываетъ только слѣдствіемъ выпаденія матки.

Причины.

Хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ такая гипертрофія надвлагалищной части происходитъ отъ неизвѣстныхъ причинъ, какъ и гипертрофія влагалищной части, однакожъ въ значительномъ числѣ случаевъ ее можно разсматривать, какъ слѣдствіе первичнаго выпаденія рукава, на что уже раньше обратилъ вниманіе Cruveilhier и особенно въ новѣйшее время Spiegelberg.

Рукавъ при выпаденіи тянетъ шейку внизъ, вслѣдствіе чего при благопріятныхъ условіяхъ (ослабленіе связи матки съ сосѣдними органами) происходитъ слѣдовательное выпаденіе матки. Если же матка вслѣдствіе нормальныхъ или паталогическихъ условій такъ укрѣплена на своемъ мѣстѣ, что не понижается вслѣдъ за выпавшимъ рукавомъ, то про-

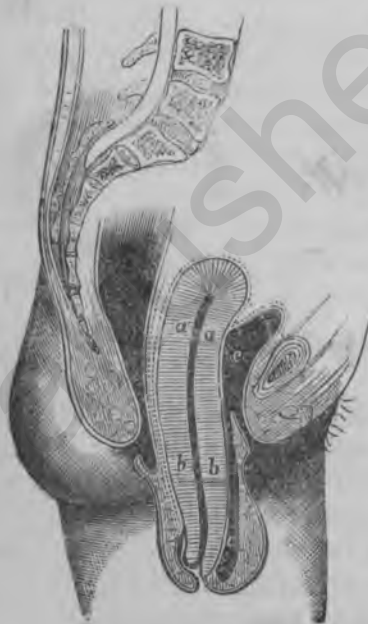


Рис. 34.

Гипертрофированная надвлагалищная часть шейки. *a* Ёло матки. *b* Гипертрофія шейки. *c* Мочевой пузырь. *d* Diverticulum пузыря.

исходитъ вытягиваніе шейки, причемъ она не только удлиняется, но и увеличивается въ объемъ вслѣдствіе раздраженія.

Это видно совершенно ясно въ случаѣ, изображенномъ на рис. 34 и 35, гдѣ при совершенномъ выпаденіи рукава нельзя было прощупать и слѣдовъ свода на нормальномъ мѣстѣ, т. е. позади мочеиспускательнаго канала и спереди уздечки; при этомъ рукавъ выпяченъ въ видѣ большихъ складокъ, такъ что между ними съ трудомъ можно различить отверстіе маточнаго зѣва. Положеніе и видъ рукава показываетъ, что смѣщеніе его произошло не вслѣдствіе раздраженія шейки книзу, но напротивъ само было причиною послѣдняго.

Патологическая анатомія.

При этой формѣ значительное удлиненіе полости матки — около 15 сент., зависитъ не отъ влагалищной части, а главнымъ образомъ отъ той части шейки, которая лежитъ выше прикрѣпленія



Рис. 35.

Та же гипертрофія надвлагалищной части спереди.

свода рукава и отчасти отъ увеличенія самаго тѣла матки. Причиной такого удлиненія, какъ выше сказано, служитъ обыкновенно предшествующее выпаденіе слизистой оболочки рукава. Въ другихъ случаяхъ, при раздраженіи самой верхней части шейки, естественно должно произойти подобное же смѣщеніе свода рукава, которое бу-

детъ увеличиваться сообразно увеличенію гипертрофіи и можетъ дойти до полного выпаденія.

Наружное маточное рыльце при этомъ значительно понижается и даже выдается изъ половой щели между складками вывороченнаго рукава, такъ что при наружномъ осмотрѣ такое состояніе нельзя отличить отъ выпаденія матки, какъ это видно на рис. 35,) но дно матки стоитъ при этомъ на нормальной высотѣ или немного ниже, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже выше нормальнаго.

Весьма важно при этомъ отношеніе сосѣднихъ органовъ. Главное отличіе гипертрофіи надвлагалищной части отъ гипертрофіи влагалищной состоитъ въ томъ, что послѣдняя есть простое удлиненіе шейки въ рукавъ (*a* на рис. 29); первая же (*c* на рис. 29), увеличиваясь, смѣщаетъ книзу и сосѣдніе органы, находящіеся въ связи съ верхнею частью шейки *c*, слѣдовательно прежде всего мочевоу пузырь и брюшину, покрывающую матку сзади, а иногда также и *excavationem vesicouterinam* брюшины.

Степень такого смѣщенія весьма разнообразна; обыкновенно при этомъ стѣнка мочевого пузыря и заматочная складка брюшины доходятъ до самой верхушки опухоли. Пузырно-маточная складка брюшины обыкновенно остается на своемъ мѣстѣ.

Припадкн.

Гипертрофія надвлагалищной части по всемъ признакамъ и сопутствующимъ припадкамъ совершенно похожа на выпаденіе матки, такъ что очень часто съ нимъ смѣшивается, и Вирховъ описываетъ ее «какъ выпаденіе матки безъ опущенія ея дна. Припадки совершенно такіе же, какъ и при выпаденіи, такъ какъ они зависятъ почти исключительно отъ присутствія опухоли во входѣ влагалища. Хотя иногда боли при этомъ бываютъ собственно незначительны, но все прочіе неприятыя послѣдствія выпаденія развиты въ полной мѣрѣ. Мѣсячныя очищенія могутъ быть правильными, часто однакожъ усиливаются и иногда продолжаются долѣе обыкновеннаго срока.

Неприятыя послѣдствія опущенія стѣнки мочевого пузыря—застой и разложеніе мочи съ послѣдовательнымъ катарромъ пузыря—могутъ при этомъ и не быть, если, какъ это изображено на рис. 34, гипертрофированная шейка такъ толста, что закрываетъ просвѣтъ этого *diverticul'a*. Въ случаѣ, изображенномъ на рисункѣ 34, при совершенномъ наполненіи пузыря, въ этой части его не содержалось ни

капли мочи и катетеръ можно было провести туда лишь съ вѣсчайшимъ трудомъ.

Распознавiе.

Мы обратимъ здѣсь главное вниманiе на дифференціальную діагностику этой гипертрофiи отъ выпаденiя матки, потому что эти формы часто смѣшиваются; отличить же ее отъ другихъ опухолей, лежащихъ передъ входомъ во влагалище (выворота, полиповъ) весьма нетрудно. Смѣшать эту опухоль съ простымъ выпаденiемъ рукава, или съ выпаденiемъ неувеличенной матки безъ осложненiй довольно трудно, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ при ощупываньи и зондированьи матка обазывается нормальной величины. Поэтому постановить діагностику вообще довольно легко, тѣмъ болѣе, что наружное маточное рыльце находится передъ входомъ рукава, а дно матки стоитъ на нормальной высотѣ, и полость ея значительно удлинена. Этотъ признакъ указываетъ на то, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло не съ простымъ выпаденiемъ матки: выворотъ же рукава и пониженiе сводовъ представляютъ рѣзкiя отличiя отъ гипертрофiи влагалищной части.

Гораздо труднѣе удостовѣриться въ томъ, первичная ли это гипертрофiя шейки, или послѣдовательная. Первичною гипертрофiею, о которой говоримъ, называемъ мы такую, при которой дно постоянно остается на нормальной высотѣ, и которая происходитъ единственно только отъ удлиненiя шейки внизъ. Но несомнѣнно встрѣчаются и послѣдовательныя гипертрофiи, т. е. случаи, гдѣ первоначально было простое выпаденiе матки, слѣдствiемъ котораго было увеличенiе ея объема въ такой степени, что дно ея снова достигло почти до первоначальной высоты.

Въ анатомическомъ отношенiи оба эти вида довольно схожи между собой. При первоначальномъ выпаденiи матки одновременно съ нею опускаются впередъ мочевоу пузырь, сзади Дугласово пространство и тутъ обыкновенно остаются, хотя самая верхняя часть шейки разрастается затѣмъ кверху; совершенно подобнымъ же образомъ смѣщаются эти части и при первичной гипертрофiи, по причинѣ своей тѣсной связи съ шейкой.

На основанiи всего этого чрезвычайно трудно различить съ точностью эти два вида.

Распознаванiе первичной гипертрофiи значительно облегчается, если констатировано предшествовавшее выпаденiе, а дно матки стоитъ

на нормальной высотѣ, т. е. когда выпаденіе рукава было полное (см. рис. 34), и выпавшія изъ входа рукава складки его слизистой оболочки прикрываютъ выдающуюся черезъ половую расщелину увеличенную матку.

Послѣдовательною гипертрофіею слѣдуетъ называть такую, когда матка видимо значительно понижена, слѣдствіемъ чего явился полный выворотъ рукава, или же когда губы наружнаго маточнаго зѣва, растягиваемыя стѣнками рукава, выворачиваются наружу и образуютъ ectropion. Распознаваніе становится еще болѣе вѣрнымъ въ томъ случаѣ, если, какъ это бываетъ въ исключительныхъ случаяхъ, мочевоѣ пузырь и заматочная брюшина стоятъ довольно высоко, т. е. вслѣдствіе разростанія шейки вверхъ снова поднимаются на прежнее мѣсто. Подобные случаи сообщены Martin'омъ ¹⁾, Scanzoni ²⁾ и Barnes'омъ ³⁾.

Предсказаніе.

Безъ леченія болѣзнь становится непріятною и дѣйствуетъ весьма вредно на общее состояніе здоровья. Такъ какъ выпавшая часть подвергается постоянному раздраженію, то въ ней не происходитъ обратнаго развитія, напротивъ замѣчается наклонность къ дальнѣйшему увеличенію. Подобно тому, какъ и при выпаденіи, на ней появляются язвы съ гнойнымъ отдѣленіемъ, а иногда и болѣе опасныя явленія.

Лѣченіе.

При этой формѣ ампутація шейки неудобно исполнима на томъ основаніи, что пузырь и Дугласово пространство доходятъ до самой верхушки опухоли. Hegar въ такомъ случаѣ предложилъ свою колическую вырѣзку ⁴⁾ (konische Excision), при чемъ разрѣзъ ведется такимъ образомъ, что вырѣзка вверху у внутренняго зѣва уже, чѣмъ въ наружномъ зѣвѣ, вслѣдствіе чего рана въ шейкѣ имѣетъ воронкообразную форму съ раструбомъ, обращеннымъ внизъ. Однакожь и этимъ путемъ едва ли можно достигнуть удаленія всей выпавшей

¹⁾ M. f. Geb. V. 34. p. 328.

²⁾ Beitr. z. Geb. u. Gyn. IV p. 332.

³⁾ Brit. med. J. 30 Sept. 1871.

⁴⁾ См. выше цитированныя статьи и Hüffel, Gebärmutter und Scheidenvorfälle. Freiburg. 1873. p. 44.

части, даже рассчитывая на послѣдующее сокращеніе рубцовой тѣани, въ особенности въ трудныхъ случаяхъ.

Если, стало быть, при такой настоящей гипертрофи надвлагалищной части, нельзя ожидать отъ операціи большой пользы, а опасность поврежденія брюшины при этомъ весьма возможна (мочевой пузырь, положеніе котораго узнается помощью катетера, можно обойти), то самъ собой представляется вопросъ: нельзя ли другимъ какимъ нибудь образомъ доставить хотя палліативную помощь, чтобы уменьшить страданья больной и дать ей возможность заниматься работой.

Вправление опухоли, кажущееся при первомъ взглядѣ невыполнимымъ, такъ какъ дно матки находится на нормальной высотѣ, иногда однакоже возможно, если матка можетъ быть согнута. Въ случаѣ, представленномъ на рис. 34 и 35, мы вправили матку безъ большихъ затрудненій такимъ образомъ, что она приняла положеніе, изображенное на рис. 36.

Въ такомъ видѣ она удерживалась посредствомъ Мауге'овскаго каучуковаго кольца въ теченіи четырехъ дней, по истеченіи которыхъ больная снова явилась къ намъ, вполне довольная своимъ состояніемъ. Къ сожалѣнію она ускользнула отъ дальнѣйшаго наблюденія, вѣроятно, впрочемъ, потому, что положеніе ея сдѣлалось сноснымъ.

Отъ дальнѣйшихъ наблюденій зависить такимъ образомъ рѣшеніе вопроса, возможно ли обратное развитіе гипертрофированной части вслѣдствіе поддерживанья ея пессаріемъ. Huguier въ болѣе легкихъ случаяхъ видѣлъ также хорошіе успѣхи отъ употребленія пессарія и предлагаетъ на этомъ основаніи Т-образную повязку въ тѣхъ случаяхъ, когда выпавшую матку можно вправить во входъ влагалища.

Если пессаріи не приносятъ никакой пользы, то можно рѣшиться



Рис. 36.
Вправление матки при гипертрофи надвлагалищной части шейки.

на коническое вырѣзываніе шейки. При этомъ можно ампутировать шейку довольно высоко, предварительно отсепаровавъ, какъ это будетъ описано въ слѣдующей главѣ, отъ шейки переднюю стѣнку влагалища съ пузыремъ и заднюю съ брюшиной.

Операция коническаго вырѣзыванія по Гегару производится слѣдующимъ образомъ: опредѣливъ съ возможною точностью границу шейки и рукава, захватываютъ рукавную часть Мюзеевскими щипцами и дѣлають по границѣ свода круговой разрѣзъ въ 3 мм. глубиною вокругъ всей шейки. Затѣмъ изъ этого разрѣза начинаютъ второй разрѣзъ, обыкновенно съ передней губы, и направляютъ его черезъ толщю шейки въ глубь, внутрь и вверхъ, косо по каналу шейки. — Чтобы судить о толщинѣ разеѣкаемаго слоя, слѣдуетъ по временамъ вводить палецъ въ раскрытый зѣвъ такъ, чтобы губа зѣва находилась между указательнымъ и большимъ пальцемъ. Когда часть передней губы вырѣзана, слѣдуетъ озаботиться остановкою кровотеченія вѣрнѣе всего посредствомъ шва, проникающаго черезъ слизистую оболочку и всю толщю шейки. Затѣмъ приступаютъ къ вырѣзыванію такихъ же лоскутовъ изъ нижней губы и съ боковъ. Весь вырѣзанный кусокъ шейки представляетъ видъ конуса. Послѣ остановки кровотеченія накладываютъ швы, соединяя слизистую оболочку наружной поверхности шейки съ слизистой канала шейки, предварительно вытянувъ послѣднюю острыми крючками, что впрочемъ не всегда легко удается.

Намъ пришлось въ прошломъ году одинъ разъ испробовать этотъ Гегаровскій способъ коническаго вырѣзыванія. Больная 48 лѣтъ, родившая 5 разъ, не менструировала уже 3 года; годъ тому назадъ замѣтила вынаденіе матки. Попытки къ вправленію остались безъ успѣха, между тѣмъ выдающаяся наружу шейка покрылась ссадинами и язвами, а изъ канала ея выпячивались грибовидныя разращенія и вытекала въ изобиліи гноевидная слизь съ примѣсью крови. При изслѣдованіи мы нашли полость матки увеличенною до $3\frac{1}{2}$ дюймовъ; дно матки стояло почти на нормальномъ мѣстѣ и ясно прощупывалось черезъ брюшные покровы; рукавъ весь въ складкахъ лежалъ между наружными половыми частями и сводъ окружалъ шейку въ видѣ бороздки въ разстояніи 3—4 линій отъ края зѣва, который былъ настолько открытъ, что свободно пропускалъ указательный палецъ. Мочевой пузырь и прямая кишка не были смѣшаны, какъ это было точно опредѣлено при неоднократномъ

ислѣдованіи. Никакія прижиганія, вяжущія примочки и т. п. не приносили пользы; вправленіе тоже не удавалось, несмотря на неоднократныя попытки, и сгибанія матки, о которомъ говоритъ авторъ, не происходило, такъ какъ стѣнки матки были довольно плотны. Больная, не будучи въ состояніи ни работать, ни даже свободно ходить, рѣшилась на операцію.

Предварительно въ полость матки былъ введенъ зондъ, на которомъ въ видѣ гайки былъ укрѣпленъ кусокъ пробки на высотѣ внутренняго зѣва. Это было сдѣлано нами съ цѣлью опредѣлить верхнюю границу разрѣза. По зонду былъ введенъ въ каналъ шейки палецъ, который и оставался тамъ въ продолженіе всей операціи. Висѣвшая изъ половой расщелины шейка была захвачена Мюзеевскими щипцами ниже границы свода и круговымъ сѣченіемъ надрѣзана, какъ упомянуто выше. При вырѣзываніи лоскутовъ кровотеченіе было не очень сильное и остановлено прикладываніемъ губокъ и льда; одна маленькая артерія была скручена. Вырѣзка была сдѣлана по частямъ и состояла изъ пяти кусковъ. Это было сдѣлано на томъ основаніи, что шейка была не вездѣ одинаковой толщины и изнутри представлялась какъ-бы состоящей изъ отдѣльныхъ бугровъ, расположенныхъ вдоль канала. Эти пять лоскутовъ вырѣзки сидѣли на общемъ основаніи, которое составляла для нихъ ампутированная короткая рукавная часть; сложенные другъ съ другомъ они представляли вмѣстѣ съ нею дѣйствительно видъ конуса, какъ это изображено на рисункѣ А. Наружный просвѣтъ раны получился на столько широкій, что въ него можно было ввести концы двухъ пальцевъ; длина ея равнялась около $1\frac{1}{2}$ дюймамъ.

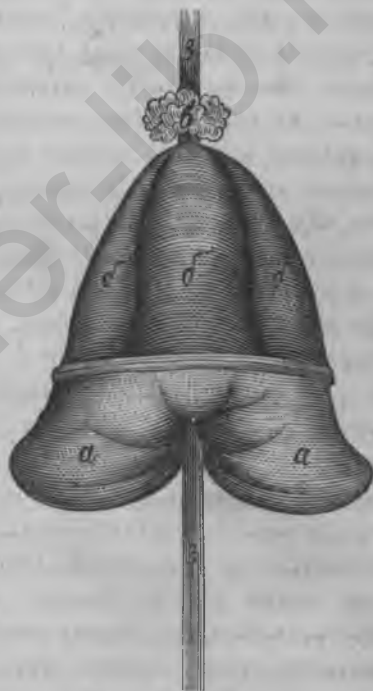


Рис. А. Коническая вырѣзка маточной шейки; а) наружный зѣвъ и его губы; б) лоскуты, вырѣзанные изъ толщи шейки; в) пробка; з) зондъ.

Такъ какъ слизистая оболочка канала слишкомъ далеко отстояла отъ

наружнаго края раны, то сшиваніе его съ внутреннимъ краемъ было почти невозможно тѣмъ болѣе, что оставшаяся часть шейки была плотна и рана представлялась зіяющей. Поэтому, чтобы уменьшить просвѣтъ раны мы соединили края ея двумя глубокими швами лишь по угламъ, причемъ зѣвъ все-таки оставался въ видѣ овальной дыры, свободно пропускавшей палець. Для предупрежденія зарощенія канала въ верхней части была вставлена черезъ 24 часа ламинарія. Необходимо замѣтить, что операція была начата подъ хлороформомъ, но въ половинѣ ея производства больная проснулась и оставалась въ сознаніи до конца, причемъ почти не жаловалась на боль. Реакція послѣ операціи была ничтожная, температура ни разу не поднялась выше 38°. Нагноеніе было продолжительно, безъ сомнѣнія вслѣдствіе частаго введенія то зонда, то ламинарії. Черезъ 1½ мѣсяца рана сплошь покрылась рубцомъ и шейка къ этому времени состояла лишь изъ передней губы, задняя была вся втянута внутрь и сводъ почти непосредственно переходилъ въ каналъ шейки. Выпаденіе исчезло, полость матки ровнялась 3 дюймамъ или даже немного менѣе, если не считать передней губы. Больная чувствуетъ себя хорошо, свободно ходитъ и занимается работою. Мы привели этотъ случай съ тою цѣлю, чтобы показать во 1-хъ, что Гегаровскій способъ сшиванія слизистой оболочки наружной части шейки съ слизистой канала невыполнимъ и вообще едвали возможенъ при значительной глубинѣ раны, какою она и быть должна, если гипертрофія развита достаточно; во 2-хъ опасность зарощенія канала вовсе не такъ велика, какъ это обыкновенно думаютъ и легко предупреждается введеніемъ зондовъ и ламинарії. Въ этомъ случаѣ мы еще съ большею смѣлостью рискнули не обшивать края раны и не сшивать краевъ слизистыхъ оболочекъ, такъ какъ больная уже не имѣла регулъ. Наконецъ мы считаемъ не лишнимъ сказать, что при производствѣ операціи пробка насаженная на зондъ оказала весьма большую услугу, такъ какъ ко 'ещъ ножа всякій разъ ея касался, проникая въ верхушку раны; еслибы пробки не было, то концомъ ножа мы ранили бы непременно противоположную стѣнку, причемъ случайно могли бы проникнуть черезъ всю ея толщю въ брюшину или мочевоу пузырь; поэтому оперировать безъ постояннаго присутствія зонда, а только вводя по временамъ палець или зондъ, какъ это дѣлаетъ Гегаръ, мы не рѣшились бы совѣтовать. (См. Hegar u. Koltenbach. Die Operat. gynäk Erlangen 1874 г. стр. 241). Рисунокъ представляетъ коническую вырѣзку, составленную изъ вырѣзанныхъ лоскутовъ, съ зондомъ въ каналѣ шейки и пробкою у верхняго угла вырѣзки.

Ред.

Гипертрофія средней части шейки.

Совершенно другая картина представляется въ томъ случаѣ, если мѣстомъ гипертрофіи бываетъ средняя часть шейки (часть *в* на рис. 29), такъ какъ спереди она составляетъ надвлагищную часть, а сзади влагищную часть. По нашимъ наблюденіямъ подобные случаи встрѣчаются чаще обѣихъ предъидущихъ формъ, хотя мы ничего не нашли въ литературѣ относительно этого вида гипертрофіи, за исключеніемъ случая, представленнаго Graily Hewitt'омъ, но не описаннаго подробно въ текстѣ ¹⁾.

Причины.

Такая форма обыкновенно зависитъ отъ выпаденія передней стѣнки влагища, слѣдствіемъ котораго подъ вліяніемъ растяженія происходитъ удлинненіе и гипертрофія передней губы. По этой же причинѣ гипертрофируется и отрѣзокъ шейки, лежащій надъ прикрѣпленіемъ передняго свода рукава (*в* на рис. 29). Задняя губа также разрастается въ средней своей части *в*. Въ такихъ случаяхъ растяженіе рукава ведетъ не къ выпаденію матки, а къ гипертрофіи шейки, образованіе которой значительно облегчается, если матка удерживается на нормальномъ мѣстѣ какими нибудь паталогическими продуктами и не поддается вліянію дѣйствующей силы. Въ пяти случаяхъ подобнаго рода, которые мы наблюдали, три раза матка была фиксирована сращеніями послѣ периметрита и одинъ разъ — большимъ фибридомъ.



Рис. 37.

Haematocoele retrouterina Н. съ удлинненіемъ передней губы вслѣдствіе выпаденія передней стѣнки рукава, *а*—Незначительное выпаденіе задней стѣнки рукава, *б*.—

Въ пользу такого происхожденія говоритъ состояніе передней влагищной стѣнки, выпаденіе которой происходитъ при этомъ ра-

¹⁾ Frauenkrankheiten. Erlangen 1869. p. 161.

нѣе, хотя передній сводъ влагалища обыкновенно не вполне исчезаетъ по причинѣ своего плотнаго прикрѣпленія. Въ пользу этого говоритъ также случай, который мы наблюдали у одной больной съ haematocoele, гдѣ можно было прекрасно прослѣдить начало образованія гипертрофіи шейки. На рис. 37 ясно видно, какъ выпавшая передняя стѣнка влагалища *a* значительно оттянула переднюю губу въ низу.

Паталогическая анатомія.

Матка значительно удлиняется (около 15 цент.), въ чемъ исключительно, или по крайней мѣрѣ главнымъ образомъ участвуетъ средняя часть шейки (*b* на рис. 29). Такая гипертрофія, какъ это доказываютъ два изслѣдованія ампутированныхъ влагалищныхъ частей, состоитъ исключительно въ разрастаніи элементовъ соединительной



Фиг. 38.

Случай гипертрофіи средней части шейки.

ткани. Мышечныя волокна попадаютъ въ такомъ незначительномъ количествѣ, что можно допустить до извѣстной степени исчезаніе даже существующихъ мышечныхъ волоконъ. (Вѣроятно тоже самое происходитъ и при гипертрофіи другихъ частей шейки). Такъ какъ средняя часть шейки спереди находится въ тѣсной связи съ мочевымъ пузыремъ, то при удлиненіи она оттягиваетъ внизъ и складку пузыря, а такъ какъ кромѣ того она находится надъ прикрѣпленіемъ передняго свода, то увлекаетъ съ собою и этотъ послѣдній. Совершенно иныя измѣненія представляетъ задняя губа: такъ какъ

она лежитъ ниже прикрѣпленія задняго свода влагалища, то гипертрофія ея бываетъ чисто влагалищною.

Поэтому при изслѣдованіи находятъ къпереди отъ опухоли, лежащей у входа во влагалище и похожей на выпавшую матку, складку (diverticulum) пузыря, нисходящую если не до самой верхушки опухоли, то по крайней мѣрѣ довольно низко, при чемъ передній сводъ влагалища или совершенно изглаженъ, или-же значительно укороченъ. Сзади представляется совсѣмъ другое: здѣсь сводъ влагалища находится на нормальной высотѣ, или только нѣсколько пониженъ, такъ что брюшинная складка Дугласова пространства не входитъ въ опухоль.

Припадки.

Они совершенно тѣже, какъ и въ предъидущей формѣ, слѣдовательно совершенно схожи съ припадками вынаденія матки.

Распознаваніе.

Ошибиться въ распознаваніи гипертрофіи средней части шейки почти невозможно, потому что нормальное положеніе задняго свода рукава вмѣстѣ съ низкимъ положеніемъ передняго служитъ здѣсь характеристическимъ признакомъ.

Лѣченіе.

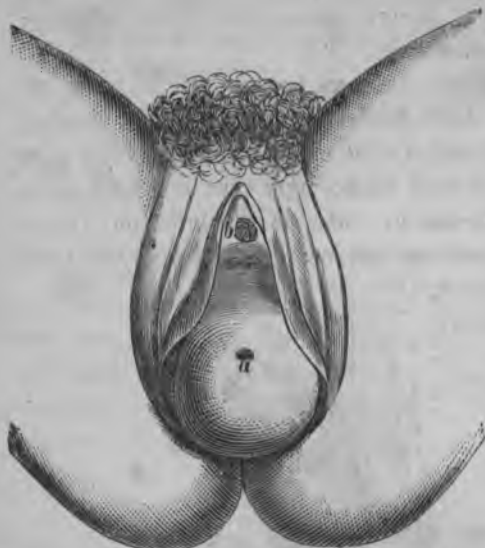
Этотъ видъ гипертрофіи легко излѣчивается оперативнымъ путемъ. Мы производили операцію въ трехъ случаяхъ по способу, который походитъ на Taylor'овскій, если только мы вѣрно поняли его описаніе въ Journ. of med. sc. 1871. Jahrg. p. 163.

По бокамъ маточной шейки, фиксированной музейевскими щипцами, дѣлаютъ подъ хлороформомъ два надрѣза до того мѣста, гдѣ намѣрены ампутировать заднюю губу. Послѣ этого вырѣзывается задняя губа въ видѣ клина такъ, чтобы затѣмъ при наложеніи шва



Фиг. 39.

Тазовой разрѣзъ препарата, представленнаго на фиг. 38. *a* Тѣло матки. *b* Удлиненная шейка. *c* Укороченный передній сводъ влагалища. *d* Нормальный задній. *e* Diverticulum пузыря. Пунктированная линия обозначаетъ мѣсто отсѣченія.



Фиг. 40. Гипертрофія средней доли шейки. .
a *Oligisium externum*. *b* Сосочковыя разращенія
 у отверстия urethrae.



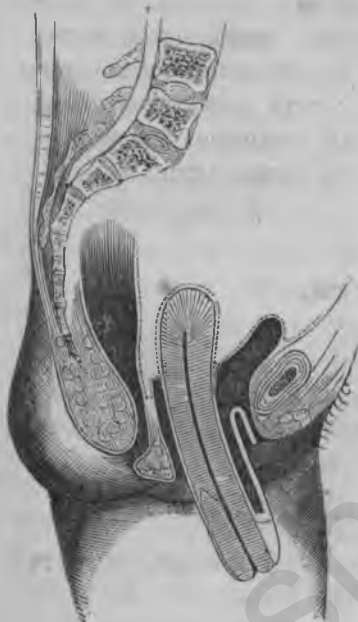
Фиг. 41. Тотъ же препаратъ, какъ и на фиг. 40,
 въ тазовомъ разрѣзѣ. Большіе фиброиды укрѣпляютъ
 сверху матку. Отсѣченіе.

объ поверхности клинообразной вырѣзки (см. фиг. 43 *aa*) сошлись одна съ другою. Швы накладываются слѣдующимъ образомъ: игла вкалывается черезъ слизистую оболочку канала, проводится глубоко въ толщину губы и выкалывается въ вершинѣ елинообразной вырѣзки, потомъ вкалывается вновь въ противоположный край раны и выводится черезъ слизистую оболочку шейки наружу, а затѣмъ концы лигатуры соединяются.

Затѣмъ слѣдуетъ отсѣченіе передней губы, которое производится такимъ образомъ, что слизистая оболочка ея надрѣзывается приблизительно на 1 цент. ниже сьладки пузыря поперечно, и разрѣзъ направляется въ глубь косо по направленію къ каналу шейки такъ, чтобы онъ дошелъ до мѣста отсѣченія задней губы. Шовъ накладывается подобно тому, какъ и на задней губѣ; при чемъ игла, захвативъ слизистую оболочку канала шейки сзади, выкалывается почти въ серединѣ сближаемыхъ поверхностей; затѣмъ снова вкалывается глубоко въ толщину и выводится такимъ образомъ, что конецъ ея показывается черезъ слизистую обо-

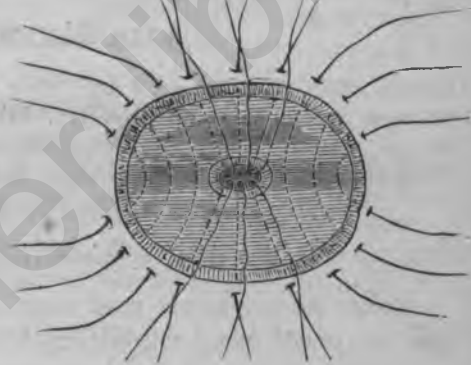
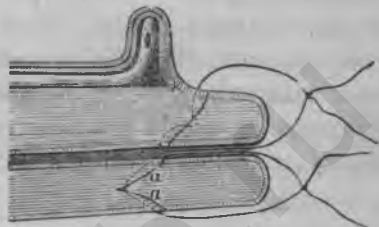
лочку передней губы, тотчас надъ краемъ раны. Чтобы вѣрнѣе предохранить пузырь при ампутаціи передней губы, предлагаютъ вводить мужской катетеръ въ diverticulum пузыря и оттягивать самую нижнюю часть его по возможности дальше отъ онухоли.

Если складка пузыря доходитъ почти до верхушки опухоли, то разрѣзъ производится тотчасъ надъ ней и затѣмъ слизистая оболочка



Фиг. 42.

Гипертрофія средней части шейки. Пунктированная линия обозначаетъ мѣста ампутаціи.



Фиг. 43.

Ампутація шейки при гипертрофіи средней части шейки вверху въ продольномъ, внизу въ поперечномъ разрѣзѣ.

вмѣстѣ съ пузыремъ нѣсколько отсепаровывается отъ шейки, прежде чѣмъ разрѣзъ проводится глубже.

По наложеніи швовъ на каждую губу, слѣдуетъ также соединить глубокимъ швомъ углы раны.

Чтобы вѣрнѣе предупредить иногда появляющееся значительное кровотеченіе изъ раны, слѣдуетъ, какъ было упомянуто, наложить выше мѣста отсѣченія плотную повязку и, скручивая ее, сильно сдавить опухоль.

Такая повязка служить вмѣстѣ съ тѣмъ и рукояткою для удерживанія опухоли во время операціи.

Производимая такимъ способомъ операція не опасна, потому что

при этомъ едва-ли возможно повредить высоко лежащую брюшину, а складку пузыря, положеніе которой легко опредѣляется, всегда можно предохранить отъ пораненія. Послѣдовательное кровотеченіе также можетъ быть навѣрно остановлено наложеніемъ глубокаго шва по способу Гегара ¹⁾).

Отдѣльное отсѣченіе каждой губы при боковомъ разрѣзѣ шейки необходимо при этомъ видѣ гипертрофіи на томъ основаніи, что только такимъ путемъ можно сдѣлать ампутацію задней губы выше, чѣмъ передней. Впрочемъ и помимо этого оно рекомендуется по причинѣ величины опухоли, которая бываетъ часто такъ значительна, что послѣ наложенія шва представляетъ видъ настоящей ампутаціонной вульвы. Послѣ операціи наступаетъ инволюція матки.

Атрофія матки.

Kiwisch. Klin. Vorträge etc. 4 Aufl. Prag. 1854. B. I стр. 142.—Chiari, Ch., Braun u. Spaeth, Klin d. Geb. u. Gyn. Erl. 1852. стр. 371.—Simpson, Diseases of women. Edinb. 1872 стр. 597. — Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. стр. 205 Scanzoni, Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sex. 4 Aufl. B. I, стр. 81. Jaquet, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. B. II стр. 3.

Причины и патологическая анатомія.

Кромѣ рассмотрѣнной нами выше врожденной атрофіи, бываютъ еще слѣдующіе виды приобрѣтенной атрофіи матки.

Старческая атрофія матки наступаетъ одновременно съ атрофіей всей остальной половой сферы. Влагалище при этомъ укорачивается и сглаживается; рукавная часть исчезаетъ; наружный маточный зѣвъ представляетъ узкое отверстіе, окруженное небольшими складками, матка—мала, вяла; стѣнки ея истончены. Внутренній зѣвъ бываетъ нерѣдко зарощенъ, вслѣдствіе чего образуется гидрометра, большею частію незначительная. Наружные половые органы также атрофируются, клиторъ представляется въ видѣ маленькой пуговки безъ крайней плоти и уздечки, а малыя губы могутъ такъ изгладиться, что наружные половые органы граничатъ съ боковъ только валиками атрофированныхъ большихъ губъ.

Эта старческая атрофія нерѣдко наступаетъ очень поздно, большею частію послѣ шестидесятилѣтняго возраста и то не всегда, по-

¹⁾ Hüffel, p. 46.

тому что матка можетъ сохранить свою естественную величину и даже быть ненормально увеличенной до глубокой старости. Если атрофія наступитъ ранѣе, вскорѣ по прекращеніи регуль, или если, въ исключительныхъ случаяхъ, климактерическое состояніе, а вмѣстѣ съ нимъ и атрофія наступаютъ ранѣе нормальнаго срока, то появляются нерѣдко различныя болѣзненные явленія: боль въ крестцѣ, чувство слабости, психическое расстройство, истерія.

Мы уже упоминали о томъ, что при хлорозѣ встрѣчается иногда атрофированная матка. Но эта атрофія не есть приобрѣтенная; по крайней мѣрѣ мы не видали случаевъ, гдѣ бы можно было предположить, что матка прежде была лучше развита ¹⁾).

Послѣродовая атрофія наступаетъ въ различныхъ видахъ, именно: 1) въ первое время послѣ родовъ, особенно у туберкулезныхъ и заболѣвшихъ послѣродовыми болѣзнями. Измѣненія въ маткѣ зависятъ отъ недостаточнаго обратнаго развитія ея въ связи съ несовершеннымъ прогрессивнымъ развитіемъ, такъ что старая матка претерпѣваетъ жировое переходеніе, при чемъ всасываніе продуктовъ перерожденія бываетъ не полное, а развитіе новыхъ мышечныхъ волоконъ—недостаточное. Стѣнки матки при этомъ толсты, но мягки и вялы. Клобъ описываетъ эту форму слѣдующимъ образомъ: «существо матки желтовато-сѣрое, красновато-желтое легко разрывается, при чемъ между краями разрыва тянутся тонкія, слизистыя паутинообразныя нити» ²⁾).

На этотъ видъ атрофіи въ послѣднее время обращено особенное вниманіе, потому что здѣсь даже при осторожномъ зондированіи можно легко произвести прободеніе вялой стѣнки матки.

Впрочемъ рана послѣ прободенія можетъ зажить, какъ мы убѣ-

¹⁾ Считаемо не лишнимъ замѣтить по поводу высказаннаго авторомъ мнѣнія, что атрофія матки при хлорозѣ не есть приобрѣтенная. Вирховъ *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gynäk.* 1872) полагаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ хлорозъ зависитъ отъ первичной гипоплазіи сосудистой системы вообще, вслѣдствіе чего половая сфера хлоротическихъ дѣвицъ остается нерѣдко на степени дѣтскаго развитія. Это мнѣніе было подтверждено немалымъ числомъ наблюденій. Однако бываютъ случаи хлороза вмѣстѣ съ атрофіей матки, и безъ сопутствующихъ измѣненій въ сосудистой системѣ. *Ernst Fränkel über die Combination v. Chlorose mit Aplasie d. weiblich. Genitalorg.* *Arch. f. Gynäk.* 1875. B. VII. H. 3. Въ первыхъ случаяхъ, Вирхова, атрофія матки, если не можетъ назваться вполнѣ приобрѣтенною, то во всякомъ случаѣ должна считаться послѣдовательною, а не первичною. Ред.

²⁾ *Klob. l. c. p. 208.*

дились при вскрытіи больной, умершей отъ бугорчатки годъ и три мѣсяца спустя послѣ прободенія. Матка была нормальной твердости, нѣсколько утолщена. Рубецъ отъ бывшаго прободенія нельзя было ясно различить. 2) Иногда послѣродовая атрофія наступаетъ постепенно у женщинъ съ дурнымъ питаніемъ, роды и послѣродовой періодъ которыхъ были нормальны. У нихъ не появляются мѣсячныя очищенія, даже если онѣ и не кормятъ сами. Онѣ имѣютъ видъ рано-состарившихся и постоянно жалуются на различныя недомоганія: особенныя ощущенія въ животѣ, боль въ поясницѣ, душевное угнетеніе, истерику.

У такихъ женщинъ матка бываетъ или необыкновенно вяла, съ тонкими стѣнками, такъ что едва прощупывается руками, а введенный зондъ легко ощущается черезъ брюшныя покровы, хотя при этомъ полость ея нормальной величины, или же она уменьшена и стѣнки истончены, но не вялы. Chiari описываетъ два такіе случая, при чемъ существовало продолжительное отдѣленіе молока. Здѣсь можно попытаться возстановить нормальное состояніе матки хорошимъ питаніемъ и мѣстными раздражителями (холодными душами, пъявками въ влагалищной части, зондированіемъ, внутриматочными суппортерами, электричествомъ. 3) Высокая степень атрофіи можетъ наступить вслѣдъ за тяжелыми формами послѣродовыхъ заболѣваній, а именно: или послѣ первичнаго разрушенія паренхимы личниковъ (при перитонитѣ), слѣдствіемъ чего будетъ аменоррея и атрофія матки, или послѣ глубокихъ страданій самой матки (гангренознаго эндометрита), при чемъ окончательно исчезаютъ слизистая оболочка и внутренній мышечный слой.

Въ видѣ послѣдовательнаго (секундарнаго) страданія, атрофія матки можетъ наступить въ исключительныхъ случаяхъ еще при фибромахъ, когда стѣнка матки, которая при этомъ часто гипертрофируется, почти совсѣмъ исчезаетъ, особенно, если множество фибромъ выросло одна подлѣ другой. При вскрытіи обыкновенно оказывается куча фибромъ безъ всякаго признака маточной ткани.

Паренхима матки можетъ также въ значительной степени атрофироваться и исчезнуть вслѣдствіе давленія другихъ опухолей: подсерозныхъ фибромъ, опухолей яичниковъ, экссудатовъ и пр.

Далѣе, атрофія матки часто встрѣчается при растяженіи ея въ длину вслѣдствіе большихъ опухолей, или высоко лежащихъ сраженій ея, происшедшихъ послѣ родовъ. Одно отсутствіе влагалищной части еще не составляетъ въ подобныхъ случаяхъ признака атро-

фин, такъ какъ и безъ того она не можетъ при этомъ выпячиваться въ рукавъ; но при значительномъ растяженіи истончается стѣнка и при томъ иногда до того, что можетъ разорваться.

Наконецъ Скандони нѣсколько разъ наблюдалъ атрофію матки, въ послѣдствіи доказанную вскрытіемъ, при параличѣ нижней половины тѣла.

Паренхиматозное воспаленіе матки.

Острое воспаленіе матки. *Metritis Acuta.*

Boivin et Dugès, *Traité prat. des malad. de l'utérus etc.* II. Paris 1833. p. 198. — Becquerel, *Traité clin. des mal. de l'utérus etc.* I. Paris 1859. p. 385. — J. Henry Bennet, *A pract. treatise on inflammation of the uterus and its append. etc.* London 1853 3 ed. — Mikschik, *Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte* 1855. p. 500.

Причины.

Конгестивное состояніе матки во время мѣсячныхъ очищеній можетъ весьма легко перейти въ острое воспаленіе при простудѣ и при затрудненномъ выведеніи менструальной крови изъ матки, что бываетъ при суженіяхъ канала вслѣдствіе стеноза, искривленій матки и присутствія опухолей. Рѣже переходятъ въ острое воспаленіе приливъ крови во время полового акта; но при зараженіи трипперомъ во время этого акта воспаленіе развивается весьма рѣзко. Травматическія поврежденія, толчки въ нижнюю часть живота, паденіе и пр. рѣдко служатъ причиною заболѣванія. Гораздо чаще воспаленіе является вслѣдствіе поврежденій при нѣкоторыхъ врачебныхъ пособіяхъ, сильно раздражающихъ матку. Сюда относятся особенно впрыскиванія въ рукавъ слишкомъ горячей и слишкомъ холодной воды, влагалищные пессаріи, давящія на искривленную взадъ матку, прижиганія шейки, впрыскиванія въ полость матки, зонды и внутрематочные пессаріи.

Воспаленія (гнойная инфильтрація), образующіяся вблизи раковыхъ опухолей имѣютъ второстепенное значеніе ¹⁾.

Патологическая анатомія.

Матка увеличивается въ объемѣ почти до величины гусиного яйца, становится полнокровною, сочною, мягкою, почти тѣстообраз-

¹⁾ Săxinger, *Prag. Vierteljahrschrift* 1866. 1. p. 130.

ною. Паренхима представляется разбухшею, пропитанною серозной жидкостью, гиперемированною; мѣстами замѣтны кровоизліянія. Между мышечными волокнами встрѣчается лишь незначительное количество мѣстами скученныхъ, гнойныхъ тѣлецъ.

Слизистая оболочка при этомъ также воспалена; серозный покровъ матки тоже принимаетъ участіе: онъ или просто гиперемированъ, или же утолщенъ, усѣянъ клочковатымъ выпотомъ и даже представляется въ состояніи нагноенія.

Припадки.

Острое воспаленіе матки бываетъ очень рѣдко, тѣмъ не менѣ существованіе его несправедливо оспаривается нѣкоторыми авторами; мы сами наблюдали четыре вполне характерныхъ случая.

Оно начинается ясно выраженной лихорадкой, даже сильнымъ ознобомъ. Затѣмъ появляются сильныя боли и при томъ двоякаго рода: 1) тупая боль въ глубинѣ таза, похожая на боль, сопровождающую выкидышъ въ первыхъ мѣсяцахъ беременности; 2) — периметрическая, усиливающаяся при надавливаніи, т. е. напоминающая боль при воспаленіи брюшины.

Если воспаленіе появляется во время регуль, какъ это часто бываетъ, то обыкновенно мѣсячныя останавливаются, иногда же можетъ произойти и сильное кровотеченіе.

Матка бываетъ значительно увеличена Fig. 44 и очень чувствительна не только при давленіи снаружи, но и при да-



Рис. 44

Острое воспаленіе матки на 3-й день заболѣванія. — ии значительно распухшія стѣнки матки.

влениі изслѣдующимъ пальцемъ на влагалитцную часть. Боль бываетъ всего значительнѣе при двойномъ изслѣдованіи во время надавливанія.

Кромѣ того появляется частый позывъ къ мочеиспусканію, поносъ натужнаго характера съ сильною болью, тошнота, рѣже рвота.

Стояніе и ходьба, кашель, натуги при испражненіи, а также все что увеличиваетъ брюшное давленіе, вызываетъ значительныя страданія. Поэтому покойное положеніе въ постели, съ низколежащей головой значительно облегчаетъ больную.

Острое воспаленіе матки обыкновенно осложняется эндометритомъ и легкимъ периметритомъ. Послѣдній можетъ быть на столько значителенъ, что образуется внутрибрюшинный выпотъ (Fig. 45).

При неосложненномъ воспаленіи матки по прошествіи нѣсколькихъ дней боль стихаетъ и, при надлежащемъ содержаніи больной, можетъ наступить полное *restitutio in integrum*. Весьма часто однако же оно переходитъ въ хроническое воспаленіе, т. е. остается увеличеніе объема, нѣкоторая чувствительность матки и по временамъ появляется обострѣніе процесса. Исходъ въ нагноеніе бываетъ весьма рѣдко. Гнойникъ можетъ затвердѣть, что конечно наблюдается рѣдко, или же вскрыться въ брюшную полость съ смертельнымъ исходомъ, или съ болѣе благоприятнымъ — въ полость матки, и не рѣдко, при предшествовавшемъ сращеніи, въ прямую кишку или черезъ брюшные покровы.



Рис. 45.

Тотъ же случай на 6-й день. — Матка уменьшилась и искривлена. — Перитонеальный экссудатъ въ Дугласовомъ пространствѣ.

Гнойники матки, судя по малочисленности литературныхъ свѣдѣній, по видимому относятся къ явленіямъ, довольно рѣдкимъ, особенно, если не включать сюда послѣродовые случаи ¹⁾. Сканциопи ²⁾ и Lados видѣли гнойники, вскрывшіеся ³⁾ въ брюшную полость съ образованіемъ смертельнаго перитонита.

Вскрытіе гнойника въ прямую кишку наблюдалъ Bird ⁴⁾, а про-

¹⁾ Säxinger l. c. стр. 131 и. Kiwisch, Klin. Vorträge etc. II Aufl. B. 2 стр. 307.

²⁾ Krankh. d. weibl. Sexualorg. IV Aufl. B. 1 стр. 203.

³⁾ Gaz. médic. de Paris 1839 стр. 605.

⁴⁾ Lancet 1843. Vol. I. стр. 645.

бодение брюшных покровов—Reinmann¹⁾). Кивизъ²⁾ вскрылъ гнойникъ, проникшій въ полость матки изъ передняго влагалищнаго свода. Hervez de Chegoin³⁾ описываетъ, хотя не совершенно точно гнойникъ въ гипертрофированной ткани матки, величина которой соответствовала пятому мѣсяцу беременности; гнойникъ этотъ былъ вскрытъ наружу черезъ брюшныя стѣнки. Ashford⁴⁾ вскрылъ бистуріемъ гнойникъ матки, образовавшійся вслѣдствіе попытокъ къ выкидышу у не беременной⁵⁾).

Мы сами видѣли два случая большихъ маточныхъ гнойниковъ, изъ которыхъ одинъ, изображенный на фиг. 46, образовался въ послѣдовомъ періодѣ вслѣдствіе отдѣленій дѣтскаго мѣста. Когда этотъ гнойникъ, готовый уже прорваться черезъ истонченныя и срощенныя брюшныя стѣнки, былъ вскрытъ пользующимъ врачомъ, то

вытекло сейчасъ около 1½ л. ⁶⁾гноя. Въ другомъ случаѣ, гнойникъ величиною съ голову взрослого человѣка, прорвавшійся въ прямую кишку, образовался непосредственно вслѣдъ за весьма осторожнымъ зондированіемъ суженнаго канала шейки.

Распознаваніе.

При двойномъ изслѣдованіи оказывается значительное увеличеніе объема матки особенно въ поперечникѣ и чувствительность, распространенная за предѣлы брюшнаго покрова матки. Два эти признака,—вмѣстѣ съ лихорадкой и наблюдаемымъ теченіемъ болѣзни (постепенное опуханіе матки),—достаточно для распознаванія. Зон

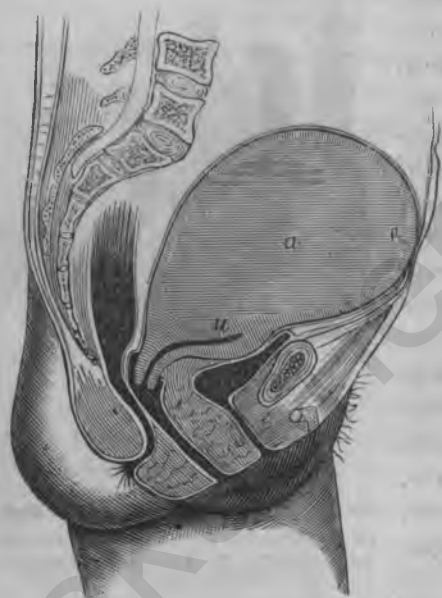


Рис. 46.

Абсцессъ матки. и—Существо матки, а—полость гнойника, р—мѣсто сращенія съ брюшною стѣнкою, гдѣ произошло прободеніе.

¹⁾ Voigtel, Handb. d. pathol. Anat. etc. Halle 1805. стр. 474.

²⁾ l. c. стр. 305.

³⁾ Soc. de Chirurgie. 2. Dec. 1868 см. Gaz. hebdom. 18. Dec. 1868. стр. 811.

⁴⁾ Columbia Hosp. Rep. Washington 1873.

⁵⁾ Сюда не относится часто упоминаемый случай Bartolini (Hist. anatom. Cent. I. Hist. 97, стр. 137), гдѣ именно замѣчено «sine pure».

⁶⁾ Литръ равняется приблизительно бутылкѣ.

при этомъ употреблять не слѣдуетъ, такъ какъ онъ вызываетъ боль и усиливаетъ воспаленіе.

Гнойники матки, пока они малы, не распознаются. Что же касается до большихъ гнойниковъ, то распознаваніе ихъ не представляетъ затрудненія, если наблюдалось при теченіи медленное постепенное и равномерное увеличеніе матки, и прощупывается зыбленіе или по крайней мѣрѣ эластичность, зависящая отъ скопленія жидкости. Сращеніе увеличенной матки съ брюшными покровами, указывающее на угрожающее прободеніе этихъ послѣднихъ, также говоритъ въ пользу присутствія гноя. Гнойники матки вообще сопровождаются незначительною болью при дотрогиваніи.

Предсказаніе.

Предсказаніе при этой болѣзни вообще—сомнительно, такъ какъ вслѣдствіе вскрытія абсцесса или дальнѣйшаго распространенія воспаления на брюшину можетъ послѣдовать смерть. Предсказаніе неблагоприятно также и въ томъ отношеніи, что болѣзнь легко переходитъ въ хроническое воспаленіе.

Лѣченіе.

Въ свѣжихъ и рѣзкихъ случаяхъ слѣдуетъ уменьшить переполненіе матки кровью посредствомъ достаточнаго кровеизвлеченія скарификаціями влагалищной части по способу, описанному подробнѣе при леченіи хроническаго воспаленія матки. Если боль значительна и появляются другіе признаки участія брюшины въ процессъ воспаления, то полезно приставленіе пиявокъ не менѣе 12 къ брюшнымъ покровамъ выше лоннаго соединенія, и затѣмъ, когда изъ ранокъ вытекло достаточно крови, прикладывать ледъ на нижнюю часть живота. Кровеизвлеченіе изъ влагалищной части слѣдуетъ обыкновенно повторить нѣсколько разъ.

Кромѣ того полезно назначить легкое, но вѣрно дѣйствующее слабительное, лучше всего касторовое масло.

Необходимый абсолютный покой въ кровати съ низко опущенной верхней половиной туловища и нѣсколько приподнятымъ тазомъ часто на столько умѣряетъ боль, что можно обойтись безъ подкожныхъ впрыскиваній морфія или хлорала.

Когда первые острые припадки стихнутъ, лихорадка уменьшится, но значительно опухшая матка остается ненормально увеличенной,

то употребленіе влажныхъ теплыхъ компрессовъ Приснитца весьма способствуетъ дальнѣйшему всасыванію.

Образованія гнойника, при наклонности воспаленія къ переходу въ нагноеніе, избѣжать трудно; впрочемъ прободеніе въ брюшную полость бываетъ повидимому такъ рѣдко, что искусственное вскрытіе гнойника показано лишь въ томъ случаѣ, когда доступъ къ нему исполнѣнъ безопаснѣ.

Хроническое воспаленіе матки. Инфареты матки.

Wenzel, Krankh. d. Uterus. Mainz 1816. p. 54. etc.—Henry Bennet, Pract. treat. on inflamm. of the uterus etc. London 1853. 3. ed.—Huguier, gaz. des hôp. 1849. No. 127.—Becquerel, Traité clin. des mal. de l'utérus. Paris 1859. I. p. 157, 251 и 403. — Nonat, Traité prat. des mal. de l'utérus. Paris 1860. p. 112.—Aran, Leçons clin. sur les mal. de l'utérus. Paris 1858. p. 491. — Seyfert, Spitals-Zeit. 1862. No. 38 и Säxinger, Prager Viertelj 1866. 2. p. 152.—Oppolzer, Wiener med. W. 1858. No. 19—Scanzoni, Die chronische Metritis. Wien 1863.—Klob, Pathol. Anat. d. weidl. Sex. p. 124.

Еще до сихъ поръ мнѣнія относительно хроническаго воспаленія матки весьма различны. Въ прежнее время обыкновенно смѣшивали съ инфаретомъ (*engorgement*) различныя патологическія формы, особенно твердый ракъ; новѣйшіе французскіе авторы напротивъ проводятъ самыя тонкія отличія между двумя сходными, или, по крайней мѣрѣ, переходящими одна въ другую формами. Такъ Becquerel различаетъ 1. „*La congestion sanguine*“, 2. *La congestion ou engorgement hypertrophique*“ и 3 собственно „*inflammation chronique*“, а Courty даже рисуетъ совершенно различныя картины болѣзни *fluxion*, *congestion*, *engorgement* и *metrite*. Въ Германіи взгляды относительно хроническаго воспаленія матки еще настолько различны, что тогда какъ нѣкоторые гинекологи считаютъ эту болѣзнь самою частою изъ женскихъ болѣзней, другіе напротивъ совершенно не признаютъ самостоятельнаго ея существованія. Сканзони, напримѣръ, понимаетъ подъ этимъ всѣ разстройства питанія, появляющіяся вслѣдствіе продолжительной венозной гипереміи; Seyfert-же напротивъ подъ названіемъ инфарета матки разумѣетъ исключительно недостаточное обратное развитіе ея послѣ родовъ. Klob въ своей патологической анатоміи женскихъ половыхъ органовъ причисляетъ измѣненія, происходящія при инфаретѣ, не къ воспаленіямъ, а къ новообразованіямъ и описываетъ ихъ подѣ

именем «разлитого разрастанія соединительной ткани». Thomas ¹⁾ и Skene ²⁾ называютъ эту болѣзнь „areolar hyperplasia“, „diffuse interstitial hypertrophy“, „sclerosis uteri“.

По нашему мнѣнію нельзя отвергать клинической картины хроническаго воспаления матки, потому, что иначе прійдется раздѣлить сходныя страданія съ одинаковыми припадками и требующія одного и того же леченія. Мы не считаемъ также названіе «хроническое воспаление матки» особенно неудачнымъ, такъ какъ, назовемъ ли мы это паталогическое состояніе гиперплазіей соединительной ткани въ гипертрофированной маткѣ, или продуктомъ долго длившагося хроническаго воспаления, — разница будетъ лишь въ выраженіи.

Мы не можемъ также обойтись совершенно безъ термина, «воспаленія», во первыхъ потому, что леченіе здѣсь должно быть главнымъ образомъ противовоспалительное, во вторыхъ, во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ наблюдаются исключительно клиническіе припадки воспаления: переполненіе кровью, опухоль и боль. Къ этому слѣдуетъ прибавить еще то, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ не бываетъ довольно рѣдкаго и наступающаго лишь впоследствии исхода въ затвердѣніе, появляются по временамъ ожесточенія, которыя представляютъ картину подостраго иногда даже остраго воспаления.

Поэтому къ отдѣлу хроническаго воспаления матки мы присоединяемъ, по ихъ многочисленности, прежде всего тѣ случаи, которые въ началѣ не находятся въ связи съ воспаленіемъ, какъ напр. недостаточное обратное развитіе послѣродовой матки, такъ какъ въ дальнѣйшемъ теченіи къ нимъ присоединяются воспалительныя явленія—гиперемія, припуханіе и боль—и такъ какъ леченіе такихъ этиологически хотя и различныхъ случаевъ должно быть вполне противовоспалительное. Simpson ³⁾ обращаетъ особенное вниманіе на то, что при недостаточной инволюціи въ послѣродовомъ періодѣ леченіе должно быть противовоспалительное даже при отсутствіи всѣхъ припадковъ воспаления.

Такимъ образомъ въ отдѣлъ хроническаго воспаления матки мы включаемъ цѣлый рядъ случаевъ, которые хотя этиологически различнаго происхожденія, но представляютъ одну и ту же картину болѣзни и лечатся одинаковымъ образомъ.

¹⁾ Diseases of women. 3 ed. p. 274.

²⁾ Amer. J. of. Obst. V p. 387 и 481 и VI p. 353.

³⁾ Diseases of women. Edinbourgh. 1872. p. 594.

Опредѣленіе сущности хроническаго воспаления матки есть дѣйствительно камень преткновенія для гинеколога. Если взять въ основаніе при этомъ одну патологическую картину, то прійдется вовсе исключить хроническое воспаленіе изъ числа самостоятельныхъ болѣзней и принадлежащія сюда случаи отнести къ разнымъ отдѣламъ: инфартамъ, новообразованіямъ и т. п. Если ограничиться одною клинической стороною, то сюда могутъ войти совсѣмъ неподходящія патологическія формы. Патолого-анатомъ видитъ лишь продукты того процесса, который угасъ вмѣстѣ съ жизнью, и, судя по своему, относитъ этѣ явленія въ извѣстную группу; клиницистъ видитъ лишь явленія, сопровождающія патологическій процессъ, но самаго процесса конечно видѣть не можетъ и потому къ одному и тому же отдѣлу можетъ отнести такия страданія, которыя по существу между собою совершенно различны, но сопровождаются одинаковыми или почти одинаковыми клиническими явленіями. Такое разногласіе существуетъ до настоящаго времени и при современномъ состояніи науки едва ли можетъ быть покончено. Дѣло впрочемъ не въ томъ, куда отнести извѣстное страданіе: къ воспаленіямъ, или къ новообразованіямъ, а въ томъ, чтобы опредѣлить сущность болѣзни. Ни одинъ гинекологъ не въ состояніи отличить по одному изслѣдованію разъ произведенному, хотя бы самому точному, инфарктъ отъ хроническаго воспаленія; но, наблюдая теченіе того и другаго въ продолженіи извѣстнаго времени, ни одинъ гинекологъ не усомнится также, куда отнести извѣстное страданіе. Во всякомъ впрочемъ случаѣ это разграниченіе едва ли удобно дѣлать на основаніи способа леченія т. е. — *ex juvantibus et nocentibus*, какъ это повидимому полагаетъ авторъ, упоминая между основаніями для раздѣленія и то, что извѣстныя формы требуютъ одинаковаго противовоспалительнаго леченія. Кому же неизвѣстно, что противовоспалительный способъ леченія употребляется не только при воспаленіяхъ, но и при многихъ другихъ патологическихъ состояніяхъ, и что ни въ какомъ случаѣ нельзя назвать воспаленіемъ болѣзнь, которой припадки устраняются противовоспалительнымъ леченіемъ. Намъ кажется, что съ клинической стороны удобнѣе было бы отнести къ хроническому воспаленію тѣ формы инфарктовъ, которыя прогрессируютъ, представляя временныя обострѣнія, и наклонны къ дальнѣйшему распространенію по тканямъ; къ инфартамъ мы отнесли бы тѣ виды страданія соединительной ткани, которые остаются *in statu quo*, не могутъ прогрессировать и способны лишь къ регрессивному метаморфозу, и затѣмъ остаются новообразованія, характеризующія своею способностью расти, чѣмъ отличаются отъ обѣихъ сказанныхъ группъ.

Такимъ образомъ случаи неправильной послѣродовой инволюціи, составляющіе главный контингентъ этого рода страданій, можно было бы казаться размѣстить по отдѣламъ безъ особеннаго затрудненія.

Ред.

Причины.

Гиперилія соединительной ткани, осложненная чувствительностью (можетъ быть это опредѣленіе будетъ болѣе подходящее), которая конечно можетъ быть весьма различной степени, встрѣчается при существенно различныхъ условіяхъ.

Особенно часто дѣло зависитъ отъ недостаточнаго обратнаго развитія послѣродовой матки, что бываетъ обыкновенно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ первое время послѣродоваго періода дѣйствуютъ различнаго рода причины, изъ которыхъ мы перечислимъ слѣдующія: раннее вставанье съ постели и сильное дѣйствіе брюшнаго пресса, слѣдовательно усилія и напряженія, сильный кашель, повторная рвота и пр., продолжительное пребываніе остатковъ оболочекъ и сгустковъ крови, тяжелыя послѣродовыя заболѣванія пара — и периметритомъ, слишкомъ раннее совокупленіе послѣ родовъ и тому под. Вслѣдствіе вліянія такого рода причинъ инволюція матки задерживается и не достигаетъ полнаго развитія, причемъ жировое перерожденіе и всасываніе мышечныхъ волоконъ происходитъ только отчасти, или же новообразующіяся мышцы и соединительная ткань — развиваются въ такой значительной степени, что объемъ матки становится значительно болѣе нормальнаго. Особенно вредны выкидыши, во первыхъ потому, что женщины обыкновенно менѣе берегутся послѣ нихъ, чѣмъ послѣ своевременныхъ родовъ, хотя матка при этомъ должна пройти тотъ же рядъ измѣненій; во вторыхъ потому, что довольно часто наступаетъ вслѣдъ за тѣмъ зачатіе съ новымъ развитіемъ маточной ткани, прежде чѣмъ матка достигла полной инволюціи, при чемъ выкидыши часто повторяются. Кормленіе ребенка, вызываетъ сокращеніе мышечныхъ волоконъ матки въ послѣродовомъ періодѣ и тѣмъ способствуетъ скорому и полному измѣненію содержимаго кѣтокъ; некормленіе грудью поэтому замедляетъ обратное развитіе матки. Само собою рвумѣется, что нѣтъ никакого основанія, называть такое состояніе неполнаго обратнаго развитія, хроническимъ воспаленіемъ матки, въ особенности если дѣйствительно дѣло состоитъ лишь въ несовершенномъ всасываніи значительно увеличенныхъ мышечныхъ кѣтокъ. Но недостаточная

инволюція матки не останавливается на этомъ, и обыкновенно все дѣло здѣсь состоитъ не въ одномъ увеличеніи ея и зависящихъ отъ того припадкахъ (давленіе на сосѣдніе органы и измѣненіе положенія), но къ этому увеличенію объема матки присоединяется постепенно въ послѣродовомъ періодѣ болѣе или менѣе сильное припуханіе съ чувствительностью, которая то стихаетъ, то временами значительно обостряется и представляетъ такимъ образомъ полную картину хроническаго воспаленія матки.

Во вторыхъ инфарктъ матки происходитъ вслѣдствіе продолжительныхъ или часто повторяющихся гиперемій, все равно зависятъ ли онѣ отъ активнаго прилива крови къ маткѣ, или отъ застоя въ ея венахъ.

Активныя гипереміи появляются вслѣдствіе различныхъ причинъ, обуславливающихъ продолжительное или часто повторяющееся раздраженіе матки. Сюда относится неблагоприятное вліяніе частаго совокупленія, соединеннаго съ сильнымъ половымъ возбужденіемъ. Еще хуже дѣйствуетъ частое, но безуспѣшное совокупленіе людей, безсильныхъ въ половомъ отношеніи, и онанизмъ.

Дисменоррея, будетъ ли она слѣдствіемъ узкости шейки, или искривленія во внутреннемъ маточномъ рыльцѣ, можетъ также обусловить воспалительное состояніе матки, причѣмъ задерживаемая въ ней по временамъ кровь производитъ раздраженіе ея стѣнокъ, реагирующихъ на такое раздраженіе сокращеніемъ. Далѣе продолжительныя или часто повторяющіяся раздраженія слизистой оболочки могутъ также обусловить продолжительную гиперемію съ переходомъ въ хроническое воспаленіе паренхимы матки. Сюда принадлежатъ запущенные эндометриты, а также часто повторяющіяся смазыванья шейки безъ особенной надобности различными лекарствами, изъ которыхъ въ особенности мы можемъ указать на общепринятое прижиганіе маточнаго рыльца яннисомъ *in substantia*.

Гораздо чаще вызывается продолжительное переполненіе матки кровью венозными застоями. Такіе застои часто зависятъ отъ измѣненія положенія матки, въ особенности отъ перегиба ея назадъ и выпаденія; присутствіе въ окруженіи ея опухолей также можетъ механически препятствовать оттоку крови. Мы подразумеваемъ здѣсь не столько патологическія новообразованія, сколько долгое задержаніе мочи въ пузырь, въ чему женщины приучаются систематически, и главнымъ образомъ переполненіе кишечнаго канала фекальными массами, которое бываетъ постоянно у большинства женщинъ, осо-

бенно у больныхъ. Рѣже застой въ маткѣ бываетъ послѣдовательнымъ явленіемъ болѣзней печени, сердца и легкихъ, обуславливающихъ застой во всей области нижней половой вены.

Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ происхожденіе хроническаго воспаленія матки бываетъ слѣдствіемъ остраго воспаленія, не вполнѣ разрѣшившагося всасываніемъ.

Чаще всего хроническое воспаленіе матки зависитъ отъ вышеупомянутаго замедленія послѣродовой инволюціи. Хроническое воспаленіе матки встрѣчается поэтому и по другимъ причинамъ, главнымъ образомъ, хотя и не исключительно, вліяющимъ на женщинъ рожавшихъ, весьма рѣдко у нерожавшихъ. Изъ 102 больныхъ, о которыхъ мы имѣемъ болѣе вѣрныя свѣденія, было только 7, не бывшихъ беременными. Изъ нихъ двѣ имѣли неповрежденный хумен, одна занималась онанизмомъ, одна была только 14 дней замужемъ и 3 не имѣли дѣтей.

Изъ прочихъ больныхъ 3 имѣли только выкидыши, другія перенесли своевременныя роды, именно: 18—одни, 8—двое, 10—трое, 8—четверо, 12—пять, 5—по шести, по семи и по восьми, 1—десять и 1—одиннадцать, не считая многочисленныхъ выкидышей. Объ остальныхъ 19-ти больныхъ сказано только, что онѣ вообще рожали. Чрезвычайно большое число родившихъ только одинъ разъ объясняется тѣмъ, что хроническое воспаленіе матки, образовавшееся послѣ перваго пуэрперальнаго періода, было причиною безплодія.

Патологическая анатомія.

Самымъ характеристическимъ признакомъ этого процесса будетъ гиперплазія соединительной ткани; разращенія мышечныхъ волоконъ или совсѣмъ не бываетъ, или же оно имѣетъ второстепенное значеніе ¹⁾.

Матка обыкновенно увеличена, хотя большею частью не очень значительно; однакожъ въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ достигать до высоты пупка; такъ Veit ²⁾ видѣлъ случай, гдѣ дно ея выдавалось на два дюйма надъ пупкомъ, между тѣмъ какъ влагалищная часть стояла такъ низко что необходимо было вложить пессарій. Хотя увеличеніе бываетъ обыкновенно довольно равномерное всѣхъ стѣнокъ матки, но главнымъ образомъ увеличивается передне-задній размѣръ т. е. толщина. Полость матки также удлинена.

¹⁾ По Finn'y, Centralblatt f. d. med. Wissenschaften. Septem. 1868, увеличеніе матки должно зависѣть главнымъ образомъ отъ разрастанія мышечной ткани.

²⁾ Frauenkrankheiten. 2. Aufl. p. 367.

Ткань гипертрофированной матки мягка, сочна, красновата; вся паренхима разрыхлена и богата кровью. Слизистая оболочка ея также разбухает и утолщается; на маточномъ рыльцѣ образуются ссадины и язвы, которыя мы разсмотримъ отдѣльно. На брюшинѣ часто замѣчается пластическій выпотъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ припуханіе шейки. Маточное рыльце обыкновенно при этомъ широко, обѣ губы его припухаютъ и удлиняются, при чемъ онѣ иногда мягки и разрыхлены, часто же до такой степени плотны и жестки, что можно принять ихъ за раковую опухоль. Не рѣдко слизистая оболочка шейки выворочена (ektropion).

По окончаніи процесса, новообразованная соединительная ткань переходитъ въ плотную рубцовую; сосуды запусѣваютъ, и молодая соединительная ткань превращается въ плотную волокнистую.

При этомъ матка снова уменьшается въ объемѣ, и при разрѣзѣ ткань ея представляется плотною, какъ хрящъ, и хрустящею подѣ ножомъ, похожею на рубцовую и бѣдна кровью.

Припадки.

Инфарктъ рѣдко появляется послѣ остраго воспаления матки, но по большей части образуется постепенно вслѣдствіе вышеупомянутыхъ причинъ.

Родильницы, заболѣвающія въ послѣродовомъ періодѣ или же начинающія тотчасъ же, вставъ съ постели, заниматься тяжелой работою, чувствуютъ себя уже не такими здоровыми, какъ прежде. Боли въ крестцѣ и нижней части живота, выдѣленія изъ рукава чувство тяжести и давленія въ тазу, кровотеченія, запоръ, частые позывы къ мочеиспусканью указываютъ на нездоровье. Однако всѣ эти припадки обыкновенно бываютъ не настолько сильно развиты, чтобы женщина могла считать себя совершенно больною. Но по временамъ — черезъ двѣ недѣли или черезъ два мѣсяца, иногда съ каждой менструаціей, хотя не всегда въ связи съ нею — появляются значительныя ожесточенія, большею частью безъ всякой причины. Всѣ явленія, въ особенности боли въ крестцѣ и внизу живота, до того усиливаются, что заставляютъ лечь въ постель.

При этомъ нерѣдко даже и внѣ менструальнаго періода появляются кровотеченія. По прошествіи восьми дней или немного болѣе припадки стихаютъ, и состояніе больной становится опять сно-

нымъ, хотя не вполне удовлетворительнымъ: боли въ крестцѣ и чувство тяжести въ животѣ не прекращаются. Упорные запоры значительно ухудшаютъ состояніе, вслѣдствіе чего большинство женщинъ прибѣгаютъ къ постоянному употребленію слабительныхъ. Хотя внѣ періода ожесточеній состояніе больной довольно хорошо но постоянно возвращающіяся ухудшенія указываютъ на разстроенное здоровье.

Совершенно такіе же припадки бывають въ тѣхъ случаяхъ, когда хроническое воспаленіе матки происходитъ отъ другихъ причинъ.

Такъ бываетъ нерѣдко, что дѣвушки, страдающія искривленіемъ матки или суженіемъ канала шейки съ послѣдовательною дисменорреей, остаются совершенно здоровыми до наступленія половой зрѣлости. Съ наступленіемъ этого времени мѣсячныя очищенія бывають болѣзненны иногда до такой степени, что истеченіе крови сопровождается судорогами и обмороками. При этомъ однакожъ внѣ менструальнаго періода общее состояніе остается нормальнымъ въ продолженіи цѣлыхъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ. Мало-по-малу и это измѣняется. Появляются болѣзненные припадки во время промежутковъ между регулами и постепенно образуется вышеописанная картина болѣзни. При первичномъ эндометритѣ, равно какъ при искривленіи взадъ и выпаденіи, весьма часто тѣло матки такъ же постепенно увеличивается и становится чувствительнымъ, а потому припадки этихъ страданій можно смѣшать съ припадками воспаленія матки, такъ какъ они, какъ напр. боли въ крестцѣ и чувство напирания внизъ свойственны и той и другой болѣзни. Такимъ образомъ слѣдовательно, хотя причина хроническаго воспаленія въ этихъ случаяхъ различна, но припадки и картина болѣзни одинаковы, а потому совершенно справедливо будетъ принять ихъ за одну форму страданія, при чемъ конечно, какъ при всѣхъ вообще болѣзняхъ, слѣдуетъ обращать вниманіе на различіе ихъ происхожденія.

Исслѣдованіе даетъ слѣдующіе результаты. Матка, увеличенная въ особенности въ передне-заднемъ размѣрѣ, всегда нѣсколько чувствительна и лишь въ промежуткахъ между обострѣніями бывають не болѣзненна при давленіи. Съ наступленіемъ обострѣній она опухаетъ сильнѣе и становится очень чувствительна. Полость ея, при изслѣдованіи зондомъ, почти постоянно оказывается удлиненою; стѣнки также значительно утолщены. Консистенція ея въ свѣжихъ случаяхъ довольно мягка, рѣже тѣстообразна, какъ въ третьемъ мѣсяцѣ беременности.

Состояніе шейки при этомъ различно. У пероржавшихъ женщинъ она умѣренно утолщена и представляетъ форму конуса съ верхушкой, обращенной къ наружному маточному рыльцу. У рожавшихъ женщинъ и въ особенности при обычномъ осложненіи эндометритомъ влагалищная часть разбухаетъ, становится мягкой, иногда же въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ неравномѣрно твердою (какъ при ракѣ); маточное рыльце широко, окружено опухшими губами; слизистая оболочка покрыта ссадинами, красна, разрыхлена и усѣяна припухшими сѣроватыми фолликулами, которые иногда представляются и желтоватыми вслѣдствіе содержанія въ нихъ гноя.

Вмѣстѣ съ тѣмъ появляются и другія осложненія главнымъ образомъ воспалительнаго характера. Нерѣдко происходятъ периметрическія сращенія съ другими органами малаго таза и съ кишками, хроническіе процессы въ яичникахъ, отшнуровываніе и сращеніе Ф. трубъ съ образованіемъ маленькихъ опухолей (частичная Hydro-salpinx). Переполненіе кишечнаго канала часто служитъ значительнымъ препятствіемъ при двойномъ изслѣдованіи. Менструація иногда совершенно нормальна, иногда же вслѣдствіе припуханія шейки происходитъ послѣдовательная дисменоррея, часто появляются меноррагии. Послѣднія бываютъ болѣе постоянны и продолжительны при значительномъ страданіи шейки.

Еще разъ повторяемъ, что, по нашимъ наблюденіямъ, самый существенный признакъ хроническаго воспаленія матки состоитъ во временныхъ обострѣніяхъ. По временамъ, иногда въ продолженіи недѣль и даже мѣсяцевъ, матка мало болѣзненна и умѣренно увеличена, затѣмъ припадки вдругъ обостряются, матка припухаетъ и становится очень чувствительной.

При дальнѣйшемъ теченіи появляются постепенно и другія явленія.

Пищевареніе совершается плохо и аппетитъ уменьшается, такъ что больныя сильно худѣютъ. Появляются боли другаго рода въ поясничной области, въ нижнихъ конечностяхъ, далѣе вагинодинія, кокцигодинія, параличи и цѣлый рядъ истерическихъ припадковъ.

Безплодіе бываетъ не постояннымъ, но частымъ слѣдствіемъ хроническаго воспаленія матки. Оно зависитъ не столько отъ измѣненій въ паренхимѣ матки, сколько отъ осложненій эндометритомъ, оофоритомъ, сальпингитомъ, периметритомъ и измѣненіемъ положенія матки.

Если происходитъ зачатіе, то не рѣдко слѣдуетъ выкидышъ, обыкновенно на третьемъ или на четвертомъ мѣсяцѣ беременности.

Исходы.

Хроническое воспаленіе матки долгое время — иногда цѣлые годы — можетъ оставаться въ одномъ и томъ же состояніи, при чемъ улучшенія смѣняются ухудшеніями. Даже климактерическіе годы далеко не всегда приносятъ выздоровленіе. Иногда передъ наступленіемъ остановки очищеній страданіе становится невыносимымъ, послѣ чего припадки мало-по-малу исчезаютъ. Въ другихъ случаяхъ почти до 50-ти лѣтъ продолжается хроническое воспаленіе, при чемъ продолжаются и мѣсячныя очищенія, или же появляются неправильныя кровотеченія. Однакожь послѣ этого срока наклонность къ возвратамъ значительно уменьшается, такъ что леченіе гораздо успѣшнѣе послѣ остановки мѣсячныхъ очищеній.

Впрочемъ и ранѣе этого времени нерѣдко удается соотвѣтствующимъ леченіемъ улучшить состояніе матки настолько, что она остается почти неувеличенной и не чувствительной, при чемъ исчезаютъ и другіе болѣзненные припадки. Конечно наклонность къ возвратамъ при этомъ не вполне устраняется.

Въ другихъ же случаяхъ образуется затвердѣніе (которое Скандони принимаетъ за второй періодъ хроническаго воспаленія матки), Новообразованная соединительная ткань превращается въ рубцовую, матка уменьшается въ объемѣ, становится плотнѣе и нерѣдко наступаетъ остановка мѣсячныхъ очищеній ранѣе настоящаго срока. Болѣе непріятные припадки, въ особенности обострѣнія, прекращаются, такъ что такой исходъ можно считать, по крайней мѣрѣ, относительнымъ выздоровленіемъ.

Распознаваніе.

Затрудненія въ распознаваніи заключаются не въ объясненіи получаемыхъ при изслѣдованіи явленій, но въ опредѣленіи того — что подразумѣвать подъ хроническимъ метритомъ. Мы уже выше изложили, что хроническимъ воспаленіемъ матки мы называемъ такое состояніе, когда матка равномерно увеличена, стѣнки ея утолщены и чувствительны, при чемъ теченіе болѣзни хроническое. Эти явленія обыкновенно легко опредѣлимы, и затрудненія для распознаванія представляются только въ исключительныхъ случаяхъ. Такъ отличить это состояніе отъ беременности не всегда бываетъ легко. Объективныя явленія могутъ при этомъ быть почти одинаковыя; такъ какъ величина, форма, положеніе и консистенція матки въ

обоихъ случаяхъ совершенно схожи. Но обыкновенно во время беременности вся матка мягче, особенно разрыхленная шейка ея представляется размягченной во всемъ существѣ. Кромѣ того чувствительность матки почти всегда присущая хроническому воспаленію, не встрѣчается во время беременности. Анамнезъ представляетъ весьма важныя, хотя не всегда вполне рѣшительныя различія. Величайшія затрудненія для распознаванія являются въ случаѣ беременности хронически воспаленной матки, что всегда слѣдуетъ имѣть въ виду при дифференціальной діагностикѣ.

Иного рода затрудненія могутъ встрѣчаться при отличительномъ распознаваніи отъ подслизистыхъ и интерстиціальныхъ фиброидовъ. При первыхъ всегда изглаживается шейка, между тѣмъ какъ при хроническомъ метритѣ она постоянно увеличена; кромѣ того содержимое матки опредѣляется зондомъ или въ случаѣ нужды пальцемъ по расширеніи шейки прессованною губкою. При интерстиціальныхъ же фиброидахъ матка можетъ быть равномерно увеличена, хотя и не особенно тверда, какъ это свойственно вообще фиброидамъ; напротивъ при долго длившемся воспаленіи она въ исключительныхъ случаяхъ можетъ сдѣлаться очень твердою. При существованіи рѣзкой чувствительности стѣнокъ матки можно констатировать воспалительный процессъ, при чемъ существованіе фиброида исключено быть не можетъ. Когда ни анамнезъ, ни зондъ не разъясняютъ дѣла, слѣдуетъ расширить шейку прессованною губкою, послѣ чего становится возможно ощупать пальцемъ утолщеніе одной изъ стѣнокъ матки вслѣдствіе присутствія фиброида.

Предсказаніе.

Болезнь всегда весьма продолжительна, чрезвычайно истощаетъ терпѣніе и врача и больной; хотя сама по себѣ она не смертельна, но, нарушая питаніе и т. п., вліяетъ на продолжительность жизни, а иногда можетъ сдѣлаться весьма опасною и даже смертельною вслѣдствіе сильнаго кровотеченія или распространенія воспаленія на брюшину. Возможность перехода въ раковое перерожденіе, о чемъ въ новѣйшее время снова поднятъ вопросъ Noeggerath'омъ ¹⁾ не вполне доказана, напротивъ слѣдуетъ удивляться, что при распространенности обѣихъ этихъ болезней, у больныхъ хроническимъ метритомъ, ракъ встрѣчается не чаще обыкновеннаго. Хроническое

¹⁾ Amer. Journ. of Obst. II стр. 505 и 610.

воспаленіе матки не представляет прямой опасности для жизни, но весьма ухудшаетъ условія существованія. Женщины постоянно чувствуютъ себя не совсѣмъ здоровыми, по временамъ бываютъ больны, но еще въ состояніи заниматься обыкновенною работою, временами же очень сильно страдаютъ. Состояніе ихъ значительно ухудшается вслѣдствіе истерическихъ припадковъ и залоровъ, по причинѣ послѣдовательнаго страданія кишечнаго канала, которые въ свою очередь поддерживаютъ хроническое воспаленіе.

Сама по себѣ болѣзнь едвали можетъ исчезнуть, во всякомъ случаѣ не раньше наступленія глубокой старости. Она трудно поддается лѣченію, такъ что Seazoni никогда не видалъ выздоровленія.

Это воззрѣніе совершенно вѣрно, если подъ выздоровленіемъ подразумѣвать полное *restitutio in integrum*. Можно однакоже облегчить состояніе больной соответствующимъ лѣченіемъ настолько, что всѣ припадки совершенно исчезнуть, хотя нужно сознаться, что и въ этихъ излеченныхъ случаяхъ остается извѣстная склонность къ возвратамъ.

А ргіоі можно было бы предположить, что беременность можетъ излечить эту болѣзнь, такъ какъ послѣ родовъ старая матка почти совершенно подвергается регрессивному метаморфозу; но на дѣлѣ этого не бываетъ, напротивъ состояніе зачастую ухудшается послѣ родовъ. Хотя послѣ всего сказаннаго, предсказаніе не исполнѣ благоприятно, но рациональное лѣченіе всегда можетъ значительно облегчить страданія больныхъ.

Лѣченіе.

Въ профилактическомъ отношеніи главное значеніе представляетъ правильная діететика послѣ родовъ, изложеніе которой повело бы насъ слишкомъ далеко. Затѣмъ слѣдуетъ по возможности заботиться объ устраненіи продолжительныхъ или часто повторяющихся приливовъ и хроническихъ застоевъ въ маткѣ. Добавивъ къ этому соответствующее лѣченіе остраго метрита, эндометрита и измѣненій положенія матки, мы исчерпываемъ всю профилактику хроническаго воспаленія матки по крайней мѣрѣ со стороны воспалительныхъ явленій. Чтобы предупредить развитіе застарѣлыхъ формъ хроническаго метрита при самомъ началѣ необходимо, во всѣхъ случаяхъ появленія припуханія и чувствительности матки, дѣйствовать немедленно и энергично.

Покойное горизонтальное положеніе въ кровати, устраненіе всѣхъ вредныхъ вліяній, въ особенности совокупленія и небольшія повторныя кровозвлеченія, о которыхъ будетъ сказано ниже, безусловно необходимы до тѣхъ поръ, пока матка придетъ въ нормальное состояніе. Если хроническое воспаленіе матки находится въ полномъ развитіи, лѣченіе должно быть исключительно противувоспалительное, и притомъ тѣмъ энергичнѣе, чѣмъ процессъ свѣжѣе, чѣмъ мягче и чувствительнѣе матка.

Прежде всего необходимъ полный покой или по крайнѣй мѣрѣ воздержаніе отъ всѣхъ напряженій, сопровождающихся усиленнымъ дѣйствіемъ брюшнаго пресса, (трудная работа, скаканіе, также кашель и рвота). Продолжительное лежаніе въ кровати или въ *chaise longue* имѣетъ вредное вліяніе, такъ какъ при этомъ ухудшается питаніе и обмѣнъ веществъ; напротивъ при этой болѣзни возбужденіе и усиленіе этихъ процессовъ составляетъ одно изъ главныхъ показаній. По этому больной нужно посовѣтовать, оставаясь при своихъ обычныхъ занятіяхъ, избѣгать всякихъ усиленныхъ напряженій; полезно гулянье и вообще пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, но умѣренное, не до усталости. Относительно діеты слѣдуетъ совѣтовать употреблять пищу удобоваримую, понемногу, нѣсколько разъ въ день, избѣгая трудноваримыхъ овощей, и всего такого, что способствуетъ образованію значительнаго количества фекальныхъ массъ; лучше всего мясная пища. Необходимо обращать вниманіе на правильность испраженій и моченспусканія. Вообще необходимо запретить совокупленіе, хотя у нѣкоторыхъ женщинъ полное воздержаніе раздражаетъ половые органы болѣе, чѣмъ умѣренное удовлетвореніе полового побужденія.

Въ терапевтическомъ отношеніи собственно самое существенное составляютъ мѣстныя кровозвлеченія, при чемъ успѣхъ главнымъ образомъ зависитъ отъ способа ихъ производства.

Прежде всего мы должны сказать, что съ цѣлью извлеченія мы не употребляемъ пиявокъ, но всегда безъ исключенія скарификаціи и уколы слизистой оболочки влагалищной части. Для насъ весьма важно частое, но весьма незначительное кровозвлеченіе, что весьма легко достигается скарификаціями, пиявками же невѣрно и въ неопредѣленномъ количествѣ. Пиявки имѣютъ кромѣ того слѣдующія недостатки: во первыхъ повидимому сосаніе ихъ производитъ раздраженіе, за которымъ слѣдуетъ усиленный приливъ крови къ части, которую мы желаемъ сдѣлать безкровною: во вторыхъ нельзя при

этомъ никогда точно опредѣлить количество извлекаемой крови, такъ какъ за приставленіемъ одной только пиявки можетъ послѣдовать значительное кровотеченіе. Боль послѣ укушеній пиявокъ бываетъ часто весьма значительною, иногда появляются маточныя колики, даже если пиявки и не занолзутъ въ каналъ маточной шейки, не говоря уже объ *urticaria*, которую наблюдалъ Сканцони.

Скарификаціи не представляютъ, по нашему опыту, ни одного изъ этихъ недостатковъ. Можно почти совершенно точно опредѣлить количество извлекаемой крови, если сначала сдѣлать только поверхностные надрѣзы и лишь въ случаѣ недостаточнаго истеченія крови произвести болѣе глубокіе. Значительныхъ послѣдовательныхъ кровотеченій почти никогда не бываетъ. Надрѣзы или уколъ обыкновенно совсѣмъ не ощущимъ, и лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныя жалуются на легкую, быстро проходящую боль.

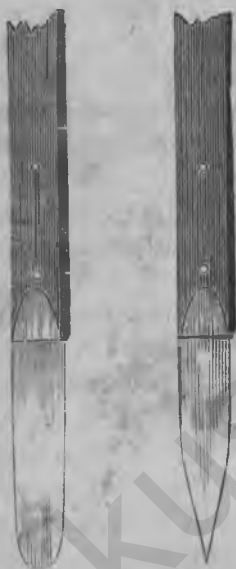
Послѣ скарификаціи не бываетъ раздраженія, обуславливающаго гиперемію. Прокалывая вмѣстѣ съ этимъ набухшіе фолликулы, какъ объ этомъ тотчасъ будетъ сказано, мы устраняемъ раздраженіе, поддерживающее воспаленіе. Во всякомъ случаѣ какъ мы уже сказали, успѣхъ много зависитъ отъ способа производства скарификаціи.

Если еще за нѣсколько дней мы станемъ говорить больной о необходимости производства «операциі» надрѣза слизистой оболочки шейки, и кромѣ того будемъ дѣлать различныя приготовленія для этого, то страхъ и волненіе принесутъ ей гораздо больше вреда, чѣмъ это ничтожное мѣстное кровозвлеченіе можетъ принести пользы. Мы дѣлаемъ скарификаціи такъ, что больныя ничего объ этомъ не подозрѣваютъ, вслѣдствіе чего у нихъ не бываетъ ни волненія, ни той боязни, которую анемичныя больныя чувствуютъ при каждомъ извлеченіи крови. За разъ мы извлекаемъ весьма мало крови, едва половину столовой ложки, и только у весьма полнокровныхъ больныхъ, при большой гиперемированной маткѣ, мы доходимъ приблизительно до одного унца. За то мы производимъ кровозвлеченія часто, смотря по обстоятельствамъ каждыя 3—4 дня и такъ какъ послѣ cadaго кровозвлеченія потерянное количество крови весьма быстро пополняется, почти вполне, то мы полагаемъ что этими небольшими, но часто повторяемыми мѣстными кровозвлеченіями можно достигнуть лучшихъ результатовъ, чѣмъ однократнымъ, болѣе сильнымъ кровозвлеченіемъ.

Если бывають обострѣнія или менструальный періодъ сопровож-

дается усиленіемъ припадковъ, то мы дѣлаемъ насѣчки преимущественно въ это время. Особенно благотворное дѣйствіе онѣ производятъ предъ появленіемъ регуль. Существовавшая до того *dysmenorrhoea* уменьшается или совершенно исчезаетъ, а маточныя кровотечения значительно уменьшаются, такъ что масса крови менструальной и отдѣлившейся послѣ скарификацій вмѣстѣ, составляетъ часто значительно меньшее количество, нежели какое обыкновенно терялось прежде во время мѣсячныхъ очищеній.

Хлорозъ и анемія врядъ ли составляютъ противопоказаніе, такъ какъ больныя, одержимыя и этими болѣзнями, могутъ безъ вреда потерять половину столовой ложки крови.



Фиг. 47.
Скарификаторы К. Майера.

Скарификаціи лучше всего производятся особеннымъ ножомъ; ихъ необходимо имѣть два: одинъ съ закругленнымъ концемъ — для надрѣза, а другой остроконечный — для уколовъ слизистой оболочки и прокола фолликуловъ. Въ фиг. 47 изображены весьма удобныя, Майеровскіе скарификаторы. Сама операція чрезвычайно проста. Лучше всего черезъ зеркало изъ молочнаго стекла, въ просвѣтъ котораго вставлена влагалищная часть, надрѣзается слизистая оболочка поверхностно или глубоко, смотря по содержанию крови въ маткѣ и количеству, которое предполагается извлечь. Если видны припухшіе фолликулы, то ихъ прокалываютъ, и уменьшаютъ такимъ образомъ воспалительное раздраженіе двоякимъ путемъ: опорожненіемъ фолликула и являющимся при этомъ кровотеченіемъ. Если припухшіе

фолликулы и не видны, то не рѣдко по свѣтлой выдѣляющейся изъ ранки жидкости можно заключить, что проколотъ лежащій подъ слизистой оболочкою фолликулъ.

Крови изъ разрѣзовъ или уколовъ даютъ вытечь въ зеркало, потомъ выливаютъ ее и удаляютъ зеркало не дотрогиваясь до шейки. Мы не советуемъ тотчасъ вслѣдъ за этимъ дѣлать впрыскиванія изъ холодной воды, потому что этимъ результатъ кровозвлеченія совершенно уничтожается, вслѣдствіе раздраженія отъ холодной воды, которая производитъ мгновенно суженіе сосудовъ, за чѣмъ быстро

слѣдуетъ расширение ихъ и усиленный приливъ крови. Мы никогда не имѣли надобности прибѣгать къ скарификаторамъ, собственно для слизистой оболочки тѣла матки, предложеннымъ многими американцами: Miller ¹⁾, Storer и Pinkham ²⁾, Codmann и Shurtloff ³⁾.

Нельзя не убѣдиться въ благотворномъ вліяніи этихъ малыхъ, но частыхъ кровопроизвлеченій. Матка уменьшается и становится менѣе чувствительною, и послѣ каждой скарификаціи замѣтно улучшение припадковъ, въ особенности болей въ животѣ и чувства жженія въ подчревной области. Мы уже упомянули о благотворномъ вліяніи ихъ при меноррагіяхъ; прибавимъ еще, что и усиленное отдѣленіе слизистой оболочки часто замѣтно уменьшается, въ особенности когда оно не успѣло еще сдѣлаться совершенно хроническимъ.

Второе по значенію противувоспалительное средство — холодъ значительно рѣже примѣнимо, потому что продолжительное употребленіе его при болѣзняхъ матки встрѣчаетъ большія затрудненія при выполненіи, а скоропроходящее вліяніе холода дѣствуетъ не противувоспалительно, но совершенно противоположно по причинѣ послѣдующей реакціи.

При неосложненномъ хроническомъ воспаленіи матки нѣтъ особенной надобности прикладывать ледъ на животъ. Когда же увеличенная матка, причиняетъ весьма сильныя боли, которыя распространяются на брюшину, то пузырь со льдомъ оказываетъ отличную услугу. Употребленіе холодныхъ душей на шейку должно быть весьма осторожно. Въ случаяхъ свѣжихъ и при обострѣніяхъ душей употреблять не слѣдуетъ, такъ какъ они производятъ положительно мѣстное раздраженіе.

Во всякомъ случаѣ больную необходимо приучить постепенно къ низкой температурѣ выскриваній и употреблять лишь слабую струю. Необходимо кромѣ того позаботиться о правильномъ опорожненіи мочевого пузыря и прямой кишки. Насколько первое удобоисполнимо, настолько затруднительно послѣднее, въ особенности потому, что не рѣдко приходится избѣгать вредно дѣйствующихъ проносныхъ средствъ, къ которымъ больныя привыкають. Лучше всего, если удастся, достигнуть правильныхъ испраженій посредствомъ діететическихъ средствъ. Въ болѣе легкихъ случаяхъ достаточно лишь пить воду по утрамъ, употреблять сырыя овощи или варенье (брус-

¹⁾ Boston med. and. surg. J. 1867, p. 133. March.

²⁾ Boston gyn. J. V. 1 p. 85.

³⁾ E. 1. V. III, p. 6.

ника, слива). Также важно, чтобы больные приучали себя испражняться правильно в определенное время, напр. утром послѣ кофе. Въ болѣе упорныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ искусственнымъ средствамъ и довольствоваться сначала болѣе легкими слабительными: касторовое масло, среднія соли, препараты ревеня и александрийскаго листа. Если эти средства не помогаютъ, кишки вялы, питаніе и обмѣнъ веществъ находятся вообще въ упадкѣ, то чисто мѣстная тирапія бесполезна; въ такомъ случаѣ неизбежно методическое лѣчение, дѣйствующее на отправление кишечнаго канала или способствующее посредствомъ раздраженія кожи укрѣпленію всей нервной системы.

Такой способъ лѣчения можно предпринять на дому, назначая по утрамъ обмыванія и холодныя обтиранія, или пить методически горькія воды, преимущественно Friedrichshaller и Ofener-Hunyadi-Janos Bitterwasser, а затѣмъ дѣлать утреннюю прогулку. Особенно полезно именно при хроническомъ метритѣ, который тянется по нѣсколькѣ лѣтъ сряду, посылать больныхъ лѣтомъ, если позволяютъ обстоятельства, въ особо устроенныя заведенія, какъ напр. водолѣчебницы, гдѣ при цѣлесообразномъ и методическомъ лѣченіи измѣняется питаніе, или на минеральныя воды.

Такъ какъ путешествія на воды съ каждымъ годомъ приобретаютъ большее значеніе и вѣрный выборъ источника можетъ, безъ сомнѣнія, принести чрезвычайно большую пользу больной и избавить врача отъ упрековъ, то мы находимъ необходимымъ, по крайней мѣрѣ, кратчайше разобрать показанія для употребленія болѣе извѣстныхъ водъ. Во первыхъ собственно относительно питья водъ, лучше совѣтовать больнымъ съ довольно свѣжимъ, весьма незначительнымъ хроническимъ метритомъ, незначительнымъ, съ довольно правильнымъ отравленіемъ кишекъ, но страдающимъ притомъ болѣе сильнымъ истеченіемъ изъ половыхъ органовъ, Эмскія воды: Fürstenbrunnen, Kränchen, Kesselbrunnen, Augusta и Victoriaquelle (для ваннъ и спринцеваній употребляется преимущественно neue Badequelle, Bubenquelle и Wilhelmsquelle), потомъ Neuenahr, Tönnisstein и изъ французскихъ водъ—Vichy.

Больнымъ съ хорошимъ питаніемъ, тучнымъ, страдающимъ вполне развитымъ хроническимъ метритомъ, съ расстройствомъ кровообращенія и вообще съ венозными застоями въ брюшныхъ органахъ, шипевареніе которыхъ вообще вяло, совѣтуютъ пить въ Merienbad'ъ, Kreuz и Ferdinandsbrunnen или въ Kissingen'ъ, Rakoczy и Pandur.

Затѣмъ сюда относятся Soden въ Taunus, соляные источники въ Elster, Franzensbad и Pyrmont, Karlsbad, Tarasp, Homburg и Wiesbaden.

Больныхъ хлоротическихъ или малокровныхъ вслѣдствіе кровотеченій, или вообще съ упадкомъ питанія, но не страдающихъ при томъ значительнымъ катарромъ желудка и кишекъ, лучше всего посылать на желѣзистыя воды, гдѣ они ихъ пьютъ и вмѣстѣ съ тѣмъ берутъ возбуждающія, богатая углекислотою, желѣзистыя ванны. Переходъ отъ щелочно-соляныхъ и содержащихъ поваренную соль водъ съ примѣсю желѣза, къ которымъ принадлежатъ и Mariebad, Homburg и Kissingen, составляютъ Franzensbad, Elster, Rippoldsau, также Ambrosius и Carolinenbrunnen въ Marienbad'ѣ. Настоящія желѣзныя воды слѣдующія: Schwalbach, Pyrmont, Steben, Driburg, Bocklet, Brückenau, Liebenau, Alexisbad, Cudova и Reinerz, St.-Moritz, Spa.

Одинаково важное значеніе имѣютъ и ванны. Для нашей цѣли полезны преимущественно щелочныя и углекислыя ванны, дѣйствующія, вѣроятно, исключительно раздражающимъ образомъ на нервы кожи, за чѣмъ слѣдуетъ общее возбужденіе нервной системы, съ послѣдовательнымъ усиленіемъ обѣихъ веществъ, улучшеніемъ питанія, а главное улучшеніемъ и ускореніемъ инволюціи матеи.

Холодныя щелочныя ванны, нагрѣваемая искусственно, можно совѣтовать въ особенности для женщинъ тучныхъ и золотушныхъ, у которыхъ матеа велика и плотна, но мало чувствительна и гдѣ при совершенно хроническомъ теченіи болѣзни не бываетъ обострѣній. Изъ простыхъ щелочныхъ водъ слѣдуетъ избрать: Reichenhall, Ischl, Kösen, Pyrmont, Wittekind, Cannstadt, Kolberg, Elmen. Kreuth, Bex, но обыкновенно предпочитаютъ воды, содержащія іодъ и бромъ: преимущественно Kreuznach, пользующійся издавна вполне заслуженною извѣстностью, также находящіяся неподалеку: Münster am Stein, Adelheidsquelle и Krankenheil bei Tölz, Sodenthal около Aschaffenburg, Dürkheim, Sulza, Hall въ верхней Австріи, Saxon les bains.

Грязныя ванны, устроенныя при всѣхъ водахъ, назначаются на основаніи тѣхъ-же показаній, но дѣйствіе ихъ подлежитъ еще дальнѣйшему изслѣдованію.

Особенно хорошо дѣйствуютъ также углекислыя воды, именно щелочныя, въ особенности Rheme и Nauheim, затѣмъ Kissingen, гдѣ сильно углекислыя щелочныя ванны берутся довольно холод-

ными и Soolsprudel Soden въ Taunus. Сюда-же относятся желѣзистыя воды, изъ которыхъ главнѣйшія мы уже выше упомянули; онѣ дѣйствуютъ исключительно богатымъ содержаніемъ углекислоты. Не смотря на довольно значительную потерю этого газа при искусственномъ нагрѣваніи, онѣ все-таки содержатъ его болѣе, чѣмъ щелочныя воды Rheme и Nauheim. Homburg въ настоящее время имѣетъ также хорошо устроенныя, весьма богатая углекислотою ванны, которыя снабжаются изъ Ludwigsquelle.

Совершенно подобное дѣйствіе щелочнымъ и углекислымъ ваннамъ представляетъ пользованіе морскими купаньями, которыя рекомендуются исключительно истощеннымъ женщинамъ. Переходъ отъ щелочныхъ къ индифферентнымъ ваннамъ представляютъ соляныя (Kochsalzthermen) воды, отличающіяся малымъ содержаніемъ соли, но высокою температурою: Wiesbaden, Baden - Baden, Bourbonnelles-bains. Индифферентныя ванны, особенно тепловатыя (28—32 C) преимущественно Schlangenbad и Landeck имѣютъ чрезвычайно успокоивающее дѣйствіе, почему особенно хороши для слабыхъ женщинъ съ усиленною нервною раздражительностью. Онѣ переносятся также при довольно сильной мѣстной чувствительности. Иногда чрезвычайно выгодно не ограничиваться питьемъ однѣхъ какихъ-либо водъ или однѣми какими нибудь ваннами, но соединять ихъ извѣстнымъ образомъ для каждаго отдѣльнаго случая. Такъ можно пить въ Franzensbad'ѣ и Elster'ѣ — Salzquelle, въ Marienbad'ѣ Kreuz и Ferdinands-brunnen и при томъ пользоваться желѣзистыми ваннами и грязями; въ Pyrmont'ѣ можно употреблять внутрь Salztrinkquelle, а ванны щелочныя и желѣзистыя, въ Kissingen'ѣ Rakoczy или Pandur и щелочныя ванны. Можно также, при наружномъ употребленіи мѣстныхъ водъ, пить привозныя воды другихъ источниковъ, которыя всегда имѣются въ курзалахъ болѣе извѣстныхъ водъ напр. въ Schlangenbad'ѣ или въ Kissingen'ѣ, Schwalbach-скія или Pyrmont-скія желѣзистыя воды. Въ заключеніе мы снова считаемъ нужнымъ напомнить, что какъ ни полезны минеральныя воды, онѣ никогда однако, не замѣняютъ мѣстнаго леченія, въ особенности въ болѣе свѣжихъ случаяхъ и при обострѣніяхъ; въ послѣднемъ случаѣ онѣ могутъ даже легко принести вредъ.

Такимъ образомъ леченіе водами вообще удобопримѣнимо въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ и какъ послѣдовательное послѣ мѣстнаго леченія. Въ этихъ случаяхъ воды дѣйствуютъ отлично, частью

именно питьемъ и купаньемъ, частью-же рациональною діетою и перемѣною обычныхъ условий жизни.

Преимущественно приносятъ пользу при хроническомъ метритѣ ванны, раздражающія кожу (щелочныя и желѣзистыя). Ускоряя вообще обмѣнъ веществъ и измѣняя кровообращеніе, онѣ дѣйствуютъ разрѣшающимъ образомъ на застарѣлыя воспалительныя уплотненія матки. Это неоспоримое вліяніе водъ, тѣмъ болѣе важно, что оно едва-ли можетъ быть замѣнено другимъ и особенно мѣстнымъ леченіемъ.

Внутреннее употребленіе іода, не смотря на его пользу при периметрическихъ эксудатахъ, едва-ли способствуетъ всасыванію новообразованныхъ тканей при хроническомъ воспаленіи матки такъ-же, какъ и обыкновенно употребляемые горчичники и мушки, которыми раздражаютъ кожу.

Души также дѣйствительны, но не безопасны. Чѣмъ больше разница въ температурѣ и чѣмъ сильнѣе струя, тѣмъ раздражительнѣе онѣ дѣйствуютъ; такъ что горячія и холодныя души съ сильною струею часто весьма полезны для уменьшенія матки въ совершенно застарѣлыхъ случаяхъ, но опасны, такъ какъ могутъ вызвать обостреніе воспаленія. Опытомъ дознано, что женщины индивидуально весьма различно переносятъ горячія и холодныя души, а потому, во всякомъ случаѣ слѣдуетъ начинать ихъ приблизительно съ температуры крови, медленно понижать или повышать температуру и прекращать, когда онѣ плохо переносятся.

Если струя должна быть слабою, то лучше всего употреблять простой ирригаторъ; если нужна сильная струя, то выгоднѣе воспользоваться Mauger'a.

Тепловатая спринцеванія 25—28° R, омывая шейку слабою струею, производятъ не раздражающее, но, напротивъ, размягчающее, успокоивающее дѣйствіе, почему могутъ быть съ осторожностью примѣнимы въ болѣе свѣжихъ случаяхъ.

Подобное-же дѣйствіе производятъ сѣдалищныя ванны, изъ которыхъ въ особенности горячія обуславливаютъ усиленный притокъ крови къ тазовымъ органамъ, чѣмъ способствуютъ всасыванію, но могутъ также вызвать и возвратъ воспаленія.

Очень хороши, такъ называемые, Присницевскіе компрессы, способствующіе всасыванію, потому что безвредны и весьма вѣрно дѣйствуютъ успокоительно и болеутолительно. Они дѣлаются такимъ образомъ: сложенное полотенце смачивается холодною водою и бѣрно

выжимается таеъ, чтобы было только сыро, прилаживается къ кожѣ живота и покрывается сверху шерстянымъ платкомъ или каучуковою клеенкою. Мокрое полотенце согрѣвается теплотою тѣла и, таеъ каеъ испареніе жидкости задержано, то оно остается долгое время влажнымъ, представляя такимъ образомъ продолжительную теплую припарку.

Нѣкоторые гинекологи очень одобряютъ мѣстное употребленіе іода. Таеъ Scanzoni ¹⁾ рекомендуетъ смачивать маленькія губки въ растворѣ 4,0 грам. іодистаго кали и 30,0 грамъ глицерина и оставлять ихъ на ночь. Thomas ²⁾ предлагаетъ Гренгалговскій Iodized-cotton, приготовляемый слѣдующимъ образомъ: 250 гр. ваты смачивается въ растворѣ изъ 60,0 іодистаго кали, 30,0 іода, 250,0 глицерина и тщательно высушивается. Тампонъ изъ ваты, приготовленный такимъ образомъ вводится въ сводъ влагалища.

Нельзя отрицать дѣйствія іода вообще при употребленіи ваннъ съ маточнымъ и градированнымъ разсоломъ въ Kreuznach'ѣ и въ другихъ источникахъ, содержащихъ іодъ и бромъ, хотя вліяніе его на хроническій инфаретъ сомнительно.

Существенную пользу можетъ принести ампутація влагалищной части ³⁾, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда толстая, гипертрофированная шейка вдается далеко во влагалище. Увеличенная матка укорачивается не только вслѣдствіе отнятія части ея, но и вся гипертрофированная паренхима ея, каеъ это доказалъ С. Braun ⁴⁾ съ помощью микроскопа, претерпѣваетъ инволюцію, подобную послѣродовой и такимъ образомъ значительно уменьшается. Эта операція представляетъ еще и ту выгоду, что положительно прекращаетъ обильныя и упорныя бровотеченія, которыхъ постоянный источникъ составляетъ воспаленіе и набуханіе слизистой оболочки.

Если матка стоитъ низко и безъ затрудненія можетъ быть смѣщена и вытянута настолько, что ампутуруемая часть будетъ находиться передъ входомъ во влагалище, то производятъ операцію по-

¹⁾ l. c. стр. 308.

²⁾ Diseases of. Women. 3 ed. стр. 299.

³⁾ С. Mayer, M. f. Geb. B. 11. стр. 163.—Simon. M. f. Geb. B. 13. стр. 419.—Spiegelberg. M. f. Geb. B. 34. стр. 393. и Arch. f. Gyn. V. стр. 411.—Hegar. e. l. стр. 394.—Tagebl. d. Wiesbadener Naturf.—Vers. стр. 176 и Huffel. Anat. und op. Beh. d. Gebärm. und Scheiden Vorfälle. Freiburg 1873 стр. 44.

⁴⁾ Zeitschv. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1861 стр. 43.

жемъ или ножницами и накладываютъ швы, какъ выше описано, при операциі гипертрофированной влагалищной части.

Слишкомъ насильственно вытягивать матку не слѣдуетъ, потому что такимъ образомъ можетъ усиливаться воспаленіе и распространиться на брюшину; кромѣ того, можно поранить если не пузырь или Дугласово пространство, то во всякомъ случаѣ передній сводъ такимъ образомъ, что образуется сбоку настоящая полость между маткою и мочевымъ пузыремъ. Для избѣжанія этого, обозначаютъ еще до вытягиванія высоту прикрѣпленія свода влагалища, посредствомъ вкалыванія иголокъ или поверхностныхъ надрѣзовъ.

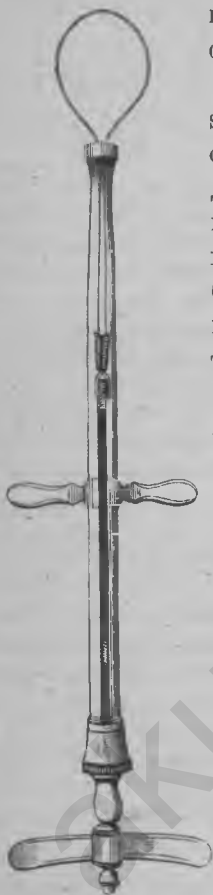
Вскрытіе свода влагалища съ образованіемъ настоящей полости наблюдалъ Simon ¹⁾; мы также видѣли подобный случай: у женщины, рожавшей 8 разъ и выкипувшей 2 раза, по причинѣ продолжительныхъ и обильныхъ кровотеченій мы ампутировали толстую, длинную шейку, бугристую и неравномѣрной плотности. Смѣстивши шейку посредствомъ петли и Мюзеевскихъ щипцовъ такъ низко, что влагалищная часть была во входѣ рукава, мы ампутировали ее. При внутреннемъ изслѣдованіи, произведенномъ тотчасъ послѣ операциі, палецъ вошелъ спереди и справа отъ матки въ полость такой величины, что тотчасъ-же явилось подозрѣніе—не образовалась-ли дыра въ мочевой пузырь. Введеніе катетера однако показало, что повсюду между нимъ и пальцемъ, находящимся въ полости, существуетъ, очень впрочемъ тонкая, стѣнка мочевого пузыря. Очевидно, влагалищная часть при выворотѣ рукава, вслѣдствіе вытягиванія матки, отсѣчена справа и спереди слишкомъ высоко, такъ что на этомъ мѣстѣ былъ вскрытъ сводъ влагалища. Мочевой пузырь и брюшина послѣ вскрытія оттянулись кверху, тогда какъ матка удерживалась внизу, вслѣдствіе чего образовалась настоящая полость между мочевымъ пузыремъ, маткою и брюшиною. Заживленіе, однако, послѣдовало безъ особыхъ случайностей, исключая послѣдовательнаго кровотеченія, которое удалось остановить лишь энергическимъ употребленіемъ каленаго желѣза. Рана зажила хорошо, кровотеченіе и проція явленія исчезли и оперированная забеременѣла вновь, спустя годъ и 3 мѣсяца.

Такъ какъ производство искусственнаго выпаденія (вытягиваніе) не совсемъ безопасно, то обыкновенно приходится оперировать на мѣстѣ (*in situ*). Ампутація несмѣщенной шейки ножемъ или ножницами съ наложеніемъ швовъ, такъ затруднительна и сопряжена всегда съ такою значительною потерею крови, что лучше прибѣгнуть къ другимъ способамъ.

Цѣпной экразеръ долженъ быть положительно оставленъ, потому

¹⁾ l. c. стр. 423.

что сначала онъ прорѣзываетъ плотную ткань существа шейки, а потомъ уже слизистую оболочку, которую, однако, рѣзать не гладко, но весьма легко втягиваетъ въ трубку, такъ что при этомъ могутъ отдѣлиться большіе куски окололежащей слизистой оболочки и произойти самыя опасныя раненія окружающихъ частей¹⁾. Вкалываніе иголь трудно исполнимо и не предохраняетъ вполне отъ раненій.



Значительно меньше опасенъ проволочный *constricteur Maisonneuv'a* (wire *ecraseur* англичанъ см. фиг. 48). Случай вскрытія мочевого пузыря и Дугласова пространства сообщенный Meadows'омъ²⁾, произшедшій, вѣроятно, вслѣдствіе первоначально невѣрнаго наложенія проволоки, едва ли можетъ быть приведенъ въ укоръ этому способу. Мы также не думаемъ упрекать его за одинъ случай, — вскрытіе Дугласова пространства, произведеннаго нами, потому что имѣли ракъ, распространившійся на задній сводъ влагалища. (Заживленіе продыравленія смерть на 10-й день, вслѣдствіе послѣдовательнаго кровотеченія изъ ножки). Во всякомъ случаѣ при его употребленіи нужно также быть осторожнымъ.

Употребленіе гальванокаустики менѣе опасно; Spiegelberg предлагаетъ ее весьма настоятельно. Чѣмъ ниже ампуціонное мѣсто, тѣмъ менѣе бываетъ затрудненій при накладываніи проволоки.

Для предупрежденія кровотеченія, отжиганіе должно производить какъ можно медленнѣе, при весьма маломъ калильномъ жарѣ. Впрочемъ, при отпаденіи струна случаются нерѣдко позднія послѣдовательныя кровотеченія; можетъ также образоваться впоследствии стенозъ и атрезія.

Избѣгнуть кровотеченія вообще не легко; оно предупреждается вѣрнѣе всего при ампуціи посредствомъ рѣзущихъ инструментовъ, накладываніемъ глубокихъ швовъ. Каленое желѣзо обыкновенно скоро и вѣрно останавливаетъ кровотеченіе, въ нѣ-

¹⁾ Langenbeck. M. f. Geb. B. 11. стр. 169 и B. 18. стр. 17.—Breslau, Bair ärztl. Int. Bl. 1858. № 3.—Sims, Gebärmutterehir. стр. 158.—Weinberg (Martin) Ueber Prolapsus uteri D. i, Berlin 1869. стр. 14.

²⁾ London obst. Tr. XI стр. 102.

которыхъ случаяхъ, впрочемъ, это удается довольно трудно; но по нашему опыту, если только поверхность раны совершенно доступна и желѣзо прикладывать нѣсколько разъ (иногда 20—30 разъ) до тѣхъ поръ, пока просачивается хотя одна капля крови, то можно навѣрно остановить кровотеченіе. Нельзя того-же сказать о тампонаціи. Простые полотняные тампоны не останавливаютъ кровотеченія, да и налитанные хлористымъ желѣзомъ также не надежны. Послѣдніе имѣютъ еще ту не выгоду что сильно стягиваютъ влагалище и уменьшаютъ его просвѣтъ, вслѣдствіе чего употребленіе каленаго желѣза, если въ немъ встрѣтится надобность, будетъ весьма затруднительно. Что касается леченія осложненій, въ особенности эндометрита и периметрита, то объ этомъ изложено въ соответствующихъ главахъ.

Мы уже выше указали на трудность опредѣленія хроническаго воспаленія матки и высказали въ общихъ чертахъ наше мнѣніе по этому вопросу. Намъ остается добавить только, что у насъ въ Россіи въ послѣднее время были также дѣланы нѣкоторыя изслѣдованія по этому вопросу (См. Пр. Флоринскій. Военно-Медицинскій журналъ 1865 г. августъ. Дрѣ Финнъ. Къ вопросу о хроническомъ воспаленіи матки 1868). Послѣдній пришелъ къ тому убѣжденію (стр. 27), что самую главную роль при этой болѣзни играетъ усиленное новообразованіе мышечныхъ волоконъ и отчасти соединительной ткани, по этому нельзя причислить ее къ воспаленіямъ, и мы должны согласиться съ мнѣніемъ авторовъ, въ главѣ которыхъ стоятъ Клобъ и Флоринскій, причисляющіе эту болѣзнь къ новообразованіямъ, говоря: правда, воспалительное раздраженіе также влечетъ за собою разрастаніе элементовъ, но существенный характеръ воспаленія бываетъ не прогрессивно образовательный, а разрушающій, чего при описываемой болѣзни мы не видимъ, а слѣдовательно, нельзя причислить ее къ воспаленіямъ. Авторъ руководства хотя упоминаетъ о работѣ Финна, но не останавливается на ней и высказываетъ свое иное мнѣніе. Изслѣдованіе д-ра Финна во всякомъ случаѣ стоитъ пока одиночно: намъ, по крайнѣй мѣрѣ, неизвѣстно другихъ работъ въ этомъ направленіи, хотя такія работы были бы весьма желательны, въ виду разъясненій вопроса. Къ сожалѣнію, въ его диссертации ни однимъ словомъ не упомянуто о клинической картинѣ болѣзни тѣхъ женщинъ, матки которыхъ онъ изслѣдовалъ. Такъ какъ далеко не всякую матку, увеличенную въ объемѣ и даже при этомъ чувствительную при дотрогиваніи, можно считать хронически воспаленною

въ клиническомъ смыслѣ, то такое упущеніе со стороны др. Финна можетъ породить сомнѣніе: были ли въ самомъ дѣлѣ матки, имъ изслѣдованныя, хронически воспалены въ смыслѣ исключительно клиническомъ, или, напротивъ, клиническая картина указывала на чисто образовательный процессъ, на разватіе міомы и т. п. А потому, въ ожиданіи дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи, мы ограничимся пока указаніемъ на эту работу, не вдаваясь въ дальнѣйшія разсужденія.

Касательно распознаванія мы считаемъ необходимымъ прибавить нѣсколько словъ. Мы положительно убѣждены, что точная діагностика хроническаго воспаленія матки, въ тѣсномъ смыслѣ, есть дѣло не легкое и можетъ быть установлена лишь послѣ неоднократнаго изслѣдованія въ теченіи извѣстнаго времени. Если руководствоваться только тѣми признаками, о которыхъ упоминаетъ авторъ, то есть равномернымъ увеличеніемъ матки, утолщеніемъ стѣнокъ, чувствительностью и хроническимъ теченіемъ болѣзни, то въ этотъ отдѣлъ попадетъ много такихъ формъ, которыя съ хроническимъ воспаленіемъ имѣютъ весьма мало общаго. Посѣщая различныя иностранныя гинекологическія клиники, мы прежде удивлялись бывало, почему въ одной Chronische metritis составляетъ цѣлую треть всего контингента больныхъ, въ другой, напротивъ, на 30 различныхъ заболѣваній попадаетъ едва одна такая форма. Мы начинали думать даже, что тутъ, вѣроятно, важную этиологическую роль играютъ какія либо мѣстныя территоріальныя, климатическія или этнологическія условія; но, взглянувъшисъ внимательнѣе, пришли къ тому убѣжденію, что процентъ заболѣванія хроническимъ воспаленіемъ матки въ различныхъ мѣстностяхъ, и у насъ тоже, почти одинаковъ и разница въ процентахъ, встрѣчающаяся въ различныхъ гинекологическихкихъ отчетахъ, зависитъ исключительно отъ діагностики или, вѣрнѣе, отъ способа постановки ея. По этому, мы и не приводимъ никакихъ числовыхъ данныхъ, полагая, что они не могутъ имѣть никакого значенія. Если бы діагностика хроническаго метрита провѣрялась вскрытіями, то дѣло, конечно, выяснилось бы само собою; но отъ этой болѣзни, какъ извѣстно, не умираютъ и если крайнее истощеніе вслѣдствіе кровотеченій или осложненій другими болѣзнями, и убиваетъ, наконецъ больную, то масса болѣзненныхъ явленій въ различныхъ областяхъ организма, безъ сомнѣнія, оставитъ рѣзкіе слѣды на первоначально заболѣвшемъ органѣ и значительно измѣнитъ и затемнитъ какъ клиническую, такъ и патологическую картину страданія матки. Наконецъ насколько еще не уяснена патологія этого процесса, достатотно видно

изъ выше приведенныхъ авторомъ мнѣній различныхъ патологовъ и гинекологовъ. Остается, стало быть, одна возможность установить скольконибудь точную діагностику—наблюденіе теченія болѣзни. Дѣйствительно при тщательномъ и постоянномъ наблюденіи въ теченіи извѣстнаго времени можно съ положительностью сказать, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Увеличенный объемъ матки, плотность ея стѣнокъ и пр. сами по себѣ еще ничего не доказываютъ, но временное измѣненіе этихъ признаковъ распространеніе процесса по органу, измѣненія во время менструальнаго періода, временныя обострѣнія безъ видимыхъ причинъ и другія явленія, наблюдаемыя во время теченія хроническаго воспаления, докажутъ несомненно, что рядомъ съ образовательнымъ процессомъ здѣсь идетъ и процессъ разрушительный, что здѣсь являются, по временамъ, въ полномъ составѣ всѣ клиническіе признаки воспаления, и страданіе не можетъ быть принято ни за что иное, какъ за хроническое воспаление матки. Но, повторяемъ, что къ такому убѣжденію сознательно прити возможно лишь съ теченіемъ времени и при неоднократномъ изслѣдованіи.

Что касается леченія, то авторъ ставитъ на первомъ планѣ мѣстныя кровоизвлеченія, при чемъ нападаетъ на общеупотребительный, между прочимъ и у насъ, въ Петербургѣ, и даже вообще въ Россіи способъ извлеченія крови посредствомъ піявокъ. Отдавая полную справедливость хорошему дѣйствию насѣчекъ, выхваляемыхъ авторомъ, мы не можемъ, однако же, согласиться съ тѣмъ, что піявки приносятъ больше вреда, чѣмъ пользы. Назначая приставленіе піявокъ къ шейкѣ матки нѣсколько сотъ разъ, мы никогда не имѣли случая видѣть ни *uticari*ю, которую наблюдалъ при этомъ Сканцони, ни болей и раздраженія, которыхъ такъ опасается авторъ. Относительно количества крови мы можемъ удостовѣрить, что если піявки приставлены на губы зѣва, то всегда извлекается извѣстное опредѣленное количество крови, именно приблизительно до половины унца на піявку; если же піявки при неакуратномъ приставленіи присосутся къ своду рукава, то потеря крови можетъ быть иногда значительная, а иногда не большая, чего предвидѣть нельзя. Причина, конечно, заключается въ распредѣленіи сосудовъ. Чтобы піявка не могла попасть на сводъ рукава или въ наружное маточное отверстіе, необходимо только строго соблюдать правила, извѣстныя у насъ каждой повивальной бабкѣ: во 1-хъ употреблять зеркало съ такимъ просвѣтомъ, въ которомъ могла бы помѣститься только шейка, во 2-хъ или закрывать отверстіе матки корпіей или ватюю, или же вставлять въ просвѣтъ только одну губу зѣва.

Тамъ, гдѣ нужно извлечь малое количество крови у малокровныхъ, истощенныхъ женщинъ, лучше прибѣгать къ поверхностнымъ насѣчкамъ; если же гиперемія значительная, мы охотнѣе прибѣгаемъ къ пиявкамъ, такъ какъ для кровозвлеченія въ значительномъ количествѣ нужно было бы дѣлать глубокія насѣчки, оставляющія послѣ себя глубокіе рубцы, измѣняющіе впослѣдствіи кровообращеніе въ этой части матки. Французскіе гинекологи употребляютъ также искусственную пиявку, которая очень удобна, но употребленіе ея копотливо и мѣшкотно.

При воспаленіи тѣла матки, если шейка принимаетъ въ немъ лишь малое участіе, что бываетъ сравнительно рѣдко, мы дѣлаемъ насѣчки въ каналѣ шейки, а не на губахъ зѣва. Для остановки кровотеченія при случайномъ пораненіи сосуда нѣсколько большаго калибра, если не помогаетъ ляписъ, то лучше всего прижиганіе до красна раскаленнымъ желѣзнымъ вязальнымъ прутомъ. При насѣчкахъ въ каналѣ шейки значительныхъ кровотеченій мы ни разу не наблюдали.

Такъ какъ хроническое воспленіе матки обыкновенно сопровождается катарромъ ея а иногда и рукава, то обыкновенно при леченіи употребляются спринцеванія и души. Мы считаемъ не лишнимъ сказать здѣсь нѣсколько словъ объ этомъ общеупотребительномъ въ гинекологіи способѣ лѣченія. Слѣдуетъ различать впрыскиванія отъ спринцеваній и душей.

Первыя употребляются исключительно съ цѣлью лечебною — для введенія въ полость рукава растворовъ вяжущихъ, ароматическихъ, соляныхъ и пр. Предварительно слизистая оболочка рукава должна быть всегда очищена или обмыта тепловатою водою, иначе впрыскиваемая жидкость не можетъ дѣйствовать на нее непосредственно. Впрыскиваютъ обыкновенно отъ 1 до 2-хъ унцій какого либо раствора средней густоты и оставляютъ больную лежать въ кровати полъ часа и болѣе, при чемъ жидкость мало по малу вытекаетъ изъ рукава. Впрыскиванія производятся простымъ шприцемъ въ видѣ клистирной трубки.

Спринцеванія употребляются съ цѣлью очищенія рукава отъ слизи, крови, гноя, и пр., при чемъ жидкость, омывая стѣнки рукава въ теченіи нѣсколькихъ минутъ, вытекаетъ постоянно наружу. Для спринцеванія берутъ обыкновенно воду тепловатую отъ 20 до 26° R: и дѣлаютъ ихъ одинъ, два и не болѣе 3-хъ разъ въ день. Иногда для этого употребляютъ слабые растворы лекарственныхъ веществъ, чтобы достигнуть такимъ образомъ и гигиенической и терапевтической цѣли вмѣстѣ. Но въ такомъ случаѣ лучше прежде спринцевать водою и непосредственно за тѣмъ растворомъ лекарственнаго вещества, иначе слизь,

свернувшаяся отъ раствора солей или танина, осядетъ на стѣнки рукава, и вводимый растворъ не коснется слизистой оболочки.

Для спринцеваній употребляютъ отъ 6 до 12 унцій воды или слабыхъ растворовъ лекарственныхъ веществъ; ихъ дѣлаютъ въ лежачемъ и рѣдко въ сидячемъ положеніи больной. Аппаратовъ для этого придумано множество: клистирная трубка, каучуковый шаръ съ наконечникомъ, клизуаръ или клизопомпъ—ящикъ, вмѣщающій въ себѣ около бутылки воды, по срединѣ котораго помѣщается нагнетательный насосъ съ каучуковою трубкою, оканчивающеюся наконечникомъ. Такою рода клизопомповъ множество весьма разнообразнаго вида и устройства. Кромѣ того употребляютъ ирригаторъ Эглизе, обыкновенно служащій для клистировъ, такъ называемый англійскій клизуаръ (Давидсона), овальный каучуковый шаръ съ двумя эластическими трубками, расходящимися въ противоположныя стороны; эти трубки у выхода изъ шара снабжены клапанами, изъ которыхъ одинъ закрывается во то время, когда открывается другой, и такимъ образомъ, при сжиманіи шара рукою и расширеніи его, жидкость всасывается въ него одною трубкою и выталкивается черезъ другую въ наконечникъ.

Этотъ аппаратъ особенно удобенъ тѣмъ, что больная можетъ легко сама спринцеваться какъ лежа, такъ и сидя; недостатокъ его заключается въ томъ, что клапаны легко портятся въ особенности при употребленіи растворовъ солей. Наконецъ, всѣ аппараты для душей могутъ быть употребляемы и для спринцеваній, при чемъ, конечно, слѣдуетъ уменьшать силу струи. Наконечникъ для спринцеваній употребляется непрѣменно кривой съ нѣсколькими отверстіями на концѣ: кривизна его соответствуетъ кривизнѣ рукава, почему послѣдній не выпрямляется и жидкость дольше остается въ его полости; а маленькія отверстія на головкѣ наконечника уменьшаютъ силу струи и даютъ возможность жидкости вытекать въ разныя стороны. Такъ какъ спринцеванія употребляются при всѣхъ острыхъ страданіяхъ рукава и матки, то соблюденіе этихъ условій весьма важно.

Маточныя души дѣйствуютъ на стѣнки рукава, маточную шейку и самую матку во первыхъ своею температурою, а во вторыхъ, струею. Для душей употребляютъ исключительно воду и при томъ всегда известной температуры; ихъ дѣлаютъ въ продолженіи 5—10 минутъ одинъ и не болѣе двухъ разъ въ сутки, въ сидячемъ положеніи больной надъ биде или тазомъ. Сначала обыкновенно берутъ воду тепловатую 25—22° R. и за тѣмъ, повышая или понижая температуру постепенно по 1° и $\frac{1}{2}$ въ сутки или черезъ день, доходятъ до 38° или 5° R. Выше

38° больныя трудно переносятъ души и жагуются на жаръ въ рукавъ; ниже 5° трудно поддерживать температуру воды въ комнатѣ, такъ какъ это будетъ вода со льдомъ, который быстро таетъ. Души дѣлаютъ, какъ сказано выше, въ продолженіи 5—10 минутъ при чемъ сила струи можетъ быть различна, а потому и количество воды употребляется не одинаковое, отъ полуведра до цѣлаго ведра. Такъ какъ души всегда должны дѣйствовать съ извѣстною силою, то наконечникъ лучше употреблять прямой и притомъ съ однимъ широкимъ отверстіемъ на концѣ. Что касается до силы струи, то всегда слѣдуетъ начинать, конечно, съ слабой и переходить къ болѣе сильной постепенно. Лучше всего не держать наконечникъ въ рукавъ неподвижно, а потихоньку измѣнять его положеніе, наклоня его то впередъ, то назадъ, то внизъ, то вверхъ: такимъ образомъ струя воды будетъ орошать различныя точки рукава и шейки матки; если больныя не переносятъ души, то слѣдуетъ совѣтовать имъ дѣлать ихъ, сидя въ теплой ваннѣ: тогда и самыя сильныя и холодныя души легко переносятся. Необходимо имѣть въ виду различное дѣйствіе душъ постоянныхъ и прерывистыхъ. Первыя дѣйствуютъ преимущественно своею температурою, мало возбуждаютъ нервную систему, не раздражаютъ и реакція послѣ нихъ наступаетъ медленно; вторыя постоянными толчками значительно возбуждаютъ сокращеніе мышцъ и реакція наступаетъ очень скоро. По нашимъ наблюденіямъ 10 минутныя души съ постояннымъ токомъ отъ 25 до 16° R. вызываютъ реакцію (повышеніе мѣстной температуры, пониженной вслѣдствіе душъ) черезъ 15—20 минутъ; прерывистыя же при тѣхъ же условіяхъ вызываютъ ее черезъ 8—10 минутъ; за тѣмъ реакція сильнѣе всего при 12—8° R.; при меньшей температурѣ душъ она наступаетъ медленнѣе, но не бываетъ сильнѣе. Полагемъ не лишнимъ добавить, что, назначая весьма часто души при хроническомъ воспаленіи матки, какъ средство возбуждающее и до извѣстной степени регулирующее мѣстное кровообращеніе, мы постоянно замѣчали, что за долго (за 4, 5 дней) до наступленія обострѣнія процесса прерывистыя души, прежде легко переносимыя больною, начинаютъ вызывать легкія боли и возбужденіе. Это явленіе до того постоянно, что намъ удавалось почти всегда предугадать наступленіе обострѣнія, хотя не всегда предупредить его. Во время регуль, мы всегда совѣтуемъ прекращать души и начинать ихъ потомъ не съ того градуса, на которомъ остановились, а немного выше: напр. вмѣсто 15—17°, вмѣсто 10—13° вмѣсто 5—9°. Само собою понятно, что при всякомъ обострѣніи ихъ также слѣдуетъ прекращать. Аппаратовъ для душъ при-

думано весьма много, Для постоянного тока лучше всего старый Квишевский душъ, видоизмѣненный весьма мало Эсмархомъ (Эсмарховская кружка)—сосудъ съ водою, укрѣпляемый на известной высотѣ; отъ дна его идетъ каучуковая трубка, оканчивающаяся наконечникомъ. Сила струи зависитъ тутъ отъ высоты, на которой находится этотъ сосудъ съ водою; уменьшить ее можно также и краномъ, открывая послѣдній только на половину и менѣе. Этотъ аппаратъ былъ видоизмѣненъ еще Віхву; видоизмѣненіе состоитъ, впрочемъ, только въ томъ, что сосудъ для воды шарообразный, а не цилиндрической, какъ у Эсмарха. Подобный же аппаратъ предложенъ Грейли Гевитомъ: здѣсь водохранищемъ служитъ большой каучуковый пузырь. Скандони предложилъ для душей простую сифонную трубку, опускаемую въ какойнибудь сосудъ съ водою. Въ томъ же родѣ есть еще аппаратъ Роша, который потомъ былъ видоизмѣненъ Бейгелемъ. При этомъ аппаратѣ кромѣ сифона есть еще дырчатое зеркало, черезъ которое вода орошаетъ рукавъ. Кромѣ того сюда относится аппаратъ Бейгеля, устроенный по идеѣ пульверизатора Бергсона; въ этомъ аппаратѣ вода изъ сосуда поступаетъ въ трубку вслѣдствіе давленія воздуха, нагнетаемаго двумя каучуковыми цузырями. Аппаратовъ съ прерывистымъ токомъ гораздо больше; всѣ они гораздо сложнѣе предыдущихъ и болѣе подвержены порчѣ. Сюда относятся аппараты Шарьера, Брауна, Мейера и пр., представляющіе нагнетательные насосы, которыми вода изъ ведра проводится черезъ каучуковую трубку въ наконечникъ. Кромѣ того сюда же принадлежатъ снаряды Коксетера, Мезонева, Арана и многихъ другихъ:

Ред.

Воспаленіе слизистой оболочки. Endometritis.

Острый эндометритъ.

Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. p. 212.—Henig, Katarrh. der inneren weiblichen Geschlechtsorgane. 2 Aufl.

Причины.

Острый эндометритъ, если не включать сюда послеродовую форму его, представляетъ заболѣваніе довольно рѣзкое и никогда не встрѣчается до наступленія зрѣлости; чаще всего онъ образуется во время менструаціи вслѣдствіе различныхъ причинъ, въ особенности простуды. Обыкновенно появляющееся при этомъ *Suppressio mensium*

представляет не причину, но первый признак эндометрита. Острое воспаление слизистой оболочки может произойти также от сильного раздражения половых органов вообще (усиленное половое отправление), и собственно слизистой оболочки матки—сильныя прижиганія, впрыскиванія, механическія поврежденія и раненіе). Острый эндометритъ является также при инфекціонныхъ болѣзняхъ какъ-то: тифѣ, холерѣ, кори, скарлатинѣ, оспѣ, а также при отравленіяхъ фосфоромъ ¹⁾. Гнойное воспаление бываетъ чаще всего вслѣдствіе гонорройнаго зараженія.

Патологическая анатомія.

Слизистая оболочка представляетъ извѣстныя явленія остраго катарра. Она гиперемирована и припухла; поверхность ея бархатиста. При этомъ она рыхла, такъ что на трупѣ иногда довольно легко соскабливается рубяtkою скальпеля. Нерѣдко встрѣчаются въ ней небольшія кровоизліянія. Обыкновенно эти явленія выражены сильнѣе на слизистой оболочкѣ тѣла, между тѣмъ какъ въ шейкѣ они менѣе рѣзки. Влагалищная часть представляется въ такомъ видѣ, какъ въ началѣ беременности: она припухла, мягка, покрыта часто ссадинами, зѣвъ матки закупоренъ.

Отдѣленіе пораженной слизистой оболочки, увеличивается, причѣмъ эпителий быстро исчезаетъ; выдѣленіе изъ полости матки въ началѣ жидкое, водянистое, дѣлается болѣе густоватымъ отъ примѣси отдѣлившагося эпитемія (иногда встрѣчается цѣликомъ содержимое желѣзистыхъ мѣшечковъ), а за тѣмъ также вслѣдствіе обильнаго образованія гноя, такъ что становятся непрозрачнымъ, бѣловатымъ или гнойвиднымъ. Отдѣляемое шейки въ нормальномъ состояніи густое, тягучее, студенистое, становится болѣе жидкимъ и мутнымъ. Стекловидное содержимое припухшихъ фолликуловъ становится бѣловато-мутнымъ, иногда гнойвиднымъ.

Въ болѣе трудныхъ случаяхъ и паренхима матки принимаетъ участіе въ воспаленіи, такъ что можетъ присоединиться метритъ а затѣмъ и периметритъ. Эндометритъ можетъ распространиться на слизистую оболочку влагалища, хотя чаще случается на оборотъ, въ особенности при трипперѣ.

Припадки.

Болѣзнь сопровождается лихорадкою и можетъ начаться ознобомъ,

¹⁾ Hausmann, Berl Beitr. z. Geb. u. Gyn. V. I. стр. 265.

но обыкновенно лихорадка не слишкомъ сильна и продолжается лишь нѣсколько дней.

Боли въ животѣ обыкновенно не бываетъ, если нѣтъ осложнений; но по большей части является чувство давленія и тяжести въ тазу, а иногда и глубокая боль внутри таза.

Матка не увеличена, или увеличена незначительно и весьма мало чувствительна при давленіи. Зондированіе чувствительно, особенно при прохожденіи внутренняго зѣва, а при дотрогиваніи до дна зондомъ могутъ даже появиться весьма сильныя боли. Влагалищная часть красновата, часто синевата, покрыта ссадинами, нерѣдко болѣе глубокими изъязвленіями, съ припухшими фолликулами, наполненными бѣловатымъ или гнойвиднымъ содержимымъ. Характеристическій признакъ представляетъ истеченіе сначала прозрачнаго; потомъ бѣловатаго или желтоватаго выдѣленія изъ матки, въ чемъ можно убѣдиться посредствомъ зеркала.

Сосѣдніе органы, при отсутствіи осложнений, не поражены; обыкновенно существуетъ лишь частый позывъ къ мочеиспусканію.

Исходъ.

Лихорадка и чувствительность исчезаютъ чрезъ нѣсколько дней, отдѣленіе еще нѣкоторое время продолжается, постепенно уменьшаясь, пока наступитъ выздоровленіе. Но весьма часто, въ особенности при плохомъ содержаніи образуется хроническое воспаленіе слизистой оболочки съ постояннымъ выдѣленіемъ.

При трипперѣ воспаленіе рукава часто бываетъ такъ сильно развито, что страданіе слизистой оболочки матки упускается изъ виду. Заболѣваніе можетъ сдѣлаться опаснымъ, когда воспалительный процессъ распространится чрезъ стѣнки матки или слизистую оболочку трубъ на брюшину.

Распознаваніе.

Если существуютъ вышеупомянутыя припадки, слѣдовательно когда при обильномъ водянистомъ истеченіи и лихорадочныхъ явленіяхъ, матка мало увеличена и едва чувствительна, видимая часть слизистой оболочки шейки представляетъ вышеописанныя измѣненія, то распознаваніе будетъ совершенно вѣрно, даже безъ изслѣдованія чувствительности слизистой оболочки зондомъ; которое становится излишнимъ.

Лечение.

При обыкновенномъ, не слишкомъ остромъ теченіи собственно терапевтическія средства бесполезны; слѣдуетъ остерегаться употребленія даже различныхъ мѣстныхъ средствъ и ограничиться лишь назначеніемъ спокойнаго положенія, запрещеніемъ совокупленія и заботою о свободномъ испражненіи. Когда отдѣленіе мочи незначительно и является частый позывъ къ мочеиспусканію, даютъ пить воду, насыщенную углекислотою. Сильныя боли въ тазу облегчаются приспицовскимъ согрѣвающимъ компрессомъ. Къ мѣстнымъ кровопусканіямъ прибѣгаютъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда матка болѣе припухаетъ и становится болѣе чувствительною. Мѣстное употребленіе вяжущихъ средствъ, котораго слѣдуетъ избѣгать при совершенно свѣжемъ катаррѣ, полезно, когда острое воспаленіе грозитъ перейти въ хроническую форму.

Хроническій эндометритъ. Катарр матки.

Blatin, du catarrhe ut. ou des fleurs blanches. Paris 1801 и Blatin et Nivet, Traité des mal. des femmes etc. Paris 1842.—Bureaud, Essai sur la leucorrhoe. Paris 1834.—Jewel, Pract. observ. on fluor albus. London 1832.—Marc d'Espine, Arch. gén. de méd. 1836. T. X.—Durand-Fardell, Journ. des connoiss. méd. chir. Juli-Sept. 1840.—Robert, Des affections gran. ulc. etc. Paris 1848.—Kauffmann, Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin. 1852. B. V. p. 26.—Tyler Smith, the pathol. a. treatment of Leucorrhoea. London 1855.—Hennig, Der Katarrh der inneren weibl. Geschlechtsth. 2. Aufl.—O. von Grünewaldt. Petersb. med. Z. B. IX. p. 185.—Hildebrandt, Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig 1872. № 32.

Lincorrhoea, Fluor albus, бѣли, the whites, fleurs blanches называлось всякое не кровавистое истеченіе изъ половыхъ органовъ безразлично относительно мѣста его происхожденія. Большею частью безъ всякихъ объясненій предполагалось, что оно происходитъ изъ влагалища; только французы, въ особенности Gardien и Caruron употребляли это названіе въ смыслѣ бленнорей матки. Въ новѣйшее время, когда почти всѣ убѣдились, что бленнорея исключительно одного рукава встрѣчается сравнительно рѣдко, возникъ споръ о другомъ слѣдующемъ вопросѣ: катарръ слизистой оболочки тѣла матки встрѣчается ли чаще, чѣмъ катарръ слизистой оболочки шейки. Agar, West и др. Считаютъ катарръ тѣла матки явленіемъ болѣе частымъ, другіе весьма рѣдкимъ. Мы того мнѣнія, что отдѣльное

заболѣваніе шейки встрѣчается наичаще, страданіе полости и шейки также довольно часто, но отдѣльное заболѣваніе полости положительно рѣдко. Во второмъ случаѣ катарръ полости матки представляетъ важное страданіе, почему мы и рассмотримъ сначала тѣ случаи, въ которыхъ представляется пораженною слизистая оболочка полости матки, а въ слѣдующей главѣ затѣмъ отдѣльно страданіе слизистой оболочки шейки.

Катарръ всей слизистой оболочки, т. е. преимущественно полости матки.

Причины.

Хотя катарръ матки нерѣдко образуется изъ остраго эндометрита, но гораздо чаще встрѣчается независимо отъ этого послѣдняго.

Нерѣдко появляется чрезмѣрное отдѣленіе слизистой оболочки постепенно у слабыхъ, золотушныхъ и хлоротическихъ женщинъ, въ особенности въ сырыхъ и холодныхъ странахъ, напр. Голландіи, Бельгійи и въ болотистыхъ мѣстностяхъ Англійи, съ другой стороны и въ жаркихъ климатахъ. Послѣ родовъ также остается хроническое истеченіе изъ матки, чаще, хотя не исключительно, у женщинъ, которыя не кормятъ. Истеченіе обыкновенно бываетъ въ значительной степени, если задержались на плацентарномъ мѣстѣ остатки плодныхъ оболочекъ или фибриновые сгустки.

Кромѣ того, сюда слѣдуетъ отнести всѣ условія, могущія вызывать приливы въ маткѣ или застои въ ней. Мы изложили ихъ въ этиологійи хроническаго метрита. Въ этомъ отношеніи имѣетъ значеніе само фізіологическое состояніе менструаціи, которой предшествуетъ и за которой слѣдуетъ усиленное серозное отдѣленіе. Это водянистое отдѣленіе длится болѣе продолжительное время, въ особенности у золотушныхъ и хлоротическихъ субъевтовъ, такъ что накопецъ можетъ продолжаться все время между двумя менструаціями.

Мы должны упомянуть еще о простудѣ какъ частой причинѣ катарра, такъ какъ по большей части катарры и другихъ слизистыхъ оболочекъ зависятъ отъ нея.

Патологическая анатомія.

Слизистая оболочка въ случаяхъ очень застарѣлыхъ гипертрофирована, болѣе или менѣе сильно разрищена, въ совершенно свѣ-

жихъ случаяхъ она рыхла, налита кровью, мягка и сочна. Въ ткани ея видны пигментныя пятна темнокраснаго, бураго и черноватаго цвѣта, происшедшія вслѣдствіе кровоизліяній. Сама слизистая оболочка только въ совершенно свѣжихъ случаяхъ представляется красноватою; въ болѣе старыхъ она имѣетъ аспидный видъ. Ея внутренняя поверхность, обращенная въ полость матки болѣею частью гладка, мѣстами бугриста; отверстія желѣзъ ясно видны. Въ другихъ-же случаяхъ встрѣчаются настоящія грануляціи; нижніе-же слои слизистой оболочки послѣ отслойки верхнихъ неравномѣрно разрастаются. Эти грануляціи могутъ образовать ворсистыя или полиповыя массы. Особенно французы придають большое значеніе фунгознымъ разраженіямъ слизистой оболочки матки¹⁾. Но по всей вѣроятности, подъ этимъ названіемъ смѣшиваются состоянія, ничего между собою общаго неимѣющія: дѣйствительныя разраженія соединительной ткани слизистой оболочки²⁾ плацентарныя полипы, саркомы. Отдѣленіе пораженной слизистой оболочки полости матки обыкновенно прозрачно, не слишкомъ густовато, щелочной реакціи; иногда оно буровато, рѣдко кровянисто, но можетъ сдѣлаться также слизистымъ и гнойнымъ.

Слизистая оболочка претерпѣваетъ при болѣе продолжительномъ катаррѣ значительныя измѣненія. Ворсистый эпителий исчезаетъ тотчасъ, позднѣе отслаивается и цилиндрической эпителий, а на мѣстѣ его образуются клетки полиморфныя, болѣе похожія на мостовидный эпителий; при этомъ слизистая оболочка истончается, атрофируется и наконецъ полость матки выстилается однимъ слоемъ соединительной ткани. Желѣзы выпадаютъ, вслѣдствіе чего при одновременномъ расширеніи полости образуются отверстія, придающія слизистой оболочкѣ сѣтчатый видъ; или они перетягиваются, образуютъ маленькія кисты, которыя могутъ лопнуть и оставить послѣ себя углубленія.

Въ видѣ осложненія присоединяется нерѣдко хроническій метритъ, въ другихъ-же случаяхъ нормальная матка необыкновенно вяла.

¹⁾ Rouyer Des fungos. utèr. Thèse. Paris 1858 и Goldschmidt, Des fungos. de la cavité de l'utérus. Thèse. Strasbourg 1859.

²⁾ V. Slavjansky, Archives de Physiol. II. Serie 1874 стр. 53, описываетъ какъ Métrite interne villeuse.

Припадки.

Такъ какъ при катаррѣ полости участвуетъ также и шейка, то болѣе выдающіеся припадки здѣсь будутъ такіе-же, какъ и при катаррѣ шейки. Мы ограничимся здѣсь изложеніемъ припадковъ, свойственныхъ лишь катарру полости матки. Прежде всего представляется здѣсь водянистое истеченіе, которое иногда бываетъ умѣреннымъ, но нерѣдко весьма обильнымъ, въ видѣ сильной *menorrhoe* и, съ обильнымъ свѣтлымъ отдѣленіемъ. Слѣдствіемъ усиленнаго отдѣленія является расстройство пищеваренія, отсутствіе аппетита съ послѣдовательнымъ исхуданіемъ и потеря силъ; эти явленія бываютъ замѣтны иногда еще при незначительной степени отдѣленія.

У старыхъ женщинъ, при суженіи внутренняго зѣва, выдѣленія могутъ скопляться и по временамъ извергаться, или-же при полномъ закрытіи зѣва дѣло доходитъ до образованія гидрометры, о чемъ было уже выше изложено. Сама матка при двойномъ изслѣдованіи нерѣдко бываетъ чувствительна, вслѣдствіе частаго осложненія хроническимъ метритомъ. Самъ по себѣ эндометритъ обуславливаетъ чувствительность только при зондированіи, которая можетъ быть весьма значительною, особенно когда зондъ проходитъ внутренній зѣвъ или касается дна матки.

Мѣсячныя очищенія при катаррѣ матки могутъ быть весьма различны. По большей части, въ особенности въ раннихъ періодахъ, являются кровотеченія или независимо отъ мѣсячныхъ кровей (*metrorrhagia*) или въ видѣ обильной менструаціи (*menorrhagia*); эти кровотеченія становятся серьезными и даже опасными для жизни, если развиваются на слизистой оболочкѣ обильныя грануляціи. Нерѣдко бываетъ и дисменоррея, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда вслѣдствіи припуханія слизистой оболочки канала шейки суживается выходъ изъ матки. *Amenorrhoea*, которая при остромъ катаррѣ можетъ явиться ранѣ другихъ припадковъ, при хроническомъ воспаленіи появляется всегда въ позднѣйшее время когда слизистая оболочка атрофирована или разрушена. Въ дальнѣйшемъ теченіи могутъ появиться всѣ тѣ расстройства, о которыхъ мы уже упомянули при хроническомъ метритѣ. Слѣдовательно, во-первыхъ, расстройство со стороны кишечнаго канала, головныя боли, расстройства въ области нервной системы и особенно много различные истерическіе припадки. Подробнѣе объ этомъ см. у V. Grünewaldt ¹⁾.

¹⁾ Petersb. med. Zeitschrift. В. 9 стр. 190 и далѣе.

Весьма часто встрѣчающееся при хроническомъ катаррѣ безплодіе объясняется припуханіемъ слизистой оболочки, распространяющимся нерѣдко отъ наружнаго зѣва до ostium abdominale трубы и препятствующимъ прохожденію сѣмени и яичка; въ застарѣлыхъ-же случаяхъ—величиною полости матки и гладкостью атрофированной слизистой оболочки ея, которая препятствуетъ прикрѣпленію яичка.

Между прочимъ скажемъ, что эти-же условія катарра слизистой оболочки полости служатъ важнымъ этиологическимъ моментомъ происхожденія placentaе praeviae. Яичко, которое не можетъ прикрѣпиться надлежащимъ образомъ на гладкой слизистой оболочкѣ, выскользаетъ чрезъ шейку, въ иныхъ-же случаяхъ останавливается вблизи внутренняго зѣва матки и даетъ поводъ къ образованію placentaе praeviae.

Rauth ¹⁾ придаетъ особенную важность отдѣльному заболѣванію дна. Онъ различаетъ четыре такія формы, изъ которыхъ первая сопровождается истерическими судорогами, катаlepsією и умопомѣшательствомъ. Чувствительность можетъ быть, какъ онъ говоритъ, до того сильною, что „irritable uterus“ Goosch'a онъ объясняетъ именно этою формою страданія.

Теченіе такое-же хроническое, какъ при инфарктѣ матки. Развитая бленорея, если больная остается при прежнихъ условіяхъ, сама собою не улучшается до тѣхъ поръ, пока при наступленіи атрофіи матки, стѣнки ея сдѣлаются вялыми и тонкими и слизистая оболочка истончится, при чемъ отдѣленіе мало по малу уменьшится.

Распознаваніе.

Если черезъ маточное зеркало видно истеченіе обильнаго количества водянистаго отдѣлимаго изъ зѣва матки, при незначительномъ пораженіи шейки, то мѣстомъ страданія будетъ вся слизистая оболочка матки. Мы сомнѣваемся, чтобы возможно было опредѣлить съ вѣрностью страданіе отдѣльныхъ частей по чувствительности, являющейся при дотрогиваніи до нихъ зондомъ.

Предсказаніе.

Хотя катарръ слизистой оболочки матки не подвергаетъ жизнь опасности, но можетъ имѣть весьма вредныя послѣдствія для здоровья, вслѣдствіе потери соковъ, происходящей отъ кровотеченія и

¹⁾ London Obst. Tr. Vol. XII стр. 136.

серознаго выдѣленія. Иногда, впрочемъ, и довольно обильное выдѣленіе долгое время переносится безъ особеннаго вреда здоровью.

Леченіе.

Kammerer, Amer. J. of Obst. II. p. 185.—Riegel, Deutsches Archiv f. klin. Med. V. p. 464. — Spiegelberg, Wolkmann's Samml. klin. Vorträge. 1871. № 24.

Считаемъ необходимымъ обратить особое вниманіе на профилактику, но вдаваться въ подробное изложеніе ея не находимъ нужнымъ, такъ какъ она вытекаетъ непосредственно изъ этиологіи.

При катаррѣ матки необходимо обращать вниманіе на соответствующее общее леченіе, такъ какъ нерѣдко удается прекратить бѣдлі безъ всякой мѣстной терапіи, особенно въ случаяхъ катарра, зависящаго отъ хлороза и золотухи, или вообще у анемическихъ особъ съ плохимъ питаніемъ. Въ этихъ случаяхъ отлично дѣйствуютъ регулярный образъ жизни по правиламъ гигіены, питательная, удобоваримая пища, вино и желѣзо.

Холодныя обмыванія тѣла, морскія ванны, потомъ щелочныя и желѣзистыя воды (ванны) также дѣйствуютъ укрѣпляющимъ образомъ на весь организмъ.

Внутреннія средства обыкновенно не дѣйствуютъ на мѣстный процессъ. Слабительныя средства также не въ состояніи сами по себѣ уменьшить отдѣленіе, хотя они могутъ принести большую пользу устраненіемъ обыкновенно существующаго при этомъ запора, влекущаго за собою переполненія матки кровью. Во всякомъ случаѣ нужно остерегаться употреблять *drastica*, но *ol. Ricini* и соли не вредятъ и часто положительно облегчаютъ.

Такимъ-же образомъ дѣйствуютъ почти всѣ воды, упомянутыя при леченіи хроническаго метрита; между ними особенно славятся Ems и Neuenahr, вѣроятно главнымъ образомъ, по причинѣ отличнаго дѣйствія ихъ при катаррахъ другихъ слизистыхъ оболочекъ. Насколько помогаютъ при страданіяхъ слизистой оболочки матки души (Bubenquelle въ Ems) и дырчатыя зеркала (Badespecula), посредствомъ которыхъ можно дѣйствовать мѣстно на слизистую оболочку влагалища, вопросъ остается открытымъ.

Мы переходимъ къ трудному, но практически весьма важному отдѣлу. Слизистую оболочку тѣла матки, какъ преимущественно пораженную часть, лечить мѣстными средствами трудно и довольно опасно для больной; поэтому является вопросъ, насколько можетъ

быть успешно лечение эндометрита местными средствами, действующими на слизистую оболочку влагалища и шейки.

Во всякомъ случаѣ, по причинѣ опасности, съ которою сопряжены всѣ собственно внутри-маточные способы леченія, необходимо сперва попробовать нельзя-ли достигнуть какихъ либо результатовъ внутренними средствами и особенно дѣйствіемъ на сосѣднюю слизистую оболочку шейки.

О важности общаго леченія мы уже упомянули выше; теперь укажемъ на значеніе мѣстнаго леченія слизистой оболочки шейки при катаррѣ полости матки.

Если катарръ существуетъ еще недавно и слизистая оболочка только гиперемирована и припухла, то скарификаціи влагалищной части нерѣдко въ состояніи остановить весь процессъ; иногда и въ болѣе хроническихъ случаяхъ удается устранить или по крайней мѣрѣ уменьшить катарръ полости мѣстнымъ леченіемъ слизистой оболочки шейки различными способами, о которыхъ будетъ сказано ниже.

Наконецъ, въ упорныхъ случаяхъ при существованіи *indicatio urgens* остается мѣстное леченіе пораженной слизистой оболочки полости матки.

Такия показанія могутъ явиться вслѣдствіе бленнорей, а также вслѣдствіе кровотеченій, зависящихъ отъ грануляцій. Въ первомъ случаѣ лучше всего дѣйствуютъ впрыскиванія въ полость матки, въ послѣднемъ-же довольно часто можно обойтись менѣе опаснымъ введеніемъ губки въ каналъ шейки. Вслѣдствіе разбуханія верхняго конца губки, находящагося выше внутренняго зѣва, грануляціи раздавливаются, такъ что иногда однократное введеніе губки даетъ уже весьма хорошій результатъ. Во всякомъ случаѣ необходимо сперва испробовать введеніе губки, и только послѣ предварительнаго расширенія шейки рѣшиться на соскабливаніе грануляцій ложечкою *Resamier*, или острыми ложечками *Simon'a*, потому что при этомъ послѣднемъ способѣ опасность значительно больше.

Въ упорныхъ случаяхъ бленнорей было испытано множество различныхъ способовъ внутриматочнаго леченія. Прежде особенно охотно употребляли палочки (*Crayons*), предложенныя *Bequerel* и *Rodier*, посредствомъ которыхъ лекарственное вещество вводится въ шейку или полость матки *in substantia*. Они приготовляются изъ *Gumi Tragacanth*; большею частью употребляются палочки изъ равныхъ частей камеди и таннина.

Еще въ большемъ употребленіи палочки азотно-кислаго серебра. Если каналъ шейки не слишкомъ узокъ и матка не изогнута, то можно часто безъ всякаго затрудненія ввести палочку ляписа (для уменьшенія хрупкости онъ сплавляется съ селитрою) въ полость матки и прижечь внутреннюю ея поверхность. Многіе совѣтуютъ нарочно отломить находящійся въ полости матки кусокъ ляписа и оставить его тамъ. Онъ тотчасъ обволакивается свернувшимися альбуминатами, инкапсулируется и дѣлается правда безвреднымъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ и не дѣйствующимъ. Вообще введеніе ничѣмъ не обернутой палочки ляписа производитъ сокращенія въ шейкѣ и внутреннемъ зѣвѣ матки, вслѣдствіе чего самое введеніе весьма затрудняется и становится даже не возможнымъ, причемъ палочка еще въ шейкѣ до того покрывается альбуминатами, что дѣйствіе ея въ полости матки становится весьма сомнительнымъ. По этой причинѣ предложены различные инструменты для введенія ляписа въ закрытомъ видѣ. Spiegelberg вводитъ его посредствомъ трубки, имѣющей видъ маточнаго зонда, изъ которой онъ выталкивается проволочнымъ поршнемъ. Такимъ-же образомъ употребляется изобрѣтенный Martin'омъ ¹⁾ инструментъ, названный имъ «маточный пистолетъ» (Uterinpistole) и употребляемый имъ вообще для введенія лекарственныхъ веществъ въ полость матки. Изъ глицерина и порошковъ готовится пилюльная масса, образующая довольно твердыя палочки (bacilli) въ которыхъ содержится дѣйствующее средство: Fer: sesquichlor, Cupr. sulfur., Zinc, oxyd. alb. и Tannin ²⁾. Strorer въ Boston'ѣ употребляетъ совершенно подобный-же инструментъ ³⁾. Эти остающіяся въ маткѣ палочки представляютъ тотъ-же недостатокъ, какъ и палочки ляписа; вслѣдствіе обволакиванія свернувшимся бѣлкомъ они становятся недѣйствительными и вообще дѣйствуютъ неравномѣрно на внутреннюю поверхность матки. Кромѣ того они раздражаютъ матку какъ инородныя тѣла. Поэтому удобнѣе вводить въ матку лекарственныя вещества въ видѣ легко расплывающихся мазей, а не твердыхъ палочекъ. Онѣ готовятся изъ жира или глицерина и вводятся въ полость матки посредствомъ подобныхъ-же трубчатыхъ инструментовъ, изъ отверстія которыхъ выдавливаются поршнемъ ⁴⁾.

¹⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. V. I H. 1. стр. 28.

²⁾ Формула слѣдующая: ferri Sesquichloreti или Zinc. oxyd. alb., pulv. rad. althacae an 0.1; Glycerin q. s. ut f. baccilli pond. 0,2.

³⁾ Boston. gyn. J. Vol. VII стр. 94.

⁴⁾ Barnes' ointment positor. Clin. hist. of. the med. and surg. diseses of women. 1873 стр. 138.

Другой способ, который введенъ въ употребленіе прежде всѣхъ, кажется, Miller'омъ, и особенно предлагается Playfair'омъ¹⁾, состоитъ въ томъ, что вводится въ полость матки вата, смоченная въ жидкомъ лекарственномъ веществѣ (карболовой кислотѣ) и намотанная на обыкновенный маточный зондъ. Вату можно прикрепить на зондъ такимъ образомъ, что она при введеніи или извлекается вмѣстѣ съ зондомъ или нарочно оставляется въ полости матки. Средства, употребляемая такимъ образомъ, дѣйствуютъ только на слизистую оболочку шейки, потому что, еще не достигнувъ полости матки, онѣ или окончательно теряются въ шейкѣ или такъ бываютъ покрыты слизью, что болѣе не дѣйствуютъ.

Впрыскиваніе жидкостей въ полость матки дѣйствуетъ наиболѣе равномернымъ и вѣрнымъ образомъ на всю слизистую оболочку матки. Впрыскиванія эти уже дѣлались Lisfranc'омъ и Vidal'емъ de Cassis посредствомъ каучуковыхъ зондовъ и въ новѣйшее время распространяются все болѣе и болѣе. Такъ какъ они дѣйствительны, но не безопасны, то при ихъ употребленіи необходимо соблюдать извѣстныя предосторожности.

Для впрыскиваній употребляется маленькая спринцовка съ наконечникомъ, изогнутымъ на подобіе маточнаго зонда, въ видѣ предложенной С. Braun'омъ²⁾. Спринцовка наполняется осторожно жидкостью, такъ чтобы не попалъ въ нее воздухъ, наконечникъ ея вводится въ полость матки, въ которую и впрыскивается потребное ея количество.

Цѣлый рядъ опубликованныхъ и вѣроятно еще болѣе не опубликованныхъ случаевъ показываетъ, что впрыскиванія эти могутъ вызвать весьма опасныя явленія и даже причинить смерть. Дурныя послѣдствія могутъ произойти:

1) вслѣдствіе попаданія впрыскиваемой жидкости въ брюшную полость. Хотя въ нѣкоторыхъ точно наблюдавшихся случаяхъ доказана возможность прониканія чрезъ трубы, но во всякомъ случаѣ



Рис. 49. Брауновскій шприцъ для внутриматочныхъ впрыскиваній.

¹⁾ Brit. med. j. Dec. II 1869 и Lancet 1870. II. 1 July.

²⁾ Furst. Monatschv. f. Geburts. B. 26. стр. 1.

это бывает весьма рѣдко и возможно лишь при особыхъ обстоятельствахъ. Жидкость должна быть при этомъ впрыснута съ значительною силою и притомъ такъ, чтобы обратный истокъ былъ невозможенъ, что бываетъ при узкости канала шейки и при искривленіяхъ матки, но чаще всего при судорожномъ сжатіи зѣва вокругъ спринцовки. Чтобы при такихъ обстоятельствахъ жидкость могла попасть въ трубу и излиться черезъ ostium abdominale, необходимо чтобы каналъ трубы въ его маточномъ отдѣлѣ былъ ненормально расширенъ.

Для удостовѣренія въ возможности прохожденія жидкости чрезъ трубы сдѣлано множество опытовъ. Vidal ¹⁾ первый дѣлалъ опыты надъ трупами. Онъ нашель, что при умѣренномъ количествѣ и силѣ жидкость не переходила ни въ трубы ни въ вены. Также Hennig ²⁾ утверждаетъ, что при выпрыскиваніяхъ въ матку не проходило ни капли жидкости въ трубы. Klemm ³⁾ также нашель, что жидкость поступаетъ весьма трудно въ трубы, а легче въ вены матки и широкихъ связокъ. Но если перевязать шейку, то и при неслишкомъ высокомъ давленіи жидкость прогонялась въ трубы. Эти опыты, произведенные на трупахъ сравнительно съ выпрыскиваніями у живой женщины имѣютъ, конечно, весьма условную доказательную силу; нѣкоторые случаи, подтвержденные вскрытіемъ, доказываютъ фактически переходъ жидкости въ трубы Haselberg ⁴⁾ сообщаетъ одинъ случай, гдѣ при вскрытіи можно было доказать, что liq. fer. sesquichlor. проникло до паружнаго конца правой трубы. Въ этомъ случаѣ была Anteflexio и труба такъ расширена, что толстый зондъ проходилъ чрезъ всю длину ея въ матку. Barnes ⁵⁾ видѣлъ также при вскрытіи прохожденіе liq. fer. sesquichlorat. чрезъ расширенную лѣвую трубу. Еще одинъ случай сообщенъ Kern'омъ ⁶⁾. Историческій обзоръ внутриматочныхъ выпрыскиваній изложенъ у Cohnstein'a ⁷⁾, который ошибочно принимаетъ выраженіе „utrus“ древнихъ, подъ которымъ до Фаллопія подразумѣвались матка и влагалище за дѣйствительную матку и потому несправедливо приписываетъ имъ производство внутриматочныхъ выпрыскиваній ⁸⁾.

¹⁾ Essais sur un traitement etc. Paris 1840.

²⁾ Katarrh der inneren Weibl. Geschlechtstheile. Leipzig 1862. стр. 12.

³⁾ Ueber die Gefar. d. Uterin-Inject. D. i Leipzig 1863.

⁴⁾ Monatschr. f. Geburts. B. 34. стр. 162.

⁵⁾ Obstetr. Operations. 2 ed. стр. 468.

⁶⁾ Würtemb. med. Correspondenzbl. 1870 № 7.

⁷⁾ Beitr. z. Ther d. chron. Metritis. Berlin 1868.

⁸⁾ Критика Фрейнда. Deutsche Klinik. 1869 стр. 229, 239 и 325.

2) Могутъ появиться дурныя слѣдствія и безъ прохожденія жидкости въ трубы, вслѣдствіе воспаленія механически расширенной матки и распространенія воспаленія на брюшину.

По причинѣ этихъ опасныхъ явленій, встрѣчающихся при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ и зависящихъ преимущественно отъ не свободного стока впрыскиваемой жидкости, необходимо соблюдать слѣдующія предосторожности:

1) Слѣдуетъ выбирать удобные случаи, т. е. избѣгать преимущественно осложненій воспалительными страданіями матки и ея придатковъ. Матка и окружающія ее части не должны быть чувствительны; старыя сращенія, оставшіяся послѣ совершенно окончившагося воспаленія, неприятны, но не составляютъ безусловнаго противопоказанія.

2) Впрыскиваемая жидкость должна тотчасъ-же вытекать изъ полости матки. Этого можно достигнуть, хотя не всегда вѣрно, трубкою а double courant, причемъ сточная трубка можетъ легко засориться сгустками. Поэтому лучше въ каждомъ случаѣ до впрыскиванія въ полость матки сдѣлать искусственное расширение канала шейки посредствомъ губки.

3) Можно впрыскивать только незначительное количество и

4) слѣдуетъ впрыскивать медленно и притомъ слегка нагрѣтую жидкость.

При соблюденіи этихъ мѣръ предосторожности довольно вѣрно можно избѣгнуть вышеупомянутыхъ дурныхъ послѣдствій; не бываетъ даже и маточныхъ коликъ отъ сокращеній матки вслѣдствіе раздраженія ея ненормальнымъ содержимымъ.

При искривленіяхъ матки, по окончаніи впрыскиванія, полезно слѣдовать совѣту Haselberg'a ¹⁾ и всасывать обратно въ спринцовку по прошествіи 1—2 минутъ выпрыснутую жидкость. Hildebrandt ²⁾ на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ убѣжденію, что обратное всасываніе исключаетъ необходимость искусственнаго расширения шейки.

Для впрыскиваній употребляются различныя жидкости, особенно liq. fer. sesquichlor; растворъ ляписа, T-ra Iodi, Plumb. acet. и карболовая кислота, растворъ квасцовъ и танина. Nott ³⁾ дѣлалъ опыты надъ дѣйствіемъ этихъ средствъ на бѣлокъ, изъ которыхъ видно,

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ Amer. Journ. of Obstetrics. Vol. III. стр. 36.

что квасцы и іодъ имѣють то преимущество, что не осаждаютъ альбуминатовъ, и вслѣдствіе этого не образуютъ сгустковъ въ полости матки; прочія жидкости все образуютъ сгустки, не проходящіе чрезъ тонкую трубку.

Болѣ сильныя средства, какъ-то насыщенный растворъ ляписа и *liq. fer. sesquichlor*, имѣють еще ту выгоду, что разрушаютъ разраженія воспаленной слизистой оболочки.

Spiegelberg ¹⁾ настойчиво предлагаетъ употребленіе гальвано-каустическаго фарфороваго прижигателя, какъ самое сильное дѣйствующее средство на слизистую оболочку матки. Онъ вводится, конечно, холоднымъ и, когда уже находится въ маткѣ, накаливается на короткое время. По Spiegelberg'у этотъ способъ совершенно безопасенъ.

Къ вышесказанному считаемъ необходимымъ прибавить съ своей стороны только два замѣчанія. 1) Дифференціальная діагностика эндометрита полости матки и эндометрита канала шейки на основаніи явлений, доступныхъ простому наблюденію, едва-ли возможна. Ни качество слизи, ни количество ея, никакія другія явленія не даютъ возможности точно установить діагностику. Можетъ быть только одни боли со схватками, періодическія, не острыя, сопутствующія почти всегда эндометриту полости матки и неявляющіяся при эндометритѣ канала шейки, могли-бы служить еще хотя сколько нибудь руководящимъ признакомъ въ этомъ случаѣ. Но одни субъективные признаки не могутъ имѣть доказательной силы и приобрѣтають значеніе лишь въ связи съ объективными. Изъ послѣднихъ мы можемъ указать лишь на одинъ, получаемый посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія вытекающей слизи. Такъ какъ въ выдѣленіяхъ всегда почти встрѣчается большее или меньшее количество эпителиальныхъ клѣтокъ, а эти послѣднія въ полости матки и въ шейкѣ не одинаковы, то по качеству эпителия мы съ положительностью можемъ судить о мѣстѣ страданія слизистой оболочки. Судя потому сколько намъ пришлось изслѣдовать микроскопически выдѣленія при этомъ катаррѣ, мы пришли къ глубокому убѣжденію, что самостоятельный катарръ полости матки есть явленіе въ высшей степени рѣдкое, катарръ одного канала шейки бываетъ чаще всего, а катарръ и тѣла, и шейки—явленіе хотя и довольно частое, но все-таки встрѣчается рѣже предыдущаго. Мы не выставляемъ пока числовыхъ данныхъ,

¹⁾ M. für Geburtsh. B. 34. стр. 393 и l. c. стр. 231.

такъ какъ они еще не велики, но считаемъ необходимымъ обратить внимание на статистику д-ра Горвица (Военно-медиц. журн. 1868, кн. 8 августъ. Клиническія замѣтки по гинекологіи, стр. 319). Изъ 2114 больныхъ женскими болѣзнями онъ нашелъ metrorrhoeam лишь у 36. Намъ неизвѣстно, чѣмъ руководствовался авторъ при дифференціальной діагностикѣ, но во всякомъ случаѣ эта цифра многозначительна. Д-ръ Гриневальдъ, напротивъ, полагаетъ, что катарръ матки встрѣчается болѣе чѣмъ у $\frac{1}{3}$ гинекологическихъ больныхъ. (St. Petersburg. Med. Zeitschr. 1865. 10 Heft. стр. 185). Къ сожалѣнію, въ этой монографіи своей (Ueber den chronischen Uterus Katarrh) онъ не различаетъ катарра полости отъ катарра канала шейки, хотя (стр. 224) соглашается, что дифференціальная діагностика можетъ быть установлена здѣсь лишь посредствомъ микроскопа. Катарръ исключительно полости матки, какъ мы сказали, встрѣчается чрезвычайно рѣдко, обыкновенно онъ распространяется и на каналъ шейки; но наши, хотя еще малочисленные наблюденія, показываютъ, что исключительно страданіе одной полости матки бываетъ по видимому лишь при новообразованіяхъ въ полости; воспалительнаго же происхожденія катарры обыкновенно распространяются и на шейку. Поэтому дифференціальной діагностикѣ мы придаемъ большое значеніе.

2) При леченіи катарра канала шейки и полости матки обыкновенно на первомъ планѣ стоитъ мѣстное леченіе: впрыскиванія, введеніе лекарственныхъ палочекъ, мазей и т. п. прижиганія и т. д. Растворы, для этого употребляемые, обыкновенно довольно сильны, по большей части концентрированныѣ тѣхъ, которые употребляются для впрыскиванія въ рукавъ. Опытъ привелъ насъ къ тому заключенію, что тутъ напротивъ гораздо действительнѣе самыя слабыя растворы. Вообще при катаррѣ канала шейки и полости матки растворы мы употребляемъ въ трое и даже въ четверо слабѣйшіе, чѣмъ при катаррѣ рукава. Мы не можемъ дать вполне удовлетворительнаго объясненія, почему слабыя растворы дѣйствуютъ лучше — вслѣдствіе ли большей нѣжности слизистой оболочки, болѣе труднаго доступа воздуха и другихъ вѣншихъ раздражителей или вслѣдствіе другихъ какихъ либо причинъ, лежащихъ въ въ самой слизистой оболочкѣ канала шейки и полости матки (желѣзы, фолликулы) въ сравненіи съ слизистой оболочкой рукава, и потому ограничиваемся лишь констатированіемъ факта, нами замѣченнаго и являющагося постоянно во всѣхъ почти неосложненныхъ случаяхъ.

Ред.

**Endometritis cervicis. Катартъ канала шейки.—Ectropium зѣва матки.—
Увеличенные фолликулы, Ovula Nabothi.**

Wagner, Archiv f. phys. Heilk. 1856. стр. 493. — С. Mayer, Ueber Erosionen ets. стр. 22.—Hildebrandt, Volkmann's Samml. Klin. Vortr. Leipzig 1872.

Причины.

Причины катарра шейки тѣже, какія, обуславливаютъ хроническое воспаленіе слизистой оболочки полости матки; но слизистая оболочка шейки или, точнѣе сказать, соедѣнная слизистая оболочка рукавной части, съ которой патологическіе процессы легко переходятъ на слизистую канала шейки, значительно чаще подвергается механическимъ поврежденіямъ. Влагалищная часть раздражается вслѣдствіе тренія о слизистую оболочку влагалища при неправильномъ положеніи, при совокупленіи, онанизмѣ, а также при употребленіи пессаріевъ и другихъ способовъ лѣченія.

Патологическая анатомія.

Слизистая оболочка канала шейки, особенно ея *plicae palmatae*, разрыхлена, нѣсколько отѣчна, въ свѣжихъ случаяхъ гиперемирована. Слизистая оболочка рукавной части также припухла, рѣдко отѣчна и обыкновенно довольно плотно инфильтрована. Отдѣлимое шейки при катартѣ остается густоватымъ, тягучимъ и липкимъ, но отдѣляется въ большемъ количествѣ.

При болѣе продолжительномъ теченіи, значительно развито катарра, гипертрофируется соединительная ткань, гиперемированной, слизистой оболочки, отдѣленіе которой усилено. Вслѣдствіе этого она припухаетъ такъ сильно, что по объему становится больше подлежащаго слоя, и выварачивается изъ наружнаго зѣва. Это состояніе описалъ Tyler Smith ¹⁾ подъ названіемъ: „inversion of the canal of the cervix uteri“. Roser ²⁾ назвалъ его *Ectropium zѣва*, по сходству съ *ectropium conjunctivae*. Гиперемированная, обыкновенно легко кровоточащая слизистая оболочка канала шейки, которая уже и сама по себѣ болѣе окрашена, чѣмъ слизистая оболочка влагалища, покрывающая наружную поверхность рукавной части,

¹⁾ Pathology and treatment of leucorrhoea. стр. 84.

²⁾ Archiv d. Heilkunde. 1861. стр. 97.

представляетъ какъ бы поверхностныя ссадины. Кромѣ того гипертрофированная оболочка не только выпячивается, но и образуетъ складки въ продольномъ направленіи шейки.

Если припуханіе слизистой оболочки, вслѣдствіе гипертрофій, ограничивается одною губою, то она не выпячивается изъ канала шейки, но расширяетъ его и образуетъ опухоль, находящуюся въ зѣвѣ и отличающуюся отъ полнаа слизистой оболочки широкимъ основаніемъ (отсутствіемъ ножки).

Другое особенное осложненіе катарра, составляютъ слизистыя желѣзы шейки, встрѣчающіяся при катаррѣ постоянно въ большомъ количествѣ также и на наружной поверхности влагалищной части хотя нахожденіе ихъ здѣсь по Friedländer'у и Lott'у не нормально. Эти желѣзы при катарральныхъ страданіяхъ слизистой оболочки пріобрѣтаютъ значеніе по причинѣ происходящаго въ нихъ задержанія обильно отдѣляющейся слизи. Вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки при воспаленіи, закупориваются отверстія короткихъ желѣзистыхъ мѣшечковъ, а иногда и заростають, вслѣдствіе значительной отслойки эпителия. Такъ какъ вдавленія эпителия, образующія внутреннюю поверхность фолликуловъ, подвергаются тѣмъ же воспалительнымъ измѣненіямъ, какъ и поверхностный эпителин, то отслойка его и отдѣленіе внутри желѣзы усиливается, вслѣдствіе чего при закупорѣ выводныхъ протоковъ, образуется маленькая киста. Если катарр усиливается, отдѣленіе слизистой оболочки дѣлается гнойнымъ, то въ фолликулахъ образуется гной, и когда гнойный катаръ уже прошелъ, содержимое фолликуловъ остается еще гнойнымъ. Обыкновенно содержимое ихъ свѣтло, густо, прозрачно, хотя часто оно становится болѣе мутнымъ и бѣловатымъ вслѣдствіе обильной примѣси отдѣлившихся клѣтокъ эпителия. Оно состоитъ изъ цилиндрическаго эпителия съ ворсинками, распавшихся клѣтокъ, свободныхъ зеренъ, коллоидныхъ шариковъ и слизи.

Эти маленькія кисты, образовавшіяся изъ фелликуловъ, раздражая слизистую оболочку, поддерживаютъ самый катарръ.

Фолликулы представляютъ по наружности значительныя различія, смотря по мѣсту ихъ нахожденія, въ самомъ каналѣ шейки или на наружной поверхности рукавной части. Набухшіе фолликулы выпячиваютъ слизистую оболочку, рыхло соединенную съ подлежащими тканями, и выстоятъ надъ ея поверхностью. Сперва они выступаютъ полушаровидно на подобіе кистъ сѣроватаго цвѣта и прозрачныхъ; быстро возвышаясь, они наконецъ сидятъ на слизи-

той оболочкѣ шейки на тонкой ножкѣ въ видѣ маленькихъ сѣрыхъ или бѣловатыхъ пузырьковъ—какъ бы полиповъ. Такимъ образомъ они встрѣчаются въ каналѣ шейки въ большомъ количествѣ и представляютъ до того характеристическую картину, что уже издавна извѣстны подъ именемъ *Ovula Nabothi*. — Совершенно иную картину представляютъ фолликулы, находящіяся внаружи отъ *ostium externum*. Слизистая оболочка, покрывающая наружную поверхность рукавной части, такъ плотно соединена съ подлежащею тканью, что набухшіе фолликулы, не выпячиваютъ ее вовсе, или покрайней мѣрѣ очень мало. По этому здѣсь они не выступаютъ въ видѣ стебельчатыхъ бистъ, но остаются подъ слизистой оболочкою въ видѣ сѣро-прозрачныхъ пузырьковъ, или шарообразно выступаютъ надъ поверхностью ея только небольшимъ сегментомъ. Если содержимое ихъ гнойное, то они легче всего узнаются по желтому цвѣту.

Исходъ такого состоянія этихъ фолликуловъ бываетъ различный. Если ихъ не слишкомъ большое количество и катарръ постепенно исчезаетъ, то содержимое ихъ немного сгущается и припухлость уменьшается. Въ такомъ случаѣ, находятъ на влагалищной части множество маленькихъ желтыхъ узелковъ, изъ которыхъ послѣ прокола выдѣляются стержни, какъ изъ угрей. Сгущение содержимаго можетъ достигнуть еще высшей степени, такъ что въ слизистой оболочкѣ замѣчаются желтыя просовидныя точки, въ которыхъ отдѣлимое фолликула сидитъ такъ крѣпко, что уже болѣе не опорожняется. Если же воспаленіе значительно и фолликулы находятся въ весьма большомъ количествѣ, то послѣдніе обуславливаютъ новое раздраженіе слизистой оболочки. Она сильно гиперемируется, сосуды ея расширяются и она такъ сильно разрастается, что происходитъ значительное гиперпластическое припуханіе влагалищной части, при чемъ многочисленные, сильно набухшіе фолликулы сидятъ на воспаленномъ и покраснѣвшемъ основаніи. Каналь шейки при этомъ значительно выпячивается такъ, что нижняя часть шейки образуетъ широкую воронку съ возвышенными краями. Значительное раздраженіе и плотная инфильтрація вслѣдствіи кистовидныхъ фолликуловъ и воспалительнаго выпота, могутъ достигнуть такой степени, что легко принимаются за ракъ. *Virchow* называетъ это страданіе *Acne hyperplastica* и сравниваетъ его съ бургундскимъ носомъ.

Набухшіе фолликулы могутъ также лопнуть и образовать фолли-

булярную язву. Если одинъ или нѣсколько плотно другъ къ другу сидящихъ фолликуловъ растягиваютъ слизистую оболочку въ болѣе значительной степени, то происходитъ въ иныхъ случаяхъ фолликулярная гипертрофія одной губы, чаще же слизистые полипы шейки, смотря по обстоятельствамъ, о корыхъ будетъ сказано ниже.

Припадки.

Самый постоянный припадокъ при этомъ заболѣваніи — Fluor albus со всѣми послѣдствіями, о которыхъ было сказано при катаррѣ слизистой оболочки тѣла матки. Если шейка сильно гиперемирована и давленіе припухшихъ фолликуловъ на окружающія ткани значительно, то является сильное, въ нѣкоторыхъ случаяхъ невыносимое чувство жженія въ маломъ тазу. При этомъ бываютъ и боли въ поясницѣ.

Менструація можетъ быть нормальной, но часто она усилена. Вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки при значительномъ выворотѣ губъ (Ectropium) появляются не только весьма сильныя водянистыя отдѣленія, но иногда даже обильныя кровотеченія, влекущія за собою анемію въ значительной степени.

Бесплодіе при катаррѣ шейки бываетъ не рѣдко и обусловливается отчасти припуханіемъ слизистой оболочки, суживающей каналъ шейки, отчасти же обильнымъ отдѣлимымъ, уносящимъ (смывающимъ) сѣмя.

При изслѣдованіи находимъ тѣло матки нерѣдко совершенно нормальнымъ, шейку-же утолщенною и иногда чувствительною. По введеніи зеркала представляется, смотря по различному состоянію слизистой оболочки, выше описанная картина катарра, ectropium и набухшихъ фолликуловъ. Крімъ того обыкновенно видны на влагалитцной части ссадины и изъязвленія, которыя мы опишемъ отдѣльно.

Теченіе катарра шейки весьма хроническое. Отдѣленіе можетъ продолжаться нѣсколько лѣтъ, а припухшія фолликулы остаются долгое время неизмѣненными.

Распознаваніе.

Катарръ шейки распознается ручнымъ изслѣдованіемъ по припуханію и инфильтраціи влагалитцной части и чрезъ зеркало по характеристическому виду ея.

Предсказаніе.

Застарѣлый катарръ, предоставленный самому себѣ, остается долгое время безъ измѣненія или постепенно ухудшается, такъ какъ набухшіе фолликулы производятъ постоянно новое раздраженіе слизистой оболочки, которое, въ свою очередь, обусловливаетъ кистовидное перерожденіе другихъ фолликуловъ. Надлежащимъ леченіемъ достигается обыкновенно если не полное исцѣленіе, то по крайней мѣрѣ совершенное или почти совершенное исчезаніе припадковъ.

Леченіе.

Бленнорея слизистой оболочки шейки лечится тѣми же средствами, какъ и катарръ тѣла матки. Особенно полезно употребленіе азотно-кислаго серебра и карболовой кислоты.

Примѣненіе этихъ средствъ весьма просто. Съ цѣлью подѣйствовать только на слизистую оболочку влагалищной части и нижній отдѣлъ слизистой оболочки канала шейки, вливаютъ жидкость прямо въ зеркало изъ молочнаго стекла или смачиваютъ кисточкой извѣстныя мѣста. Кусочки ляписа и всѣвозможныя лекарственныя палочки (сгауоны) можно также безъ затрудненія привести въ соприкосновеніе съ слизистой оболочкою шейки. Затѣмъ полезно употребленіе зонда, обмотаннаго ватой, пропитанною лекарственною жидкостью.

Если слизистая оболочка канала шейки сильно припухла и покрыта кистами или грануляціями, то введеніе прессованной губки будетъ лучшимъ средствомъ для леченія. Разбухшая губка раздавливаетъ разраженія слизистой оболочки и потому отлично дѣйствуетъ не только при бленнореяхъ, но и при кровотеченияхъ. Кромѣ того, механическое дѣйствіе губки можно соединить съ лекарственнымъ. Такія губки можно по Thomas ¹⁾ готовить двоякимъ образомъ. Губка готовится или обыкновеннымъ образомъ на весьма толстой проволокѣ и полость, образуемая по удаленіи проволоки, наполняется смѣсью изъ butyr. сасао и средства, которое желаютъ употребить; или же губка, до приготовленія изъ нея прессованной, погружается въ извѣстный растворъ, потомъ высушивается и затѣмъ готовится обыкновеннымъ способомъ.

Такъ какъ набухшіе фолликулы влѣдствіе увеличенія произ-

¹⁾ Diseases of women. 3 ed. Philadelphia 1872. стр. 251.

водять постоянно новое раздраженіе, то опорожненіе ихъ составляетъ одно изъ главнѣйшихъ показаній. Это достигается чрезъ зеркало проколомъ каждаго отдѣльнаго фолликула остроконечнымъ скальпелемъ съ длинною рукояткою. Содержимое даже довольно густое выдѣляется обыкновенно само собою вслѣдствіе давленія, производимаго припухшею слизистою оболочкою и около лежащими кистами; въ противномъ случаѣ его выдавливаютъ рукояткою скальпеля. За разъ прокалываютъ столько фолликуловъ, сколько удастся, начиная, при положеніи больной на спинѣ, съ лежащихъ болѣе позади, чтобы такимъ образомъ не все поле зрѣнія покрылось содержимымъ фолликуловъ и кровью, обыкновенно вытекающею изъ воспаленной слизистой оболочки. Прокалываніе фолликуловъ слѣдуетъ повторять черезъ болѣе или менѣе долгіе промежутки времени, потому что послѣ опорожненія старыхъ фолликуловъ выступаютъ изъ глубины новые. Если не возможно достигнуть *ovula Nabothi* скальпелемъ, то ихъ разрушаютъ лаписомъ или прессованною губкою.

Опорожненіе припухшихъ фолликуловъ оказываетъ отличное вліяніе на хроническое раздраженіе шейки. Улучшеніе достигается отчасти значительнымъ уменьшеніемъ давленія на сосѣднія ткани, вслѣдствіе спаденія вѣствъ, отчасти же мѣстнымъ кровотеченіемъ, сопровождающимъ опорожненіе фолликуловъ. По этому послѣ обильныхъ, нѣсколько разъ повторенныхъ проколовъ, припухлость и воспаленіе шейки уменьшаются; отдѣленіе перѣдко настолько ограничивается, что употребленіе вяжущихъ и прижигающихъ средствъ становится ненужнымъ.

Нѣсколько большія затрудненія при леченіи являются въ случаяхъ значительнаго гиперпластическаго припуханія слизистой оболочки т. е. высшей степени *ectropium*. Въ болѣе легкихъ случаяхъ отлично дѣйствуетъ простой древесный уксусъ, который вливаютъ просто въ зеркало и оставляютъ приблизительно 5 минутъ въ соприкосновеніи съ пораженною слизистою оболочкою. Въ трудныхъ случаяхъ вырѣзываютъ большіе куски слизистой оболочки или прижигаютъ ее сильными прижигающими средствами, какъ-то: хромовою кислотою или хлорпстымъ желѣзомъ. Последнее средство особенно полезно тогда, когда гипертрофированная слизистая оболочка поддерживаетъ продолжительное кровотеченіе. Въ самыхъ застарѣлыхъ случаяхъ лучше всего не слишкомъ поверхностное употребленіе каленаго желѣза на всю вывороченную слизистую оболочку шейки.

Эти случаи въ отношеніи леченія весьма благодарны, такъ какъ можно совершенно излечить самыя застарѣлыя случаи упорнаго кровотеченія, которые нерѣдко принимаются за раковое перерожденіе. Если гипертрофированная шейка вдается далеко во влагалище, то лучше всего ампутировать ее по способу, изложенному въ главѣ о леченіи хроническаго метрита.

Съ катарральными и гипертрофическими состояніями слизистой оболочки шейки тѣсно связано образованіе слизистыхъ полиповъ и фолликулярная гипертрофія одной маточной губы, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ кистовидное перерожденіе фолликуловъ составляетъ первичное заболѣваніе и оба страданія представляютъ нѣкоторымъ образомъ дальнѣйшія степени развитія измѣненій фолликуловъ описанныхъ при катаррѣ. Мы рассмотримъ эти состоянія, различныя по способу образованія опухоли, каждо отдѣльно.

Слизистые полипы.

Nivet et Blatin, Archives gén. oct. 1838. — Oldhom, Guy's Hospital. Rep. April. 1844.—Hugier, Soc. de chirurg. Paris. Mai. 1847.—Billroth. Ueber den Bau der Schleimpolypen. Berlin. 1855.—Hirsch, Histologie und Form der Uteruspolypen. D. i. Giessen 1855. — Wagner, Archiv f. phys. Heilk. 1855 стр. 289. — C. Mayer, Vortr. über Erosionen, Excor. etc. Berlin 1861.—Klob. Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien. 1864 стр. 133.—M. Duncan. Edinb. med. J. July. 1871. стр. 1.

Причины.

Мы уже видѣли, что при катаррѣ слизистой оболочки шейки припухшіе фолликулы легко выпячиваютъ слизистую оболочку, рыхло соединенную съ подлежащими тканями и представляющую складки даже въ нормальномъ состояніи, вслѣдствіе чего они выступаютъ надъ поверхностью ея и наконецъ соединяются съ нею лишь посредствомъ относительно тонкой ножки. Такой набухшій фолликулъ—*ovulum Nabothi*—представляетъ уже собственно небольшой слизистый полипъ, хотя обыкновенно его такъ не называютъ. При образованіи настоящихъ слизистыхъ полиповъ происходитъ тотъ же процессъ, но въ большихъ размѣрахъ; поэтому въ этиологіи слизистыхъ полиповъ главную роль играетъ хроническій катарръ со всѣми его послѣдствіями (кистовидное перерожденіе фолликуловъ, вялость и податливость слизистой оболочки)

Патологическая анатомія.

Одинъ или обыкновенно нѣсколько рядомъ лежащихъ, набухшихъ фолликуловъ, выпячивая рыхлую слизистую оболочку, образуютъ такимъ образомъ слизистые полипы. Поэтому мы находимъ полипозное выпячиваніе слизистой оболочки, широкая часть котораго, обращенная къ наружному зѣву, образуется однимъ или нѣсколькими припухшими фолликулами, а тонкая ножка состоитъ только изъ слизистой оболочки шейки. Полипъ, хотя бы онъ прикрѣпился довольно высоко, опускается постепенно въ наружный зѣвъ вслѣдствіе своей собственной тяжести и давленія маточныхъ стѣнокъ.

Въ фолликулахъ слизистыхъ полиповъ могутъ встрѣчаться всѣ вышеописанныя измѣненія. Отдѣлимое ихъ можетъ сгуститься, такъ что становится совершенно незамѣтнымъ; весьма часто они лопаются и спавшійся мѣшочкомъ образуетъ лишь углубленіе въ видѣ ямки, которое постепенно можетъ изгладиться.

Основная ткань полиповъ состоитъ изъ тонко-волокнистой, богатой зернами соединительной ткани. Покрывающая слизистая оболочка обыкновенно весьма богата сосудами и часто такъ сильно гиперемирована, что представляется вишнево-краснаго цвѣта и весьма легко кровоточить.

Чаще всего слизистые полипы образуются въ каналѣ шейки, но не рѣдко и въ полости матки, гдѣ они



Фиг. 50. Слизистый полипъ шейки, величиною въ лѣсной орѣхъ.

вѣроятнo образуются изъ маточныхъ железъ. Образовавшіеся въ маткѣ полипы, однако остаются обыкновенно небольшими и не опускаются въ каналъ шейки, такъ что они рѣже распознаются гинекологами. Обыкновенно ихъ встрѣчаютъ при вскрытіяхъ, въ особенности у пожилыхъ женщинъ, которыя часто рожали. Если они образуются въ боковыхъ жолобообразныхъ углубленіяхъ матки, то представляются сплюснутыми спереди назадъ, въ видѣ пѣтушьяго гребешка.

Слизистые полипы, образовавшіеся въ каналѣ шейки, появляются, какъ выше сказано, очень скоро въ наружномъ зѣвѣ матки. Вели-

чина ихъ весьма различна: обыкновенно они съ горошину или съ орѣхъ и весьма рѣдко достигаютъ величины голубиного яйца.

Видъ и консистенція ихъ также весьма различны, смотря по состоянію растянутыхъ фолликуловъ и соединительной ткани, которая можетъ быть сочна и мягка, или болѣе плотна и волокниста.

Если полипъ образуется изъ нѣсколькихъ фолликуловъ, то нѣкоторые изъ нихъ могутъ въ свою очередь, отдѣлиться отъ главнаго полипа, такъ что образуется бугристая опухоль съ различными возвышеніями. На слизистой оболочкѣ, покрывающей полипъ, могутъ кромѣ того образоваться папиллярныя разращенія ¹⁾, вслѣдствіе чего образуются папилломы съ древовидными развѣтвленіями. (Можетъ быть эти папиллярныя разращенія происходятъ, какъ и при фолликулярной гипертрофіи одной губы, съ внутренней поверхности лопнувшихъ фолликуловъ).

Припадки.

Очень маленькіе слизистые полипы, сидящіе въ полости матки, не сопровождаются никакими припадками; находящіеся же въ каналѣ шейки постоянно сопровождаются кровотечениями, происходящими изъ гиперемированной, покрытой варикозными сосудами поверхности полиповъ; кровотечения эти могутъ сдѣлаться весьма обильными. Вначалѣ они являются въ видѣ усиленныхъ мѣсячныхъ очищеній, позднѣе же въ видѣ неправильныхъ метроррагій. Въ промежуткѣ между кровотечениями существуетъ *fluor albus*, который, какъ извѣстно изъ этиологіи, часто предшествуетъ образованію полипа.

Сидящіе въ каналѣ шейки полипы и болѣе объемистые изъ находящихся въ полости матки, постоянно сопровождаются болями въ поясницѣ, не рѣдко и иотужными болями.

Слизистые полипы часто сопровождаются безплодіемъ, отчасти зависящимъ отъ механическаго препятствія, отчасти вслѣдствіе серозныхъ и кровянистыхъ истеченій.

Распознаваніе.

Распознаваніе слизистыхъ полиповъ легко, когда они показываются изъ наружнаго зѣва матки. При изслѣдованіи пальцемъ ощущается небольшая мягкая опухоль въ маточномъ зевѣ, а чрезъ зеркало она представляется кровяно красною или синеватою, покрытою нормальною, хотя сильно гиперемированною слизистою обо-

¹⁾ Klob. Pathol. Anat. d. Weibl Sexualorg.—Wien 1864. стр. 139.

лочкою и нерѣдко съ ясно просвѣчивающими желтыми или сѣрыми фолликулами. Отличить его отъ фибрознаго полипа обыкновенно не трудно, потому что послѣдній такой небольшой величины почти никогда не появляется въ наружномъ зѣвѣ; да и необыкновенно большіе слизистые полипы легко отличить по ихъ консистенціи отъ плотныхъ фиброзныхъ полиповъ.

Частичныя разращенія и припуханія слизистой оболочки шейки, встрѣчающіяся при хроническомъ катаррѣ и при дифтеритическомъ воспаленіи влагалища, совершенно схожи съ опухолью, находящеюся въ наружномъ маточномъ зѣвѣ; но пальцемъ можно легко удостовѣриться, существуетъ ли тутъ сплошное припуханіе или полипозное выпячиваніе слизистой оболочки.

Затрудненія въ отличительномъ распознаваніи могутъ встрѣтиться при выкидышѣ въ первыхъ мѣсяцахъ беременности. Яйцо, являющееся въ наружномъ маточномъ зѣвѣ, можетъ показаться очень похожимъ на изъязвленную верхушку слизистаго полипа, при чемъ и анамнезъ можетъ не дать никакихъ разъясненій. Но затрудненія въ такомъ случаѣ весьма не продолжительны.

Небольшіе полипы полости матки съ вѣрностью не могутъ быть опредѣлены. Если при этомъ существуютъ опасныя припадки (кровотеченіе), то расширяютъ шейку прессованною губкою и изслѣдуютъ пальцемъ.

Предсказаніе.

Слизистые полипы могутъ быть весьма тягостными вслѣдствіе продолжительныхъ водянистыхъ и кровянистыхъ истеченій и болѣе въ поясицѣ. Врядъ ли когда либо они обусловливаютъ болѣе серьезныя припадки, за исключеніемъ послѣдствій кровотеченія, такъ какъ послѣ полнаго выхожденія ихъ изъ наружнаго зѣва, припадки стихаютъ и нерѣдко полипы сами собою отрываются.

Леченіе.

Само собою разумѣется что здѣсь единственное показаніе— оперативное удаленіе полипа. Оно производится различнымъ образомъ. Если полипъ небольшой и мягкій, то проще всего захватить его длиннымъ корнцангомъ, какъ можно ближе къ мѣсту приврѣпленія и, закручивая, оторвать.

Если желаютъ удалить его ножницами, что удобно при большихъ полипахъ съ тонкою ножкой по причинѣ меньшаго раненія слизис-

той оболочки, то чрезъ зеркало придерживаютъ его маленькимъ крючкомъ и отрѣзаютъ ножку длинными ножницами.

Дальнѣйшее леченіе мѣста прикрѣпленія, въ особенности прижиганіе его, не нужно, потому что кровотеченіе незначительно и рецидивы на томъ же мѣстѣ не бывають. Не рѣдко затѣмъ появляется новый слизистый полипъ въ маточномъ зѣвѣ; въ такомъ случаѣ онъ уже существовалъ ранѣе, но путь въ наружный зѣвъ былъ ему прегражденъ удаленнымъ полипомъ.

Полипы, сидящіе въ шейкѣ высоко и трудно достижимые для операціи, легко разрушаются введеніемъ прессованной губки. Находящіеся въ полости матки полипы достигаются еще труднѣе, но по расширеніи шейки ихъ можно иногда разрушить пальцемъ, или вырвать корцангомъ.

Операція слизистыхъ полиповъ одна изъ самыхъ благодарныхъ, такъ какъ ею вполне легко удаляются мучительные, иногда даже не безопасные припадки.

Фолликулярная гипертрофія маточныхъ губъ.

Virchow. V's Archiv 1854. B. 7 стр. 164 u Die Krankhaften Geschwülste. B. III. 1. стр. 142.—Lebert. Traité d'anat. pathol. T. I Pl. XL стр. 15.—Quervelhier. Atlas d'anat. pathol. Livr. 39. Pl. 3. Fig. 2 u 2'. — Wagner. Arch. f. Phys. Heilk. 1856. стр. 509.—Simon Mon. f. Geb. B. 23 стр. 241.—Höning. Berl. Kl. W. 1869 № 6. — Ackermann. Virchow's Archiv. B. 43. стр. 88.—Martin. Berl. Beitr. j. Geb. u. Gyn. B. II. стр. 51.

Причины.

Фолликулярная гипертрофія, состоящая въ разращеніи слизистой оболочки съ кистовиднымъ перерожденіемъ и послѣдовательнымъ разрывомъ фолликуловъ, безъ сомнѣнія этиологически тѣсно связана съ слизистыми полипами. Такъ какъ послѣдніе образуются вслѣдствіе того, что фолликулъ канала шейки по причинѣ наполненія отдѣлимымъ становится болѣе тяжелымъ, раздражаетъ окружающую слизистую оболочку, которая разрастается и выпячиваетъ ее въ видѣ ножки, то безъ сомнѣнія и при фолликулярной гипертрофіи кистовидное перерожденіе фолликуловъ составляетъ первичное явленіе; различіе же въ наружномъ видѣ обусловливается здѣсь болѣе широкимъ разращеніемъ верхушки губы.

Фолликулярная гипертрофія встрѣчается чрезвычайно рѣдко, сравнительно съ слизистыми полипами собственно потому, что слизистая оболочка наружной поверхности влагалищной части значи-

тельно плотнѣе соединена съ подлежащею тканью и вслѣдствіе того значительно больше сопротивляется выпячиванію, производимому припухшими фолликулами. Намъ кажется, что она встрѣчается особенно при двухъ условіяхъ: во первыхъ, если слизистая оболочка шейки вслѣдствіе сильнаго *estropium* маточнаго зѣва у рожавшихъ женщинъ такъ выпячена, что верхушка губы уже покрывается слизистой оболочкою не влагалища, а прежнею слизистой оболочкою шейки, болѣе способною къ гипертрофическому разращенію, — во вторыхъ у нерожавшихъ съ узкимъ каналомъ шейки, въ которомъ лишь съ трудомъ могутъ образоваться слизистые полипы, вслѣдствіе чего разрастающаяся слизистая оболочка выпячивается изъ канала шейки въ видѣ удлиненія одной губы.

Патологическая анатомія.

Эти опухоли вслѣдствіе ихъ разнообразія представляютъ особенный интересъ. Изъ описанныхъ до настоящаго времени случаевъ и одного, видѣннаго нами, но не опубликованнаго (фиг. № 51), представляется слѣдующая картина ихъ постепеннаго развитія.

Полипозное удлиненіе одной изъ маточныхъ губъ (какъ кажется, обѣ заболѣваютъ почти одинаково часто) представляетъ стебельчатую опухоль, образующую удлинненіе губы, видъ которой Virchow, совершенно вѣрно сравниваетъ съ увеличенною миндалевидною желѣзою. Основную ткань составляетъ весьма сосудистая соединительная ткань. Большія закрытыя или лопнувшія полости, наполненные слизью и выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ, проходятъ глубоко въ опухоль, часто достигая до ножки. Эти полости представляютъ фолликулы, перерожденные въ большія кисты.



Фиг. 51.

Фолликулярная гипертрофія передней губы.

Поверхность опухоли, состоящая часто изъ весьма плотнаго мостовиднаго эпителія, сидящаго на многочисленныхъ хорошо развитыхъ сосочкахъ, представляетъ различныя неровности, которыя обуслов-

ливаются лопнувшими и отчасти исчезнувшими фолликулами. Плоскія ямочки смѣняются глубокими выемками; въ другихъ мѣстахъ замѣчается натянутый острый край или даже связки въ видѣ мостиковъ, лежація на опухоли.

Изъ стѣнокъ кистовидно перерожденныхъ фолликуловъ могутъ развиваться, какъ мы наблюдали въ ниже приведенномъ случаѣ, въ большомъ количествѣ папиллярныя разращенія, которыя, какъ показываетъ случай, сообщенный Askermann'омъ, могутъ такъ размножиться, что вырастаютъ изъ кистъ и вслѣдствіе того придаютъ поверхности опухоли папиллярный видъ или форму цвѣтной капусты. Эти, первоначально настоящія желѣзистыя опухоли съ послѣдовательнымъ образованіемъ папилломъ, какъ и при кистахъ яичника, слѣдуетъ отличать отъ папилломъ влагалищной части съ послѣдовательнымъ образованіемъ кистъ.

Видъ опухоли существенно измѣняется, если она опускается до входа во влагалище, что сперва бываетъ только по временамъ, пока она наконецъ остается постоянно впереди наружныхъ половыхъ органовъ. Тогда всѣ фолликулы лопаются, углубленія становятся болѣе плоскими и остается поверхность, покрытая только трещинами и рубцами.

При этомъ эпителий все болѣе и болѣе разрастается, такъ что образуется опухоль, покрытая плотною эпидермоидальною оболочкою, и состоящая, какъ въ раннихъ періодахъ развитія, изъ нѣсколькихъ долей. Опухоль, описанная Simon'омъ, представляется именно въ этомъ родѣ, хотя въ ней оказалось осложненіе настоящею гипертрофіею влагалищной части, однако образовавшеюся вѣроятно послѣдовательно вслѣдствіе растяженія.

Припадки.

Главные припадки, обуславливаемые гипертрофіею губы, составляютъ fluor albus и кровотеченія. Когда опухоль проходитъ чрезъ входъ во влагалище, являются тянущія, потужныя боли и чувство напиранія на низъ. По выхожденіи опухоли наружу появляются всѣ тѣ тягостныя страданія, которыя производитъ каждое инородное тѣло между губами.

Распознаваніе.

Эту опухоль трудно смѣшать съ другими видами, потому что мягкое, полипозное удлиненіе одной губы, состоящее только изъ слизистой оболочки, весьма характеристично.

Лечение.

Опухоль разумеется можетъ быть удалена только оперативнымъ путемъ. Она отрѣзается на высотѣ нормальной губы или, лучше отжигается гальванокаустическою петлею, такъ какъ изъ богатой сосудами ножки можетъ появиться сильное кровотеченіе.

Мы прибавимъ еще нѣсколько замѣтокъ объ одномъ интересномъ нами оперированномъ случаѣ (см. фиг. 51). У 28 л. женщины 6 м. за-мужемъ, появилось послѣ сильнаго напряженія въ первый разъ 2 года тому назадъ постороннее тѣло между губами. Въ послѣднее время оно выходило чаще, но при сидѣннн всегда возвращалось само собою назадъ. Она страдала кровотеченіями и бѣлями. Во входѣ во влагалище находилась красная мягкая опухоль, которая переходила тонкою ножкою въ переднюю губу. Опухоль была удалена гальванокаустическою петлею. Нѣсколько дней спустя отрѣзанъ небольшой слизистый полипъ въ шейкѣ; послѣдовало полное выздоровленіе. Два года спустя, она родила здороваго, крѣпкаго, мальчика. Опухоль $4\frac{1}{2}$ Ctm. шириною и 2 Ctm. толщиною. Ножка 1 resp. $1\frac{1}{2}$ Ctm.; на поверхности ея замѣчаются трещины и вдавленія, изъ которыхъ въ иныя зонды проникаетъ весьма глубоко. На верхушкѣ и на другихъ мѣстахъ опухоли можно приподнять складки слизистой оболочки. На поверхности разрѣза видно, что верхушка опухоли выполняется кистою, величиною въ орѣхъ, съ толстыми стѣнками, въ которой находится густая стекловидная слизь. На стѣнкахъ кисты замѣтно большое количество весьма красивыхъ папиллярныхъ разраженій. Кромѣ того существуетъ множество маленькихъ полостей, которыя отчасти также содержатъ папиллярныя разраженія. Полости простираются и въ ножку.

Ссадины и язвы губъ зѣва.

Otterburg. *Lettres sur les ulcérations de la matrice etc.* Paris 1839. — James, Henry Bennet, *Pract. treatise on inflamm., ulcer., and ind. of the neck of the uterus.* London 1845. — Robert, *Des affect. granul., ulcér. et carcin. du col. de l'utérus* Thèse. Paris 1848. — E. Wagner, *Arch. f. phys. Heilk.* 1856. стр. 515. — C. Mayer, *Vortr. über Eros., Excor etc.* Berlin 1861. — Scanzoni *Chronische Metritis* Wien 1863. стр. 78.

Простая ссадина.

Ссадина образуется вслѣдствіе потери эпителия, который можетъ разрушиться двоякимъ способомъ. Обыкновенно кѣтки постепенно отслаиваются вслѣдствіе мацерацин. Въ такомъ случаѣ на видимой части канала шейки (нижняя часть нерѣдко бываетъ вы-

ворочена), а также на слизистой оболочкѣ, рукавной части, замѣтны ярко-красныя мѣста, которыя или рѣзко отдѣляются отъ здоровой слизистой оболочки, или переходятъ въ нее незамѣтно. Дно ссадины гладко и при нѣсколько грубомъ дотрогиваніи, напр. краемъ маточнаго зеркала, легко кровоточитъ.

Кромѣ того эпителий можетъ также быть приподнятъ выпотомъ изъ сосочковаго слоя въ видѣ маленькихъ, рѣже болѣе крупныхъ пузырьковъ. Такое образованіе маленькихъ пузырьковъ было описано Сканцони какъ афтозная форма, а Лисфранкомъ, Робертотъ и другими какъ герпетическая ссадина. Съ перваго взгляда эта форма похожа на экзему наружной кожи съ тою лишь разницею, что здѣсь не происходитъ образованія засыхающихъ корокъ.

Весьма мелкіе пузырьки приподнимаются надъ поверхностью, достигаютъ величины булавочной головки и просянаго зерна, лопаются и оставляютъ послѣ себя изъязвленное мѣсто. Ссадина увеличивается вслѣдствіе образованія новыхъ пузырьковъ въ окружности и представляетъ неправильное очертаніе. Joulin ¹⁾ наблюдалъ пузырьки съ свѣтлымъ слизистымъ содержимымъ, которые онъ принялъ за Pemphigus

Первый видъ ссадинъ происходитъ главнымъ образомъ путемъ травматическимъ, причеиъ эпителий, мацерированный подъ влияніемъ ѣдкаго катаррального отдѣленія, стирается. Последнее происходитъ при совокупленіи, онанизмѣ, ношеніи пессаріевъ, а также вслѣдствіе удобоподвижности матки, при значительной тяжести этого органа, и при усиленномъ дѣйствіи брюшнаго пресса во время непряженій всего тѣла. Если истеченіе весьма обильно и притомъ ѣдкаго свойства, то эпителий можетъ слущиваться, даже по одной этой причинѣ.

Афтозная форма бываетъ слѣдствіемъ эндометрита причеиъ сосочковый слой слизистой оболочки отдѣляетъ такъ много секрета, что эпителий приподнимается въ видѣ пузырей. Распознаваніе весьма легко при помощи маточнаго зеркала, такъ какъ ссадина представляется въ видѣ просто окрашеннаго мѣста, лишеннаго влажнаго блестящаго эпителия. Маленькіе пузырьки отличаются отъ набухшихъ фолликуловъ своею малою величиною, бѣлымъ дѣвтомъ и сильнымъ выпячиваніемъ надъ поверхностію слизистой оболочки.

Такъ какъ это незначительное страданіе само по себѣ не вызы-

¹⁾ Gaz. des hôpit. 1861. №. 40.

васть никакихъ припадковъ, то и не требуетъ особаго леченія. Осторожными впрыскиваніями обмываютъ накопившееся раздражающее отдѣленіе, послѣ чего выздоровленіе наступаетъ само собою. Если же оно замѣдляется, или ссадина значительно мокнетъ и легко кровоточить, то посредствомъ кисточки смазываютъ ее осторожно ляписнымъ растворомъ средней крѣпости.

Сосочковая (папиллярная) ссадина.

Изъ простой ссадины, при болѣе сильномъ раздраженіи, вслѣдствіе продолжительнаго дѣйствія травмы, тренія, ѣдкаго отдѣленія, можетъ развиться сосочковая язва, причѣмъ обнажившіяся послѣ отпаденія эпителія верхушки сосочковъ набухаютъ до такой степени, что выступаютъ въ видѣ зернистыхъ темно-красныхъ, легко кровоточащихъ возвышеній. Поверхность ссадины представляется въ такомъ случаѣ усѣянной весьма мелкими, зернистыми темно-красными точками, на которыхъ выступаютъ кровяныя капельки уже при одномъ проведеніи по нимъ нѣжною кисточкою. Эта сосочковая ссадина распространяется кнаружи и кнутри отъ наружнаго маточнаго рыльца.

Если сосочки подвергаются еще болѣе сильному раздраженію, то начинаютъ разрастаться, образуя на поверхности слизистой оболочки небольшія сосочковыя разращенія.

Рѣдко послѣдніе увеличиваются до того, что выходятъ изъ-за губъ въ видѣ настоящихъ грибовидныхъ разращеній, которыя, будучи сдавлены стѣнками влагалища, получаютъ нѣкоторое сходство съ пѣтушьимъ гребешкомъ. Они такъ и называются англичанами *Cock's comb granulation*; французы называютъ ихъ *Ulcérations fongueuses végétantes*.

Эта сосочковая опухоль, вслѣдствіе того, что гиперемированныя петли капилляровъ лежатъ въ опухшихъ сосочкахъ очень поверхностно и, слѣдовательно, легко ранимы, даетъ кровотеченія, влекущія за собою извѣстныя послѣдствія.

Въ виду этого обстоятельства, а также въ виду возможности перехода этой опухоли, если она была запущена, въ раковое перерожденіе (см. ракъ шейки), слѣдуетъ быть осторожнымъ при предсказаніи.

Распознаваніе этой опухоли легко, такъ какъ она представляетъ въ зеркалѣ характеристичный видъ. Ее не слѣдуетъ смѣшивать съ

выворотомъ гипертрофированной слизистой оболочки шейки, которая своими многочисленными складками и темно-краснымъ цвѣтомъ, очень на нее похожа; иногда обѣ эти формы встрѣчаются вмѣстѣ.

Лечение состоитъ въ томъ, что вливаютъ въ маточное зеркало неочищенный древесный уксусъ и оставляютъ его около 5 минутъ въ соприкосновеніи съ влагалищною частью. Сосочки становятся бѣлыми и мало-по-малу запусѣваютъ, если смачиваніе повторяется каждые два дня; между тѣмъ эпителий, подъ вліяніемъ раздраженія начинаетъ усиленно размножаться и даже появляется нагноеніе.

Мы совѣтуемъ остерегаться прижиганій сосочковой ссадины палочкою ляписа, такъ какъ вслѣдъ за этимъ происходитъ сильное кровотеченіе и сосочки начинаютъ разрастаться еще значительнѣе.

Болѣе крупныя сосочковыя разращенія прижигаютъ хлористымъ желѣзомъ, или хромовою кислотою при помощи маленькыхъ тампоповъ изъ хлопчатой бумаги, или каленымъ желѣзомъ. Очень большія разращенія сперва срѣзаются ножницами и затѣмъ прижигаются упомянутыми средствами.

Фолликулярная язва.

Описанные выше набухшіе фолликулы могутъ лопнуть, опорожнить свое содержимое и затѣмъ, особенно при гнойномъ характерѣ послѣдняго, образовать небольшія полушаровидныя углубленія, чашечкообразныя язвы. О самихъ фолликулахъ мы говорили при катаррѣ шейки. Эти оставшіяся послѣ лопанія фолликуловъ изъязвленія не имѣютъ ровно никакого значенія, такъ какъ они заживаютъ сами собою; самое же лопанье фолликуловъ слѣдуетъ считать явленіемъ положительно благоприятнымъ. Если дно маленькой язвы имѣетъ дурной видъ и гранулируетъ, то его слѣдуетъ прижигать палочкою адскаго камня.

Описанная нѣкоторыми гинекологами, преимущественно Скапцони, варикозная язва, въ сущности, есть ничто иное, какъ простая или сосочковая ссадина, встрѣчающаяся одновременно съ сильнымъ расширеніемъ поверхностныхъ венъ рукавной части.

Мы описали вышеупомянутыя формы ссадинъ въ ихъ чистомъ видѣ, но считаемъ нужнымъ обратить вниманіе на то, что онѣ весьма часто осложняются, въ особенности простыя ссадины принимаютъ весьма легко характеръ папиллярный.

Эти ссадины значительно измѣняютъ свой характеръ вслѣдствіе слишкомъ энергичнаго способа леченія. Такъ, при частомъ прижиганіи сосочковыхъ язвъ палочкою адскаго камня образуются дряблыя разрастающіяся грануляціи съ нечистымъ дномъ язвы и при этомъ вслѣдствіе именно часто повторяемаго прижиганія дѣло доходитъ до хроническаго раздраженія слизистой оболочки, характеризующагося преимущественно значительнымъ отекомъ подслизистаго слоя. Исслѣдующій палецъ получаетъ при этомъ совершенно особенное ощущеніе, какъ будто слизистая оболочка лежитъ на водяной подушкѣ. Если въ подобныхъ, долго леченныхъ случаяхъ, оставить всякое дѣятельное вмѣшательство, то принухлость подслизистой ткани вскорѣ уменьшается и язва, противостоявшая всякому прижиганію, заживаетъ сама собою.

Ulcus phagedaenicum sive corrodens uteri.

Эта язвенная форма, впервые описанная Кларкомъ, затѣмъ много разъ оспариваемая, представляетъ постепенно распространяющееся въ глубь гнилостное распаденіе нормальныхъ тканей, съ которымъ во всякомъ случаѣ легко можно смѣшать быстро распадающійся ракъ; язва эта была констатирована вполнѣ точными наблюденіями Rokitansky ¹⁾ и преимущественно Förster'a ²⁾. Это глубокая язва съ твердыми краями и ворсистымъ гангренознымъ дномъ, неудержимо распространяющаяся въ окружности и по существующимъ до сихъ поръ наблюденіямъ всегда обанчивающаяся смертью.

Распознаваніе возможно только на трупѣ или въ крайнемъ случаѣ при помощи микроскопа послѣ полной экстирпации. При леченіи во всякомъ случаѣ слѣдуетъ попробовать энергическое прижиганіе каленымъ желѣзомъ.

Шанкеръ влагалищной части.

Шанкеръ влагалищной части имѣетъ характеръ обыкновенной шанкерной язвы и встрѣчается очень рѣдко, еще рѣже онъ принимаетъ фагаденическій характеръ.

¹⁾ Handb. d. pathol. Anat. III. p. 538.

²⁾ Handb. d. pathol. Anat. II. p. 318.

Хотя мы убѣждены въ томъ, что никакое описаніе, ни какіе рисунки не могутъ познакомить начинающаго съ измѣненія, происходящими на слизистыхъ оболочкахъ, что все виды ссадинъ, язвъ, грануляцій, папилломъ и проч. нужно видѣть на больныхъ, чтобы изучить ихъ практически, но рѣшились помѣстить раскрашенный рисунокъ этихъ патологическихъ продуктовъ съ тою цѣлью, чтобы пояснить рисункомъ сказанное въ текстѣ.

Рисунокъ 1-й изображаетъ разбухшіе и выдающіеся надъ поверхностью слизистой оболочки фолликулы.

Рис. 3-й. Тѣже фолликулы представлены лопнувшими. Такимъ образомъ здѣсь видно начало образованія фолликулярной ссадины.

Рис. 2-й. Ссадины, покрытыя грануляціями въ началѣ заживленія.

Рис. 4-й. Слизистая оболочка рукава при хроническомъ катаррѣ съ выдающимися надъ поверхностью и покраснѣвшими сосочками.

Рис. 5-й. Папиллярныя разращенія (бородавки) на слизистой оболочкѣ рукавной части.

Ред.

Смѣщеніе матки.

Искривленіе (перегибъ) впередъ, наклоненіе впередъ. искривленіе назадъ и наклоненіе назадъ.

Anteflexio, Anteversio, Retroflexio и Retroversio.

Schweighäuser, Ueber einige phys. u. prakt. Gegenst. d. Geburtsh. Nürnberg 1817. стр. 251.—W. J. Schmitt, Ueber d. Zurückbeugung d. Gebärmutter etc. Wien 1820.—Tiedemann, Von der Duverney'schen etc. Heidelb. u. Leipzig. 1840. — Simpson, Selected Obst. Works. I. стр. 681. — Pajot (Velpeau), Gaz. des hôp. Juill. 1845. № 82 seq. — Rigby, Med. Times. Nov. 1845 стр. 124. seq. — Kiwisch, Beitr. z. Geburtsk. Würzburg 1848. II. Abth. стр. 134. — Verhandlungen der. Pariser Akademie der Medicin. Gaz. méd. de Paris. 1840 № 41.—47. — Sommer, Beitr. z. Lehre. v. d. infarct. u. Flex. d. Gebärm. D. i. Giessen 1850 — Mayer, Verh. d. Berliner Ges. f. Geburtsh. 1851. IV. стр. 198.—Rockwitz e. l. V. стр. 82 u De antefl. et retrofl. uteri. Marburg. D. i. 1851 —Scanzoni, Sc's Beiträge. I стр. 40, и II. стр. 161. — Valleix, Gaz. des hôp. 1851. №. 129. 1852. № 5. — 123 и L'Union 1853. №. 106. —Duncan, On the displacements of the uterus. Edinburgh 1854.—Virchow, Verh. d. Berl. Ges. f. Geb. IV. стр. 80, Wiener allg. med. Z. 1859. №№ 4, 5, 6, 20 и Mon. f. Geb. B. 13. стр. 168.—Rokitansky, Wiener allg. med. Z. 1859. No. 17 und 18. — Arneth, Petersb. med. Z. 1861. I. 5. — L. Mayer, M. f. Geb. B. 21. стр.

426.—Klob, Pathol Anat. d. weibl Sex. Wien 1864. стр. 56 —Max Bernh. Freund, Die Lageentwicklung der Beckenorgane etc. in Breslauer klin. Beitr. 1864. 2. H. стр. 85. — Martin, Die Neig. u. Beug. d. Gebärmutter etc. 2. Aufl. Berlin 1870.—Säxinger (Seyfert), Prager Vierteljahrshr. 1866. 4. стр. 44.—Meadows, Lancet 18 — 25 July 1868. — Hueter, Die Flexionen des Uterus. Leipzig 1870.—Credé, Archiv f. Gyn. 1870. 1. стр. 84.—Winkel, Die Behandl. d. Flexionen des Uterus etc. Berlin 1872.—Hildebrandt, Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig 1870. №. 5. — Schroeder, e. 1. 1872. №. 37. — B. Schultze, e. 1. No. 50, Tagebl. d. Leipziger Naturf.-Vers. 1872. стр. 81 и Archiv f. Gyn. B. IV. стр. 373. — Joseph, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. II. стр. 107.

Исторія.

Замѣчательно, что такъ часто встрѣчающіяся измѣненія въ положеніи матки, впередъ и взадъ, стали извѣстны врачамъ лишь въ недавнее время. Объяснить это можно развѣ только тѣмъ пренебреженіемъ, съ которымъ врачи относились прежде къ гинекологическому изслѣдованію.

Впервые вниманіе на эти смѣщенія обращено было, благодаря тяжелымъ припадкамъ, вызываемымъ измѣненіями положенія матки взадъ во время беременности; относительно не беременныхъ до настоящаго столѣтія были извѣстными лишь единичные случаи, встрѣченные или случайно въ трупахъ, какъ напримѣръ случаи, сообщенные Saxtorph'омъ ¹⁾ и P. Frank'омъ ²⁾, или обратившіе вниманіе врачей своими припадками, которые впрочемъ очевидно были лишь слѣдствіемъ осложненій, какъ напримѣръ случаи опубликованные Willich'омъ ³⁾, Schneider'омъ ⁴⁾ и Kirschner'омъ ⁵⁾. Schweighäuser первый, приобрѣлъ обширную опытность въ этомъ дѣлѣ и первый справедливо указалъ на то, что отклоненіе взадъ встрѣчается чаще у небеременныхъ (39 случаевъ), нежели у беременныхъ (5 случаевъ). Къ нему примкнулъ W. J. Schmitt, описавшій около того-же времени нѣсколько случаевъ наклоненія матки впередъ, какъ большую рѣдкость.

Искривленія матки считали вообще явленіями еще болѣе рѣдкими и замѣчательными, несмотря на то, что случаи, констатиро-

¹⁾ Ill. soc. med. Havniensis. 1775. T. II. стр. 127.

²⁾ 1786. Opusc. posth. Viennae. 1824. стр. 78.

³⁾ Richter's chirurg. Bibl. Göttingen. 1779. B. V. стр. 132.

⁴⁾ e. 1. 1791. B. XI. стр. 310.

⁵⁾ Stark's Archiv. Jena. 1793. B. IV. стр. 637.

ванные Saxtorph'омъ и Frank'омъ на трупахъ, представляли именно искривленія взадъ.

Лишь послѣ изслѣдованія Simpson'a и Kiwisch'a, которымъ въ этомъ дѣлѣ большую услугу оказалъ зондъ, всѣ стали признавать смѣщенія матки впередъ и взадъ за явленіе, встрѣчающееся часто; но попытки объяснить причины этихъ смѣщеній на основаніи нормальнаго положенія матки и ея физиологическихъ отклоненій, сдѣланы были лишь въ самое послѣднее время.

Хотя дѣйствительно ученіе объ исправленіяхъ и неправильныхъ положеніяхъ было разработано надлежащимъ образомъ лишь въ послѣднее время, но уже въ 18 столѣтіи и даже ранѣе неправильности положенія небеременной матки обращали на себя вниманіе практическихъ врачей. Они были извѣстны даже Гиппократу и Аэцію. Аспазія (Tetralogie d'Aëtius, IV discours chap. 77) указываетъ на признаки неправильнаго положенія матки: Si l'inclinaison de l'utérus a lieu en arrière ou en bas, il s'ensuit un engourdissement et de la difficulté dans les mouvements des membres inferieurs etc. Въ то время были извѣстны даже нѣкоторые механическіе способы леченія: такъ введеніе палочекъ съ толстымъ шаровиднымъ наконечникомъ, которыя вводились glande въ прямую кишку (см. тамъ же). Ambroise Paré имѣлъ еще болѣе точныя свѣдѣнія о неправильныхъ положеніяхъ матки, онъ даже пытался уяснить механизмъ ихъ происхожденія (Ambr. Paré. Livre de la génération, chap. 52 edit. Malgaigne). Анатомическія изысканія по этому предмету начиваются съ Литтра (Littre; Histoir de Academie royale des scienses de Paris; obs. anat. 13. année 1704). Но еще ранѣе его Фабрицій Аббапенденте опредѣлялъ неправильность положенія матки при помощи акушерскаго изслѣдованія. Затѣмъ Морганьи, Грегуаръ, Левретъ и Дегранжъ упоминаютъ довольно опредѣленнымъ образомъ объ этихъ неправильностяхъ. Наблюденія Леврета были напечатаны гораздо позднѣе именно въ 1773 году въ Вандермондовскомъ журналѣ. Что касается до Германіи, то свѣдѣнія объ этомъ предметѣ являются лишь въ болѣе позднее время. Зато изученіе неправильныхъ положеній и искривленій матки здѣсь было обработано болѣе серьезно и въ то время, когда французскіе гинекологи послѣ доклада Деполя и дебатовъ въ Парижской Медицинской Академіи въ 1854 г. весьма охладѣли къ механическому леченію, а вмѣстѣ съ тѣмъ оставили и вопросъ о самихъ искривленіяхъ, Нѣмцы продолжали свои работы по этому предмету и въ настоя-

шее время весьма далеко подвинули этотъ вопросъ. Въ Англiи свѣденiя объ искривленiяхъ и неправильныхъ положенiяхъ начинаются, кажется, лишь со времени Симпсона. Но ей и Америкѣ безспорно принадлежитъ первенство въ распространенiи и усовершенствованiи механическаго способа леченiя искривленiй и неправильныхъ положенiй матки. Ред.

Опредѣленiе и причины.

Измѣненiя въ положенiи матки впередъ и взадъ могутъ быть двоякаго рода.

Если, при измѣненномъ положенiи тѣла матки, шейка отклонилась въ противоположную сторону, такъ что матка вся измѣнила свое положенiе, сохраняя притомъ свою нормальную форму, то такое состоянiе называется наклоненiемъ (*Versio*); если же тѣло наклонилось впередъ или взадъ, а шейка сохранила свое нормальное положенiе во влагалищѣ, такъ что ось тѣла и шейки образуютъ уголъ, то такое состоянiе называется искривленiемъ (изгибомъ) (*Flexio*) матки. Такъ какъ въ нормальномъ состоянiи матка слегка искривлена по своей передней поверхности, то наклонiе впередъ можетъ считаться существующимъ лишь съ тѣмъ поръ, когда это искривленiе перейдетъ за предѣлы нормы. Поэтому при наклоненiи матки взадъ можетъ существовать умѣренная степень физиологическаго искривленiя впередъ. Смѣщенiе матки впередъ можно, слѣдовательно, считать за чистое наклоненiе, хотя бы при этомъ матка была слегка искривлена впередъ; смѣщенiе же взадъ слѣдуетъ называть искривленiемъ взадъ, лишь только тогда, когда шейка и тѣло образуютъ уголъ открытый взади.

Впрочемъ эти измѣненiя рѣдко встрѣчаются совершенно чистыми. Обыкновенно, при смѣщенiи тѣла матки, шейка слегка отклоняется въ противоположную сторону, такъ что при искривленiяхъ одновременно существуетъ и умѣренная степень наклоненiя.

Такъ какъ мы считаемъ искривленiя болѣе важными, то при дальнѣйшемъ изложенiи всякое измѣненiе положенiя матки, при которомъ отношенiе оси шейки къ оси тѣла матки уклоняется отъ нормы, будемъ называть искривленiемъ; подъ наклоненiемъ же будемъ разумѣть только тѣ случаи, гдѣ ось всей матки представляетъ прямую, или только слегка изогнутую впереди линiю.

Для объясненiя способа образованiя ненормальныхъ положенiй матки впереди и взади, необходимо уяснить ненормальное положенiе ея.

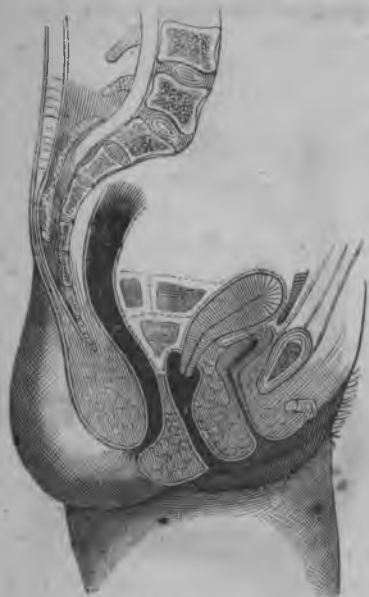
Матка лежитъ въ маломъ тазу между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою такъ, какъ это представлено на фиг. 52, но положеніе ея въ тазу не устойчивое. Дно ея въ направленіи спереди назадъ, можетъ быть передвигаемо почти совершенно свободно, такъ какъ круглыя связки, имѣя дугообразное направленіе и прикрѣпляясь къ мягкимъ частямъ, даже при нормальной упругости, дѣлаютъ возможными значительныя перемѣщенія матки къзади. Всего болѣе укрѣплена шейка, однако и она находится въ связи не съ неподвижными частями, а виситъ, прилегая своею переднею поверхностью къ задней стѣнкѣ мочевого пузыря, а заднею къ передней стѣнкѣ прямой кишки. Наконецъ влагалище, съ своей стороны, не доставляетъ маткѣ никакого устойчиваго положенія, но само слѣдуетъ за движеніями шейки. Такимъ образомъ кромѣ широкихъ связокъ, которыя при нормальной упругости значительно ограничиваютъ боковыя движенія матки, послѣдняя тѣсно связана только со своими сосѣдними органами — мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою.



Фиг. 52. Нормальное положеніе матки при мало наполненномъ пузырьѣ.

Но задняя стѣнка мочевого пузыря и передняя прямой кишки измѣняютъ свое положеніе въ полости таза въ весьма значительной степени, смотря по состоянію ихъ наполненія. Это относится въ особенности къ мочевому пузырю, оказывающему рѣшительное вліяніе на положеніе матки. Именно, если мочевой пузырь совершенно пустъ, то вся матка сильно наклонена впередъ, какъ это представлено на фиг. 53; если еще при этомъ прямая кишка наполнена лишь незначительно, то между нею и маткою остается большое пространство, которое выполняется петлями кишекъ. При наполненіи мочевого пузыря его задняя стѣнка, а съ нею вмѣстѣ и матка отодвигаются къзади, такъ что послѣдняя все болѣе и болѣе приближается къ передней стѣнкѣ прямой кишки и сообразно этому вытѣсняетъ кишечныя петли изъ Дугласова пространства. Если мочевой пузырь переполненъ, то

матка представляется совершенно втиснутою въ крестцовую впадину, слѣдовательно, слегка наклоненною взадъ, а Дугласово пространство совершенно пустымъ (см. фиг. 53).



Фиг. 53. Положеніе матки при совершенно пустомъ пузырьѣ.



Фиг. 54. Положеніе матки при переполненномъ пузырьѣ.

Вліяніе прямой кишки на матку менѣе значительно, такъ какъ шейка не непосредственно связана съ прямою кишкою помощью соединительной ткани, но между нами находится Дугласово пространство и оба органа соединены между собою только съ боковъ посредствомъ *ligamenta recto-uterina*, которыя отчасти прикрѣпляются къ передней стѣнкѣ прямой кишки, отчасти же и къ задней стѣнкѣ таза и препятствуютъ лишь значительному отклоненію шейки впередъ. Если прямая кишка пуста, то все Дугласово пространство выполнено кишечными петлями; по мѣрѣ же накопленія кака въ прямой кишкѣ, ея передняя стѣнка все болѣе и болѣе выпячивается въ Дугласово пространство и вытѣсняетъ изъ него кишечныя петли, между тѣмъ какъ матка сохраняетъ свое прежнее положеніе и только при чрезмѣрномъ переполненіи прямой кишки легко смѣщается впередъ.

Такимъ образомъ положеніе матки сильно измѣняется, смотря по степени наполненія мочевого пузыря. Чѣмъ меньше въ пузырьѣ

содержится мочи, тѣмъ матка болѣе искривлена и наклонена впередъ, а при весьма сильномъ наполненіи пузыря, матка можетъ слегка наклониться назадъ.

Если такимъ образомъ при пустомъ пузырьѣ матка обыкновенно бываетъ искривлена впередъ, то предстоитъ еще рѣшить вопросъ, можно ли вообще считать искривленіе матки впередъ за паталогическое состояніе. Schultze прямо даетъ на этотъ вопросъ отрицательный отвѣтъ, что по нашему мнѣнію несправедливо. Съ одной стороны высокія степени искривленій впередъ обыкновенно сами по себѣ обуславливаютъ явные болѣзненные припадки: разстройство въ отдѣленіи мѣсячныхъ кровей и безплодіе; а съ другой стороны существуетъ еще громадная разница между паталогическимъ искривленіемъ матки впередъ и нормальнымъ, вслѣдствіе опорожненія мочевого пузыря. Стоитъ только сравнить матку на фиг. 53 съ маткою на фиг. 55.

Искривленія впередъ подобно изображеннымъ на фиг. 55, правда, встрѣчаются нерѣдко врожденными (ихъ часто находятъ при вскрытіи новорожденныхъ), но это еще отнюдь не даетъ права считать ихъ за фізіологическія. Мы смотримъ на нихъ какъ на паталогическій эксцессъ фізіологическаго развитія, такъ какъ обыкновенно съ наступленіемъ половой зрѣлости они вызываютъ припадки, нерѣдко даже весьма жестокіе.

Встрѣчаются искривленія впередъ и у женщинъ рожавшихъ. У нихъ матка бываетъ вяла и сильно искривлена впередъ, мочевоѣ пузырь, даже когда онъ наполненъ, лишь слегка оттягиваетъ всю матку къзади, не вліяя на дно ея. Это бываетъ при значительной вялости матки и сосѣднихъ органовъ подъ вліяніемъ необыкновенно сильнаго дѣйствія брюшнаго пресса. Клѣтчатка, соединяющая шейку матки съ заднею стѣнкою мочевого пузыря, не такъ плотна, какъ обыкновенно думаютъ, но можетъ растягиваться и тогда матка совершенно искривленная впереди брюшнымъ прессомъ, уже не лежитъ болѣе на мочевомъ пузырьѣ. Она лежитъ тогда позади мочевого пузыря такъ, что при наполненіи послѣдняго мочою уже болѣе имъ не приподнимается, но, сохраняя свою ненормальную форму, лишь слегка отдавливается имъ къзади. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ и влагалище бываетъ вяло, то шейка можетъ изогнуться подъ такимъ острымъ угломъ что своимъ тѣломъ будетъ оттягивать внизъ передній сводъ влагалища.

Высшія стенины чистыхъ наклоненій впередъ встрѣчаются не

часто. Онѣ происходятъ при выше упомянутыхъ условіяхъ, если матка ненормально толста и плотна, слѣдовательно, при свѣжихъ воспалительныхъ состояніяхъ.

Если, напротивъ, ткань матки нормальна, то при усиленномъ дѣйствіи брюшнаго пресса уголъ искривленія обыкновенно становится больше, такъ что чистаго наклоненія тутъ не произойдетъ.

Такія же смѣщенія впередъ, какія происходятъ при нормальномъ состояніи матки, подъ вліяніемъ усиленнаго дѣйствія брюшнаго пресса, могутъ произойти и вслѣдствіе ненормальной тяжести тѣла матки. Если въ тѣлѣ матки образовался фиброидъ или послѣднее просто только увеличено въ объемѣ (Puerperium, хроническое воспаление паренхимы матки), то матка сильнѣе обыкновеннаго выдается впередъ, образуя при значительной плотности наклоненіе впередъ, при нормальной плотности или при вялости, — искривленіе впередъ.

Фиброиды тянутъ матку то впередъ, то назадъ, такъ какъ сами мѣняютъ свое положеніе, соотвѣтственно положенію больной. Можно поэтому у одной и той же больной находить смѣщеніе матки, то впередъ, то взадъ.

Вполнѣ паталогическія явленія представляютъ наклоненія взадъ, такъ какъ матка нормально слегка наклонена впередъ. Только при значительномъ переполненіи мочеваго пузыря матка слегка отклоняется назадъ. Это обстоятельство имѣетъ важное значеніе въ этиологіи смѣщенія взадъ. Именно, способъ происхожденія такихъ смѣщеній, становится вполнѣ понятнымъ, если матка случайно приняла такое положеніе, что дѣйствіе брюшнаго пресса направлено на ея переднюю поверхность. При сильномъ дѣйствіи брюшнаго пресса, въ такомъ случаѣ, матка неминуемо должна отклониться взадъ. Произойдетъ ли при этомъ наклоненіе или искривленіе назадъ, зависитъ исключительно отъ состоянія стѣнокъ матки. Если ткань матки нормальной плотности или тверже обыкновеннаго, то происходитъ чистое наклоненіе, такъ какъ нормальная плотная ткань матки препятствуетъ ей изогнуться взадъ; если же ткань матки вяла, собенно въ области внутренняго маточнаго зѣва, то происходитъ перегибъ. По мѣрѣ того, какъ измѣняются эти состоянія, наклоненія могутъ переходить въ перегибы и обратно. Всего рѣже встрѣчается переходъ перегиба назадъ въ наклоненіе назадъ, однако это бываетъ вслѣдствіе присоединяющагося воспаления. Мы наблюдали подобное измѣненіе въ положеніи матки, какъ временное со-

стояніе, при набуханіи матки въ періодъ мѣсячныхъ очищеній. Важное значеніе имѣетъ также высота, на которой находится матка, такъ какъ послѣдняя принимаетъ тѣмъ болѣе наклонное положеніе, тѣмъ глубже она опустилась (см. фиг. 75).

Обыкновенно дѣло начинается съ наклоненія взадъ, пока тѣнь матки постепенно ослабѣваетъ до того, что тѣло матки перегибается взади.

Но перегибъ взадъ при слегка наклоненномъ положеніи матки, можетъ произойти и внезапно вслѣдствіе сильнаго дѣйствія брюшнаго пресса (кашель, рвота, паденіе и проч.). Разслабленіе lig. recto-uterina, которому Hildebrandt и Schultze придаютъ большое значеніе, мы считаемъ не болѣе какъ благопріятствующимъ условіемъ; значительная вялость этихъ связокъ, правда, обыкновенно существующая при заворотахъ, чаще бываетъ лишь послѣдовательною.

Только въ весьма исключительныхъ случаяхъ смѣщенія матки обусловливаются приращеніемъ дна впереди или взади. Срощенія, дѣйствительно встрѣчающіяся нерѣдко при этихъ положеніяхъ матки, почти всегда составляютъ лишь послѣдовательное явленіе, т. е. образуются между частями, пришедшими въ соприкосновеніе между собою вслѣдствіе ненормальнаго положенія матки.

Относительно смѣщеній исключительно послѣдовательныхъ, какія напр. встрѣчаются при существованіи большихъ брюшныхъ опухолей, отдавливающихъ матку впередъ или назадъ, не считаемъ нужнымъ распространяться.

Въ заключеніе этого этиологическаго очерка, представимъ еще краткую схему различныхъ способовъ происхожденія отдѣльныхъ смѣщеній матки.

Искривленіе впередъ (перегибъ) встрѣчается врожденнымъ у нерожавшихъ какъ эксцессъ физиологическаго развитія, но также и у рожавшихъ, у которыхъ матка, если она при этомъ не гипертрофирована, подвергается частымъ насиліямъ со стороны брюшнаго пресса.

Наклоненіе впередъ (уклонъ) встрѣчается только при ненормально утолщенной и увеличенной въ объемѣ маткѣ подъ вліяніемъ условій, которыя при нормальной или вялой маткѣ ведутъ къ ея перегибу впередъ.

Искривленіе назадъ (загибъ) рѣдко встрѣчается у нерожавшихъ, развѣ при ненормальномъ разрыхленіи ткани матки вслѣдствіе ка-

тарровъ. У рожавшихъ это искривленіе образуется особенно легко, если тѣло матки увеличено въ объемъ и вѣсъ, а область внутренняго маточнаго зѣва дрябла, всего же чаще вслѣдствіе сильнаго напряженія брюшнаго пресса, при переполненіи мочеваго пузыря.

Наклоненіе взадъ (заворотъ) встрѣчается какъ у нерожавшихъ, такъ и многорожавшихъ, при тѣхъ же условіяхъ, какъ и искривленіе взадъ, но при нормальной или увеличенной плотности ткани матки.

Паталогическая анатомія.

Смѣщенія матки представляются въ слѣдующемъ видѣ.

При искривленіи впередъ (см. фиг. 55) тѣло и шейка образуютъ открытый впередъ уголъ, болѣе острый, чѣмъ въ нормальномъ



Фиг. 55. Искривленіе матки впередъ (anteflexio).



Фиг. 56. Наклоненіе матки впередъ (anteversio).

состояніи. Шейка, такимъ образомъ, при чистомъ искривленіи впередъ, имѣетъ свое нормальное положеніе во влагалищѣ, но весьма часто при этомъ одновременно существуетъ и легкое наклоненіе впередъ, такъ что маточное рыльце смотритъ болѣе взадъ. Тѣло матки лежитъ на переднемъ сводѣ влагалища. Уголъ, образуемый шейкою и тѣломъ, можетъ быть весьма острымъ.

При наклоненіи впередъ (см. фиг. 56) оси шейки и тѣла образуютъ небольшой нормальный уголъ, или же образуютъ одну прямую линію. Маточное рыльце, слѣдовательно, тѣмъ болѣе обращено къ крестцовой кости, чѣмъ значительнѣе дно опускается впередъ.

При искривленіи назадъ (см. фиг. 57) тѣло и шейка образуютъ уголъ, открытый къзади, тупой или острый. При совершенно чистомъ искривленіи назадъ шейка стоитъ во влагалищѣ нормально; въ большинствѣ же случаевъ маточное рыльце слегка обращено къ



Фиг. 57. Искривленіе матки взадъ (retroflexio).



Фиг. 58. Наклоненіе матки взадъ (retroversio).

лонному соединенію, вслѣдствіе осложненія наклоненіемъ матки взадъ въ легкой степени.

При наклоненіи назадъ (см. фиг. 58), чѣмъ далѣе дно матки опускается къзади, тѣмъ болѣе шейка отклоняется впередъ такъ, что маточное рыльце обращается къ лонному соединенію, а при высшихъ степеняхъ наклоненія матка повергивается такъ, что маточный зѣвъ бываетъ направленъ кверху.

При наклоненіяхъ форма матки бываетъ неизмѣнена.

При искривленіяхъ иногда (при искривленіи взадъ) тѣло матки изогнуто на подобіе реторты; обыкновенно же оно образуетъ крутой перегибъ и мѣсто этого перегиба всегда почти приходится на вы-

сотъ внутренняго маточнаго зѣва. Весьма рѣдко—при совершенно вялой шейкѣ—верхняя часть послѣдней слѣдуетъ за тѣломъ, такъ что мѣсто перегиба приходится въ самой шейкѣ; съ другой стороны Клобъ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ мѣсто перегиба находилось въ тѣлѣ матки

При искривленіи и наклоненіи впередъ дно матки можетъ опуститься обыкновенно лишь довольно умѣренно, такъ какъ впереди его находится мочевой пузырь; однако въ исключительныхъ случаяхъ оно можетъ, при выше упомянутыхъ условіяхъ, выпятить переднюю стѣнку влагалища такъ, что при чистомъ искривленіи тѣло и шейка будутъ находится почти на одной высотѣ, и дно лежать тотчасъ назади входа во влагалище. При искривленіи и наклоненіи взадъ тѣло матки безпрепятственно можетъ опуститься гораздо глубже въ Дугласово пространство, такъ что смѣщеніе здѣсь бываетъ обыкновенно болѣе значительнымъ. Если тѣло матки опускается взадъ очень глубоко, то образуется, за рѣдкими исключеніями, искривленіе.

При всѣхъ видахъ смѣщенія область внутренняго маточнаго зѣва не вполне сохраняетъ свое нормальное положеніе въ тазу. Если тѣло матки опускается взадъ, то шейка, а съ нею верхняя часть влагалища отклоняются слегка впередъ и наоборотъ. При этомъ внутренній маточный зѣвъ лежитъ обыкновенно нѣсколько выше.

При наклоненіяхъ и неполнѣ чистыхъ искривленіяхъ происходитъ уплощеніе (изглаживаніе) влагалищнаго свода, именно при наклоненіи resp. искривленіи впередъ—иеряднаго.

При болѣе сильныхъ искривленіяхъ взадъ маточное рыльце слегка раскрывается, вслѣдствіе отклоненія впередъ передней губы.

Самыми частыми послѣдствіями смѣщеній бываютъ воспаленія паренхимы матки и слизистой оболочки ея.

Причиной этихъ воспаленій, особенно при искривленіяхъ, бываетъ затрудненіе кровообращенія и послѣдовательное развитіе застойныхъ гиперемій.

Кромѣ того при смѣщеніяхъ матки взадъ, причиною хроническаго воспаленія матки бываетъ и механическое раздраженіе во время прохожденія каловыхъ массъ, а при искривленіи впередъ воспалительныя разстройства питанія происходятъ вслѣдствіе дисменоррей.

При дальнѣйшемъ теченіи выступаютъ явленія раздраженія и частичнаго воспаленія серознаго покрова матки, слѣдствіемъ чего

можетъ быть образование сращеній (рѣже послѣднія бываютъ причиною смѣщеній).

Если искривленіе существуетъ долгое время, то происходятъ измѣненія въ области внутренняго маточнаго зѣва, причемъ въ этомъ мѣстѣ ткань матки атрофируется. У старыхъ женщинъ могутъ образоваться суженія канала, вслѣдствіе сращенія слизистой оболочки въ области внутренняго маточнаго зѣва.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ дно искривленной назадъ матки можетъ обусловить своимъ давленіемъ омертвѣніе и прободеніе стѣнокъ влагалища и прямой кишки ¹⁾.

Изъ всего вышесказаннаго видно, что авторъ, подробно излагая механизмъ происхожденія неправильныхъ положеній и искривленій матки, мало касается процесса происхожденія этихъ неправильностей. Между тѣмъ вопросъ о происхожденіи искривленій, значеніе ихъ, какъ самостоятельной болѣзненной формы, ихъ излечимости и т. п. въ послѣдніе 20, 30 лѣтъ составлялъ постоянно, да и теперь еще составляетъ одинъ изъ самыхъ спорныхъ, животрепещущихъ вопросовъ гинекологіи. Поэтому мы считаемъ не лишнимъ прибавить къ изложенному въ текстѣ нѣсколько словъ.

Хотя, какъ мы сказали въ предыдущемъ примѣчаніи, въ литературѣ можно найти указанія, что неправильныя положенія матки были извѣстны уже съ давнихъ временъ, но въ сущности разработка этого отдѣла гинекологіи началась лишь съ недавняго времени. Мы не ошибемся, кажется, если скажемъ, что вопросъ былъ поднятъ впервые Амелиномъ въ его диссертациі въ 1830 г. и съ тѣхъ поръ масса неопредѣленныхъ, разнородныхъ принадлежностей въ области половой сферы, объяснявшихся прежде словомъ инфарктъ, стала объясняться неправильностью формы, или положенія матки. Дѣло дошло наконецъ до такой крайности, что искривленія и неправильныя положенія матки считались чуть ли не причиною изъ причинъ всѣхъ половыхъ страданій.

Съ этимъ крайнимъ положеніемъ гинекологія покончила однако довольно скоро, благодаря двумъ знаменитымъ спорамъ: одному во Франціи въ Парижской Медицинской академіи въ 1854 году, а другому въ Германіи между Вирховомъ и Ровитанскимъ въ 1856 — 1860 годахъ.

Патологическая же сторона этого вопроса осталась и до сихъ поръ

¹⁾ Klob, Anatomie d. w. Sex. стр. 69.

не вполне разъясненную. Причину разногласий между патологами была и остается еще до настоящего времени не только патологическая, во даже чисто анатомическая сторона вопроса.

Такъ Дунканъ (Duncan Matth. On the displacement of the uterus. Edinb. 1854.) считаетъ мочевоу пузырь и влагалище главными поддерживающими аппаратами для матки; Ришетъ (Richet. Traité prat. d'Anat. med. chirurg. Paris 1861) наоборотъ полагаетъ, что влагалище поддерживается своимъ прикрѣпленіемъ къ маточной шейкѣ; Рокатанскій, (Wienerallgem. med. Zeit 1859 № 17), считая за причину искривленій измѣненія въ тканяхъ самой матки, объясняетъ ихъ происхождение ослабленіемъ и измѣненіемъ подслизистаго слоя соединительной ткани матки, а Хробакъ (Handb. d. Lehr. v. d. Geweben d. Mensch. u. Thiere Stricker, Leipz 1868—72 стр. 1172), совсѣмъ отрицаетъ существованіе соединительной ткани въ слизистой оболочкѣ тѣла матки; Генле (Handb. d. Systemat. Anat. d. Mensch. Braunschw. 1866) допускаетъ ея очень немного и т. п. Еще больше разногласій встрѣчается въ патологіи: Вельпо (Maladies de l'uterus. Paris 1854) считаетъ за главную причину искривленій — неподвижность влагалищной части, давленіе брюшнаго пресса и пр., а измѣненіе ткани матки принимаетъ за явленіе послѣдовательное; Сканцони (Beiträge. z. Geburtsh. u. Gynäkolog. 1855 Hft 2. стр. 164) въ свѣжихъ случаяхъ не видалъ измѣненія ткани матки, но принимаетъ, что въ болѣе развитыхъ и давняго происхожденія случаяхъ матка на мѣстѣ искривленія всегда бываетъ плоске, вещество ея менѣе упруго, вяло, рыхло, въ особенности на вогнутой сторонѣ. Это мѣсто на взглядъ отличается отъ прочихъ своимъ желтымъ цвѣтомъ, зависящимъ отъ жироваго перерожденія ткани матки. Онъ допускаетъ при этомъ и принимаемую другими атрофію мышечной ткани, которая замѣняется волокнистоу (Lehrb. d. Krankh. d. Weibl Sexualorg. 1867 стр. 91). Вирховъ (Gesammel. Abhand. Frankf. 1856) напалъ на это мнѣніе Сканцони и утверждаетъ, что тутъ нѣтъ жироваго перерожденія, что это не жиръ, а поперегъ перерѣзанныя мышечныя ядра. По его мнѣнію, причина искривленій заключается въ относительномъ укороченіи круглыхъ маточныхъ связокъ, въ ложно-перепончатыхъ срощеніяхъ послѣ перитонита, переполненіи пузыря, прямой кишки и вообще во внѣшнихъ механическихъ условіяхъ, атрофія же стѣнки матки есть слѣдствіе искривленія.

Вослѣдствіи впрочемъ онъ измѣнилъ свой взглядъ и полагалъ, что причину уклоненій относительно чаще слѣдуетъ искать въ неправильномъ развитіи матки во время утробной жизни.

Бивиншъ, считая за причину искривленій измѣненія самой маточной ткани въ точкѣ изгиба, полагаетъ, что, между прочимъ, скопленіе катаррального отдѣленія въ маткѣ, увеличивая полость и вѣсь ея, способствуетъ происхожденію искривленія.

Еще опредѣленнѣе въ этомъ отношеніи высказался Рокитанскій. *Wienerallgem. med. Zeit.* Mai 1859 № 17 и 18): онъ объясняетъ происхожденіе искривленій разрыхленіемъ плотной подслизистой ткани, которая составляетъ основу матки, въ особенности близъ внутренняго маточнаго зѣва, гдѣ по большей части и происходитъ искривленіе. Это измѣненіе ткани зависитъ отъ катаррального страданія слизистой оболочки и находится въ связи съ менструаціею, причемъ маточныя желѣзы удлинняются, въ особенности вблизи внутренняго зѣва, въ подслизистый слой и количественно увеличиваются на счетъ этого послѣдняго; кромѣ того здѣсь происходитъ и разращеніе фолликуловъ (*ovula Nabothi*), которые, увеличиваясь, сдавливаютъ и атрофируютъ подслизистую ткань, затѣмъ лопаются, послѣ чего ткань спадается, остающіяся же клѣтчатка не въ состояніи удерживать матку въ нормальномъ состояніи.

Естественно, что вслѣдствіе такихъ измѣненій *anteflexio* бываетъ чаще, чѣмъ *retroflexio*, такъ какъ матка сама по себѣ въ нормальномъ состояніи отчасти изогнута напередъ, да кромѣ того подслизистый слой въ передней части кольца, образуемаго внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ, значительно тоньше и слѣдовательно скорѣе можетъ исчезнуть.

Съ такимъ механизмомъ происхожденія согласенъ Крювелье *Vidal de Cassis*, Зоммеръ, Сканцони и большинство современныхъ гинекологовъ.

Клобъ тоже держится этого мнѣнія (*Pathol. Anat. d. Weib, Sexualorg* 1864 стр. 66): онъ говоритъ, что въ углѣ искривленія выпрямленной матки образуется какъ бы лотокъ, гдѣ соединительная ткань послѣ затвердѣнія сократилась; атрофія же подслизистой ткани есть причина только предрасполагающая.

Бурне (*Americ. Journ. of. obstetric. etc.* Febr. 1869) причину искривленій ищетъ въ воспаленіи.

С. Israel (*Beitr. Z. Pathol. u. Therap. d. Versionen u. Flexionen d. Uterus Diss.* Marburg 1869 стр. 9, 11 и др.) говоритъ, что при нормальной эластичности тканей ни ложныя перепонки, ни болѣзны соедѣнныхъ частей и т. п. не производятъ искривленій; причины же послѣднихъ слѣдуетъ искать только въ болѣзняхъ самой маточной стѣнки, такъ: 1) послѣ родовъ, по изгнаніи плода тѣло матки перевѣшивается,

потому что отъ жироваго перерожденія въ мускулахъ шейки въ послѣдніе мѣсяцы беременности стѣнка матки истончается, слабѣетъ; тогда давленіе брюшнаго пресса и другія причины мѣшаютъ маткѣ возвратиться къ нормѣ, задерживая механически кровь, отъ чего и образуется атрофія въ искривленномъ мѣстѣ; 2) мѣстное воспаленіе, идущее съ влагалища или съ брюшины, стягиваніе рубцомъ, уничтоженіе мышечной ткани; 3) атрофія ткани въ шейкѣ отъ ноботовыхъ яицъ, кистъ, фиброидовъ, венныхъ узловъ и т. п. Поэтому искривленіе и бываетъ почти всегда въ шейкѣ.

Вотъ такимъ образомъ два мнѣнія о происхожденіи искривленій — Вирхова и Рокитанскаго, которыя діаметрально противоположны одно другому.

Есть еще третье мнѣніе, высказанное Маріонъ Симсомъ и раздѣляемое Мартиномъ. Симсъ (*Clinical notes on uterine Surgery. London, 1866*), думая, что искривленія образуются изъ прежде долго существовавшихъ наклоненій, принимаетъ за причины ихъ укорачиваніе связокъ, фиброды и т. п.

Мартинъ (*Die Neigungen u. Beigungen d. Gebärmutter 1866*) принимаетъ искривленія и наклоненія за одну нераздѣльную форму болѣзни и думаетъ этимъ разъяснить массу явленій и противурѣчащихъ взглядовъ авторовъ, принимая, что причиною образованія этихъ формъ могутъ быть различныя процессы.

Хотя совершенно справедливо, что и та и другая форма часто встрѣчаются вмѣстѣ, но бываютъ и отдѣльно; кромѣ того такое соединеніе этихъ двухъ формъ, объясняя механизмъ происхожденія, который и безъ того понятенъ, отнюдь не уясняетъ процесса, лежащаго въ основаніи этихъ измѣненій формы и положенія матки.

Все вышесказанное относится къ искривленіямъ приобрѣтеннымъ, что же касается до врожденныхъ, то тутъ встрѣчается еще больше противорѣчій и разногласія.

По наблюденіямъ Бернуца и Гуниля (*Clinique medical sur les maladies des femmes. Paris 1860* стр. 465), изъ 115 женщинъ, небывшихъ беременными, *anteflexio* было у 41, *retroflexio* у 8, *anteversio* у 14, *retroversio* у 2, *lateroversio* у 7 и только у 43 правильное положеніе матки. Изъ этихъ 43 у 19 только matka была совершенно пряма, а у 24 изогнута впередъ (*antecourbé*); за *anteflexio* принимались лишь значительныя изгибы.

Въ дѣтскихъ трупахъ Буляръ (*Thes. de Paris 1835*), Вернелъ и др. такъ часто встрѣчали *anteflexio*, что даже не считали его пато-

логическимъ явленіемъ. Булляръ въ 111 дѣтскихъ трупахъ нашелъ 98 разъ anteflexio и чаще у дѣтей ранняго возраста.

Жилетъ нашелъ тоже самое у 12 дѣвочекъ различнаго возраста. Эти же данныя подтверждаютъ Брока и Фолленъ.

Деполь въ своей рѣчи говоритъ, что anteflexio встрѣчается почти у $\frac{3}{4}$ въ трупахъ утробныхъ и новорожденныхъ дѣтей.

По Госслену, изъ 48 небеременныхъ женщинъ матка найдена въ правильномъ положеніи только у 18, anteflexio у 16, легкое anteflexio у 11; у 3 положеніе матки осталось неопредѣленнымъ.

Выводы Фрейнда также согласны съ этимъ (*Die Lageentwicklung der Beckenorgane* etc. v. D. Max Bernh. Freund 1863); такое же мнѣніе высказываетъ и Аранъ (*Leçons Cliniques sur les maladies de l'uterus*. Paris 1858 стр. 981), приводя изслѣдованія Сурди, который въ 71 трупѣ дѣвочекъ нашелъ 41 разъ anteflexio, 11—anteversio, 15—retro-versio, 2—retroversio cum antelexione; изъ 41 случая anteflexio — 23 найдены у дѣтей моложе 3-хъ лѣтъ, 12— между 3 и 8 годами и 6— между 8 и 15 годами. Anteversio же найдено только 3 раза до 3-хъ лѣтняго возраста и 7 разъ между 3 и 15 годами; retroversio 4 раза до 3-хъ лѣтняго возраста и 11 разъ между 3 и 16 годами.

Мейеръ изъ 272 женщинъ, не бывшихъ беременными, нашелъ retroflexio у 36. Напротивъ того Сала почти у всѣхъ новорожденныхъ находилъ retroflexio (Sala. *Essai sur les déplacements de l'uterus*. Paris 1857. стр. 20).

Оставляя въ сторонѣ эту разницу въ статистическихъ данныхъ и не касаясь объясненія причинъ этихъ разнорѣчій, можно во всякомъ случаѣ на основаніи приведенныхъ наблюденій сказать, что неправильности положенія матки составляютъ явленіе положительно частое, въ особенности въ дѣтскомъ возрастѣ и что слѣдовательно нужно искать причину искривленій въ уклоненіяхъ развитія полового аппарата.

Вирховъ, какъ мы уже упомянули выше, прямо говоритъ, что причину уклоненій относительно чаще слѣдуетъ искать въ неправильномъ развитіи матки во время утробной жизни.

Фрейндъ на основаніи многочисленныхъ и весьма точныхъ наблюденій положительно доказалъ, что условія развитія имѣютъ чрезвычайно важное вліяніе на положеніе и форму матки. (Freund. *Die Lageentwicklung der Beckenorgane insbesondere des weiblichen Genitalcanals und ihre Abwege*. Breslau. 1863). Онъ говоритъ, что во время утробной жизни съ 8-й недѣли до 5-го мѣсяца, когда прямая кишка помѣщается уже какъ у взрослога человѣка, въ лѣвой подвздошной яминѣ, матка ле-

жить болѣе въ лѣвой сторонѣ и повернута вокругъ поперечной оси своей на $\frac{1}{8}$ круга вправо, такъ что приходится въ правомъ косомъ размѣрѣ таза. Затѣмъ съ 4-го до 6-го мѣсяца прямая кишка обыкновенно постепенно подвигается въ правую сторону, потому что flexura iliaca по большей части бываетъ такъ сильно развита, что достигаетъ правой подвздошной ямины и тянетъ за собою прямую кишку. При этомъ матка отклоняется въ противоположную (правую) сторону; туда же и къпереди отклоняется и шейка; такимъ образомъ искривляется ось матки. Послѣ рожденія и въ первое время виѣтробной жизни наступаетъ обратное перемѣщеніе, потому что при дальнѣйшемъ развитіи таза, ростъ flexurae и recti приостанавливается. Матка при этомъ приближается къ прямой кишкѣ и наконецъ занимаетъ свое обыкновенное мѣсто. При различныхъ условіяхъ это перемѣщеніе прямой кишки и половыхъ органовъ происходитъ иначе. Хотя въ сущности оно не представляетъ еще аномаліи въ настоящемъ смыслѣ этого слова, тѣмъ не менѣе впоследствии оно можетъ все-таки служить предрасположеніемъ къ различнаго рода уклоненіямъ и смѣщеніямъ матки. Такимъ образомъ перемѣщеніе матки съ одной стороны таза въ другую, углоны ея въ 20—50° и изгибы въ 10 — 40° происходятъ у дѣтей и при совершенно нормальномъ развитіи тазовыхъ органовъ. Слѣдовательно при врожденныхъ флексіяхъ и версіяхъ причину слѣдуетъ искать не въ тѣлѣ матки, не въ атрофіи, или другихъ измѣненіяхъ ея ткани, а въ сосѣднихъ органахъ, ихъ образованіи и развитіи т. е. виѣ матки.

О причинахъ приобрѣтенныхъ флексій мы уже сказали выше.

Изъ нашей русской гинекологической литературы, мы упомянемъ о диссертациі Д-ра Бубнова (искривленія матки, механизмъ и условія ихъ образованія 1864); д-ра Горвица (объ отношеніи наклоненій матки къ изгибамъ ея. Мед. Нов. 1865 № 35) и о работѣ д-ра Змѣева, (къ вопросу о сущности патолого-гистологическихъ измѣненій въ мѣстѣ искривленія матки. Москов. Мед. Газ. 1875 № 7, 9 и 10).

Работа д-ра Змѣева, произведенная подъ руководствомъ Проф. Руднева ближе всѣхъ вышеупомянутыхъ подходитъ къ рѣшенію вопроса о сущности процесса искривленій матки.

Вотъ къ какимъ результатамъ пришелъ авторъ.

«При осмотрѣ найденнаго, во всѣхъ (семи) маткахъ, первое, — на чемъ останавливается вниманіе, — то, что въ ткани мѣста искривленія никакихъ отдѣльныхъ специальныхъ измѣненій и даже измѣненій, которыхъ бы въ то же время не существовало во всемъ тѣлѣ матки, нѣтъ.

Вглядываясь внимательно въ преобладающій характеръ найденныхъ нами измѣненій, замѣчаемъ повсюду накопленіе молодыхъ элементовъ въ соединительномъ веществѣ, все равно произошли ли они эмиграціоннымъ путемъ или пролифераціей; повсюду также видимъ увеличеніе количества самаго соединительнаго вещества по всевозможнымъ степенямъ развитія. Припомнимъ снова при этомъ, что въ мѣстѣ искривленія мы не нашли измѣненій, которыхъ бы не было въ тоже время во всемъ органѣ, невольно приходимъ къ заключенію, что искривленія обязаны своимъ происхожденіемъ скорѣе образовательному, нежели регрессивному процессу, и что роль послѣдняго — второстепенная. Совокупность явленій учитъ насъ, что потеря вещества въ искривленномъ мѣстѣ происходитъ на счетъ исчезанія сократительныхъ (преимущественно) элементовъ во внѣшнихъ слояхъ и частью на счетъ исчезанія слизистой ткани со стороны полости матки; а глубочайшая тканей въ искривленномъ мѣстѣ происходитъ, большею частью, отъ рубцовобразнаго сокращенія новообразованнаго (на мѣстѣ исчезнувшихъ сократительныхъ элементовъ) соединительнаго вещества и зависящаго отъ того расширенія сосудовъ; блѣдность же такой пещеристой, слѣдовательно блѣдой волосными сосудами ткани, зависитъ отъ обезкровленія.»

Основываясь затѣмъ на добытыхъ данныхъ, авторъ представляетъ себѣ такой механизмъ искривленій. «Въ большинствѣ случаевъ до искривленія—матка больна и господствующее страданіе, будь оно воспалительное или нѣтъ, во всякомъ случаѣ—образовательное (раздраженіе). Послѣдствія его, какъ по времени, такъ и по силѣ явленія группируются, разумѣется, около сосудовъ, начиная отъ входа ихъ въ органъ, т. е. на высотѣ внутренняго маточнаго отверстія (отъ чего это мѣсто и излюблено искривленіями). Тутъ, такимъ образомъ, гиперемія, стазы, эмиграція и пролиферація ячеекъ замѣчаются раньше и выражены сильнѣе и именно на границѣ серозной оболочки съ мускульной (вѣрнѣе, сейчасъ подъ внѣшнимъ мускульнымъ слоемъ), гдѣ скучено много большихъ сосудовъ. Здѣсь же, слѣдовательно, раньше накопится въ ткани такое количество молодыхъ элементовъ, что будетъ сдавливать волосососуды, отъ чего—уменьшенный притокъ крови, недостатокъ питанія, какъ вновь образованныхъ, такъ и существовавшихъ уже сократительныхъ другихъ элементовъ, а затѣмъ и усиленіе предсуществовавшихъ регрессивныхъ метаморфозъ. При этомъ, разумѣется, болѣе нѣжные эмиграціонные и сократительные элементы погибаютъ раньше клѣтокъ соединительнаго вещества, значительная часть ячеекъ котораго успѣваетъ пройти весь циклъ развитія отъ молодой шарообразной ячейки

до стянувшейся почти рубцовой ткани. Тому же способствует преимущественное распространение волосной сѣти по глѣтчаткѣ, тогда какъ мускульные пучки, получая кровь чрезъ охватывающую ихъ измѣненную сарколему (интерстиціальное воспаление), бывъ слѣдовательно за умѣншеннымъ притокомъ лишены образовательнаго возбужденія, остаются подъ вліяніемъ лишь регрессивныхъ процессовъ. Такимъ образомъ съ одной стороны мы имѣемъ начало уничтоженія сократительныхъ элементовъ, а съ другой—замѣщенія ихъ увеличеннымъ количествомъ соединительнаго вещества. По мѣрѣ развитія процесса соединительное вещество начинаетъ стягиваться, отъ чего всѣ большіе сосуды данной территоріи начинаютъ расширяться; незамѣтныя до того вакуоли и лимфатическія пространства выступаютъ на первый планъ. Если жъ къ этому присоединится, гдѣ либо мѣстно, какой-нибудь дегенеративный процессъ, напр. слизистый, въ самомъ соединительномъ веществѣ, то ткань тутъ еще болѣе рѣдѣетъ; при жировомъ же характерѣ дегенерация доходитъ до образованія массы громадныхъ ячеекъ, являющихся пустыми по всосанію жира, а большіе сосуды еще сближаются отъ болѣе свободнаго сокращенія остающихся соединительныхъ элементовъ; волосная сѣть здѣсь почти запусѣваетъ. Дальнѣйшему ходу процесса противостоятъ только волокнистое соединительное вещество, въ послѣдней степени развитія достигшее плотности почти рубца. Въ концѣ концовъ мы получимъ губчатость ткани близкую, по типу происхожденія, къ новообразованной пещеристой ткани (хотя разумѣется, несравненно въ меньшей степени, такъ какъ сосуды до сліянія стѣнокъ не доходятъ; то, что здѣсь называется рубцовой тканью, далеко не достигаетъ плотности наружнаго рубца; внѣшній мускульный слой исчезаетъ не совсѣмъ). По мѣрѣ такого стягиванія, въ мѣстѣ искривленія происходитъ постепенная потеря вещества отъ уничтоженія внѣшняго мускульнаго слоя (тотъ же процессъ въ меньшемъ размѣрѣ происходитъ и ближе къ серозной поверхности), и все тѣло матки принуждено наклоняться, чему значительно помогаютъ вышеназванные механическіе дѣятели авторовъ. Само искривленіе, кажется, не имѣетъ большаго вліянія на измѣненіе тканей въ этомъ мѣстѣ.

Нельзя того же сказать о болѣе нѣжной ткани, о слизистой оболочкѣ, стоящей подъ другими условіями давленія крови. Хотя въ слизистой собственно ткани искривленнаго мѣста продолжается только хроническій катарръ, идущій или сверху или снизу, какъ видимъ въ нашихъ случаяхъ, но ясно, что постепенное искривленіе матки далеко не безъ вліянія на ходъ измѣненій собственно въ подслизистомъ слоѣ. Въ то

время, когда межклеточное вещество слизистой собственно оболочки въ состояніи кровонакопленія, набуханія, переполнено грануляціонными и тѣми загадочными, блестящими, продолговато-круглыми ядрами авторъ, на наружной ея поверхности выступаютъ сосочки; железы усиливая свою дѣятельность, расширяются, удлиняются. Подслизистая соединительная ткань, подъ вліяніемъ того же образовательнаго раздраженія, начинаетъ увеличиваться въ массѣ и, подымаясь выше между железами. при стягиваніи аналогичномъ вышеописанному, сдавливаетъ выходя железу, давая тѣмъ поводъ къ скопленію содержимаго, колбообразному расширенію дна, удлиненію и извиванію самыхъ железъ. Подъ вліяніемъ искривленія матки застой и кровонакопленіе, разумѣется, увеличиваются уже отъ одного растягиванія ближайшихъ къ свободной поверхности тканей, тогда соединительная ткань закрываетъ почти со-вѣтъ отверстія железъ и, по мѣрѣ скопленія ихъ содержимаго, протискиваетъ дно ихъ межъ мускульными пучками, пока отверстія со-вѣтъ не закроются и мы не будемъ имѣть кистъ ex retentione ovuli Nabothii внослѣдствіи. Но скоро образовательный характеръ, при усиленіи застоя отъ искривленія, начинаетъ уступать дегенеративному. Выясняется регрессивный метаморфозъ, большею частью слизистый, имѣющій въ концѣ исчезаніе эпителія и большей части слоя, наполненнаго грануляціонными ядрами. Глубже лежащая субмукоза, хотя и дольше противостоитъ, доводя давленіемъ сказанныя кисты до большей шарообразной формы, по стѣнки этихъ кистъ начинаютъ сближаться частью отъ рубцеобразнаго стягиванія соединительнаго вещества съ за-пустѣніемъ волосной сѣти, частью также отъ расплыванія самыхъ стѣ-нокъ, которое не оканчивается даже продыравливаніемъ стѣнокъ и сліяніемъ пузырей. Отъ такого же стягиванія соединительнаго ве-щества является здѣсь подъ слизистой оболочкой венозное сплетеніе Рокитанскаго. Процессъ, какъ мы видимъ, схожій съ вышеописаннымъ образованіемъ губчатости и серозной оболочки. Дальѣйшее увеличеніе только что названныхъ выстланныхъ эпителіемъ полостей, потомъ вскры-тіе ихъ, образованіе углубленій и, наконецъ (подъ условіемъ большаго стаза при большемъ углѣ), постепенное уничтоженіе стѣнокъ ихъ, послѣ чего надъ мышечною тканью остается лишь два—три ряда элементовъ, похожихъ скорѣе на межмышечную соединительную ткань, — все это само собою понятно, какъ слѣдствіе одного и того же процесса, какъ послѣдовательныя его ступени.»

Въ заключеніе на основаніи всего вышесказаннаго и собственныхъ наблюденій (О механическомъ леченіи болѣзни матки 1869) мы можемъ

сказать, 1) что врожденные искривления и неправильныя положенія зависятъ отъ неправильнаго развитія матки и связокъ подѣ влияніемъ уклоненія въ ростѣ и образованіи сосѣднихъ тазовыхъ органовъ (Фрейндъ); 2) не всякое искривленіе у нерожавшей женщины есть непременно врожденное, какъ утверждаетъ Клобъ. 3) Главное отличіе врожденныхъ искривленій отъ приобрѣтенныхъ заключается въ формѣ ихъ: въ первыхъ ось матки предствляетъ кривую линію; во вторыхъ она изогнута подѣ угломъ; первая мы называемъ искривленіемъ (*incurvatio*), вторая изгибомъ (*flexio, infractio*). Кромѣ того весьма важнымъ признакомъ для отличительнаго распознаванія служитъ еще длина маточной полости: при врожденныхъ искривленіяхъ она бываетъ меньше и во всякомъ случаѣ не больше нормальной; въ приобрѣтенныхъ изгибахъ полость матки всегда удлинена (Кюско, Кивишъ). 4) Приобрѣтенные изгибы и уклоны происходятъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ послѣ родовъ и выкидышей, но могутъ образоваться и безъ того, при чемъ различныя процессы какъ образовательный, такъ и разрушительный, обусловливающіе механизмъ искривленія, развиваются не въ одной только точкѣ искривленія, а по всему органу, хотя интензивнѣе въ точкѣ изгиба.

Что касается до видовъ неправильнаго положенія матки, то, сколько намъ извѣстно, Зоммеръ (*Beiträge zur Lehre der Infractioen und Flexionen der Gebärumtter. Giessen 1850*) въ своей диссертациі первый разграничилъ ихъ на два отдѣла—уклоненія (*versio*) и искривленія (*flexio*) и раздѣлилъ каждый отдѣлъ на 4 вида: впередъ, назадъ, вправо, влѣво.

Въ такомъ видѣ это дѣленіе принимается почти всѣми гинекологами. Но Мартинъ (l. e.) не отдѣляетъ искривленій (измѣненій въ формѣ) отъ уклоновъ (измѣненій въ положеніи) на томъ основаніи, что оба вида встрѣчаются совмѣстно и дѣлитъ антеверсіи съ флексіями и ретроверсіи съ флексіями на 6 видовъ: 1) у нерожавшихъ отъ недостатка въ развитіи; 2) послѣ родовъ, когда мѣсто прикрѣпленія дѣтскаго мѣста иногда отстаетъ въ процессѣ возвращенія къ нормѣ отъ сосѣднихъ частей, которыя сокращаясь такимъ образомъ ранѣе, производятъ искривленіе; 3) отъ укороченія круглыхъ связокъ и прикрѣпленія дна матки кпереди происходитъ *anteflexio*, а отъ укороченія *lig. pubouter.* и прикрѣпленія *istmus uteri* къ лобковымъ костямъ *retroflexio*; 4) при укороченіи *lig. sacrouterin.* прикрѣпленіе средней части тѣла матки къ крестцовой кости производитъ *anteflexio*, а при укороченіи *lig. ovarii.* экссудативнымъ процессомъ—*retroflexio*; 5) отъ опухолей въ стѣнкахъ матки и 6) искривленіе въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременной матки.

Хотя нѣтъ сомнѣнія, что флексіи и версіи часто бываютъ совмѣстно, что при долго существующей версіи можетъ образоваться флексія, но, какъ уже выше мы сказали, послѣдняя зависитъ и образуется не вслѣдствіе первой, а потому что процессъ, обусловившій первую, распространился на стѣнки матки и далъ поводъ къ образованію послѣдней.

Такимъ образомъ согласно съ Левенталемъ (*Die Lageveränderungen des uteris. Heidelberg 1872*) и Гютеромъ (*Die Flexionen des Uteris. Leipzig 1870*) мы принимаемъ какъ тотъ, такъ и другой видъ за отдѣльные, самостоятельные виды, считая флексіи менѣе значительнымъ, а версіи болѣе значительнымъ измѣненіемъ положенія, причемъ и тѣ и другіе могутъ существовать совмѣстно, хотя независимо другъ отъ друга.

Кромѣ искривленія матки на высотѣ внутренняго зѣва, бываютъ искривленія въ тѣлѣ и въ шейкѣ матки. Въ послѣднемъ случаѣ тѣло матки находится на нормальномъ мѣстѣ, а шейка отклонена въ ту или другую сторону. По большей части это врожденные недостатки. Бываютъ и двойныя искривленія—и въ тѣлѣ и въ шейкѣ; въ такомъ случаѣ матка принимаетъ видъ подковы, такъ что напимѣрь при антефлексіи и дно, и шейка смотрятъ впередъ, а тѣло остается на нормальномъ мѣстѣ. Это тоже врожденный недостатокъ. Наконецъ бываютъ улиткообразныя искривленія матки (Др. Гаартманъ), гдѣ матка изогнута на подобіе спирали—такія формы относятся въ рѣдкостямъ.

Ред.

Припадки.

Хотя различные виды этихъ смѣщеній имѣютъ весьма много общихъ припадковъ, однако нѣкоторые изъ послѣднихъ преобладаютъ при томъ или другомъ видѣ; поэтому мы рассмотримъ каждый видъ смѣщенія отдѣльно.

Искривленіе впередъ.

Въ главѣ объ этиологіи мы указали уже на то, что умѣренная степень искривленія впередъ представляетъ явленіе нормальное и что весьма трудно опредѣлить, въ особенности на основаніи припадковъ, слѣдуетъ ли считать смѣщеніе явленіемъ нормальнымъ, или ненормальнымъ.

Дисменоррея и безплодіе—два весьма обыкновенныхъ припадака, по которымъ можно догадываться объ искривленіи матки впередъ.

Дисменоррея является вслѣдствіе того, что въ мѣстѣ перегиба существуетъ препятствіе, для истока крови. Она обыкновенно, наступаетъ вмѣстѣ съ половою зрѣlostью, и если остается безъ леченія, или если не наступитъ беременность, то можетъ длиться цѣлую жизнь. Боли появляются раньше кровей и ослабѣваютъ обыкновенно при появлении обильнаго истеченія крови. Онѣ могутъ достигнуть чрезвычайно высокой степени, вызвать судороги и даже потерю сознанія. Онѣ происходятъ отъ растяженія матки излившеюся кровью, слѣдствіемъ чего являются сокрашенія въ ея мышечномъ слое, вызывающія боли, характеристическія колики и схватки.

Вслѣдствіе раздраженія искривленной матки во время каждаго мѣсячнаго очищенія, могутъ развиваться хроническіе воспалительные процессы, влекущіе за собою постоянныя боли даже и внѣ менструаціи.

Безплодіе встрѣчается при искривленіи впередъ особенно часто, хотя намъ извѣстны случаи, гдѣ при высокой степени искривленія наступило зачатіе тотчасъ послѣ свадьбы.

При искривленіи впередъ зачатіе не невозможно, но затруднительно—этимъ объясняется, почему при одинаковой степени искривленія, въ одномъ случаѣ зачатіе происходитъ быстро, между тѣмъ какъ въ другомъ остается постоянное безплодіе.

Затрудненное мочеиспусканіе составляетъ весьма обыкновенное явленіе при перегибѣ впередъ; всего чаще существуетъ частый позывъ къ испусканію мочи, рѣдко недержаніе ея. Къ этому присоединяются боли, но иного рода, нежели крестцовыя, сопутствующія обыкновенно страданіямъ матки—боли въ поясницѣ, или въ одной изъ нижнихъ конечностей.

Припадки становятся еще разнообразнѣе, если къ искривленію присоединяются Metritis, Perimetritis и Endometritis, сопровождающіеся обыкновенно болями въ животѣ, бѣлыми и маточными кровотечениями.

Искривленіе взадъ.

Дисменоррея и безплодіе при перегибѣ взадъ встрѣчается гораздо рѣже, кровотечения же, напротивъ, чаще. Это зависитъ собственно отъ того, что перегибъ взадъ несравненно чаще развивается у женщинъ рожавшихъ. У нихъ шейка и внутреннее маточное устье шире, такъ что мѣсячныя крови легче вытекаютъ и зачатіе въ боль-

шинствѣ случаевъ происходитъ безъ затрудненія. Зато при этой формѣ искривленій часто бываетъ метритъ и эндометритъ, какъ слѣдствіе предшествовавшихъ родовъ. Эти страданія усиливаютъ и учащаютъ кровотечения изъ матки, уже и безъ того переполненной кровью, вслѣдствіе разстроеной циркуляціи.

Довазательствомъ тому, что вышесказанное различіе въ припадкахъ, при антефлексіяхъ и ретрофлексіяхъ, зависитъ дѣйствительно отъ искривленія, служитъ то обстоятельство, что искривленія впередъ у женщинъ рожавшихъ гораздо рѣже влекутъ за собою дисменоррею и бесплодіе, между тѣмъ какъ у нерожавшихъ, которыя лишь въ исключительныхъ случаяхъ страдаютъ искривленіемъ взадъ, являются тѣже припадки, какъ вообще при искривленіи впередъ.

Боли въ крестцѣ при искривленіи взадъ, бывають такъ значительны что ихъ можно считать самымъ важнымъ припадкомъ этой формы. Онѣ-то и затѣмъ кровотечения въ большинствѣ случаевъ побуждаютъ женщинъ искать врачебной помощи.

Далѣе при искривленіи назадъ, особенно часто встрѣчаются явленія паралича, обыкновенно въ нижнихъ конечностяхъ, но нерѣдко также и въ другихъ группахъ мышцъ. Эти параличи (не говоря объ истерическихъ) должны быть объясняемы различнымъ образомъ; въ однихъ случаяхъ причиною ихъ бываетъ мѣстное давленіе, производимое опухшею маткою на двигательные нервы нижнихъ конечностей, въ другихъ мѣстно развившаяся Neuritis можетъ вызвать Myelitis, или же параличи могутъ быть рефлекторными ¹⁾. Одинъ случай искривленія впередъ съ весьма сильнымъ неврозомъ дыханія, исчезнувшимъ вскорѣ по исправленіи матки, сообщаетъ Chrobak ²⁾.

Затрудненное мочеиспусканіе можетъ развиваться, хотя и не такъ часто, но совершенно такимъ же образомъ, какъ при искривленіи впередъ. Hildebrandt обращаетъ вниманіе на то, что при искривленіи взадъ тѣло матки придавливаетъ мочеточники, что можетъ повести къ ихъ расширенію и даже къ водянкѣ почекъ.

Наклоненіе матки впередъ.

Чистыя антеверсії, встрѣчаются обыкновенно вмѣстѣ съ метритомъ. По этому припадки такого смѣщенія не могутъ быть ясно

¹⁾ Leyden, Samml. klin. Vortr. 1870. № 2. Louis Mayer, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II, стр. 83, Peter, Gaz. des hôpit. 1872. № 10—12.

²⁾ Wiener med. Presse. 1869. № 2.

обрисованы. При значительныхъ степеняхъ бываютъ боли въ животѣ, кровотеченія, fluor albus, затрудненное мочеиспусканіе, разстройства со стороны кишечнаго канала, неврозы, истерика.

Наклоненіе матки взадъ.

Ретроверсія умѣренной степени не вызываютъ никакихъ припадковъ. При сильномъ отклоненіи матки взадъ, наступаютъ припадки, сходные съ припадками при retroflexio; если же отклоненная взадъ матка подвергается хроническому воспаленію, то припадки бываютъ тѣже, какъ при anteversio.

Распознаваніе.

Чистыя отклоненія узнаются по ненормальному положенію влагалищной части, которая при антеверсии обращена взадъ, при ретроверсии впередъ. Положеніе тѣла матки вполне опредѣляется посредствомъ двойного изслѣдованія.

Искривленія узнаются только помощью двойного изслѣдованія, такъ какъ шейка находится во влагалищѣ въ нормальномъ или почти нормальномъ положеніи. При антефлексии шейка и тѣло образуютъ уголъ больше нормальнаго, при ретрофлексии они вообще образуютъ уголъ, какой бы то нибыло.

При антефлексии дно матки прощупывается легко и безошибочно, такъ какъ другія опухоли здѣсь бываютъ рѣдко.

При ретрофлексии часто представляются большія затрудненія, потому что тѣло матки, не всегда легко достигается при двойномъ изслѣдованіи. Прощупываніе въ заднемъ сводѣ влагалища опухоли похожей на матку по величинѣ и консистенціи, можетъ ввести въ большое заблужденіе, даже если, повидимому, ощупывается уголъ перегиба, такъ какъ здѣсь нерѣдко встрѣчаются вѣматочныя опухоли, которыя въ области внутренняго маточнаго зѣва такъ плотно прилегаютъ къ шейкѣ, что ихъ можно принять за перегнутую назадъ матку. Поэтому необходимо непременно убѣдиться въ томъ, что тѣло матки не находится на нормальномъ мѣстѣ.

Если двойное изслѣдованіе представляетъ необычайныя трудности, или если вообще положеніе матки, какъ это бываетъ при большомъ, покрывающемъ матку экссудатѣ, не можетъ быть опредѣлено помощью ощупыванія, то остается прибѣгнуть къ зонду. Обыкновенно же не слѣдуетъ его употреблять при искривленіяхъ, такъ

Траверова

какъ введеніе его небезопасно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ положеніе тѣла матки заранѣе неопредѣлено.

Предсказаніе.

Сами по себѣ искривленія и уклоны не представляютъ опасности для жизни, но вслѣдствіе сопутствующихъ припадковъ, продолжительности страданія и осложнений, которыми они сопровождаются, могутъ въ значительной степени нарушить общее благосостояніе и повлечь постоянныя расстройства здоровья. Съ прекращеніемъ воспалительныхъ осложнений, версиі могутъ сами собою исчезнуть. Антефлексіи или по меньшей мѣрѣ вызываемые ими припадки нерѣдко излечиваются наступившею беременностью. Хуже всего завороты (retroflexio), такъ какъ они, разъ образовавшись, никогда почти не проходятъ сами собою и вмѣстѣ съ тѣмъ трудно излечиваются.

Леченіе.

Переходя къ леченію, намъ приходится прежде всего сказать о томъ, слѣдуетъ ли вообще лечить самое измѣненіе положенія матки.

Исходя изъ того несомнѣннаго факта, что не только значительныя уклоненія и искривленія впередъ иногда не вызываетъ никакихъ припадковъ, но случается, что и при весьма значительныхъ ретрофлексіяхъ женщины ни на что не жалуются, многіе гинекологи утверждаютъ, что смѣщенія впередъ и назадъ собственно сами по себѣ не вызываютъ никакихъ припадковъ, а сопутствующія болѣзненные явленія всегда происходятъ только отъ осложнений—большею частью воспаленій слизистой оболочки или паренхимы матки. Если бы даже этотъ взглядъ былъ вѣренъ, то отсюда еще не слѣдуетъ, чтобы нераціонально было лѣчить неправильныя положенія, такъ какъ можно сказать положительно, что они весьма легко обуславливаютъ воспаленія матки: стало быть, вполне рационально для устраненія послѣднихъ леченіе этихъ смѣщеній.

Несмотря однако на вышеприведенное мнѣніе, большинство гинекологовъ въ новѣйшее время пришли къ тому убѣжденію, что случаи рѣзко выраженныхъ смѣщеній, не сопровождающіеся никакими припадками, составляютъ рѣдкія исключенія; обыкновенно же неправильныя положенія сами по себѣ вызываютъ положительныя расстройства здоровья.

Слѣдовательно, леченіе самихъ смѣщеній вполне показано; отказаться отъ него и ограничиться леченіемъ только припадковъ слѣдуетъ лишь въ томъ случаѣ, если оно безуспѣшно или требуетъ такихъ средствъ, которыя сами по себѣ могутъ причинить значительную опасность.

И на этотъ счетъ въ настоящее время мнѣнія весьма разнорѣчивы.

Ниже мы изложимъ способы, употребляемые для устраненія самаго смѣщенія.

Не подлежитъ сомнѣнію, что бываютъ такіе случаи, гдѣ общее леченіе можетъ дать благополучные результаты. Причина искривленій между прочимъ заключается въ вялости ткани матки, соответствующей состоянію другихъ органовъ тѣла. Въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ нѣжными слабыми особами, которыя по большей части представляются весьма малокровными.

Препаратами желѣза, холодными морскими, солеными и желѣзистыми ваннами, соответствующей діетой, деревенской жизни, движеніемъ на чистомъ воздухѣ, нерѣдко удается у такихъ больныхъ настолько укрѣпить весь организмъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и ткань матки, что вызванное преждею слабостью искривленіе вполне или по крайней мѣрѣ настолько исчезаетъ, что самыя несносныя припадки устраняются.

Вспомогательными средствами могутъ служить при этомъ мѣстно дѣйствующія средства, какъ то: холодные души на нижній отрѣзокъ матки, прижиганіе слизистой оболочки, употребленіе вяжущихъ спринцеваній во влагалище и на шейку матки. Отъ употребленія внутрь *sesale cornut.* также можно ожидать укрѣпляющаго дѣйствія на мышечную ткань матки.

Однако одни эти средства помогаютъ лишь въ извѣстныхъ вышеприведенныхъ случаяхъ; но мы не можемъ при этомъ не указать на то, что и при мѣстномъ механическомъ леченіи, они очень часто имѣютъ важное вспомогательное значеніе.

Гораздо вѣрнѣе и успѣшнѣе достигается исправленіе положенія помощью инструментовъ, вводимыхъ во влагалище или въ полость матки. Цѣль этого леченія слѣдующая: сначала привести матку въ нормальное положеніе и затѣмъ это возстановленное нормальное положеніе упрочить посредствомъ извѣстныхъ инструментовъ.

Первымъ актомъ леченія является, слѣдовательно, выправленіе, которое всего лучше достигается ручными приемами.

При антефлексіяхъ фиксируютъ шейку введеннымъ въ рукавъ пальцемъ, а другой рукою снаружи, проникають между symphysis и дномъ и при достаточно глубокомъ надавливаниі оттясняютъ дно вверхъ и нѣсколько взадъ. Если матка вяла, то это удается легко; причеиъ въ тотъ моментъ, когда тѣло матки отдавливается взадъ, нерѣдко образуется retroflexio. Если же матка тверда, какъ это обыкновенно бываетъ при врожденной антефлексіи, то она хотя и приподымается кверху, но по удаленіи руки тотчасъ приходитъ въ прежнее положеніе.

Гораздо большее значеніе имѣетъ выправленіе при ретрофлексіяхъ, которое, при благоприятныхъ условіяхъ, также производится рукою.

Введи одинъ или, лучше всего, два пальца во влагалище, поднимаютъ тѣло матки нѣсколько кверху, а другую руку снаружи стараются помѣстить позади дна. Затѣмъ въ легкихъ случаяхъ дно просто отодвигаютъ впереди.

Въ болѣе трудныхъ иногда тоже можно достигнуть цѣли, если, послѣ приподнятія тѣла матки, обоими находящимися во влагалищѣ пальцами сильно оттягивать шейку назадъ въ крестцовую впадину.

Выправленіе производится легче per rectum и въ положеніи на колѣняхъ и локтяхъ. Нерѣдко весьма полезно бываетъ приобѣгнуть къ слѣдующему приему, состоящему въ томъ, что когда введенный въ rectum указательный палецъ поднимаетъ дно, большой палецъ той же руки, находящійся во влагалищѣ, оттягиваетъ шейку взадъ.

Если ручными приѣмами не удастся произвести выправленіе матки, но при этомъ подвижность ея несомнѣнна, то весьма полезно употребить съ этою цѣлью зондъ. Если матка неподвижна вслѣдствіе сращеній, то попытки къ выправленію должны быть оставлены.

Употребляемый вообще для выправленія маточный зондъ легко можетъ при этомъ принести вредъ, такъ какъ при введеніи его обыкновеннымъ образомъ, т. е. при ретрофлексіи—вогнутою стороною взадъ и поворачиваніи его въ направленіи, соответствующемъ нормальному положенію матки, верхушка его дѣлаетъ сильное боковое движеніе, которое, передаваясь неизбѣжно дну матки, дѣйствуетъ не индеферентно.

Впрочемъ, боковаго движенія матки можно избѣгнуть, если ввести зондъ по способу, предложенному Rasch'емъ ¹⁾ т. е. если часть зонда, находящуюся въ полости матки, держать неподвижно, а бо-

¹⁾ London Obst. Tr. Vol. XII. стр. 247.

ковое движение производить рукояткою, которая при этомъ значительно отклоняется.

Во всякомъ случаѣ однако вправление помощью внутри-маточнаго пессарія гораздо проще и безопаснѣе. Употребляя зондъ, легко причинить значительное насиліе, такъ какъ движения совершаются длиннымъ плечомъ рычага (рукояткой), тогда какъ внутри-маточный суппортеръ, не имѣя длиннаго плеча рычага весьма мало раздражаетъ матку.

Выправление помощью внутри-маточнаго пессарія (см. фиг. 59) производится слѣдующимъ образомъ: по ниже описанному способу вводятъ его въ искривленную взадъ матку, такъ что посредствомъ стержня, проходящаго прямо по оси всей матки, изъ retroflexio образуется retroversio. Затѣмъ, нажимая на лежащую непосредственно позади symphysis головку инструмента, подвигаютъ ее взадъ по направленію къ крестцовой кости. Шейка отклоняется кзади, а дно, вслѣдствіе поворота стержня вокругъ своей поперечной оси, отодвигается впереди. При этомъ способѣ вправления, такъ же легко ощущаются малѣйшія прелятствія и сращенія, какъ при выправленіи пальцемъ и такимъ образомъ можно во время пріостановить дальнѣйшее движение.

Помощью простаго вправления смѣщеніе рѣдко устраняется надолго, такъ какъ всегда остается наклонность къ возврату въ прежнее положеніе.

Легче всего матка сохраняетъ нормальное положеніе, если смѣщеніе произошло недавно и матка увеличена. Намъ привелось два раза убѣдиться въ томъ, что совершенно искривленная взадъ матка

послѣ однократнаго вправления, осталась въ нормальномъ положеніи. Въ одномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ родильницей черезъ нѣсколько недѣль послѣ срочныхъ родовъ, а въ другомъ — съ женщиной на девятый день послѣ выкидыша въ 3 мѣсяцѣ. Въ обоихъ случаяхъ матка лишь немного была увеличена, но до того времени имѣла нормальное положеніе и сохранила его послѣ вправления.

Но въ тѣхъ случаяхъ, которые обыкновенно попадаютъ въ гинекологической практикѣ, когда представляются застарѣлыя искривленія, нельзя рассчитывать на устраненіе возможности рецидива,



Фиг. 59. Внутри-маточный пессарій для вправления матки.

а потому, послѣ выправленія приходится принимать особья мѣры для поддержанія т. е. для сохраненія нормальнаго положенія. Этому пытались достигнуть какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны полости матки.

Изъ предъидущаго ясно, что если удастся принаровить поддерживающій снарядъ во влагалищѣ, то послѣднее должно быть предпочитаемо.

Всѣ инструменты, вводимые въ половой каналъ, производятъ въ немъ раздраженіе—одни очень сильное, другіе болѣе слабое. Но слизистая оболочка влагалища гораздо болѣе способна переносить раздраженіе нежели слизистая оболочка матки, и припадки, происходящіе отъ раздраженія влагалища, далеко менѣе мучительны и опасны, чѣмъ припадки, обусловленные раздраженіемъ матки. Такимъ образомъ гораздо лучше, если можно бываетъ обойтись инструментами, помѣщаемыми во влагалищѣ.

Такъ какъ при флексіяхъ шейка сохраняетъ почти нормальное положеніе, отклоняясь только немного въ сторону, противоположную искривленію, то посредствомъ обыкновенныхъ влагалищныхъ пессаріевъ, которые удерживаютъ только шейку въ нормальномъ положеніи, нельзя достигнуть цѣли. Однако, такъ какъ при ретрофлексіяхъ смѣщеніе тѣла взадъ значительно затрудняется, если шейка прилегаецъ къ задней тазовой стѣнѣ, то можно бываетъ въ благоприятныхъ случаяхъ предупредить повторное образованіе ретрофлексіи, удерживая шейку постоянно въ задней части таза, помощію влагалищнаго пессарія.

Антефлексіи же, которыя не измѣняются даже при сильномъ отклоненіи шейки впереди, такимъ путемъ не исправляются.

Во всякомъ случаѣ этотъ способъ гораздо рациональнѣе и дѣйствительнѣе введенія объемистыхъ тѣлъ въ задній влагалищный сводъ съ цѣлю поднять тѣло матки при ретрофлексіи. Они не только не выполняютъ своего назначенія, но оттѣсняя по причинѣ своей величины и шейки впереди, напротивъ того благоприятствуютъ существованію ретрофлексій.

Искусственное смѣщеніе шейки кзади, препятствующее смѣщенію тѣла взадъ, можетъ быть достигнуто различнымъ образомъ.

Укрѣпить шейку въ задней части прощѣ всего можно посредствомъ эксцентрическаго кольца, *pessaires à contraversion*¹⁾ (см.

¹⁾ См. Martin. 1. с. стр. 66. Онъ употребляетъ ихъ наоборотъ.

фиг. 60), толстая часть котораго обращена впереди. Такія кольца однакоже не годны къ употребленію, потому что легко измѣняютъ свое положеніе, при чемъ шейка еще больше прежняго отклоняется впереди и способствуетъ вновь образованію ретрофлексіи.



Фиг. 60.
Эксцентрическое кольцо.

Гораздо лучше маточные подъемники (Hebelpessarien) Годже. Дѣйствіе ихъ состоитъ не въ томъ, что они посредствомъ задней дуги рычагообразно поднимаютъ тѣло матки; но въ томъ, что задняя дуга кольца, проведенная вверхъ и далеко взадъ, до такой степени распираетъ задній влагалищный сводъ, что шейка оттягивается взадъ (см. ф. 61).

Въ случаяхъ, гдѣ наклонность матки къ возврату въ прежнее неправильное положеніе невелика, они удерживаютъ ее въ нормальномъ положеніи.



Фиг. 61.
Годжевское кольцо (Hebelpessar) вложенное въ рукавъ.

Изобрѣтенные Hodge¹⁾ и рекомендуемые въ Германіи особенно G. Braun'омъ²⁾, Martin'омъ³⁾ и Spiegelberg'омъ⁴⁾ подъемники, которымъ однако нельзя приписать рычагообразнаго дѣйствія бывають весьма различнаго вида. Не замкнутыя спереди кольца (см. фиг. 62) должны быть рѣшительно отвергнуты, потому что концы вѣтвей могутъ поранить влагалище⁵⁾.

Въ большинствѣ случаевъ употребляются замкнутыя кольца, съ одной (фиг. 63), или съ двумя (фиг. 64) кривизнами, которыя значительно растягиваютъ влага-

¹⁾ Diseases peculiar to women. Philadelphia 1860.

²⁾ Wiener med. Wochenschr. 1864. № 27—31.

³⁾ M. f. Geb. B. 25. стр. 403.

⁴⁾ Würzb. med. Z. 1865. B. VI. стр. 117.

⁵⁾ Мы не говоримъ уже о возможности вводить ихъ черезъ уретру въ мочевой пузырь, какъ объ этомъ недавно заявлено въ Америкѣ (см. Edwards, Gynaecol. Boston J. Vol. III, 1870. стр. 36).

лицный сводъ. Въмсто колець изъ твердаго вулканизированнаго каучука, лучше употреблять гибкія кольца изъ мѣдной проволоки, обтянутой гуттаперчей, которымъ весьма легко можно придать любую форму, соотвѣтственно индивидуальной формѣ влагалища.



Фиг. 62.
Годжевскій пессарій,
открытый въ передней
части.



Фиг. 63.
Годжевскій пессарій съ
одною кривизною.



Фиг. 64.
Годжевскій пессарій съ
двойною кривизною.

Такъ какъ идея привести искривленное тѣло матки въ нормальное положеніе посредствомъ снаряда, лежащаго во влагалищѣ, совершенно невѣрна, то предложенные Graily Hewitt'омъ¹⁾ пессаріи для исправленія антефлексіи, съ кривизною для поднятія передняго влагалищнаго свода, неудовлетворительны по своей основной идеѣ и, какъ опытъ показываетъ, худо переносятся.

Тоже самое можно сказать о предложенномъ Thomas'омъ²⁾ „Anteversion pessary“, который состоитъ изъ кольца, снабженнаго еще дужкой для поддерживанія тѣла матки.

Въ новѣйшее время Schultze предложилъ особенные пессаріи для отклоненія шейки взадъ при retroflexio. Они имѣютъ видъ представленный на фиг. 65 и 66. Первый пессарій обхватываетъ шейку



Фиг. 65.
Пессарій Шульце для ретрофлексій.



Фиг. 66.
Пессарій Шульце для ретрофлексій.

меньшею своею дугою, между тѣмъ какъ бедра бѣльшей дуги упираются въ тазовое дно, или въ вѣтви лонной дуги. Вслѣдствіе

¹⁾ Brit. med. J. 2. Febr. 1867, Lancet 16. Nov. 1867 u London Obst. Tr. IX. стр. 63.

²⁾ Diseases of women. 3. ed. стр. 362.

этого шейка, должна оставаться приподнятой и отклоненной взадъ, и возможность возобновленія смѣщенія лучше устраняется, чѣмъ посредствомъ пессарія Годже. Такимъ же образомъ дѣйствуетъ и другой пессарій. Означенные пессаріи мы употребляли пока въ немногихъ случаяхъ и нашли ихъ вообще удобными, хотя должны сознаться, что они, какъ допускаетъ впрочемъ и самъ Schultze, не всегда достигаютъ цѣли. Въ одномъ случаѣ, гдѣ шейка была вполнѣ хорошо укрѣплена въ задней части рукава, тѣло матки все-таки скоро стало опять перегибаться, такъ что бывшіе припадки остались въ прежнемъ состояніи.

Нужно однако согласиться, что помощью Schultze'евскихъ пессаріевъ матка удерживается настолько совершенно, насколько это возможно черезъ рукавъ и такъ какъ вліяніе инструментовъ, лежащихъ во влагалищѣ менѣе вредно и опасно, чѣмъ лежащихъ внутри матки, то по нашему мнѣнію Schultze'евскіе пессаріи составляютъ драгоценное приобрѣтеніе, какъ снарядъ для поддержанія матки.

Той же цѣли старались достигнуть посредствомъ пессаріевъ, имѣющихъ точку опоры внѣ половыхъ частей. Такъ Лазаревичъ ¹⁾ предложилъ пессарій, представляющій видоизмѣненіе гистерофора, Розера и Скандони и приготовляемый изъ мѣдной проволоки, обтянутой гуттаперчей; Cutter ²⁾ устроилъ пессарій, который удерживается упругой пластинкой, обхватывающей поверхность крестцовой кости. Его отчасти измѣнилъ Thomas ³⁾.

Но всего вѣрнѣе можно достигнуть выпрямленія матки при антефлексіяхъ помощью такихъ выпрямляющихъ снарядовъ, которые вводятся въ самую полость матки.

Исторія попытокъ, произвести выпрямленіе матки посредствомъ внутриматочныхъ снарядовъ подробно изложена въ сочиненіи Winkel'я ⁴⁾, у него же описаны и представлены на рисункахъ различныя, предложенныя для этой цѣли инструменты ⁵⁾.

¹⁾ Coup d'oeuil sur les chang. etc. Paris 1862.

²⁾ Boston gyn. Journal. Vol. V. стр. 174.

³⁾ Diseases of women. 3. ed. стр. 363 и 379.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ Кромѣ вышеупомянутыхъ см. Lumpe, Woch. d. Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1857. № 15, G. Braun, Wiener med. W. 1864. № 16 — 19, Naartman, Petersb. med. Z. 1862. II. стр. 171, Hildebrandt, M. f. Geb. B. 29. стр. 300, Olshausen, M. f. Geb. B. 30. стр. 353 u Archiv f. Gyn. B. IV. стр. 471. Savage, Obst. J. of. Great Britain. Nov. 1873. стр. 503.

Прежде всего слѣдуетъ исключить изъ употребленія всѣ внутриматочные снаряды, которые удерживаются снаружи поясомъ, такъ какъ всякій толчекъ, которому послѣдній подвергается, сообщается также суппортеру и маткѣ.

Съ другой стороны и простые стебельчатые снаряды, съ цуговкой на концѣ, лежащемъ во влагалищѣ, тоже не достигаютъ настоящимъ образомъ своей цѣли, потому что, выпрямляя матку, они образуютъ только изъ флексиіи соответствующую версію, матка же не получаетъ при этомъ нормальнаго положенія.

Такимъ образомъ задача состоитъ въ томъ, чтобы помѣщающійся въ маткѣ стебель былъ укрѣпленъ посредствомъ снаряда, находящагося во влагалищѣ, такъ, чтобы матка приняла нормальное положеніе, при чемъ весь аппаратъ долженъ быть до извѣстной степени подвиженъ и свободно помѣщаться въ половомъ каналѣ.

Для достиженія этой цѣли придуманы были различные снаряды. Большинство изобрѣтателей соединяли внутриматочный стебель съ влагалищнымъ пессаріемъ; такъ Detschy ¹⁾ устроилъ свой hysteromochlion, Martin свой створчатый регуляторъ, Winkel, Schultze, Löwenhardt ²⁾, Beigel ³⁾, von Düring ⁴⁾ и другіе.

Большинство изъ этихъ снарядовъ имѣетъ тотъ недостатокъ, что стебель идетъ отъ середины влагалищнаго пессарія и плотно съ нимъ соединенъ. Вслѣдствіе этого съ одной стороны матка не измѣняетъ надлежащимъ образомъ своего прежняго положенія, а съ другой стороны, такъ какъ влагалищный пессарій опускается, то и стебель легко выходитъ изъ матки, на столько, что помѣщается только въ шейкѣ. Если прикрѣпить стебель къ влагалищному пессарію не въ центрѣ, то послѣдній можетъ легко поворачиваться, такъ что прежнее неправильное положеніе снова образуется. Кромѣ того, прикрѣпленный къ влагалищному пессарію стебель не даетъ маткѣ достаточной подвижности.

По нашему опыту, цѣль лучше всего достигается, если посредствомъ тампонаціи рукава дать головкѣ стебля такое положеніе, что матка напр. при ретрофлексіи сильно наклоняется впередъ. Мы не думаемъ, чтобы этотъ, хотя и немного хлопотливый способъ, могъ быть вполне замѣненъ другими средствами.

¹⁾ Wiener med. Woch. 1857. № 29—31.

²⁾ Berl. klin. W. 1873. № 35.

³⁾ Wiener med. W. 1873. № 12.

⁴⁾ Deutsche Klinik. 1874. № 1.

Для внутриматочнаго выпрямленія искривленной матки мы употребляемъ маленькій, костяной стебель съ деревянной головкой, какой представленъ на фиг. 59.

Главное достоинство внутриматочныхъ пессаріевъ—ихъ легкость, достигается выборомъ матеріала (кость, особенно слоновая, рогъ, дерево, вулканизированный каучукъ). Стебель долженъ быть проченъ и достаточно тонокъ, сверху хорошо закругленъ и не слишкомъ длинень, чтобы не упирался въ дно. Помѣщающаяся во влагалищѣ головка стебля, не должна быть слишкомъ мала; лучше ей придать форму шара, чѣмъ чашечки, которая легче раздражаетъ стѣнки ружкава. Створчатые суппортеры, удерживающіеся въ маткѣ распорками (стебель которыхъ, по введеніи въ матку, раздваивается на двѣ вѣтви), въ томъ видѣ, въ какомъ они прежде были предложены Kiwisch'емъ и С. Mayer'омъ, а потомъ Greenhalgh ¹⁾, Wrigth ²⁾ и Chambers ³⁾, такъ сильно раздражаютъ матку, вслѣдствіе расхожденія вѣтвей, что объ употребленіи ихъ не можетъ быть и рѣчи.

Введеніе стебля производится просто руками. Захвативъ правую рукою стебель, вводятъ конецъ его по указательному пальцу лѣвой руки, помѣщенному противъ маточнаго рыльца. Если конецъ стебля уже въ каналѣ шейки, то онъ легко проводится до внутренняго маточнаго зѣва. Чтобы провести его черезъ внутренній зѣвъ нуженъ весьма простой приѣмъ. Если, напримѣръ, имѣемъ дѣло съ значительною антефлексією, то, какъ только конецъ пессарія вошелъ во внутренній зѣвъ, головку его отклоняютъ какъ можно сильнѣе взадъ и вверху. Этимъ путемъ удается совершенно исправить флексію, т. е. даже при искривленіи, подъ острымъ угломъ можно бываетъ, не измѣняя положенія тѣла матки, установить шейку такъ, что направленіе ея канала почти совпадаетъ съ направленіемъ канала тѣла. Если этого удалось достигнуть, то стебель проникаетъ въ полость матки безъ дальнѣйшаго сопротивленія. При ретрофлексіи поступаютъ такимъ же образомъ, отклоняя только головку сильно впереди и вверху.

Этотъ способъ введенія самый безопасный, такъ какъ тѣло матки сохраняетъ при этомъ свое положеніе и стебель проникаетъ въ него по прямому направленію, а потому совсѣмъ не раздражаетъ его. Если выправленіе матки производится такимъ образомъ, что

¹⁾ Lancet. 1866. I, стр. 468.

²⁾ Ebd. стр. 200.

³⁾ Obst. J. of Great Britain. April 1873, стр. 21 и May 1873, стр. 115 и пр.

внутриматочный пессарий продвигается дальше по направлению шейки насильственно, то можно всегда сильно поранить одну стѣнку матки (при *anteflexio* заднюю, при *retroflexio* переднюю).

Находясь въ маткѣ, стебель исправляетъ искривленіе; впрочемъ, если оставить стебель одинъ безъ подпоры, то матка наклоняется въ соотвѣтствующую сторону, такъ что слѣдовательно, при одномъ введеніи суппортера флексіи измѣняются въ соотвѣтствующія версіи (см. фиг. 67).



Рис. 67.

Введенный въ матку внутриматочный пессарій образуетъ изъ ретрофлексіи — ретроверсію.



Рис. 68.

Внутриматочный пессарій, введенный при ретрофлексіи, фиксированъ тампономъ и матка приведена въ положеніе антеверсіи.

Теперь для того, чтобы исправить версію и привести матку въ положеніе, противоположное бывшей флексіи, вводятъ, напимѣръ при ретрофлексіи, между головкой стебля и передней стѣнкой влагалища нѣсколько шариковъ изъ ваты, такъ чтобы головка совершенно отклонилась взадъ (см. фиг. 68). Такимъ образомъ матка отклоняется впереди. Если еще впереди головки помѣстить тампонъ изъ ваты, то стебель будетъ лежать плотно въ маткѣ, которая сохраняетъ свое наклоненное положеніе впереди. При этомъ головка однако не настолько фиксируется, чтобы матка стала вовсе неподвижною.

Этотъ способъ во всякомъ случаѣ довольно хлопотливъ, такъ какъ тампоны должны перемѣняться каждый день или по крайней мѣрѣ черезъ день. Они скоро пропитываются слизью и становятся зловонными, что впрочемъ отчасти можетъ быть устранено, посредствомъ смачиванія тампона въ глицеринѣ. Кромѣ того они постоянно понемногу спалзываютъ въ рукавъ и потому частая перемѣна ихъ во всякомъ случаѣ необходима.

Что же касается до самаго дѣйствія, то этотъ способъ по нашему мнѣнiю, превосходить всѣ остальные, потому что при этомъ можно привести матку въ какое угодно положенiе и сохранить въ такомъ видѣ въ продолженiи цѣлыхъ недѣль. Если наприимѣръ лечить такимъ образомъ ретрофлексию, то матку отклоняють впереди и удерживаютъ ее въ этомъ положенiи, при чемъ внутри-брюшное давленiе дѣйствуетъ на заднюю ея поверхность, а потому можно надѣяться, что даже и по удаленiи этого снаряда матка уже настолько свыкнется съ новымъ положенiемъ, что сохранить его и дальше.

Конечно, надежда эта не всегда оправдывается, такъ какъ наклонность матки къ принятiю прежняго неправильнаго положенiя, въ которомъ она находилась быть можетъ цѣлые годы, чрезвычайно значительна. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается окончательно устранить это страданiе, въ другихъ же по крайней мѣрѣ значительное облегчить больную.

Главное возраженiе противъ внутриматочнаго леченiя, основано не столько на безуспѣшности его дѣйствiя, сколько на томъ, что судя по нѣкоторымъ послѣдствiямъ, оно черезъ-чуръ опасно.

Чтобы избѣгнуть такого рода опасныхъ случайностей, главнымъ образомъ воспаленiя матки и сосѣднихъ частей, нужно непременно выбирать подходящiе для леченiя случаи. Говоря о выправленiи, мы обратили уже вниманiе на то, что если матка фиксирована сращенiями, то ее слѣдуетъ оставить въ такомъ положенiи, такъ какъ выправленiе сопряжено съ значительнымъ растяженiемъ и разрывомъ сращенiй. Во всѣхъ этихъ случаяхъ слѣдовательно не можетъ быть и рѣчи о внутриматочномъ леченiи. Последнее противопоказуется также при хроническомъ воспаленiи не только матки, но и сосѣднихъ органовъ: при metritis, endo-para и perimetritis. Такимъ образомъ, если вблизи матки замѣчается воспалительный экссудатъ, или если сама матка чувствительна на оцупь, то нужно воздержатся отъ внутриматочнаго леченiя. Исключенiе можетъ быть съ большою осторожностью допущено лишь при очень давнихъ воспалительныхъ процессахъ въ маткѣ.

Слѣдовательно, внутриматочное лечение можетъ быть умѣстно при чистыхъ флексіяхъ, не осложненныхъ воспаленіемъ. Весьма хорошіе результаты достигаются при врожденной ante-flexio, при которой невыносимыя боли во время менструаціи прекращаются тотчасъ по введеніи суппортера и нерѣдко, послѣ долготнаго безплодія, наступаетъ беременность. Встрѣчающіяся, хотя не особенно часто, у нерожавшихъ женщинъ ретрофлексіи и вызывающія почти одинаковыя припадки, тоже прекрасно излечиваются этимъ способомъ. Рѣже мы употребляли суппортеры при приобретенныхъ флексіяхъ у женщинъ рожавшихъ, во-первыхъ потому что онѣ именно очень часто осложняются воспалительными процессами, а во-вторыхъ не вызываютъ обыкновенно такихъ сильныхъ припадковъ, чтобы женщина согласилась на такое продолжительное лечение.

Даже въ случаяхъ удобныхъ для леченія нужно по крайней мѣрѣ вначалѣ соблюдать большую осторожность. Мы всегда вводимъ пессарій только на квартирѣ больной, въ постели и совѣтуемъ спокойно оставаться въ ней первые три дня. Кромѣ того сначала вводимъ только суппортеръ, чтобы измѣнить флексію въ версію оставляя пока матку въ прежнемъ положеніи (см. фиг. 67), и приступаемъ къ исправленію положенія только на второй или на третій день, если суппортеръ все это время переносился хорошо. Если онъ и въ слѣдующіе дни не вызвалъ воспаленія, то больная можетъ оставить постель и приняться за обычныя занятія. По нашему опыту послѣ этого воспаленіе уже не появляется.

Во время мѣсячныхъ кровей мы вынимаемъ суппортеръ пальцами или корнцангомъ, какъ для очищенія, такъ и въ видахъ могущаго легко случиться воспаленія, котораго впрочемъ обыкновенно не бываетъ.

Мы слѣдовательно считаемъ лечение флексіи внутриматочными снарядами вполне дѣйствительнымъ и не особенно опаснымъ. Конечно, этимъ способомъ излечивается при соблюденіи осторожности только относительно малое число флексій. Но вообще нужно сознаться, что въ большинствѣ случаевъ неправильность положенія сама по себѣ окончателно не можетъ быть устранена.

Дѣлавы были попытки исправить положеніе матки оперативнымъ путемъ, съ тою цѣлью, чтобы напр. при смѣщеніяхъ взадъ вызвать посредствомъ прижиганій ¹⁾ или кроваваго пва ²⁾, сращеніе между

¹⁾ Courty, Mal. de l'uterus. II. ed стр. 876.

²⁾ Richelot, l'Union médicale 1868. № 58 и 59.

задней стѣнкой влагалищной части и задней стѣнкой влагалища. Другой способъ, еще не испытанный на практикѣ, но и невѣрный въ принципѣ, былъ предложенъ Löwenthal'емъ ¹⁾. Самымъ радикальнымъ образомъ поступилъ Koberlé ²⁾, который въ одномъ случаѣ ретрофлексіи, сдѣлалъ лапаротомію, притянулъ матку впередъ и закрѣпилъ ее въ нижнемъ углу раны, какъ при оваріотоміи.

Мы не рекомендуемъ также предложенной Симсомъ ³⁾ операциі автефлексіи, при чемъ задняя стѣнка шейки разрѣзается до *orificium interuum*, такъ какъ она опасна и самое большее, что можетъ сдѣлать — это устранить только одинъ изъ припадковъ искривленія, — стенозъ внутренняго маточнаго зѣва, что можетъ быть достигнуто и другимъ путемъ.

Если ничего нельзя сдѣлать противъ неправильности положенія, то нужно ограничиться леченіемъ припадковъ, что въ большинствѣ случаевъ доставляетъ больнымъ значительное облегченіе.

Тѣ именно мучительныя припадки, которые обусловлены самою флексіей, стало быть главнымъ образомъ дисменоррея, а иногда также затрудненіе мочеиспусканія, менѣе другихъ берутся при этомъ въ расчетъ, такъ какъ они удалимы лишь внутриматочнымъ леченіемъ. Тутъ прежде всего леченіе должно быть направлено противъ тѣхъ припадковъ, которые вызываются осложненіями, въ особенности сопутствующимъ хроническимъ воспаленіемъ матки. Конечно, самая неправильность положенія служитъ причиной этихъ осложненій, но тѣмъ не менѣе они могутъ быть сплосъ и рядомъ облегчены въ весьма значительной степени и при соответственномъ діететическомъ содержаніи можно предупредить ихъ возобновленіе, или по крайней мѣрѣ появленіе самыхъ непріятныхъ припадковъ.

Мы не можемъ здѣсь входить въ подробности леченія каждаго осложненія отдѣльно. Замѣтимъ только, какъ болѣе важное, что самыя тягостныя припадки—боли и кровотеченія, вызываемыя чрезмерной величиной и хроническимъ воспаленіемъ матки, лучше всего излечиваются небольшими, но часто повторяемыми насѣчками. Въ благопріятныхъ случаяхъ такимъ палліативнымъ леченіемъ удастся достигнуть прекращенія тягостныхъ припадковъ.

При изложеніи леченія мы до сихъ поръ обратили главное вниманіе исключительно на флексію. Это мы сдѣлали потому, что приписываемъ имъ, какъ уже выше замѣтили большую важность, нежели

¹⁾ Die Lageveränderungen des Uterus. Heidelberg 1872.

²⁾ Schetelig, Med. Centralbl. 1869. № 27.

³⁾ Gebärmutterchirurgie, стр. 128.

версиямъ а также и потому, что антеверсії безъ осложненій т. е. безъ воспалительнаго увеличенія матки вовсе не встрѣчаются, а ретроверсії—только весьма рѣдко.

При леченіи антеверсій главное дѣло состоитъ въ томъ, чтобы устранить воспалительное состояніе матки, что, какъ уже замѣчено, лучше всего достигается насѣчками. Если матка приходитъ въ нормальное состояніе, то принимаетъ нормальное или антефлексированное положеніе. Если не удастся устранить опухоль матки и смѣщеніе вызываетъ самыя несносныя припадки, или, что особенно часто бываетъ, послѣдніе обуславливаются значительною подвижностью матки, то эти явленія часто могутъ быть окончательно устранены введеніемъ простаго рукавнаго пессарія, лучше всего каучуковаго кольца Mayer'a ¹⁾). Послѣднее дѣйствуетъ тѣмъ, что удерживаетъ влагалищную часть посрединѣ таза и препятствуетъ слишкомъ значительнымъ движеніямъ матки. Кромѣ того оно удерживаетъ матку въ болѣе нормальномъ и болѣе устойчивомъ положеніи, тѣмъ болѣе что при версияхъ тѣло и шейка матки не спадаются подъ угломъ. Подобнымъ же образомъ дѣйствуетъ рекомендуемый многими брюшной бинтъ, *ceinture hypogastrique*, ограничивая подвижность увеличенной матки и облегчая происходящіе отъ этого припадки. О какомъбы то ни было вліяніи бинта на самое положеніе матки конечно и думать нечего.

Чистыя неосложненныя ретроверсії нерѣдко бываютъ временными и не требуютъ никакого леченія. Такимъ больнымъ слѣдуетъ совѣтовать часто опорожнять мочевой пузырь и избѣгать усиленныхъ, въ особенности внезапныхъ напряженій, такъ какъ послѣднія при переполненіи пузыря легко влекутъ за собой на долго остающіяся ретроверсію и впоследствии флексію. Если матка имѣетъ постоянно наклонное взадъ положеніе, то оно можетъ быть вполне исправлено посредствомъ внутриматочнаго суппортера. Леченіе легче и предсказаніе лучше, чѣмъ при ретрофлексіяхъ. При осложненіи ретроверсії хроническимъ воспаленіемъ поступаютъ точно также, какъ при антеверсії, но по излеченіи воспаления очень скоро образуется ретрофлексія.

Мы сказали уже въ предъидущемъ примѣчаніи, что различаемъ флексію и версію, какъ двѣ отдѣльныя формы болѣзней, отличныя одна отъ другой, какъ по мѣсту страданія (въ стѣнкахъ матки или въ окружающей кѣтчатѣ), такъ и по клиническимъ явленіямъ. Мы сказали

¹⁾ С. Mayer, Monatsschr. f. Geb. B. 21 стр. 416.

также, что нерѣдко обѣ формы существуютъ совмѣстно. Но въ отношеніи леченія строгое отдѣленіе этѣхъ двухъ формъ представляется еще болѣе существеннымъ. Можно сказать утвердительно, что механическое леченіе здѣсь играетъ самую главную роль; хирургическое леченіе этихъ неправильностей формы и положенія еще неразработано, а терапевтическое не можетъ здѣсь имѣть радикальнаго значенія.

Масса механическихъ снарядовъ и инструментовъ, придуманныхъ съ этою цѣлью дѣлится на два отдѣла: внѣматочные и внутриматочные. Первые употребляются только при версіяхъ, послѣднія только при флексіяхъ. Есть и сложные сваряды для смѣшанныхъ формъ.

Исторія первыхъ коротка и непогосложна. Вся масса внѣматочныхъ механическихъ снарядовъ кольцеобразныхъ, стебельчатыхъ и створчатыхъ, употреблявшихся съ древнихъ временъ, была придумана исключительно съ цѣлью удержанія выпавшей матки, а потому сюда не относится. Первообразомъ колець съ цѣлью исправленія положенія матки можетъ считаться кольцо Дезормо (*pessaire à gimblette*). Это есть круглое кольцо, котораго одинъ край толще и выдается надъ прочей периферіей. Затѣмъ слѣдуютъ эксцентрическія кольца, пессарій Годже, о которыхъ упомянуто въ текстѣ, Мейгса (*Meigs*), представленный американскому медицинскому обществу въ 1853 г. Послѣдній пессарій имѣетъ видъ замкнутаго овальнаго кольца и сдѣланъ изъ стальной пружины, обтянутой каучукомъ; длинный діаметръ его равенъ 2—3". При введеніи сжимаютъ его двумя пальцами, отчего онъ принимаетъ форму неправильнаго параллелограмма. Главный недостатокъ его состоитъ въ давленіи, которое онъ производитъ на стѣнки рукава, отчего могутъ быть изъязвленія и даже продыравленія послѣднихъ. О кольцѣ Шульце, Грайли-Юита и Томаса упомянуто въ текстѣ, а о кольцѣ Гунольда, Гервеца, Дрейера, Ланггаарда и о тампонаціи, подкладываніи пробокъ въ своды и пр. мы не считаемъ нужнымъ и говорить, такъ какъ теперь ихъ не употребляютъ. Кольца Майера сюда не относятся (подроб. см. о мехавич. леченіи И. Тарновскаго 1869 г.).

Изъ всѣхъ этихъ пессаріевъ мы предпочитаемъ Годжевскій для ретроверсій и Грайли-Юита для антеверсій. Считаемъ необходимымъ добавить къ сказанному въ текстѣ нѣсколько словъ о введеніи этихъ колець въ рукавъ, способѣ ихъ дѣйствія, выборѣ формы и величины кольца и достоинствахъ и недостаткахъ ихъ.

Способъ введенія очень простъ: кольцо захватываютъ двумя или тремя пальцами одной руки за тотъ край, который долженъ быть обращенъ впередъ и, смазавъ масломъ, вводятъ его въ рукавъ такимъ обра-

зомъ, чтобы плоскость его соответствовала передне-заднему размѣру влагалища. Когда кольцо доведено такимъ образомъ до свода, его поворачиваютъ горизонтально и затѣмъ устанавливаютъ такъ, чтобы шейка матки попала въ его просвѣтъ, задняя часть его упиралась бы въ сводъ и крестцовую впадину, а передняя въ заднюю поверхность лобкового соединенія. Чтобы удостовѣриться, дѣйствительно-ли вложенное кольцо измѣнило положеніе матки, мы всегда вводимъ вслѣдъ за нимъ измѣненный нами элеваторъ Симса (рис. стр. 26), измѣряемъ уголъ отклоненія матки и затѣмъ сравниваемъ эти данныя съ результатами, полученными до введенія кольца. Если неправильное положеніе было рѣзко выражено, то въ измѣненіи положенія вслѣдъ за введеніемъ кольца можно убѣдиться и пальцемъ. Послѣ этого, съ цѣлью удостовѣриться плотно ли лежитъ пессарій, мы заставляемъ больную быстро пригнать къ животу бедра и разгибать нѣсколько разъ и по возможности напрягать брюшную прессу (жилиться). Если послѣ этого пессарій остается неподвижнымъ, то можно быть увѣреннымъ, что при ходьбѣ онъ не выпадетъ; — вполне же удостовѣриться въ неподвижности пессарія можно только послѣ перваго твердаго испраженія; поэтому всякую женщину, носящую пессарій, необходимо изслѣдовать въ первые 2, 3 дня ежедневно. Если въ это время онъ сдвинется или покачнется, то нужно его поправить или замѣнить другимъ.

Вынимаются они еще легче. Конецъ указательнаго пальца подводится подъ переднюю дугу кольца и оттягиваетъ его внизъ; затѣмъ, захвативъ выведенный край большимъ и указательнымъ пальцами, поворачиваютъ кольцо въ передне-задній размѣръ рукава и выводятъ вдоль половой щели.

Выборъ величины и формы кольца составляетъ главнѣйшее условіе для его хорошаго дѣйствія. Если сравнить длину, форму, объемъ и т. д. нѣсколькихъ рукавовъ между собою, то едва-ли изъ 100 найдется два совершенно одинаковыхъ. Поэтому Маріонъ Симсъ предлагаетъ дѣлать пробное кольцо просто изъ телеграфной проволоки, всунутой въ каучуковую трубку, и, выгнувъ его по введенію по своду рукава и таза, заказать по нему металлическое. Это вполне практической совѣтъ. Въ первое время намъ часто приходилось вводить и вынимать по нѣскольку колецъ, пока наконецъ попадалось совершенно годное для даннаго случая. Благодаря пробнымъ кольцамъ, это дѣлается проще и скорѣе. Такія кольца мы приготовляемъ всегда сами изъ вдвое скрученной телеграфной проволоки, которую вдѣваемъ въ тонкую каучуковую трубку; концы трубки мы выворачиваемъ, а концы проволоки связываемъ шел-

ковой ниткой, послѣ чего развертываемъ завороченные края каучуковой трубки, и кольцо готово. Оно гнется очень легко и удерживаетъ приданную ему кривизну. Придавъ ему обыкновенную форму Годжевскаго кольца, мы вводимъ его въ рукавъ и устанавливаемъ. Въ послѣднее время явилось новое видоизмѣненіе пессарія Годже, сдѣланное Саттергосомъ (Seattergos) и состоящее въ томъ, что это кольцо можетъ быть уменьшено самымъ давленіемъ стѣнокъ рукава. Оно устроено такъ, что одна половина его входитъ въ другую, въ которой находится спиральная пружина. Такое кольцо легко можетъ быть приспособлено къ рукаву, но по сложности должно скорѣе портиться.

Чтобы кольцо хорошо лежало, нужно: во 1-хъ, чтобы давленіе его во все стороны было одинаково; во 2-хъ, чтобы положеніе его было совершенно или приблизительно параллельно съ конъюнктою таза; въ 3-хъ, чтобы вслѣдствіе присутствія его положеніе матки дѣйствительно было измѣнено имъ и въ 4-хъ, чтобы это измѣненіе не было черезъ-чуръ рѣзко. Для удовлетворенія первому условію нужно, чтобы кольцо имѣло надлежащую величину; для этого достаточно ощупать пальцемъ, какъ сильно растянуть сводъ вокругъ кольца. Второе условіе выполняется формою кольца. Все эксцентрическія кольца дѣйствуютъ по закону рычага, точка опоры котораго соотвѣтствуетъ вогнутой части кольца, а плечи переднему и заднему концамъ. Конецъ, подпирающій матку, для большей силы дѣйствія долженъ быть короче. Величина его условливается величиною и тяжестью матки и количествомъ силы, потребной для поднятія ея; поэтому, чѣмъ матка болѣе уклонена, чѣмъ она тяжелѣе и проч., тѣмъ онъ долженъ быть короче. Наоборотъ, при неувеличенной и незначительно давящей маткѣ конецъ этотъ долженъ быть длиннѣе. Отсюда произошли 2 формы Годжевскихъ пессаріевъ: одна въ видѣ неправильно изогнутаго параллелограмма, другая въ видѣ сѣдла; первая соотвѣтствуетъ неравноплечему рычагу, вторая—равноплечему. Первая форма употребляется при значительныхъ уклонахъ и при увеличенной маткѣ.

Такъ какъ всякое тѣло известной величины, проходя въ полости таза, всегда идетъ по направленію его оси, т. е. отвѣсно ко всеѣмъ поперечно сѣкущимъ плоскостямъ таза, то и кольцо должно лежать параллельно одной изъ этихъ плоскостей, смотря потому, на какой высотѣ оно находится. Только въ такомъ случаѣ давленіе на него сверху будетъ дѣйствовать по перпендикулярю и оба плеча рычага будутъ принимать одинаковую тяжесть. Если плечи рычага, т. е. концы кольца изогнуты правильно, то оно будетъ лежать параллельно съ плоскостью

конъюгаты, или другою, ей соответствующею поперечно сѣкущею плоскостью таза, въ противномъ же случаѣ одно плечо опустится внизъ и кольцо вовсе не будетъ дѣйствовать, или же будетъ слишкомъ сильно давить на матку, смотря потому, какой конецъ опустился внизъ, или наконецъ можетъ выпасть изъ рукава, что впрочемъ случается весьма рѣдко.

Что касается до поперечнаго размѣра просвѣта кольца, то нѣкоторые врачи дѣлаютъ его настолько узкимъ, чтобы оно плотно обхватывало шейку съ боковъ. Мы не одобряемъ этого способа во-первыхъ потому, что при немъ возможно ущемленіе шейки, а во-вторыхъ потому, что этимъ ослабляется сила рычага.

Профессоръ Мартинъ доказываетъ даже, что эти кольца дѣйствуютъ вовсе не по закону рычага, а просто возвышеннымъ краемъ своимъ поддерживаютъ отклоненную матку; самый же пессарій обхватывается сводомъ рукава и, раздражая его, возбуждаетъ въ немъ кольцеобразныя сокращенія; съ другой стороны онъ раздражаетъ *m. retractorem uteri* Лушки и тѣмъ помогаетъ при заворотѣ. Мы не можемъ вполне согласиться съ этими объясненіями, потому что съ одной стороны Годжевское кольцо представляетъ всѣ условія рычага и сила дѣйствія его измѣняется сообразно съ величиною плечъ, а съ другой стороны, если допустить сокращенія рукава и *m. retractoris uteri*, то вслѣдствіе какихъ же причинъ по удаленіи кольца эти мышцы остаются въ сокращенномъ состояніи?

Авторъ руководства также отвергаетъ рычагообразное дѣйствіе этихъ пессаріевъ и приписываетъ причину отклоненія шейки растяженію свода кольцомъ. На это мы возразимъ только слѣдующее: 1) если кольцо, выбранное по мѣркѣ и правильно лежащее, подавить кверху или книзу, упирая палецъ въ переднюю дугу, то легко можно убѣдиться указательнымъ пальцемъ другой руки, на сколько подымается или опускается въ это время задняя дуга кольца. 2) Створчатые пессаріи Цванка, Шиллинга и др. распираютъ своды несравненно значительнѣе, чѣмъ Годжевскія кольца, однако шейка при нихъ не смѣщается и уклонъ матки остается прежній.

Чтобы узнать, выполнены ли два послѣднія условія, мы по большей части не полагаемся на изслѣдованіе пальцемъ и вводимъ элеваторъ. Этимъ инструментомъ опредѣляется не только измѣненное положеніе матки, но и то, какъ велико это измѣненіе. По нашимъ наблюденіямъ значительное измѣненіе въ положеніи матки, производимое кольцомъ, всегда приноситъ болѣе вреда, чѣмъ пользы. Вслѣдствіе

рѣзкой перемѣны въ положеніи матки кровообращеніе въ ней измѣняется, иногда являются застои, чувствуются боли внизу живота и частые позывы къ мочеиспусканію; да и самое кольцо чрезъ день или два измѣняетъ данное ему положеніе. Напротивъ того, если положеніе матки измѣнено незначительно, то ничего подобнаго не бываетъ. Путемъ опыта мы убѣдились, что перемѣна въ положеніи матки отъ 10 до 30° не производитъ неблагопріятныхъ послѣдствій; болѣе же значительныя перемѣны почти всегда сопровождаются вышеописанными послѣдствіями. По этому при значительныхъ уклонахъ матки всегда приходится употреблять кольца, изогнутыя подъ тупымъ угломъ (130—140°), и во время леченія перемѣнять ихъ по нѣскольку разъ, измѣняя при этомъ, какъ уголъ поперечнаго изгиба кольца, такъ и величину его. Напротивъ того, при незначительныхъ уклонахъ слѣдуетъ употреблять кольца, изогнутыя почти подъ прямымъ угломъ (въ 100—90°), т. е. въ видѣ сѣдла. Кромѣ того въ выборѣ формы кольца представляетъ нѣкоторыя условія и направленіе лобка: при отвѣсно стоящемъ лобкѣ лучше держится сѣдлообразное кольцо (фиг. 63), при наклонномъ — кольцо съ концами, изогнутыми въ противоположныя стороны (фиг. 64).

Недостатки этихъ колець заключаются въ раздраженіи рукава, которое можно впрочемъ умѣрить до извѣстной степени соотвѣтствующимъ леченіемъ. Кромѣ того иногда они помогаютъ, только пока лежатъ въ рукавѣ, а по извлеченіи, неправильное положеніе возвращается, что зависитъ конечно отъ состоянія окружающей кѣтчатки и отчасти стѣнокъ рукава. Поэтому, при носеніи пессарія, мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ употребляемъ и другія мѣстныя средства: холодныя души, вяжущія, неметаллическія спринцеванія, Suppositoria, не содержащія солей и проч.

Во время носенія пессаріевъ, мы вынимаемъ ихъ чрезъ 4—6 недѣль, причѣмъ результатъ изслѣдованія указываетъ на измѣненія, которыя слѣдуетъ сдѣлать въ кольцѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, смотря по надобности, перемѣна кольца производится и ранѣе. Продолжительность леченія весьма различна; отъ 3-хъ мѣсяцевъ до 2 лѣтъ. При наступленіи беременности, мы во всѣхъ случаяхъ, которые намъ приходилось наблюдать, оставляли кольцо въ рукавѣ до 3-го или 4-го мѣсяца и, по нашимъ наблюденіямъ, пребываніе въ рукавѣ пессарія, вложеннаго до зачатія, не производило никакого неблагопріятнаго вліянія на теченіе беременности.

Кольцо Грайли Юпта для антеверсій вводится такимъ же образомъ, но введеніе нѣсколько затруднительнѣе, по причинѣ сложности самаго

кольца. Мы употребляли ихъ во многихъ случаяхъ съ прекраснымъ успѣхомъ. Мы не мало удивляемся тому, что авторъ предпочитаетъ кольца Шульце. Одинъ видъ ихъ и форма ясно указываютъ, что они тяжелѣе и сложнѣе Годжевскихъ и Грайли-Юптовскихъ.

Исторія внутриматочныхъ пессаріевъ или суппортеровъ гораздо сложнѣе и интереснѣе. Судьба этого инструмента совершенно схожа съ участью всѣхъ великихъ изобрѣтеній, идущихъ въ разрѣзъ съ существующими современными понятіями. Изобрѣтеніе ихъ относится къ началу нашего столѣтія (Möller 1803, Oslander 1808); затѣмъ они были забыты и появляются вновь уже въ 1828 г. (Quetier, Amussat, Moreau, Velreau). Вскорѣ однакоже по появленіи на свѣтъ они снова были оставлены и черезъ 20 лѣтъ, въ 1848 году вновь выступаютъ въ гинекологической практикѣ, но уже въ измѣненномъ и усовершенствованномъ видѣ, благодаря изобрѣтательности James Simpson'a. Едва лишь о нихъ заговорили (Гютеръ, Валле и Госсаль), какъ объ инструментѣ приносящемъ отличную пользу и блестящіе результаты, какъ Французская Медицинская Академія, въ лицѣ Денполя, Гюгье, Роберта, Дюбуа и др. по причинѣ нѣсколькихъ несчастныхъ случаевъ (Брока и Крювелье) забрала ихъ совсѣмъ, не смотря на авторитеты Гервеца де-Шегуена и Вельно.

Затѣмъ явилось въ нѣмецкой литературѣ нѣсколько описаній необыкновенно удачныхъ случаевъ леченія суппортерами (Кивиншъ, Детши, Лумпе, Браунъ, Мартинъ). И тутъ со стороны нѣкоторыхъ врачей, строго державшихся прежнихъ взглядовъ, (С. Mayer, Lehmann, Riese, Шпетъ, Габи, Киліанъ, Рециусъ, Грензеръ, даже Гооль ¹⁾ и особенно Скапцопп), явилась такая же сильная оппозиція, какъ и во Франціи, и тутъ цѣлое учное общество врачей въ 1856 г. (Die gynäkologische Section d. Naturforscher Versammlung zu Wien) признало ихъ не только негодными, но даже вредными для употребленія. Однако же несмотря на это они постоянно болѣе и болѣе входили въ употребленіе такъ, что новая попытка вытѣснить ихъ изъ гинекологической практики въ 1868. (Naturforscher Sammlung in Dresden) уже не удалась. Гегаръ, Геннигъ, Гильдебрантъ, Кугельманъ и Кристаллеръ были за леченіе суппортерами; Креле, Фрейндъ и Бемъ—противъ.

Въ томъ же году въ Англии въ Лондонскомъ акушерскомъ обществѣ

¹⁾ Вотъ какъ восклицаетъ Гооль по поводу этого леченія: Arme gebärmutter, wie wird dir. z. B. in der jetztzeit mitgespielt; du wirst gesengt und gebrannt, gereckt und gestreckt, gleich einem Recruten und gleichviel ob es biegt oder bricht etc. (Deutsche. Klinik. 1861. стр. 470).

былъ поднять тотъ же вопросъ по поводу сообщеній Тилъта и А. Медовса. Oldham, Bennet, Tielt, West, Matthews Duncan, Savage и Barnes были противъ леченія, Tyler Smith держался въ спорѣ середины, а Graily Hewitt энергически защищалъ пользу суппортеровъ; за это леченіе были кромѣ того Braxton Hicks, Pristley, Wright, Greenhalgh и Woodman.

Необходимо замѣтить, что изъ нападавшихъ на суппортеры во Франціи, Германіи и Англии почти всеѣ или вовсе не употребляли ихъ ни разу, или же употребляли по одному, по два раза, но неудачно.

Въ Америкѣ суппортеры почти безъ сопротивленія были приняты большинствомъ гинекологовъ.

Въ Швеціи, Норвегіи и Даніи ихъ стали употреблять позднѣе, когда уже польза ихъ была доказана окончательно.

Въ Россіи съ ними случилось тоже, что и за границую. Первый сколько намъ извѣстно, писалъ у насъ о нихъ д-ръ Гаартманъ (Petersb. med. Zeitschr 1862. II. стр. 171), хотя онъ началъ употреблять ихъ гораздо ранѣе, д-ръ О. фонъ-Грюневальдъ, Пр. Лазаревичъ, мы и нѣкоторые другіе; но на первыхъ же порахъ явилась оппозиція, въ числѣ которой былъ и Пр. Красовскій (Военно-Мед. Журн. 1859 октябрь стр. 170), который впрочемъ ниразу ихъ не употреблялъ (I. с. стр. 169).

Въ настоящее время между гинекологами Англии, Франціи, Германіи, Россіи, Норвегіи, Швеціи и Америки значительное большинство съ успѣхомъ употребляютъ внутриматочные суппортеры и о несчастныхъ случаяхъ болѣе не слышно.

Мы считаемъ не лишнимъ изложить въ кратцѣ способъ употребленія и дѣйствія суппортеровъ на основаніи нашихъ собственныхъ наблюденій.

Неправильныя положенія матки (версіи) уже никто не лечитъ теперь внутриматочными снарядами, которые употребляются исключительно для леченія флексій. Прежде, да и теперь еще многіе гинекологи, при леченіи флексій употребляютъ ежедневное введеніе въ полость матки зонда, который оставляютъ въ ней на 10, 15 минутъ и долѣе. Мы также неоднократно испытывали этотъ способъ леченія и дѣйствительно видѣли иногда хорошіе результаты, которые объясняемъ тѣмъ, что зондъ, какъ инородное тѣло, вызываетъ въ большей или меньшей степени сокращенія матки, которыя всегда полезны при такого рода страданіяхъ. Но вообще мы предпочитаемъ этимъ повторнымъ введеніямъ зонда внутриматочные пессаріи по многимъ причинамъ. Во-первыхъ ежедневное введеніе инструмента сопряжено и ежедневнымъ раздраже-

ніемъ матки и болѣе или менѣе значительнымъ поврежденіемъ слизистой оболочки ея. Эта послѣдняя, особенно при сильныхъ искривленіяхъ подъ прямымъ или острымъ угломъ, положительно всякій разъ подвергается ушибамъ и царапинамъ, о чемъ можно заключить по присутствію крови на зондѣ. Во-вторыхъ кратковременное, хотя часто повторяемое введеніе зонда, какъ мы убѣдились на практикѣ, хотя вліяетъ на функциональную дѣятельность матки, но искривленія не выправляетъ: по выведеніи зонда, матка опять представляется искривленною. Наконецъ ежедневное введеніе зонда вообще затруднительно для больныхъ, которыя при подобнаго рода болѣзняхъ, не лежатъ въ постели, а занимаются обычными дѣлами. По этому мы употребляемъ зондъ при леченіи искривленій только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ внутриматочные пессаріи не переносятся вслѣдствіе болей или кровотеченій.

Что касается до различныхъ видовъ суппортеровъ, то ихъ такое множество, что почти нѣтъ возможности всѣхъ перечислить. Они раздѣляются на двѣ категоріи: съ простымъ стеблемъ и съ створчатымъ. Первые представляютъ стебель, на подобіе конца зонда, прямой или нѣсколько изогнутый впередъ; вторые имѣютъ стебель, состоящій изъ двухъ пластинокъ, расходящихся при помощи различныхъ аппаратовъ въ противоположныя стороны; и тѣ и другіе стебли укрѣплены на чашечкообразномъ пелотѣ подвижно или неподвижно. Кромѣ того прежде употребляли суппортеры, которые посредствомъ пелота и особой подпоры укрѣплялись на поясѣ. Къ такимъ относится суппортеръ Симсона (1-я форма) Валле и др., но они давно всѣми оставлены по причинѣ неудобства. Къ первымъ принадлежатъ суппортеры Симсона (2-я форма), Мартина, Мейера, Брауна и др.; ко вторымъ — Кивиппа, Гренгальга, Врайта, Майера, Чемберса, наши и др. И тѣ и другіе имѣютъ и свои удобства и свои недостатки; о пессаріяхъ, удерживающихся на поясѣ мы говорить не будемъ. Суппортеры съ простымъ стеблемъ неудобны тѣмъ, что часто выскальзываютъ изъ матки по прошествіи нѣкотораго времени и почти всегда немного выползаютъ изъ нея. Кромѣ того они мало раздражаютъ матку, которая скоро привыкаетъ къ ихъ присутствію и болѣе не реагируетъ. Суппортеры съ створчатымъ стеблемъ вводятся труднѣе, портятся легче по причинѣ сложности и болѣе раздражаютъ матку. Послѣднее впрочемъ до извѣстной степени необходимо. Мы употребляли и тѣ и другіе почти всегда съ хорошимъ успѣхомъ, а иногда съ успѣхомъ, превосходящимъ ожиданія. Бывали впрочемъ случаи, когда больныя не могли переносить суппортера, по причинѣ болей, но такія

больныя вообще трудно переносили и введеніе зонда. Положительно неблагоприятныхъ случаевъ мы не видали ни разу.

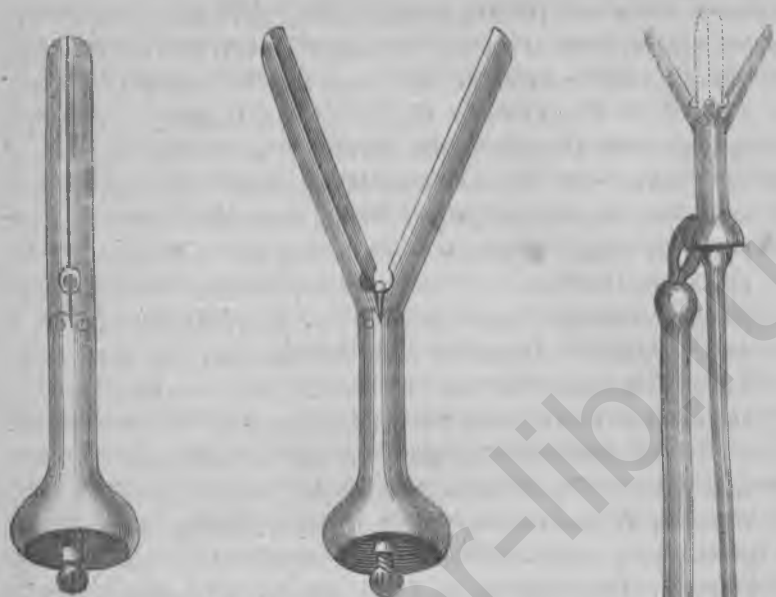


Рис. А.
Сунпортеръ Д-ра Тарволевскаго.

Мы придумали три формы сунпортеровъ со створчатымъ стеблемъ, изъ которыхъ первыя двѣ оставили, а послѣднюю (рис. А) употребляемъ и по настоящее время. (См. о механ. леченіи болѣзней матки 1869).

Что касается до дѣйствія сунпортера, то мы объясняемъ его слѣдующимъ образомъ.

Всякое инородное тѣло, введенное въ полость матки, вызываетъ въ ней извѣстнаго рода дѣятельность. Вскорѣ по введеніи сунпортера являются сокращенія матки, иногда легкія, иногда же болѣе значительныя, а въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ по истеченіи нѣсколькихъ часовъ или сутокъ показывается и маточное кровотеченіе, болѣе или менѣе обильное. Доказательствомъ того, что это кровотеченіе происходитъ не вслѣдствіе раненія матки отъ неосторожнаго введенія сунпортера, служитъ именно его позднее появленіе; въ случаяхъ царапинъ, ссадинъ и т. п. поврежденій

слѣды крови показываются обыкновенно какъ на пальцахъ при самомъ введеніи, такъ и тотчасъ по наложеніи инструмента. Матка, выпрямленная суппортеромъ обыкновенно чрезъ сутки округляется, при нимаеъ изъ сжатои шарообразную форму, шейка ея укорачивается, зѣвъ закругляется. Боли обыкновенно въ первые двое сутокъ стихаютъ вмѣстѣ съ незначительнымъ кровотечениемъ, иногда появляющимся, но измѣненная форма матки остается. Далѣе дня черезъ 2 или 3, а иногда и позже повышается температура половыхъ частей и изъ полости матки показывается обильное слизисто-гниное, — всегда средней реакціи—выдѣленіе, продолжающееся отъ 7 дней до 2 недѣль. Затѣмъ оно уменьшается, при чемъ измѣняется также и свойство выдѣляемой жидкости: она становится прозрачнѣе, жиже и реакція ея постепенно переходитъ въ щелочную. Къ концу 3-й—4-й недѣли выдѣленіе слизи становится въ большей части случаевъ ничтожнымъ; иногда впрочемъ оно не прекращается все время, пока суппортеръ остается въ маткѣ. Реакція слизи положительно не зависитъ отъ вещества, изъ котораго сдѣланъ суппортеръ, ибо она всегда бываетъ щелочною, какъ при серебряныхъ, такъ при гуттаперчевыхъ или деревянныхъ суппортерахъ, даже при инструментахъ Симсона, сдѣланныхъ изъ цинка и мѣди. Кромѣ того въ первые дни матка понижается и становится въ болѣе отвѣсное положеніе, подобно тому, какъ это бываетъ въ началѣ беременности. Поэтому мы рѣшительно не понимаемъ, отъ чего авторъ, объясняя дѣйствіе суппортеровъ, говорить, что они изъ флексій образуютъ соответствующія версіи и совѣтуетъ вслѣдствіи того тампонировать сводъ. Дѣйствительно въ первые двое сутокъ изъ флексій образуется соответствующая версія, но при пониженіи матки въ слѣдующіе дни она исчезаетъ или значительно уменьшается. Тампонація же, да еще ежедневно перемѣняемая, дотога хлопотлива и непріятна, что ни одна больная не согласится на это, тѣмъ болѣе, что лечение продолжается цѣлыя мѣсяцы и даже годы. Черезъ мѣсяць или два объемъ матки уменьшается и она нѣсколько приподнимается, въ чемъ можно убѣдиться измѣреніемъ рукава. При такомъ повышеніи матка нѣсколько измѣняетъ и положеніе свое, именно: въ нѣкоторыхъ случаяхъ она представляется болѣе уклоненною впередъ, въ другихъ—назадъ, а иногда въ сторону.

Направленіе отклоненія вовсе не зависитъ отъ прежняго изгиба, такъ какъ мы наблюдали не одинъ разъ, что матка, прежде изогнутая назадъ, въ это время отклонялась впередъ, т. е. представлялась въ состояніи *anteversionis*. По всей вѣроятности, это зависитъ отъ состоянія

маточныхъ связей и окружающей кѣтчатки. Мѣсячныя всегда бываютъ и обильнѣе и продолжительнѣе, а иногда доходятъ и до степени кровотеченій. Если больная страдала болѣзненными мѣсячными, то болѣзненность безслѣдно исчезаетъ. Мы описали здѣсь явленія, замѣчаемыя при употребленіи суппортера въ случаяхъ обыкновенныхъ, безъ неприятныхъ осложнений, о которыхъ упомянуто ниже. Нельзя не согласиться, что описанныя явленія имѣютъ много сходнаго съ явленіями, сопутствующими началу беременности. И дѣйствительно, измѣненія, производимыя въ маткѣ суппортеромъ, дотога похожи на явленія, бывающія при беременности, что если, вынувъ суппортеръ, изслѣдовать больную на другой или третій день, то весьма легко принять ее за беременную во 2-мъ мѣсяцѣ. По удаленіи суппортера матка постепенно уменьшается въ объемъ, при чемъ иногда снова немного понижается и въ большей части случаевъ сохраняетъ тотъ уклонъ, который получила въ послѣднее время пребыванія суппортера. Иногда уклонъ измѣняется и *anteversio* переходитъ въ легкій заворотъ или отвѣсное положеніе. Что касается до искривленія, то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ инструментъ лежалъ мѣсяцъ, два и болѣе, оно болѣе не возвращается. Если же въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ оно и возвращается, то лишь по истеченіи долгаго времени, спустя мѣсяцевъ 10 или годъ. Иногда даже и послѣ кратковременнаго употребленія суппортера искривленіе не возвращается. У одной женщины, имѣвшей весьма значительную *incurvationem anteriorem*, мы должны были вынуть суппортеръ уже по прошествіи 2-хъ недѣль вслѣдствіе болей и кровотеченія, которыя появились спустя недѣлю послѣ введенія инструмента и при томъ въ весьма значительной степени, такъ что мы опасались развитія воспаленія матки. Припадки эти скоро исчезли, но искривленіе не возобновилось. Положительныхъ признаковъ для предсказанія, — возобновится или нѣтъ изгибъ или искривленіе, — мы не знаемъ, но, сколько можемъ заключить изъ наблюденій, думаемъ, что болѣзнь возвращается по преимуществу въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по введеніи суппортера реакція со стороны матки была незначительна и измѣненія въ ней были выражены слабо. Напротивъ того, если механическое леченіе вызываетъ довольно бурныя явленія, то предсказаніе можетъ быть благопріятнѣе.

Воспаленіе матки, вызванное суппортеромъ, мы наблюдали одинъ только разъ, если не считать за воспаленіе большую или меньшую степень гипереміи и геперплазії, которыя всегда являются при этомъ способѣ леченія. Впрочемъ, мы должны сказать, что при усиленіи болей, повышеніи температуры и кровотеченій, словомъ при малѣйшемъ намекѣ

на возможность воспаления—мы всегда вынимали суппортеръ. Слѣдовательно, еслибы въ нѣкоторыхъ случаяхъ и могло развиваться воспаление, то все-таки оно было предупреждаемо. Возможность же появленія его при этомъ способѣ леченія вполне естественна.

Во многихъ случаяхъ, спустя болѣе или менѣе короткій срокъ, послѣ ношенія суппортера часто наступаетъ беременность. Изъ приведенныхъ нами въ статьѣ о механическомъ леченіи болѣзней матки статистическихъ данныхъ видно, что изгибы и искривленія матки препятствуютъ зачатію. Причину безплодія въ этихъ случаяхъ обыкновенно приписываютъ суженію канала матки въ точкѣ изгиба. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такое объясненіе совершенно справедливо, но далеко не во всѣхъ. Намъ не разъ приходилось вводить суппортеръ женщинамъ, которыя имѣли искривленія и не были ни разу беременными, и у которыхъ между тѣмъ самый толстый зондъ довольно свободно проходилъ въ матку. Причину безплодія въ такихъ случаяхъ мы приписываемъ съ одной стороны качественному и количественному измѣненію выдѣлений канала маточной шейки и самой матки, съ другой, согласно съ Кюеко и Гольстомъ (Holst, Empfängniss, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Uterusknickungen. Monatschrift für Geburtsk., апрѣль 1863), неправильному положенію шейки матки, какъ это бываетъ при уелогахъ.

Слизь, выдѣляемая полостью матки и трубъ, всегда имѣетъ щелочную реакцію, полупрозрачна, жидка, слегка бѣловата, содержитъ въ себѣ много клѣточекъ мерцательнаго эпителія и зеренъ; слизь же, отдѣляемая въ каналъ маточной шейки, имѣетъ слабо щелочную реакцію, густа, клейка, непрозрачна, похожа на яичный бѣлокъ и тоже содержитъ въ себѣ эпителиальныя клѣточки и зерна.

При хроническомъ катаррѣ, всегда сопровождающемъ изгибы и искривленія матки, слизь, вытекающая изъ канала маточной шейки, представляется болѣе густою и очень тягучею; иногда въ ней мѣстами замѣчаются бѣловатыя полоски или пятна, въ другихъ случаяхъ бѣлизна ея бываетъ сплошною; реакція ея менѣе щелочная; она содержитъ въ себѣ множество клѣточекъ овальныхъ, продолговатыхъ, иногда очень длинныхъ, почти нитеобразныхъ, которыя расположены рядами, что зависитъ, по всей вѣроятности, отъ тягучести содержащей ихъ слизи. Ворсинки въ этихъ клѣточкахъ не видно, хотя онѣ и похожи на мерцательныя; обыкновенно онѣ содержатъ по одному ядру, но въ нѣкоторыхъ бываетъ и по нѣскольку скученныхъ зеренъ. Вѣроятно, эти большія, многоядерныя, удлинненныя клѣточки суть патологически измѣненныя яечки мерцательнаго эпителія. Въ болѣе остромъ періодѣ

встрѣчается въ слизи большее или меньшее количество гнойныхъ тѣлецъ, причемъ самая слизь становится жиже, мутнѣе и болѣе бѣловатаго цвѣта, а реакція ея дѣлается слабо щелочною.

Нѣсколько разъ при хроническомъ катаррѣ намъ приходилось наблюдать слабо-кислую реакцію слизи въ каналѣ маточной шейки. Зависѣла ли эта реакція отъ попаданія кислой слизи рукава въ каналъ шейки или же отъ химическаго измѣненія собственной слизи канала шейки вслѣдствіе образованія кислотъ жирныхъ и свободной уксусной, или наконецъ отъ патологическаго состоянія слизистыхъ железъ, мы опредѣлить не могли. Описанныя измѣненія въ выдѣленіи влекутъ за собою образованіе слизистыхъ пробокъ, иногда довольно плотныхъ, которыя закупориваютъ просвѣтъ канала и препятствуютъ прониканію сѣмянныхъ нитей въ матку. При этомъ каналъ можетъ быть даже шире нормальнаго и все-таки остается закупореннымъ. Такія пробки весьма легко удаляются механически, посредствомъ зонда.

Извѣстны случаи, гдѣ женщины, долго бывшія безплодными, забеременивали, если половое сношеніе совершалось въ самомъ непродолжительномъ времени послѣ зондированія. Подобное наблюденіе описано въ статьѣ д-ра Гаартмана («Einiges zur Lehre der Deviationen der Gebärmutter im ungeschwängerten Zustande und ihrer Behandlung auf mechanischen Wege» St. Petersburg. Med. Zeitschrift, 1863, Hft. 8, стр. 91). Роды у его больной наступили день въ день чрезъ 9 мѣсяцевъ послѣ зондированія. Такіе случаи могутъ быть объяснены именно удаленіемъ пробокъ посредствомъ зондированія.

Кромѣ пробокъ, множество эпителиальныхъ клѣточекъ, гнойныхъ тѣлецъ и зеренъ, содержащихся въ катарральнѣй слизи канала шейки, тоже механически препятствуетъ прониканію сѣмянныхъ нитей въ матку. Намъ неоднократно приходилось дѣлать изслѣдованіе содержимаго канала шейки и рукава, какъ тотчасъ послѣ полового сношенія, такъ и по истеченіи нѣкотораго времени (отъ 1—4 часовъ). У женщинъ съ развитымъ хроническимъ катарромъ канала шейки мы не встрѣчали сѣмянныхъ нитей далѣе свода рукава, тогда какъ у здоровыхъ женщинъ, послѣ всякаго сношенія, можно получить ихъ, по крайней мѣрѣ въ небольшомъ количествѣ, не только изъ канала шейки, но и изъ полости матки.

Наконецъ и измѣненіе реакціи слизи подъ вліяніемъ катарра можетъ быть причиною безплодія. Извѣстно, что кислоты, въ особенности уксусная, весьма быстро останавливаютъ движеніе сѣмянныхъ нитей, которое въ щелочныхъ жидкостяхъ возобновляется (Ueber die Flimmerbe-

wegung v. Al. Stuart, Dorpat, 1867). Кислая слизь маточнаго рукава, по нашему мнѣнію, только потому не вліяеть на движеніе сѣмянныхъ нитей, что при половомъ сношеніи отдѣленіе ея не увеличивается или увеличивается лишь незначительно; напротивъ того Бартолиновы железы отдѣляютъ при этомъ актѣ громадное количество щелочной жидкости, которая механически продвигается въ сводъ рукава, такъ что тамъ послѣ сношенія реакція всегда оказывается щелочною. Въ обыкновенныхъ случаяхъ эта щелочная реакція можетъ зависѣть и отъ сѣмянной жидкости, но намъ пришлось наблюдать - одинъ случай, гдѣ у мужа вслѣдствіе болѣзни отдѣленіе сѣмени не происходило или происходило очень поздно, такъ что половой актъ обыкновенно прерывался ранѣе, причѣмъ содержимое свода имѣло все-таки щелочную реакцію, которую въ этомъ случаѣ ничему другому нельзя приписать, какъ отдѣленію Бартолиновыхъ железъ.

Смѣсь различныхъ жидкостей, образующая въ сводѣ послѣ полового сношенія, въ обыкновенныхъ, нормальныхъ, случаяхъ не понадаеть въ каналъ шейки (*Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme, par Ch. Robin. Paris, 1867, стр. 369*), куда приходитъ только небольшое количество сѣмянныхъ нитей. — Если патологически измѣненная слизь въ каналѣ шейки имѣеть кислую реакцію, то движеніе сѣмянныхъ нитей должно прекратиться, какъ оно прекращается въ присутствіи кислотъ на стеклышкѣ подъ микроскопомъ.

Такимъ образомъ, кромѣ суженія канала, есть много и другихъ причинъ, препятствующихъ оплодотворенію при изгибахъ и искривленіяхъ матки. Уже прежде, говоря о дѣйствиі маточныхъ пессаріевъ на выдѣленія рукава, мы замѣтили, что реакція слизи въ рукавѣ измѣняется подъ вліяніемъ механическаго леченія. Еще болѣе важныя перемѣны происходятъ въ выдѣленіяхъ канала шейки и матки при внутриматочныхъ пессаріяхъ. По введеніи суппортера дна чрезъ 2 или 3 отдѣляемое канала маточной шейки увеличивается въ количествѣ, становится жиже, мутнѣе, иногда буроватаго цвѣта отъ примѣси крови. Кромѣ гнойныхъ шариковъ, патологически измѣненныхъ клѣточекъ эпителія и зернистыхъ массъ, въ немъ встрѣчаются еще и кровяные шарики; реакція слизи становится болѣе щелочною. При дальнѣйшемъ пребываніи суппортера, если не послѣдуетъ какихъ либо осложненій, изъ слизи исчезаютъ кровяные шарики, количество же гнойныхъ тѣлецъ уменьшается; по истеченіи 2—3 недѣль и эти послѣднія исчезаютъ. Количество эпителиальныхъ клѣточекъ обыкновенно остается увеличеннымъ во все время леченія, причѣмъ между ними вовсе не встрѣчается мерцательныхъ.

Послѣ извлеченія суппортера эти послѣднія обыкновенно показываются весьма скоро. Реакція во все время леченія бываетъ щелочная, какою остается и впослѣдствіи.

Такимъ образомъ вліяніе суппортера на матку не есть исключительно механическое. Уже давно нѣкоторые наблюдатели говорили о динамическомъ вліяніи механическихъ снарядовъ. Дюбуа заявилъ подобное мнѣніе въ Парижской Академіи въ 1854 г., а Маріонъ Симсъ, не принадлежащій къ числу поклонниковъ внутрематочныхъ пессаріевъ, слѣдующимъ образомъ выражается по этому поводу въ своей книгѣ *Klinik der Gebärmutter-Chirurgie*, 1866, стр. 310.

«Я вполне готовъ принять ученіе проф. Байфорда (Byford) относительно этого предмета, ибо мнѣ часто приводилось видѣть случаи, гдѣ при употребленіи внутрематочныхъ пессаріевъ наступало зачатіе. Въ настоящее время я нисколько не сомнѣваюсь, что излеченіе въ этихъ случаяхъ было скорѣе слѣдствіемъ устраненія того состоянія слизистой оболочки, которое составляло причину ненормальныхъ отдѣленій, чѣмъ просто механическаго расширенія внутренняго маточнаго зѣва. Въ введеніи къ этой книгѣ я высказался противъ употребленія внутрематочнаго пессарія, но видоизмѣненный пессарій д-ра Грингельга (Greenhalgh) я употреблялъ иногда съ хорошимъ успѣхомъ».

Говоря о вліяніи суппортера на матку вообще, необходимо упомянуть и о тѣхъ послѣдствіяхъ отъ употребленія его, которыя могутъ иногда явиться и значительно измѣнить исходъ леченія. Къ этимъ явленіямъ относятся кровотеченія изъ полости матки, воспаленіе матки и боли. Кровоточенія при введеніи суппортера вообще не бываютъ значительны, но тѣмъ не менѣе они неприятны, потому что влекутъ засобою болѣе или менѣе выраженные явленія воспаленія и наконецъ могутъ, хотя и въ небольшомъ количествѣ, продолжаться долгое время. Они всегда зависятъ отъ значительной степени рыхлости и сочности тканей маточной шейки и самой матки, или же отъ недовкаго введенія, либо наконецъ отъ несоразмѣрной длины и толщины инструмента. Избѣгнуть этихъ кровоточеній всегда возможно, хотя и не совсѣмъ легко. Наклонность канала маточной шейки къ кровоточеніямъ узнать весьма не трудно, ибо до введенія суппортера приходится не разъ вводить въ матку зондъ для изслѣдованія, причемъ въ подобномъ случаѣ всегда является небольшое кровоточеніе. Въ такихъ случаяхъ прежде, чѣмъ рѣшиться на употребленіе суппортера, мы дѣлаемъ съ большимъ успѣхомъ впрыскиванія въ матку слабого раствора уксусной кислоты или селитро-

кислаго серебра въ продолженіе 2—3 недѣль, каждые 2—3 дня; такимъ образомъ намъ всегда удавалось удалить это непріятное осложненіе.

Что же касается до величины инструмента, то предварительно необходимо сдѣлать тщательное измѣреніе толщины и длины канала шейки и полости ея, и затѣмъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ употреблять суппортеръ соотвѣтствующихъ размѣровъ. Наконецъ ловкость здѣсь, какъ и вездѣ, пріобрѣтается навыкомъ и умѣньемъ обращаться съ инструментомъ. Если кровотеченіе, показавшееся при введеніи инструмента, продолжается нѣсколько дней, то всего лучше совершенно удалить суппортеръ. Кровотеченіе показывается иногда спустя 3—4 дня и позже по введеніи снаряда. Оно зависитъ въ такомъ случаѣ отъ усиленнаго прилива и застоя крови въ маткѣ и окружающихъ ее частяхъ. Рѣдко такія кровотеченія бываютъ обильны, а еще рѣже продолжительны; обыкновенно они длятся только нѣсколько часовъ. Покойное положеніе, холодные компрессы на животъ, впрыскиваніе въ рукавъ холодной воды, а еще лучше общая теплая ванна при соотвѣтствующемъ содержаніи, всегда бываютъ достаточны для остановки ихъ. Наконецъ они не влекутъ за собою дурныхъ послѣдствій; напротивъ того, уменьшая застои крови, предупреждаютъ развитіе воспалительныхъ явленій; кромѣ того всегда служатъ предвѣстниками, что предстоящія мѣсячныя будутъ обильны. Намъ пришлось удалить суппортеръ ради такихъ вторичныхъ кровотеченій всего лишь одинъ разъ.

Мѣсячныя при суппортерѣ всегда бываютъ обильнѣе и продолжительнѣе. Но лишь рѣдко бываютъ они такъ обильны, чтобы можно было назвать ихъ значительнымъ маточнымъ кровотеченіемъ. Обыкновенно это встрѣчается лишь у женщинъ, у которыхъ мѣсячныя и до того уже были неправильны и обильны. Въ такихъ случаяхъ лучше всего удалять суппортеръ на все время мѣсячныхъ. Послѣ введенія суппортера, какъ мы уже сказали, чрезъ день или два въ маткѣ всегда происходятъ приливы и застои крови, обыкновенно уменьшающіеся исподоволь въ теченіе недѣли. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ неблагоприятныхъ случаяхъ развиваются признаки воспаления, боли внизу живота, общее лихорадочное состояніе, повышеніе температуры, учащеніе пульса, вздутіе живота и проч. Подобный случай мы наблюдали всего одинъ разъ. Больная эта, съ изгибомъ матки взадъ, имѣла въ ней кромѣ того давнее хроническое воспаленіе, которое нерѣдко обострялось. Несмотря на то, что въ послѣднее время, когда мы наблюдали ее, такіе приступы уже не повторялись болѣе 4-хъ мѣсяцевъ, чрезъ 3 дня по введеніи суппортера развились описанныя явленія. Мы тотчасъ же удалили инструментъ и чрезъ

недѣлю больная была здорова. Намъ не разъ приходилось встрѣчать на другой или третій день послѣ введенія такое сильное конгестивное состояніе матки съ значительною болью, что мы опасались развитія воспаления; но приставленіе 3—4 пиявокъ къ своду и шейкѣ матки и теплая ванна обыкновенно окончательно устраняли эти припадки. Вообще, какъ мы сказали выше, явная реакція со стороны матки при этомъ способѣ леченія служить хорошимъ предвѣстникомъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ переходитъ границы обыкновенной гипереміи.

Гораздо болѣе неприятнымъ осложненіемъ должно считать фолликулярныя ссадины и язвы у отверстія шейки, которыя иногда образуются чрезъ 2—3 недѣли. Никакія прижиганія въ такихъ случаяхъ не приносятъ пользы, какъ это намъ самимъ привелось испытать; при подобныхъ условіяхъ необходимо удаленіе суппортера. Наклонность къ язвенному процессу иногда бываетъ чрезвычайно сильна. Мы видѣли у одной женщины, имѣвшей *anteflexionem*, троекратное появленіе язвъ на маточной шейкѣ послѣ каждаго суппортера. Больная не представляла никакихъ признаковъ сифилитическаго или другаго худосочія.

Боли внизу живота, въ крестцѣ и даже въ отдаленныхъ частяхъ, наприм. въ головѣ или въ лицѣ, зависящія иногда отъ изгибовъ матки, обыкновенно весьма скоро проходятъ при суппортерѣ. Напротивъ того у женщинъ, не страдающихъ никакими болями, по введеніи суппортера иногда развиваются боли въ сторонѣ матки, напоминающія послѣродовыя. Въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ наркотическія средства приносятъ облегченіе, но чаще я видѣлъ пользу отъ малыхъ приемовъ спорыньи. Мы никогда впрочемъ не видали, чтобы эти боли развивались до значительной степени и вынудили бы извлечь суппортеръ, за исключеніемъ одного случая, гдѣ былъ употребленъ суппортеръ Кивиша. Особенно развитая чувствительность матки, встрѣчающаяся у нѣкоторыхъ женщинъ, и застарѣлая грануляція на маточной шейкѣ отнюдь еще не составляютъ противопоказанія для суппортера, съ чѣмъ согласенъ и д-ръ Гаартманъ; напротивъ того и то и другое обыкновенно улучшается.

Показанія для употребленія суппортера слѣдующія: 1) искривленія и изгибы матки; 2) недостаточное развитіе матки; 3) измѣненіе реакціи отдѣляемаго въ каналѣ маточной шейки и въ полости матки; 4) отсутствіе мѣсячныхъ вслѣдствіе недостаточной иннерваціи половыхъ органовъ; 5) по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Дюбуа и др.), *hysteralgia*, не уступающая другимъ средствамъ; 6) водянка матки (Лазаревичъ); 7) Задержаніе обратнаго развитія матки, причемъ суппортеръ дѣйствуетъ какъ средство, побуждающее къ сокращеніямъ и тѣмъ самымъ содѣй-

ствующее уменьшенію органа (Лазаревичъ); 8) сѣуженіе маточныхъ отверстій (Лазаревичъ). Противопоказанія: 1) острое и хроническое воспаленіе матки; 2) острое воспаленіе сосѣднихъ тканей и органовъ; 3) маточныя кровотеченія и усиленныя мѣсячныя; 4) ракъ матки и шейки ея; 5) язвы на маточной шейкѣ; 6) беременность.

Приготовительное леченіе предъ введеніемъ суппортера состоитъ въ удаленіи болѣзненныхъ явленій, составляющихъ противопоказанія. Кромѣ того необходимо обратить вниманіе на просвѣтъ канала маточной шейки. При сѣуженіяхъ мы обыкновенно дѣлаемъ разрѣзъ канала гистеротомомъ и недѣли чрезъ двѣ послѣ того вводимъ суппортеръ. Д-ръ Гаартманъ вводитъ суппортеръ тотчасъ послѣ разрѣза и находитъ это выгоднѣе. Мы не держимся его возрѣнія, ибо наблюдали въ подобныхъ случаяхъ образованіе язвъ въ каналѣ и на зѣвѣ, принудившее насъ вынуть суппортеръ.

Рѣшившись на употребленіе суппортера, слѣдуетъ предварительно сдѣлать выборъ инструмента.

Суппортеръ съ простымъ стеблемъ лучше употреблять у женщинъ чувствительныхъ, нервныхъ, у которыхъ всякое изслѣдованіе полового аппарата вызываетъ боли или нервные припадки. Рѣшившись на введеніе суппортера, нужно прежде всего измѣрить длину матки и ширину канала шейки и выбрать такой суппортеръ, который былъ бы короче полости всей матки на 2, 3 линіи, иначе при сокращеніяхъ матки онъ будетъ упираться въ дно ея. — Толщина его должна соотвѣтствовать ширинѣ просвѣта канала шейки. — Мы вводимъ такіе суппортеры или, насадивъ ихъ на рукоятку, которая вмѣстѣ съ суппортеромъ представляетъ фигуру зонда, или захвативъ корнцангомъ. Вводитъ безъ рукоятки суппортеръ очень трудно, въ особенности провести его чрезъ внутренней зѣвъ и мы не думаемъ, чтобы способъ введенія, предлагаемый авторомъ, былъ удобнѣе нашего.

Створчатый пессарій, который мы обыкновенно употребляемъ, устроенъ слѣдующимъ образомъ: стебель его состоитъ изъ двухъ пластинокъ, или щечекъ, которыя сдвигаются и раздвигаются на извѣстное разстояніе посредствомъ тонкаго винта, который завинчивается ключемъ. Механизмъ расхожденія вѣтвей состоитъ въ томъ, что винтъ подвигаетъ внизъ небольшой цилиндрикъ, который раздвигаетъ внутренніе или нижніе концы крыльевъ, вслѣдствіе чего верхніе расходятся. Накладывается онъ слѣдующимъ образомъ: длиннымъ замыкающимся пинцетомъ, съ круто-загнутымъ короткимъ, тупымъ концомъ, захватывается край чашечки и пинцетъ замыкается; щечки суппортера сближаются, и посред-

ствомъ пинцета, который служитъ рукояткою, онъ вводится въ матку, какъ обыкновенный зондъ; затѣмъ, фиксируя матку на указательномъ пальцѣ, а рукоятку инструмента удерживая на ладони той же руки, вводятъ ключъ въ гайку, находящуюся въ чашечкѣ и, поворачивая его вправо, раздвигаютъ постепенно крылья суппортера на какое угодно растояніе, такъ какъ каждый полу-оборотъ ключа раздвигаютъ вѣтви на 1°. Раздвинутыя вѣтви сохраняютъ нѣкоторую упругость, такъ что двумя пальцами ихъ легко можно сжать; при отнятіи пальцевъ онѣ снова расходятся на прежнее растояніе. По наложеніи инструмента ключъ вынимается изъ гайки, пинцетъ размыкается и суппортеръ остается въ маткѣ. Извлеченіе производится тѣмъ же порядкомъ: пинцетомъ захватываютъ край чашечки, ключъ надѣвается на гайку и оборачивается влѣво, причемъ крылья сходятся, затѣмъ ключъ вынимается и суппортеръ извлекается посредствомъ пинцета, какъ зондъ. Такіе суппортеры дѣлаются изъ серебра и вѣсятъ 1—1½ золотника.

Кромѣ выбора инструмента, весьма важно, чтобы онъ былъ заказанъ для каждаго случая по мѣркѣ. Величину, толщину и точку соединенія вѣтвей въ инструментѣ мы считаемъ однимъ изъ самыхъ главныхъ условій для успѣшнаго дѣйствія. Извѣстно что изгибы матки помѣщаются по большей части вблизи и нѣсколько выше внутренняго маточнаго отверстія. Точку соединенія вѣтвей въ суппортерѣ мы дѣлаемъ на мѣстѣ изгиба, потому что если ее сдѣлать ниже, т. е. на мѣстѣ внутренняго зѣва, то расхожденіе вѣтвей будетъ очень затруднительно. Причина этого затрудненія заключается, какъ мы сейчасъ объяснимъ, въ измѣненіи формы матки при изгибахъ.

Изслѣдуя искривленныя матки, мы всегда находили, что форма полости ихъ измѣняется слѣдующимъ образомъ: въ точкѣ изгиба бедра треугольника, образуемая боковыми стѣнками матки, загибаются внутрь, приближаясь другъ къ другу, и тѣмъ болѣе, чѣмъ сильнѣе искривленіе; по этому въ высшихъ степеняхъ послѣдняя часть полости матки, лежащая выше точки искривленія, образуетъ отдѣльный треугольникъ, вершина котораго находится въ точкѣ изгиба, другая же часть маточной полости, лежащая ниже искривленія, представляетъ каналъ, переходящій прямо въ каналъ маточной шейки. Такимъ образомъ полость матки на видъ представляется укороченною, каналъ же шейки напротивъ того удлиненнымъ. При тщательномъ изслѣдованіи всегда можно отличить настоящій каналъ шейки отъ этого верхняго придатка. Если точка соединенія въ суппортерѣ будетъ на мѣстѣ изгиба, то стѣнки этого верхняго придатка, плотно обхватывая нижнія части вѣтвей, пре-

пятствуютъ расхожденію ихъ, вслѣдствіе чего инструментъ скользнуть вверхъ и упирается свободными концами въ дно матки, чего не можетъ случиться, если точка соединенія вѣтвей будетъ соотвѣтствовать точкѣ изгиба. По введеніи суппортера въ матку она въ первые дни, какъ мы уже сказали, нѣсколько увеличивается и принимаетъ шарообразную форму, вслѣдствіе чего изгибъ исчезаетъ; если точка соединенія вѣтвей суппортера совпала съ точкою изгиба, то онъ при этомъ выдается изъ канала шейки въ рукавъ на нѣсколько линий, потому что длина канала уменьшилась, а нижній отрѣзокъ матки сталъ объемистѣе. Такимъ образомъ раненіе дна матки концами вѣтвей суппортера дѣлается окончательно невозможнымъ. Толщина инструмента зависитъ отъ просвѣта канала маточной шейки. Длина его ниже точки соединенія вѣтвей, какъ это ясно видно изъ вышесказаннаго, зависитъ отъ мѣста изгиба; длина же самыхъ вѣтвей—отъ величины полости матки, причемъ мы всегда дѣлаемъ ихъ на 1—2^{'''} короче, чтобы при наложеніи не поранить дна матки. Разстояніе вѣтвей при расхожденіи мы дѣлаемъ обыкновенно въ 6—8^{'''}. Иногда, хотя и рѣдко, случается, что при мѣсячныхъ суппортеръ выпадаетъ изъ матки почти незамѣтно для больной. Это конечно зависитъ отъ увеличенія просвѣта канала маточной шейки и болѣе отвѣснаго положенія ея. Въ такомъ случаѣ нужно увеличить разстояніе между вѣтвями, подвинтивъ гайку.

Положеніе женщины при введеніи инструмента — обыкновенное, на поперечной кровати. Д-ръ Гаартманъ предпочитаетъ боковое положеніе.

Продолжительность леченія весьма различна. Долѣе 2-хъ мѣсяцевъ мы не оставляемъ суппортера въ маткѣ безъ того, чтобы не вынуть его для осмотра и очищенія. Самый долгій срокъ, по нашимъ наблюденіямъ, — 4—6 мѣсяцевъ, обыкновенно же достаточно и 2-хъ 3-хъ мѣсяцевъ для окончательнаго исправленія. Д-ръ Гаартманъ оставляетъ суппортеръ въ маткѣ по году и болѣе, конечно, по временамъ вынимая его для осмотра.

По окончаніи леченія мы удаляемъ суппортеръ, какъ и д-ръ Гаартманъ, обыкновенно чрезъ недѣлю послѣ послѣднихъ мѣсячныхъ. Въ первое время по удаленіи женщина должна быть весьма осторожною относительно ходьбы, подъема тяжестей и т. д. Что касается до положенія въ постели, то изъ предосторожности лучше избѣгать лежанія на спинѣ при бывшемъ *retroflexio*, и на животѣ при *anteflexio*. Эта предосторожность впрочемъ гораздо важнѣе при уклонахъ, чѣмъ при изгибахъ.

По введеніи суппортера мы никогда не заставляемъ больныхъ лежать, какъ это предлагаетъ авторъ, и ни разу не видали отъ этого дурныхъ

послѣдствій. Точно также мы неоднократно вводили суппортеръ приходящимъ больнымъ и затѣмъ отпускали ихъ домой, причемъ ни съ одной изъ нихъ не случилось никакихъ неприятныхъ послѣдствій.

До настоящаго времени мы употребляли суппортеры вообще 68 разъ: о 24 случаяхъ мы сообщили въ нашей статьѣ (I. с.), изъ остальныхъ 44 полное выздоровлѣніе послѣдовало у 17; искривленіе исчезло, но уклонъ матки остался у 12; искривленіе исчезло, но уклонъ образовался въ противоположную сторону у 1; искривленіе возобновлялось вполнѣ ствиі у 6; леченіе осталось безъ послѣдствій у 8. Изъ лечившихся забеременѣли 9, дотога не рожавшихъ и 10 имѣвшихъ дѣтей.

Результаты механическаго леченія, полученные другими гинекологами, слѣдующіе: у Валле изъ 108 случаевъ выздоровѣло 78; но наблюденія его не совсѣмъ точно описаны; Гильдебрандтъ изъ 6 случаевъ, хорошо изслѣдованныхъ, въ 3-хъ достигъ полнаго излеченія. Мартинъ изъ 39 случаевъ искривленія, описанныхъ имъ въ своей книгѣ, въ 17 употреблялъ внутриматочные пессаріи; изъ нихъ въ 15 больныя совершенно выздоровѣли, а у 2 замѣчено облегченіе припадковъ. 11 изъ нихъ забеременели послѣ леченія. Д-ръ Гаартманъ употреблялъ суппортеръ Симсона болѣе чѣмъ въ 60 случаяхъ; изъ этого числа 8 больныхъ, бывшія прежде безплодными—забеременѣли; по его наблюденіямъ, хотя изгибы иногда и возвращались, но никогда не достигали прежнихъ размѣровъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ заставлялъ носить суппортеры очень долго—по 2, по 3 года, даже одинъ разъ до 5 лѣтъ. Ни въ одномъ случаѣ онъ не замѣтилъ дурныхъ послѣдствій отъ такого леченія. Больше всѣхъ леченіемъ посредствомъ внутриматочныхъ пессаріевъ занимаются въ настоящее время Англійскіе врачи: Симсонъ, Пристли (Pristley), Стореръ (Storer), Грейли Юитъ (Grayly Hewitt), Джонъ Галь Девисъ (John Hall Davis), Генри Урайтъ (Henry Wright) и др. Многіе изъ нихъ употребляютъ видоизмѣненные ими суппортеры Симсона, другіе же придумали особыя формы, въ сущности впрочемъ представляющія мало своеобразнаго.

Ред.

Отклоненіе матки въ стороны.

Tiedemann, Von den Duverney'schen Drüsen etc. Heidelberg 1840. — М. В. Freund, Breslauer klin. Beitr. II. Breslau. 1864. стр. 85.

Смѣщенія матки въ стороны бывають врожденныя; обыкновенно они обуславливаются особенностями развитія тазовыхъ органовъ и весьма рѣдко воспаленіемъ широкихъ связоѣвъ во время утробной

жизни. Небольшое впрочемъ отклоненіе дна матки въ сторону по большей части въ правую, есть явленіе фізіологическое. Эти смѣщенія выражаются флексіями, а не версіями, такъ какъ подъ вліяніемъ сказанныхъ условій измѣняется и форма матки.

Во время внѣутробной жизни можетъ образоваться и флексія и версія. Чаще всего смѣщеніе въ сторону обуславливается опухолями. Параметрическіе эксудаты вначалѣ отклоняють ее часто въ противоположную сторону, а затѣмъ при образованіи рубца снова въ свою сторону. Другія опухоли (фибромы, опухоли яичниковъ), растущія медленно, оттягивають ее, пока малы въ свою сторону, а по достиженіи болѣе значительнаго объема въ противоположную.

Неосложненные случаи смѣщеній въ сторону, т. е. такіе, гдѣ они необусловлены присутствіемъ опухолей, за исключеніемъ фізіологическаго отклоненія, вообще рѣдки. Иногда встрѣчаются версії, осложненныя небольшими флексіями, при чемъ полная подвижность матки не даетъ возможности доискаться причины ихъ. Мы нашли у одной родильницы, вскорѣ послѣ родовъ, значительную версію влѣво, при чемъ матка была поворочена въ ту же сторону, такъ что передняя поверхность ея была направлена влѣво. Матку можно было легко отодвинуть и выправить, но она снова возвращалась въ прежнее положеніе.

Припадковъ при неосложненныхъ случаяхъ не бываетъ, а при осложненныхъ они отступаютъ на задній планъ.

Поэтому никакое особенное специальное леченіе здѣсь не требуется.

Чрезмѣрная подвижность матки.

При ненормальной подвижности матки — на что до сихъ поръ мало обращали вниманія — слѣдуетъ опредѣлить искривлена ли матка или нѣтъ, т. е. зависитъ ли подвижность отъ измѣненія кривизны ея, или отъ смѣщенія самой матки.

Въ послѣднемъ случаѣ матка увеличена въ объемѣ, а сосѣднія ткани и органы вялы. Подобное состояніе встрѣчается у рожавшихъ женщинъ, у которыхъ влагалище, мочевоу пузырь, прямая кишка и маточныя связи значительно расслаблены, между тѣмъ какъ сама матка вслѣдствіе хроническаго воспаленія плотна и нѣсколько увеличена.

Въ такомъ состояніи, матка, при движеніи и всякой перемѣнѣ положенія тѣла, бузвально болтается въ полости живота, наклоняясь

то впередъ, то взадъ, то въ стороны; въ нѣкоторыхъ случаяхъ такія перемѣщенія матки бываютъ менѣе рѣзки, въ другихъ же значительнѣе.

Такая чрезмѣрная подвижность матки сопровождается весьма серьезными припадками: болями въ животѣ и поясницѣ, затрудненнымъ мочеиспусканіемъ, кромѣ того чувствомъ безпокойства и даже невозможностью ходить, а впоследствии сильнымъ разстройствомъ нервной системы.

Распознаваніе устанавливается на основаніи двойнаго изслѣдованія, производимаго въ разное время и въ различныхъ положеніяхъ больной; при этомъ слѣдуетъ стараться передвигать матку и, если это перемѣщеніе достигается безъ всякаго затрудненія, то подвижность ея ненормальна.

Леченіе обыкновенно бываетъ весьма успѣшно. По большей части вмѣстѣ съ фиксированіемъ матки припадки сразу прекращаются. Фиксированіе достигается обыкновенно посредствомъ майеровскаго каучуковаго кольца, которое, плотно удерживая маточную шейку, вмѣстѣ съ тѣмъ ограничиваетъ движенія неподвижно соединеннаго съ нею тѣла матки.

Совершенно напротивъ чрезмѣрная подвижность искривленной матки бываетъ при значительной вялости ея стѣнокъ особенно если на дрябломъ, искривленномъ тѣлѣ ея сидитъ небольшая опухоль (фиброма), мѣняющая свое положеніе при каждомъ движеніи. Только въ такомъ случаѣ подвижность вялой матки сопровождается припадками, и то далеко не въ такой степени, какъ при выше описанной формѣ.

Леченіе здѣсь гораздо труднѣе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, конечно, разстройства слишкомъ ничтожны или даже ихъ совсѣмъ не бываетъ, такъ что не приходится прибѣгать къ леченію. Въ другихъ случаяхъ слѣдуетъ укрѣпить матку, при чемъ дѣйствуютъ или на весь организмъ и вмѣстѣ съ тѣмъ на матку общими терапевтическими мѣрами, какъ упомянуто выше, или же это достигается мѣстнымъ раздраженіемъ одной матки.

Когда подвижность обуславливается присутствіемъ небольшой опухоли, то полезно иногда употреблять повязку на животъ. Съ увеличеніемъ опухоли подвижность прекращается сама собою по мѣрѣ разраженія опухоли.

Опущеніе и выпаденіе матки.

Hendriksz, Descriptio hist. atque crit. etc. Berlin. 1838. — Froriep, Chirurgische Kupfertafeln.—C. Mayer, Verh. d. Ges. d. Geb. in Berlin 1848. III. стр. 123. — Chiari, Braun и Spaeth, Klinik d. Geb. Erlangen 1855. стр. 384.—A. Mayer, Mon. f. Geb. B. 12, стр. 1. — O. von Franque, Der Vorfall der Gebärmutter etc. Würzburg 1860.—Le Gendre, De la chute de l'utérus. Paris 1860. — Huguier, Mém. de l'acad. de méd. Paris 1859. T. XXIII. стр. 279 и Sur les allong. hypertr. etc. Paris 1860.—Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien 1864, стр. 83. — Martin, Mon. f. Geb. B. 28. стр. 166 и B. 34. стр. 321.—Saxinger, Prager Vierteljahrschr. 1867. 1. стр. 89. — W. A. Freund, Zur Pathol. u. Ther. d. veralteten Inv. ut. etc. Breslau. 1870. стр. 27. — Spiegelberg, Berl. klin. Woch. 1872. № 21 и 22.—Hüffel (Hegar), Anatomie u. oper. Beh. d. Gebärm. u. Scheidenvorfälle. Freiburg 1873.

Историческій обзоръ.

Выпаденіе матки, какъ это понятно, было извѣстно уже въ древности. О немъ упоминается у Гиппократа, а Соранъ посвящаетъ выпаденію отдѣльную главу, въ которой отчасти опровергаетъ ошибочныя возрѣнія на этотъ предметъ своихъ предшественниковъ. Такъ нападаетъ онъ на Еврипона, который лечилъ выпаденіе матки тѣмъ, что привѣшивалъ больныхъ за ноги къ лѣстницѣ и оставлялъ въ такомъ положеніи въ теченіе 24 часовъ; точно также порицаетъ онъ и другихъ, которые какъ и многіе позднѣйшіе врачи, окуривали выпавшую матку разными вонючими веществами, полагая что послѣдняя подобно живому животному не любитъ дурнаго запаха. Пускали также бѣгать по выпавшей маткѣ мышей и ящерицъ, предполагая, что она, испугавшись, вправится сама собою. Самъ Соранъ вправлялъ матку, давая при этомъ больнымъ приличное положеніе, а для удержанія ея на мѣстѣ, вводилъ во влагалище пессарій изъ шерсти. Омертвѣвшія части матки, а въ иныхъ случаяхъ и всю матку отрѣзали. Позднѣйшіе авторы стоятъ значительно ниже Сорана. Болѣе точныя патолого-анатомическія изслѣдованія выпаденія матки были сдѣланы только въ новѣйшее время. Въ практикѣ выпаденіе матки смѣшивается со многими другими подобными состояніями, въ особенности съ гинертрофіею шейки, и только Гюгье мы обязаны точнымъ разграниченіемъ этихъ болѣзненныхъ состояній. Однако, послѣдній, исходя изъ совершенно вѣрнаго наблюденія, что въ большинствѣ случаевъ гипертрофіи шейки принимаются за

выпаденія, заходитъ уже слишкомъ далеко и вовсе отрицаетъ возможность дѣйствительнаго выпаденія матки.

Пониженіемъ и выпаденіемъ матки называютъ такого рода измѣненіе ея положенія, при которомъ она опускается книзу, по направленію ко входу во влагалище; матка при этомъ оставляетъ свое нормальное мѣсто, зѣвъ ея приближается ко входу влагалища или даже вовсе выступаетъ черезъ него наружу.

Причины.

Предрасполагающею причиною всякаго значительнаго опущенія или выпаденія матки бываетъ почти исключительно вялость всѣхъ органовъ тазовой полости.

Физиологически временное опущеніе матки происходитъ при каждомъ сильномъ дѣйствіи брюшнаго пресса; но какъ только давленіе прекратилось, матка, благодаря эластичности сосѣднихъ органовъ, поднимается опять вверхъ. Внезапное (острое) выпаденіе матки безъ предшествовавшаго растяженія и вялости тканей тазовыхъ органовъ бываетъ крайне рѣдко, вслѣдствіе сильнаго и весьма быстро сокращенія брюшнаго пресса (прыжекъ, паденіе, поднятіе тяжести, рвота и т. п.); но у женщинъ нерожавших¹⁾, у которыхъ, слѣдовательно, окружающія матку части не претерпѣли еще измѣненій, сопряженныхъ съ беременностью и послѣродовымъ состояніемъ, выпаденіе возможно при такихъ условіяхъ лишь при особенной растяжимости тазовыхъ тканей, зависящей отъ индивидуальнаго предрасположенія.

При такомъ существующемъ предрасположеніи, главными моментами, обуславливающими выпаденіе, являются увеличенный зѣвъ матки и усиленное дѣйствіе брюшнаго пресса.

Обыкновенно дѣйствуютъ оба момента одновременно. Наиболее благоприятнымъ представляется послѣродовой періодъ, когда тазовые органы разслаблены, а матка увеличена въ зѣвъ. Если къ этому присоединяется усиленное внутребрюшное давленіе, напр. вслѣдствіе хроническаго переполненія кишечнаго канала, значительныхъ брюшныхъ опухолей, брюшной водянки, въ особенности же при продолжительной тяжелой работѣ, то матка очень легко опускается.

¹⁾ По сообщеніямъ Вейнберга (*Ueber prolapsus uteri Di.* Berlin 1869), въ клиникѣ Мартина, между 174 женщинами съ выпаденіемъ, было только 6 нерожавшихъ. Скандони нашелъ 15 нерожавшихъ между 114.

Независимо отъ послѣродоваго состоянія, органы малаго таза особенно легко становятся вялыми въ старости, вслѣдствіе исчезанія жира, такъ что можетъ произойти выпаденіе. Не рѣдко, при значительной вялости тазовыхъ органовъ, достаточно даже естественной тяжести матки и обыкновеннаго давленія брюшнаго пресса, чтобы матка постепенно начала понижаться и наконецъ выпала.

При наклонности матки къ пониженію, возможность образованія полнаго выпаденія зависитъ главнымъ образомъ отъ упругости тазоваго дна и ширины входа рукава. Въ этомъ отношеніи разрывы промежности имѣютъ весьма важное этиологическое значеніе, хотя Дунканъ ¹⁾ съ этимъ несогласенъ. Стоитъ взглянуть на рисунокъ 69 и 70, чтобы убѣдиться, что при разрывѣ промежности путь, по которому направляется выпадающая матка, становится короче и самое направленіе его весьма способствуетъ выпаденію. Кромѣ того препятствія, которыя обыкновенно встрѣчаетъ понижающаяся матка на своемъ пути—тазовое дно, узкій входъ влагалища, — здѣсь не существуютъ.

Другой важный этиологическій моментъ — это первичное выпаденіе влагалища. Вообще вѣрно то, что въ значительномъ большинствѣ случаевъ выпаденіе стѣнокъ рукава черезъ входъ влагалища (см. фиг. 71) предшествуетъ выпаденію матки. Гораздо рѣже она опускается или выпадаетъ такимъ образомъ, что влагалище, какъ это представлено на фиг. 72, только значительно выворочено опустившеюся маткою. Впрочемъ, не смотря на это, мы не можемъ утверждать, что первичное выпаденіе влагалища уже само по себѣ ведетъ къ выпаденію матки. Выпадающее влагалище только тогда потянетъ матку книзу, когда обружающія ее части ослаблены, но связь обоихъ органовъ настолько тѣсна, что причины производящія выпаденіе рукава, вмѣстѣ съ тѣмъ обуславливаютъ и расслабленіе обружающихъ матку частей; такимъ образомъ происходитъ одновременно и вслѣдствіе однихъ и тѣхъ же причинъ выпаденіе влагалища и опущеніе матки.

Патологическая анатомія.

Обыкновенно различаютъ въ чисто-прагматическомъ отношеніи три степени выпаденія:

¹⁾ Edinb. Obst. Transactions. Vol. II. стр. 269.

1) Простое опущение, когда матка стоит значительно глубже,



Фиг. 69.

Разрывъ промежности.



Фиг. 70.

Нормальная промежность.

чѣмъ въ нормальномъ состояннн, но маточный зѣвъ не видѣнъ въ половой расщелинѣ.



Фиг. 71.

Первичное выпаденіе рукава с Cystocele. γ Rectocele.



Фиг. 72.

Первичное пониженіе матки съ выворотомъ рукава.

2) Неполное выпаденіе, когда часть матки находится передъ пологою расщелиною.

3) Полное выпаденіе, когда вся матка, покрытая вывороченнымъ влагалищемъ, находится впереди наружныхъ половыхъ частей между бедрами.

Влагалище, если оно не смѣщено самостоятельно внизъ, при опущеніи матки выворачивается все болѣе и болѣе (см. фиг. 72), при чемъ его слизистая оболочка, облекающая въ нормальномъ состояніи только влагалищную часть матки, покрываетъ теперь, при увеличеніи заворота, большую часть ея нижняго отрѣзка. Чѣмъ больше матка опускается внизъ, тѣмъ сильнѣе выворачивается влагалище, такъ что въ крайнемъ случаѣ, при ея полномъ выпаденіи (см. фиг. 73), сводовъ влагалища вовсе не существуетъ и влагалищныя стѣнки внизу, начиная отъ отверстія рукава, покрываютъ матку, лежащую между бедрами.

Слизистая оболочка влагалища, превратившаяся такимъ образомъ въ наружный покровъ, претерпѣваетъ весьма значительныя измѣненія. Она подвергается гипертрофїи, въ которой участвуютъ всѣ ея части: эпителий, подслизистый и мышечный слой. Больше всего измѣняется самый поверхностный слой; уже при простомъ опущеніи исчезаютъ поперечныя складки, а при полномъ выпаденіи слизистая оболочка, подъ вліяніемъ иссушающаго дѣйствія внѣшняго воздуха и тренія между бедрами, вслѣдствіе ороговѣнія эпителия, становится похожею на эпидермисъ. Очень часто, вслѣдствіе наружныхъ поврежденій происходятъ изъявленія, а при благопріятныхъ обстоятельствахъ глубокія потери вещества, съ желтоватымъ грязнымъ налетомъ и высокими припухшими краями. Цвѣтъ слизистой оболочки влагалища красный или синева-красный, а при отсутствіи воспаления и значительномъ ороговѣніи эпителия — бѣло-



Фиг. 73.

Полное выпаденіе матки с Cystocele.

ватый. Роговой метаморфозъ слизистой оболочки доходитъ иногда до такой высокой степени, что у негртянокъ вывороченное влагалище дѣлается чернымъ.

Сама матка при этомъ всегда опухаетъ вслѣдствіе застоя крови и наружнаго положенія, при которомъ она подвержена наружнымъ раздраженіямъ: она гипертрофируется, особенно нижній отрѣзокъ ея. Полость ея большею частью нѣсколько увеличена, хотя въ большинствѣ случаевъ не очень значительно, не болѣе какъ на 10—11 ст. Случается однако, что надвлагалищная часть такъ сильно гипертрофируется, что дно матки стоитъ на нормальной высотѣ, а иногда еще выше.

Обыкновенно считаются за выпаденіе матки и тѣ случаи, гдѣ дно матки вовсе не опустилось, а только нижняя часть ея вышла изъ рукава, стало быть, случаи первичной гипертрофіи шейки. Мы не можемъ съ этимъ согласиться и держимся того мнѣнія, что выпаденіемъ матки должно называть только тѣ случаи, когда матка первично опустилась внизъ. При этомъ она обыкновенно увеличивается незначительно, только опухаетъ вслѣдствіе венознаго застоя во въ рѣдкихъ случаяхъ увеличеніе въ объемѣ доходитъ до того, что дно ея становится на прежній уровень, или еще выше. Кромѣ того, вслѣдствіе увеличенія надвлагалищной части шейки, мочевоу пузырь и маточная складка брюшины, обратно приподнимаются вверхъ, такъ что достигаютъ нормальнаго положенія. Эти случаи, впрочемъ довольно рѣдкіе, трудно отличаются отъ первичной гипертрофіи надвлагалищной части шейки. О дифференціальной діагностикѣ мы говорили уже при гипертрофіи шейки. Здѣсь скажемъ только, что значительный ектропіумъ указываетъ на первичное выпаденіе и послѣдовательную гипертрофію.

Вслѣдствіе инфильтраціи вытѣсненной наружу слизистой оболочки влагалища и равномернаго опуханія шейки, конечная форма нормальной влагалищной части матки, исчезаетъ; слизистая оболочка отъ маточнаго отверстія рѣзко направляется въ стороны, и покрываетъ нижній отрѣзокъ матки, такъ что собственно влагалищной части не существуетъ. Маточное отверстие такимъ образомъ, находится у нижняго края опухоли и нѣсколько къзади. Последнее можетъ представляться значительно вывороченнымъ (ектропіумъ, а по Мартину eversio), вслѣдствіе того, что влагалище при сильномъ напряженіи вышедшею маткою, растягиваетъ маточный зѣвъ во всѣ стороны. При этомъ шейка такъ сильно выворачивается, что зѣвъ образуется средною канала шейки. Самый каналъ шейки можетъ также выворотиться, такъ что слизистая оболочка его будетъ по-

крывать самую нижнюю часть пролабированной опухоли, а внутреннее отверстие его сдвигается наружнымъ. Наоборотъ у старыхъ женщинъ, у которыхъ губы наружнаго маточнаго отверстия прилежатъ одна къ другой очень тѣсно, можетъ случиться, что отверстие это вслѣдствіе слипанія, совсѣмъ уничтожится.

Весьма интересно въ практическомъ отношеніи положеніе другихъ органовъ малаго таза. Опускающаяся внизъ матка (фиг. 74) оттягиваетъ вмѣстѣ съ собою мочевой пузырь и заматочную складку брюшины, а задняя стѣнка рыва тянетъ за собою дивертикулъ прямой кишки, такъ что при совершенномъ выпаденіи со стороны передней стѣнки на матку налегаетъ на большемъ или меньшемъ протяженіи мочевой пузырь, за маткой находится дивертикулъ прямой кишки (rectocele) и кромѣ того складка брюшины заходитъ далеко между rectocele и маткою.



Фиг. 74.

Неполное выпаденіе матки, с Cystocele.

Мочевой пузырь смѣщается въ такой степени, что отверстие уретры становится видимымъ на передней поверхности выпавшихъ частей; мочеиспускательный каналъ отъ этого мѣста идетъ книзу, такъ что входитъ гораздо глубже въ мочевой пузырь, и кромѣ того можетъ такъ изогнуться, что направленіе его будетъ сначала кверху, а потомъ книзу. Начиная отъ внутренняго отверстия уретры, одна часть пузыря обращена кверху, а другая, образующая cystocele, книзу. Если при испусканіи мочи не вправлять матку, то въ этой послѣдней части пузыря застанвается моча, что можетъ обусловить катарръ пузыря и образованіе каменной болѣзни¹⁾. Вслѣдствіе растяженія дна мочеваго пузыря можетъ произойти давленіе на мочеточники, послѣдующее за тѣмъ расширеніе ихъ и гидронефрозъ²⁾.

¹⁾ Это наблюдали Ruysch (42 камня), Gosselin, Goupil и Huguier.

²⁾ Phillips (London Obst. Tr. XII. стр. 276), Froriep (l. c. Taf. 338, 5 и 6 и 416, 3 и 4). — Virchow (Verh. d. Geb. in Berlin. В. II. стр. 209),

При полномъ выпаденіи рѣдко не бываетъ грыжи мочевого пузыря (cystocele), при чемъ стѣнка мочевого пузыря отдѣляется отъ шейки и остается на своемъ нормальномъ мѣстѣ.

Дивертикулъ прямой кишки можетъ быть громаднаго размѣра, какъ это доказываетъ случай, который наблюдалъ Фрейндъ ¹⁾.

Брюшина идетъ сзади по большей части до самой верхушки выпавшихъ частей, спереди же остается она на настоящемъ мѣстѣ, почти на уровнѣ внутренняго маточнаго рыльца, или выше. Въ Дугласовскомъ пространствѣ лежатъ петли тонкихъ кишекъ, иногда въ такомъ большомъ количествѣ и такъ спаяны между собою, что вправленіе ихъ невозможно.

Матка оттягиваетъ при этомъ и другія прилегающія части. Широкія связки матки сильно напрягаются и подаются лишь медленно при постепенномъ растяженіи. Затѣмъ съ боковъ таза они втягиваются во впадину, между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою, основаніе которой образуется дномъ матки. На краю этой впадины лежатъ налитые кровью трубы и яичники.

Такъ какъ матка при опущеніи своемъ неминусо слѣдуетъ направленію влагалища, а это послѣднее идетъ сверху и сзади книзу и впереди, то выпадающая матка принимаетъ положеніе ретровертированной (фиг. 75), при чемъ нормальное искривленіе ея по передней поверхности выравнивается. Какъ то, такъ и другое происходитъ легко, такъ какъ матка тогда только выпадаетъ, когда тазовые органы находятся въ состояніи совершенной вялости. Какъ опущеніе такъ и ретроверсія суть слѣдствія этой вялости и неправильно было бы принимать ихъ за причину опущенія. По выше приведеннымъ причинамъ весьма легко изъ ретроверсії можетъ образоваться ретрофлексія, и потому весьма понятно что выпавшая матка нерѣдко бываетъ ретрофлексированной ²⁾. Антифлексія ³⁾ бываетъ рѣдко, такъ какъ такое положеніе матки при опущеніи можетъ быть лишь тогда, когда она при врожденномъ порокѣ образованія весьма плотна или удерживается сращениями.

C. Braun (Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1864 стр. 44). Послѣдніе два случая относятся къ гипертрофіи шейки.

¹⁾ l. c. стр. 27.

²⁾ Schott (Wochenbl. der Zeitschr. d. Wiener Aerzte. 1861. № 31), описываетъ случай, гдѣ дно выпавшей ретрофлексированной матки произвело омертвѣніе покрывающей его стѣнки рукава и перетрофировало ее.

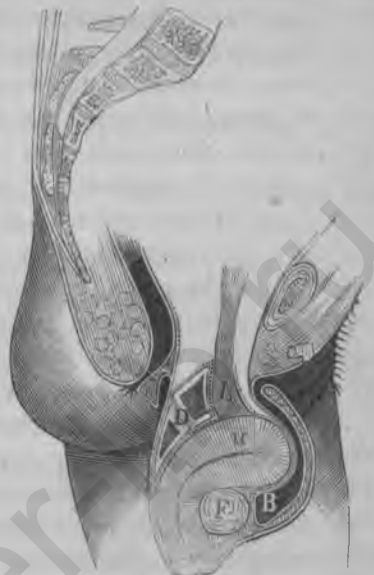
³⁾ Franque. l. c. стр. 8. № 7. Taf. 2 и Freund, l. c. стр. 36.

Въ приведенномъ на фиг. 76 случаѣ находится въ углѣ искривленія фиброидъ, который былъ приращенъ, отчего и зависѣло то, что антефлексія не могла выпрямиться.



Фиг. 75.

Схематическое изображение ретроверсии опускающейся матки.



Фиг. 76.

Полное выпаденіе антифлексированной матки. *U* Матка, *F* Фиброидъ, сидящій въ углѣ изгиба, *B* Пузырь, *D* Кишка, *L* Связки матки одной стороны.

При внезапномъ образованіи выпаденія однако же, можетъ и въ позднѣйшихъ періодахъ послѣдовать периметритъ, который, вслѣдствіе сращеній, можетъ такъ фиксировать матку въ ея ненормальномъ положеніи, что вправленіе станетъ невозможнымъ.

Припадки.

При образованіи внезапнаго выпаденія матки, которое случается весьма рѣдко, припадки, зависящіе отъ быстрого опорожненія брюшной полости и растяженія складокъ брюшины весьма похожи на припадки выворота матки т. е. жестокія боли въ животѣ, обмороки и сильное нервное сотрясеніе.

Постепенно образующееся опущеніе вызываетъ чувство налиранія на низъ и боль въ крестцѣ. При полномъ выпаденіи, исключая механическаго безпокойства, припадки часто не бываютъ значи-

тельны; даже въ рѣдкихъ случаяхъ при нормальной величинѣ матки, какъ мы видѣли одинъ разъ при выпаденіи ея на одинъ футъ, припадковъ вовсе не бываетъ. Обыкновенно бываютъ боли въ крестцовой области, по временахъ невыносимыя, и мучительное чувство напирания на низъ. Къ этому присоединяется затрудненное мочеиспускание, причиняемое смѣщеніемъ мочевого пузыря и застоємъ мочи въ дивертикулѣ; иногда больныя могутъ мочиться только въ томъ случаѣ, когда онѣ хотя отчасти вправятъ выпавшую часть. Затѣмъ являются разстройства со стороны кишечника и нервныя явленія могутъ достигнуть полной картины истерики. Всякое усиліе вызываетъ боль, потому что при этомъ матка надавливаетъ внизъ и ея безъ того уже сильно напряженныя связки еще болѣе растягиваются. Эти боли могутъ сдѣлаться чрезвычайно жестокими при кашлѣ, рвотѣ, постоянномъ подниманіи тяжестей, какъ и вообще при всякой тяжелой работѣ.

Дальнѣйшій рядъ явленій при выпаденіи заключается въ механическомъ вліяніи, которому подвергается опухоль, лежащая между бедрами. Въ началѣ при спокойномъ положеніи на спинѣ ночью матка сама уходитъ внутрь, выходитъ же вообще только послѣ тяжелой работы въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ; затѣмъ она остается все дольше и дольше снаружи, по ночью все-таки вправляется, пока наконецъ отъ постепеннаго увеличенія объема или вслѣдствіе сращенія становится вовсе неврвпавимой. Лежащая между бедрами опухоль, хотя и вправляется по ночамъ, во всякомъ случаѣ мѣшаетъ обычнымъ занятіямъ, а при значительномъ выпаденіи всякая усиленная дѣятельность становится невозможною. Чѣмъ дольше выпавшая матка лежитъ снаружи, тѣмъ легче отъ тренія и сырости, вслѣдствіе выдѣленія, изъязвляются съ одной стороны внутреннія поверхности бедеръ, съ другой слизистая оболочка, одѣвающая выпавшія части. На послѣдней могутъ образоваться значительныя язвы съ дифтеритическимъ налетомъ или съ дурнокачественнымъ нагноеніемъ. Послѣдствіемъ изъявленія можетъ быть прорывленіе мочевого пузыря, или же отпаденіе омертвѣвшихъ значительныхъ частей матки и даже всей матки ¹⁾.

¹⁾ Множество старыхъ случаевъ отпаденія выпавшей матки вслѣдствіе омертвѣнія не вполне достоверны, такъ какъ по большей части это были отдѣлившіяся новообразованія. Новѣйшіе правдоподобные случаи были сообщены Elmer'омъ (Franque l. c. стр. 11) и Edwards'омъ (British med. Journ. 6 Febr. 1814).

Что касается до мѣсячнаго очищенія, то обыкновенно оно не измѣняется вслѣдствіе выпаденія. Иногда оно слишкомъ мало, въ другихъ случаяхъ обильно. Зачатіе происходитъ не рѣдко, такъ какъ coitus можетъ совершиться по вправленіи. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ, какъ надо полагать, расширенная шейка замѣняла при этомъ влагалище ¹⁾.

Обыкновенно беременная выпавшая матка, увеличиваясь въ объемѣ, уходитъ назадъ.

Теченіе болѣзни вполне хроническое. Если для леченія выпаденія матки ничего не предпринимается, то оно увеличивается и наконецъ вправленіе становится невозможнымъ по причинѣ величины матки и сращеній съ брюшиною, удерживающихъ ее снаружи.

Тяжесть висящей между ногами опухоли и образующіяся на ней язвы дѣлаютъ состояніе больной въ высшей степени мучительнымъ.

Распознаваніе.

Причина частаго смѣшиванія выпаденія съ другими подобными состояніями особенно съ гипертрофіей шейки, заключается именно въ томъ, что распознаваніе выпаденія матки считается дѣломъ очень простымъ.

Особаго рода діагностическія затрудненія могутъ при этомъ произойти отъ того, что женщины являются для изслѣдованія въ то время, когда выпавшія части находятся внутри. Иногда при-этомъ, заставивъ больную натужиться или кашлянуть, можно произвести выпаденіе; но въ другихъ случаяхъ, когда выпаденіе появляется только послѣ продолжительной физической работы, слѣдуетъ ограничиться провѣркою заявленія больной по измѣненіямъ, которымъ подверглась слизистая оболочка.

Если выпавшая матка находится снаружи, то выходящая изъ наружныхъ половыхъ частей опухоль, лежащая между бедрами и покрытая вывороченной слизистой оболочкой влагалища такъ характеристична, что ее можно смѣшать только съ немногими другими страданіями. Особенно трудно отличительное распознаваніе отъ гипертрофіи верхней и средней части шейки. Мы уже говорили объ этомъ въ соотвѣтствующей главѣ.

¹⁾ См. случаи Choport'a и Harvey и v. Franque стр. 14. и Aubinais Gaz. des hôp. 1866. № 96.

Отличить выпавшую матку отъ большаго полипа, даже если изъязвленное мѣсто послѣдняго можно было бы принять за маточный зѣвъ, всегда возможно при тщательномъ изслѣдованіи.

Добросовѣстный врачъ не долженъ довольствоваться вообще однимъ констатированіемъ существованія выпаденія, но обязанъ опредѣлить двойнымъ изслѣдованіемъ и зондомъ длину матки, катетеромъ положеніе мочеваго пузыря, а введеніемъ одного пальца или въ трудныхъ случаяхъ зонда въ прямую кишку — присутствіе и величину rectocele.

Предсказаніе.

Выпаденіе матки составляетъ болѣзнь хроническую, которая можетъ угрожать жизни только въ исключительныхъ случаяхъ вслѣдствіе гангрены, перитонита и даже уремии. Оставленное на произволъ судьбы выпаденіе составляетъ недугъ, чрезвычайно тяжкій и отвратительный; радикальное излеченіе достигается вообще рѣдко, развѣ въ самыхъ свѣжихъ случаяхъ; но причиняемыя имъ безпокойства могутъ быть устранены, или по крайней мѣрѣ значительно уменьшены цѣлесообразными терапевтическими средствами.

Самопроизвольное излеченіе весьма рѣдко. Чаще всего это случается при сращеніяхъ матки, вслѣдствіе воспаленія брюшины въ послѣродовомъ состояніи, если при-этомъ матка была предварительно вправлена и находилась на своемъ нормальномъ мѣстѣ. Наконецъ въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, воспаленіе рукава съ образованіемъ рубцовой ткани, можетъ уничтожить выпаденіе матки; кромѣ того большія опухоли, развивающіяся какъ въ маткѣ, такъ и въ окружающихъ частяхъ (фиброиды, опухоли яичниковъ), разрастаясь, втягиваютъ матку обратно въ полость таза подобно тому, какъ это происходитъ при беременности.

Леченіе.

Мы не будемъ говорить здѣсь о профилактикѣ, которая конечно состоитъ въ надлежащемъ соблюденіи діетическихъ правилъ послѣ родовъ.

Если существуетъ выпаденіе, то слѣдуетъ, смотря по производящей причинѣ, стараться достигнуть радикальнаго излеченія: 1) уменьшая вѣсъ матки, 2) устраняя вялость ея связокъ, 3) предупреждая всякое сильное напряженіе брюшнаго пресса и 4) стараясь

уменьшить расширение просвѣта входа влагалища, или лучше возстановить дно таза.

Четвертое показаніе, состоящее въ хирургическомъ пособіи, мы разсмотримъ позже отдѣльно. Но и выполненіемъ первыхъ трехъ показаній при достаточной терпѣливости врача и больной, неспорно можно весьма многого достигнуть.

Ненормальная величина матки, можетъ быть въ большинствѣ случаевъ значительно, хотя медленно, уменьшена средствами, о которыхъ мы говорили при хроническомъ метритѣ; ослабленіе брюшнаго пресса производится продолжительнымъ лежаніемъ на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ. Труднѣе всего уничтожить вялость связочнаго аппарата, но и здѣсь холодными душами и укрѣпляющею діетой можно принести значительную пользу ¹⁾.

Впрочемъ достигнуть излеченія, посредствомъ долгаго лежанія на спинѣ, холодныхъ душей и противовоспалительнаго леченія, удастся лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

При употребленіи пессарія, связочный аппаратъ, не растягиваемый болѣе тяжестью матки, постепенно можетъ опять достигнуть извѣстной степени упругости, такъ что пессарій употребляется только какъ временное средство.

Во всякомъ случаѣ при леченіи выпаденія матки весьма важно соблюдать правильное опорожненіе кишечника и мочеваго пузыря.

Такого рода радикальное леченіе требуетъ впрочемъ обыкновенно такъ много времени и представляетъ такъ мало шансовъ на успѣхъ, что по большей части приходится прибѣгать послѣ вправленія къ удержанію матки посредствомъ рукавныхъ пессаріевъ.

Вправление обыкновенно удается легко, если только не пробовать сперва вправить влагалище, а прямо надавливать на нижнюю часть выпавшей опухоли. При этомъ слѣдуетъ постоянно слѣдить за положеніемъ матки, чтобы, надавливая матку на брестцовую кость, не произвести искусственно искривленія взадъ. Если выпавшая матка находится въ ретрофлексіи, то положеніе ея должно быть исправ-

¹⁾ Андреевъ (Virchow's Arch. 1872. В. 55. стр. 525) рекомендуетъ послѣ вправленія матки и заживленія язвъ смазывать сводъ влагалища іодной настойкой (2 грамма, разбавленные такимъ же количествомъ спирта). Эти смазыванія повторяются каждые три дня, при чемъ растворъ употребляется постепенно все крѣпче, а въ промежуткахъ дѣлаются впрыскиванія воды (20°). Дѣйствіе происходитъ не вслѣдствіе суженія влагалища, а отъ укрѣпленія маточныхъ связокъ.

лено до или во время вправления. Если же матка вправлена искривленною взадъ и затѣмъ введенъ пессарій, то послѣдній не будетъ переноситься больною вслѣдствіе раздраженія дна матки, при чемъ можетъ появиться и периметритъ. Послѣдній конечно можетъ хотя при нѣкоторыхъ непріятныхъ условіяхъ, боляхъ и т. п., излечить выпаденіе, но вмѣстѣ съ тѣмъ можетъ и причинить смерть.

Такіе случаи видѣли мы сами ¹⁾ и Freund ²⁾. Нелѣпость предложенія ³⁾ леченія выпаденія искусственно произведеннымъ искривленіемъ взадъ понятна сама по себѣ.

Если вправление представляетъ затрудненія, то прежде всего слѣдуетъ позаботиться объ опорожненіи кишечника и мочевого пузыря. Если и въ такомъ случаѣ вправление не удастся, то спокойное положеніе на спинѣ, слабительныя и предварительныя скарификаціи матки производятъ такое уменьшеніе объема выпавшихъ частей, что энергическое вправление становится возможнымъ, если только не существуетъ сращеній или большихъ опухолей таза, которыя этому безусловно препятствуютъ.

Пессаріи можно вставлять тотчасъ послѣ удавшегося вправления только въ томъ случаѣ, если нѣтъ значительныхъ изъязвленій. Впрочемъ они излечиваются большею частью скоро, если принять мѣры къ удержанію вправленной матки на мѣстѣ и удалять спринцеваніемъ застаивающіяся выдѣленія, при чемъ прижиганіе дна язвы употребляется лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Опухоль матки черезъ нѣсколько времени по вправленіи скоро опадаетъ.

Между удерживающими снарядами—влагалищными пессаріями—различаютъ два рода: кольцеобразные и стебельчатые. Первые удерживаются въ самомъ влагалищѣ и препятствуютъ выпаденію тѣмъ, что растягиваютъ стѣны рукава такъ, что послѣднія не могутъ проникнуть сквозъ влагалищный входъ. Матка лежитъ въ такомъ случаѣ на пессаріи. Стебельчатые пессаріи поддерживаются снаружи посредствомъ пояса или бандажа и поэтому употребляются въ тѣхъ случаяхъ, когда вялое влагалище и широкій рукавный входъ не могутъ удержать кольцеобразный пессарій.

¹⁾ Volkmann's Klin. Vorträge. № 37. стр. 334 и недавно другой случай.

²⁾ l. c. стр. 32.

³⁾ Seyfert, Prager Vierteljahrsschrift. 1853. B. I. стр. 156. и Aveling, London Obst. Tr. XI. стр. 215.

Въ разное время было предложено весьма большое количество самых разнообразныхъ пессаріевъ. Мы ограничимся указаніемъ только самыхъ важныхъ изъ употребительныхъ въ настоящее время.

Исключивъ изъ отдѣла кольцеобразныхъ пессаріевъ обыкновенныя греческія губки, вводимыя во влагалище напитанными глицериномъ, крахмальнымъ клейстеромъ или вяжущими жидкостями, мы должны прежде всего упомянуть о Майеровскомъ каучуковомъ кольцѣ (см. фиг. 77). Для каждаго отдѣльнаго случая надо подыскать подходящее кольцо, которое не было бы слишкомъ велико, не слишкомъ растягивало влагалище и не производило боли или воспаленія, но вмѣстѣ съ тѣмъ и не было бы слишкомъ мало, чтобы не выскочило изъ половой щели. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при очень широкомъ влагалищномъ входѣ, этого конечно избѣгнуть нельзя. Но если есть возможность обойтись Майеровскимъ кольцомъ, то не требуется никакихъ другихъ удерживающихъ средствъ, такъ какъ это кольцо имѣетъ то преимущество, что вслѣдствіе гнѣзности и удобосжимаемости принимаетъ форму влагалища; поэтому если величина его приблизительно подходящая, то оно такъ хорошо лежитъ въ рукавѣ, какъ будто парочно сдѣлано для этого влагалища — преимущество особенно важное для неопытнаго гинеколога.



Фиг. 77.

Каучуковое кольцо Майера.

Кромѣ того если по временамъ, черезъ каждыя четыре недѣли, вынимать и очищать его и проспринцевать при этомъ влагалище, то оно причиняетъ меньше раздраженія, чѣмъ большая часть остальныхъ пессаріевъ. (Впрочемъ въ послѣднее время намъ случилось видѣть при употребленіи такого кольца гнойное истеченіе изъ рукава, что вѣроятно однако зависѣло отъ дурнаго выбора матеріала). Конечно если такое кольцо оставить лежать въ рукавѣ слишкомъ долго, то, подобно другимъ пессаріямъ, оно можетъ причинить весьма дурныя послѣдствія. Мы сами видѣли случай, когда кольцо такъ глубоко врѣзалось въ мягкія части, что въ дыру можно было ввести цѣлый суставъ пальца.

Если же содержать Майеровское кольцо въ чистотѣ, то оно причиняетъ обыкновенно ничтожное раздраженіе и оказываетъ громадные услуги, въ особенности въ томъ случаѣ, когда величина матки

нормальна; мы также видѣли, что благодаря только одному употребленію такого кольца, матка съ 12 ст. уменьшилась до 7¹/₂ ст.

Иногда можно также употреблять съ пользою описанныя выше каучуковыя кольца (Hebelpessarien) или кольца изъ гибкой мѣдной проволоки, обтянутой каучукомъ, которыя часто приходится употреблять въ тѣхъ случаяхъ, когда Майеровскія не могутъ держаться. Невыгода ихъ, состоящая въ томъ, что они своими тонкими краями сильно вѣшываются въ ткани и раздражаютъ влагалище, уравновѣшивается тѣмъ, что имъ можно придавать любую форму.

Такъ какъ при обыкновенныхъ обстоятельствахъ, когда влагалище не черезъ-чуръ расширено, матка, опускаясь внизъ, слѣдуетъ направленію влагалища, при чемъ, какъ мы видѣли выше, должна принять наклонное взадъ положеніе, то очевидно выпаденіе ея будетъ невозможно, если поддерживать наклоненіе ея впередъ. Для этой цѣли съ успѣхомъ употребляютъ предложенный Vulliet'омъ ¹⁾ пессарій, а также второй видъ пессарія Шульпе (см. фиг. 66).

Во Франціи во всеобщемъ употребленіи pessaire à l'aire ²⁾ Gargiel'я (каучуковый пузырь, наполненный воздухомъ).

Гистерофоръ Цванкъ-Шиллинга ³⁾ состоитъ (см. фиг. 78 и 79



Фиг. 78.

Гистерофоръ Цванкъ-Шиллинга
обтянутый каучукомъ;



Фиг. 79.

Тоже безъ каучука.

изъ двухъ пластинокъ, на подобіе крыльевъ бабочекъ, которыя посредствомъ винта могутъ складываться и раздвигаться. Онъ представляетъ то преимущество, что его крылообразныя пластинки раз-

¹⁾ Nouveau moyen etc. Genève 1871.

²⁾ Gazette des hôpitaux. 1852. № 55 etc.

³⁾ Zwank, M. f. Geb. 1853. В. 1. стр. 215. 1854. В. 4. стр. 184 и Hystero-phor etc. 2. Aufl. Hamburg 1854. Schilling, Neues Verfahren etc. Erlangen 1855. C. Mayer, Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin. VIII. стр. 5. Chiari, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1854. стр. 533. Breslau, Scanzoni's Beitr. В. IV. стр. 275.

двигаемая по введеніи во влагалище, легко держатся въ сводѣ и сама больная можетъ ввести его и вынуть. Однако случается иногда что даже довольно большой такой пессарій, если установленъ въ косо́мъ направленіи, выскальзываетъ вонъ или сдвигается взадъ, такъ что выпаденіе снова возвращается хотя отчасти, именно впереди снаряда. Къ неудобствамъ этого пессарія относится то, что ручка его, лежащая между губами, беспокоитъ больную. (Не смотря на то, что этотъ инструментъ имѣетъ стебель, онъ относится къ разряду пессаріевъ кольцеобразныхъ, такъ какъ стебель-рукоятка служитъ здѣсь не для фиксированія аппарата снаружи, а для завинчиванія.

Измѣненія этого инструмента, предложенныя Эйленбургомъ ¹⁾, Бреслау, Саважемъ, Коксетеромъ и др. не представляютъ особенныхъ улучшеній.

Стебельчатые пессаріи съ точкою опоры на наружной поверхности тѣла употребляются въ тѣхъ случаяхъ, когда описанные выше не достигаютъ цѣли, именно когда они не могутъ держаться во влагалищѣ. Но зато они значительно обременяютъ больныхъ своими бандажами.

Для удержанія передней стѣнки влагалища, въ особенности когда она выпадаетъ, лучше всего употреблять гистерофоръ Розера и Сканцони ²⁾ (см. фиг. 80), при чемъ пружина наружной дуги



Фиг. 80.
Гистерофоръ, Розера и Сканцони.

должна быть подобрана для каждаго отдѣльнаго случая, иначе: если пружина слишкомъ туга, пелоть будетъ давить на мягкія части, если же она слишкомъ слаба, то пелоть выпадетъ изъ влагалища.

¹⁾ Zur Heil. d. Gebärmuttersvorfalles etc. Wetzlar 1857.

²⁾ Roser, Archiv f. phys. Heilkunde. B. X. стр. 80 и Scanzoni, Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sex. 4. Aufl. 1 B. Wien 1867. стр. 150.

Подобный же снарядъ, дуга котораго состоитъ изъ мѣдной проволоки, покрытой каучукомъ, и легко принимаетъ любую форму, предложень Лазаревичемъ ¹⁾.

Если выпадаетъ преимущественно задняя стѣнка влагалища или вообще вся матка, то проводятъ длинный конецъ Т-образной повязки между бедрами и прикрѣпляютъ къ мѣсту, лежащему передъ половымъ отверстіемъ, подушечку, такъ что повязка механически препятствуетъ выхожденію выпавшихъ частей; или же прикрѣпляютъ къ повязкѣ короткій стебелекъ, который движется на шарнѣрѣ и имѣетъ сверху пуговку или губку, которою поддерживаетъ выпавшую часть. Подобные бандажи предложены Зейфертомъ ²⁾ и Сканцони ³⁾. Бандажъ Сканцони изображенъ на фиг. 81.



Фиг. 81.

Бандажъ Сканцони для удержанія выпаденія.

могутъ причинить перитонитъ, гнойное воспаленіе и значительныя поврежденія мягкихъ частей. Franque приводитъ цѣлый рядъ случаевъ, окончившихся прободеніемъ Дугласова пространства, прямой кишки и мочевого пузыря ⁴⁾.

Никогда не слѣдуетъ забывать при употребленіи пессаріевъ, что всѣ они представляютъ инородныя тѣла во влагалищѣ и потому всѣ причиняютъ раздраженіе, которое однако-же можетъ быть весьма различной степени. Хорошо выбранный пессарій весьма незначительно увеличиваетъ отдѣленіе слизистой оболочки, въ особенности если постояннымъ очищеніемъ будетъ устранено скопленіе и разложеніе отдѣлимаго на палстинкахъ. Напротивъ дурно наложенныя, а главное слишкомъ большіе пессаріи

¹⁾ Coup d'oeuil sur les chang. etc. Paris 1862.

²⁾ Prag. Vierteljahrschr. 1867. 1. стр. 97.

³⁾ Lehrd. der Kr. der weibl. Sexualor. IV. Aufl. I. стр. 151.

⁴⁾ l. c. стр. 17.

Пессаріи оказываютъ обыкновенно только палліативную помощь, влагалище же, вялость и растяженіе стѣногъ котораго причиняетъ или по крайней мѣрѣ способствуетъ выпаденію, напротивъ становится шире и растяжимѣе.

Для радикальнаго устраненія выпаденія нужно обратить вниманіе на причины его. Выше мы указали уже на общія основанія, которыми нужно тутъ руководствоваться. Намъ остается изложить оперативные способы, которыми достигается выполненіе вышеупомянутыхъ показаній.

Что касается уменьшенія вѣса и объема матки, то цѣль эта скорѣе всего достигается ампутаціей нижней ея части. При этомъ обыкновенно встрѣчаются особаго рода затрудненія, такъ какъ та часть матки, которая можетъ быть удалена безъ особенной опасности, именно влагалищная часть, бываетъ при выпаденіи очень мало выражена, иногда же ея и вовсе не бываетъ. Выше уже мы обратили вниманіе на то, что обыкновенно по причинѣ гипертрофіи влагалищнаго свода, рукавная часть матки теряетъ свою коническую форму и вся выпавшая часть представляется круглою. Въ иныхъ случаяхъ шейка совершенно исчезаетъ, такъ какъ наружное маточное рыльце, вслѣдствіе рястяженія въ стороны стѣнками влагалища, значительно выворачивается. По этимъ причинамъ при выпаденіи обыкновенно не существуетъ опредѣленной влагалищной части, такъ какъ она теряется въ окружающей ткани.

Такимъ образомъ вопросъ, можно-ли вообще ампутировать по сколько слѣдуетъ отнять, долженъ зависѣть въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ отъ точнаго изслѣдованія. Прежде всего нужно точно опредѣлить, до какого предѣла доходить книзу мочевоѣ пузыря. Нѣсколько ниже этого мѣста можно отсѣчь переднюю губу въ косомъ направленіи снаружи внутрь (коническая вырѣзка). Гораздо труднѣе миновать заматочную брюшную складку, такъ какъ невозможно съ точностью опредѣлить, какъ низко она лежитъ, а иногда она доходитъ до самаго конца верхушки задней стѣнки выпавшей матки. Впрочемъ раненіе ея хотя и не безопасно, но по крайней мѣрѣ не представляетъ вполне неблагоприятнаго прогностическаго значенія, такъ какъ края раны по наложеніи шва легко срастаются.

О техническихъ приемахъ при этой операціи мы говорили выше при леченіи гипертрофіи шейки и хроническаго метрита ¹⁾. Нужно

¹⁾ Кромѣ указанныхъ тамъ сочиненій см.: Carl Mayer, Klin. Mitth. a. d. Gebiete d. Gyn. Berlin 1861. стр. 33. Scanzoni, Beitr. z. Geb. IV. стр.

замѣтить, что ампутація влагалищной части представляетъ самое вѣрное и быстрое средство для уменьшенія объема матки и что для достиженія этой цѣли вовсе не требуется отсѣчь по возможности большій кусокъ, такъ какъ инволюція матки наступаетъ и при удаленіи сравнительно небольшой ея части. Конечно ампутаціею влагалищной части не уничтожается выпаденіе, но устраняется причина, обуславливающая и поддерживающая его. Въ благопріятныхъ случаяхъ, и то довольно рѣдко, можно, по наступленіи инволюціи, при покойномъ положеніи на спинѣ и другихъ упомянутыхъ условіяхъ достигнуть полнаго излеченія. Обыкновенно же приходится прибѣгать еще къ другимъ средствамъ съ цѣлью устранить слабость связочнаго аппарата матки и возстановить тазовое дно.

Этимъ двумъ показаніямъ можно удовлетворить оперативнымъ путемъ. Впрочемъ относительно перваго показанія оперативная помощь ограничивается однимъ рукавомъ. Послѣдній бываетъ нерѣдко причиною выпаденія или по крайней мѣрѣ вялость и растяжимость его весьма благопріятствуютъ выпаденію.

Дѣйствительно уже давно пытались уничтожить выпаденіе искусственнымъ суженіемъ влагалища, что достигалось или прижиганіемъ ѣдкими веществами съ цѣлью рубцеваго сращенія влагалища, или же вырѣзываніемъ значительныхъ кусковъ влагалищной слизистой оболочки, съ цѣлью уменьшить объемъ влагалища. Girardin, Laugier и другіе употребляли адскій камень, Phillips—дымящуюся азотную кислоту, Laugier, Velpeau, Kennedy, Dieffenbach—каленое желѣзо, проводя его вдоль рукава, а Simon—кругообразно; Chipendale старался даже произвести воспаленіе слизистой оболочки влагалища посредствомъ переноса трипернаго яда.

Marchall Hall первый придумалъ элитрорафію, т. е. суженіе влагалища посредствомъ вырѣзыванія кусковъ влагалищной слизистой оболочки и сшиванія краевъ раны, при чемъ онъ вырѣзывалъ изъ передней стѣнки длинныя овальныя лоскуты, накладывалъ швы, и затѣмъ вправлялъ выпавшую матку и закручивалъ швы. Другіе, какъ напр. Dieffenbach, вырѣзывали по одному или по нѣсколькимъ лоскутовъ съ разныхъ сторонъ. Имъ слѣдовали Velpeau, v. Langenbeck, C. Braun и другіе.

Однако подобное сужение влагалища, сдѣланное на удачу, приноситъ нераціональный и только въ исключительныхъ случаяхъ достигаетъ желанной цѣли; суженное влагалище снова выпячивается изъ широкаго влагалищнаго отверстія, а нижняя часть матки, проникая въ суженное мѣсто, вслѣдствіе необыкновенной растяжимости влагалища, вскорѣ расширяетъ его до прежнихъ размѣровъ.

Успѣха отъ подобной операціи можно было бы ожидать лишь въ томъ случаѣ, когда выпаденіе влагалища составляетъ первичное явленіе и когда извѣстная часть влагалищной слизистой оболочки до того вяла и растянута, что не помѣщается болѣе во влагалищѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ это встрѣчается въ задней стѣнкѣ, чаще же при *cystocele* въ передней.

Способъ суженія передней стѣнки влагалища поэтому имѣетъ рациональное основаніе и иногда можетъ быть безусловно показанъ. Если случай выбранъ подходящий, то этотъ способъ можетъ вполне удовлетворить требованію, т. е. предотвратить выпаденіе передней стѣнки влагалища, хотя самъ по себѣ не можетъ препятствовать выпаденію матки. Поэтому послѣ него слѣдуетъ прибѣгнуть къ методическому удержанію матки или къ другимъ оперативнымъ способамъ.

Уменьшенія передней влагалищной стѣнки можно достигнуть различнымъ образомъ.

Сямсъ ¹⁾ предложилъ свой способъ *colporaphiae anterioris*. Сперва онъ намѣренъ былъ вырѣзать большую часть влагалищно-пузырной стѣнки и образовавшуюся фистулу затянуть швомъ; но неожиданнымъ образомъ вырѣзалъ только влагалищную слизистую оболочку и сшилъ края раны.

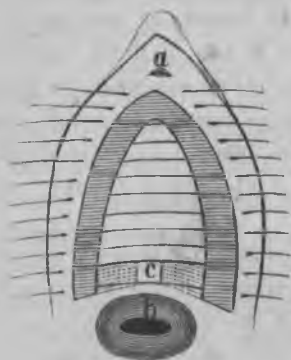
Впослѣдствіи съ цѣлью сдѣлать операцію менѣе кровавою и избѣгнуть нагноенія въ глубинѣ раны, онъ сталъ удалять куски слизистой оболочки въ формѣ буеды V (см. фиг. 82), затѣмъ сшивалъ, а позднѣе дѣлалъ еще вырѣзки въ видѣ лопаты (см. пунктиромъ фиг. 82). Такъ какъ Emmet ²⁾ замѣтилъ, что шейка можетъ проникнуть въ оставшійся промежутокъ, то онъ вырѣзалъ и этотъ мостикъ слизистой оболочки и затѣмъ сшивалъ края, такъ что въ цѣломъ получалась фигура равнобедреннаго треугольника, вершина котораго обращена ко входу во влагалище.

Мы предпочитаемъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ суженіе передней влагалищной стѣнки оказывается вообще необходимымъ

¹⁾ *Gedärmutterchir. Deutsch von Beigel. Erlangen 1866. стр. 222.*

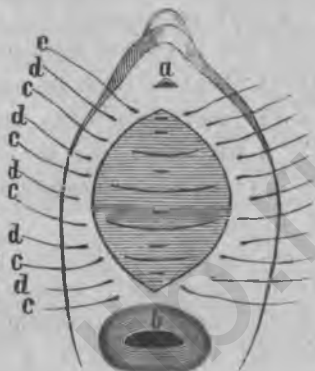
²⁾ *New-York med. J. April 1865.*

дѣлать сплошную вырѣзку и зашивать какъ представлено на фиг. 83. Кровотеченіе легко останавливается и по наложеніи шва совершенно прекращается. Образованіе абсцесса предупреждается тѣмъ, что швомъ стягивается не только слизистая оболочка, какъ это дѣ-



Фиг. 82.

Съуженіе передней стѣнки влагалища (*Kolporrhia anterior*) по Симсу *a* *Orif. urethrae*.
b Маточный зѣвъ.



Фиг. 83.

Съуженіе передней стѣнки влагалища посредствомъ сплошной вырѣзки и сшиваніе поверхностными *c* и глубокими швами *d* въ перемѣшку. *a* *Orif. urethrae* *b* маточный зѣвъ.

лаетъ Sims, но между поверхностными швами накладываются и глубокіе. Мы произвели эту операцію только въ одномъ случаѣ (см. фиг. 74), при чемъ она доставила то, чего вообще отъ нея можно было ожидать. Выпаденіе передней влагалищной стѣнки исчезло, такъ что матка могла удерживаться посредствомъ пессарія Цванка, что прежде было невозможно, такъ какъ передняя стѣнка выпячивалась подлѣ снаряда въ видѣ пузыря. При этомъ матка уменьшилась съ 12 до 8^{1/2} ст.

Хотя, какъ мы видѣли уже выше, выпаденіе матки не обуславливается расширеніемъ влагалищнаго входа, однако послѣднее весьма благоприятствуетъ выпаденію, такъ какъ представляетъ готовое отверстіе для выхода матки.

Въ прежнія времена преувеличивали значеніе расширенной половой разщелины, приписывая разрывамъ промежности и происходящему отъ этого расширенію влагалищнаго входа самое важное вліяніе на образованіе выпаденія. Такимъ образомъ естественно должна была явиться мысль воспрепятствовать выпаденію матки по-

средствомъ суженія половой разщелины. Для этой цѣли придумана т. н. эпизиорафія т. е. окровавленіе краевъ отверстія входа влагалища и наложеніе швовъ. Griske первый произвелъ эту операцію. Разрѣзь начинаютъ въ задней части большихъ губъ и ведутъ такъ далеко, что у старыхъ женщинъ оставляютъ только отверстіе для стока отдѣленій, а въ другихъ случаяхъ оставляютъ отверстіе и для coitus. Суженіе достигается безъ затрудненій, если разрѣзь сдѣланъ хорошо. Этимъ способомъ достигается то, что матка не можетъ выпасть хотя все таки остается пониженной и поддерживается на кожномъ мостикѣ, точно также какъ на повязкѣ. Такое положеніе было бы весьма выгодно, если бы оставалось постояннымъ. Но матка мало-по-малу выпячиваетъ кожный мостикъ, такъ что понемногу образуется грыжа промежности такой величины, какъ прежде была выпавшая опухоль, или же, что случается нерѣдко, матка пронибееаетъ черезъ оставленное отверстіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ однако кожный мостикъ держится болѣе продолжительное время, замѣняя такимъ образомъ всевозможныя повязки. Меньшее значеніе представляетъ способъ замыканія vulvae кольцами, продѣтыми черезъ обѣ губы. Dornes соединилъ прекрасное съ полезнымъ, онъ сблизилъ обѣ губы посредствомъ серебряныхъ и золотыхъ колець.

Но эти способы даже въ благопріятныхъ случаяхъ могутъ только устранить выпаденіе, но не въ состояніи дать маткѣ болѣе высокое нормальное положеніе.

Для достиженія этого послѣдняго нужно стараться не только возстановить промежность, но вмѣстѣ съ тѣмъ образовать плотное, неподатливое дно таза, которое могло бы противостоять давленію опирающейся на него матки, при чемъ влагалище должно быть настолько узко, чтобы матка не могла выпасть чрезъ него. Подобная операція возможна не только при старыхъ, глубокихъ разрывахъ промежности, но даже и тогда, когда промежность вовсе не была надорвана, такъ какъ при каждомъ полномъ выпаденіи матки задняя стѣнка влагалища и дно таза въ высшей степени ослаблены и атрофированы.

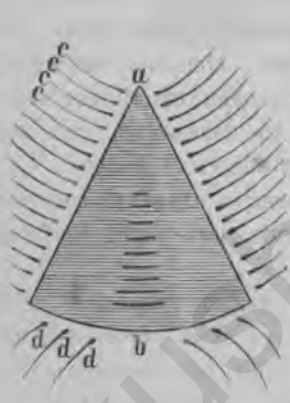
Baker-Brown ¹⁾ первый пытался оперировать этимъ способомъ. Онъ начиналъ разрѣзь съ задней спайки и велъ его внутрь, въ самое влагалище, а затѣмъ накладывалъ швы и сшиваніе раны производилъ только со стороны промежности, такъ что она удли-

¹⁾ Surg. diseases of women, 3. ed. London 1866. стр. 90 и 109.

нялась и рубецъ заходилъ во влагалище лишь отчасти. При *cystocele* кромѣ того вырѣзываютъ въ верхней части влагалищнаго входа полоски длиною въ 1" и шириною $\frac{3}{4}$ ", а затѣмъ сшиваютъ края слизистой оболочки.

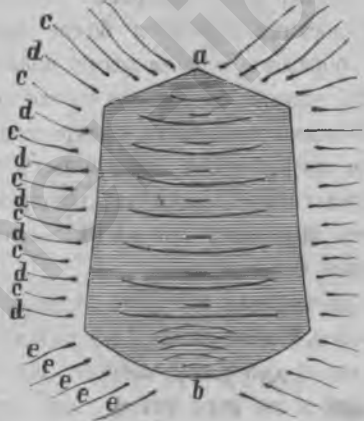
Но и этотъ способъ оказывается недостаточнымъ, такъ какъ собственно онъ доставляетъ только удлиненіе промежности и слѣдовательно приноситъ пользы не многимъ болѣе операціи по способу Fricke.

Лучше всего способъ Simon'a ¹⁾, хотя одновременно съ нимъ и другіе (Veit, Hegar, Spiegelberg) соединили влагалищный шовъ со швомъ промежности, слѣд. произвели эпизіо—элитрорафію. Simon поступаетъ при своей *kolporaphia posterior* слѣдующимъ образомъ. Онъ дѣлаетъ разрѣзъ, также какъ и Baker-Brown, только ведетъ его глубже во влагалище, такъ что разрѣзъ на мѣстѣ уздечки ши-



Фиг. 84.

Hegar's Perineauxesis. *a* верхняя обращенная къ звѣзу матки. *b* основаніе, обращенно къ уздечкѣ с рукавные швы *d* промежуточные швы.



Фиг. 85.

Kolporaphia posterior Симона. *a* и *b* какъ на рис. 84, *c* глубокіе, *d* поверхностные и *e* промежуточные швы.

рокій 5—6 ст., идетъ на столько же внутрь, во влагалище, суживаясь на 1 ст. Вверху разрѣзы соединяются подъ тупымъ угломъ, такъ что образуется пятиугольникъ. Simon дѣлаетъ разрѣзы скалпелемъ черезъ окончатое маточное зеркало. При образованіи верх-

¹⁾ Prag. Vierteljahrschr. 1867. В. 3. стр. 112 и v. Engelbarht, Die Retention des Gebärmuttervorfalles. Heidelberg 1871.

няго угла помощникъ выпячиваетъ это мѣсто со стороны прямой шишки.

Зашивается рана такимъ образомъ, что на вершину *a* (фиг. 85) накладывается два шва; затѣмъ слѣдуютъ попеременно поверхностные и глубокіе швы. Первые *d* начинаются тотчасъ у края раны и, приблизительно отступивъ на 1 ст. отъ укола, выкалываются и проводятся такимъ же образомъ черезъ другой край раны. Глубокіе швы *e* накладываются двумя иглами, при чемъ каждая выкалывается нѣсколько сбоку отъ срединной линіи и выходитъ на одинъ сантиметръ кнаружи отъ краевъ раны. Швы промежностные *e* накладываются какъ и глубокіе, но они вмѣстѣ съ тѣмъ замѣняютъ и поверхностные, такъ какъ выкалываются ближе къ краю раны. Завязываются сперва два смежныхъ поверхностныхъ и затѣмъ лежацій между ними глубокой шовъ.

Послѣдующее леченіе состоитъ въ спокойномъ положеніи въ постелѣ въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль. Если произвольное мочеиспусканіе затруднительно, то употребляется катетеръ. Производить искусственный запоръ не слѣдуетъ, напротивъ надо стараться достигнуть свободныхъ и жидкихъ испражнений.

Подобнымъ же образомъ оперируетъ и Гегаръ ¹⁾ при Pagineau-xesis, но дѣлаетъ разрѣзъ въ видѣ треугольника или круга и накладывается весьма глубокіе швы. Гегаръ шьетъ серебряною проволокою, которая впрочемъ не имѣетъ никакихъ преимуществъ, такъ какъ и шелковый шовъ можетъ оставаться безъ вреда сколько угодно времени, какъ это доказываютъ случайно забытые и оставленные швы.

Возстановленіемъ тазоваго дна и одновременнымъ суженіемъ рукава цѣль достигается вполне, такъ какъ рукавная часть помещается при этомъ выше новобразованнаго тазоваго дна, какъ въ этомъ мы сами убѣдились на одной больной, оперированной 3 года тому назадъ Симономъ. Матка стояла почти на нормальной высотѣ слегка наклоненною кзади. Брейски утверждаетъ, что въ новообразованномъ тазовомъ днѣ и пузырь получаетъ опору, а потому исчезаетъ и наклонность къ образованію cystocele и что острый уголъ, образуемый маткою и рукавомъ, способствуетъ поддержанію матки.

Наконецъ самую радикальную операцію служитъ ампутація всей

¹⁾ Häffel, l. c. стр. 31.

²⁾ Aerztl. Correspondenzbl. f. Böhmen 1874.

матки, которая была произведена Choprin'омъ ¹⁾ и Лангенбекомъ ²⁾. Эта операція можетъ быть умѣстна лишь при осложненіи выпаденія злобачественными новообразованіями, или гангреною, а также въ исключительныхъ случаяхъ при невосправимомъ выпаденіи громаднхъ размѣровъ.

Совершенно соглашаясь съ авторомъ въ томъ, что радикальнаго излеченія при выпаденіи матки скорѣе и вѣрнѣе можно достигнуть путемъ оперативнымъ, мы однако же полагаемъ, что и механическія средства при продолжительномъ и методическомъ употребленіи ихъ могутъ принести весьма существенную пользу. Извѣстно съ одной стороны нерасположеніе подобнаго рода больныхъ къ операціямъ, такъ какъ болѣзнь въ сущности не представляетъ опасности; не менѣе извѣстно съ другой стороны и то, что случаи застарѣлыхъ, трудно вправимыхъ выпаденій матки, а тѣмъ болѣе осложненныхъ новообразованіями, словомъ такихъ, гдѣ кромѣ операціи нечѣмъ болѣе пособить, встрѣчаются относительно рѣдко, напротивъ случаи пониженія матки, выпаденія стѣнокъ рукава, не полного выпаденія матки, при чемъ не всякій врачъ рѣшится на операцію, да иногда вѣтъ и явныхъ показаній къ производству ея, встрѣчаются несравненно чаще. Наконецъ, принимая во вниманіе то обстоятельство, что, прибѣгнувъ къ помощи механическихъ снарядовъ даже и тамъ, гдѣ они менѣе всего могутъ принести пользы, мы ровно ничѣмъ не рискуемъ, такъ какъ всегда можемъ оставить это леченіе и уже ни въ какомъ случаѣ не можемъ принести вреда, невольно приходится пріостановиться на этомъ способѣ леченія и серьезно подумать, нельзя ли въ самомъ дѣлѣ обойтись въ этихъ случаяхъ одними механическими средствами.

Опытъ показываетъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ дѣйствительно обойтись можно. Самымъ краснорѣчивымъ доказательствомъ этому служатъ тѣ больныя, которыя, забывъ, что носятъ пессаріи, являются къ врачу черезъ нѣсколько лѣтъ вслѣдствіе различныхъ страданій, причиненныхъ слишкомъ продолжительнымъ и до крайности negliжированнымъ механическимъ леченіемъ. Нося пессарій, онѣ такъ хорошо себя чувствуютъ, что окончательно забываютъ о его присутствіи. Едвали случается подобное при какихъ-либо другихъ обстоятельствахъ: мы не знаемъ напримѣръ ни одного случая, чтобы кто нибудь

¹⁾ Amer. J. of med. sc. 1867. стр. 567.

²⁾ Memorabilien. 18. Juli. 1868.

забылъ, что носить вставные зубы, какъ бы хорошо они ни были сдѣланы.

Наконецъ, если заглянуть въ исторію механическаго леченія, то и тамъ найдется съ одной стороны масса случаевъ съ щастливыми исходами при этомъ способѣ леченія, съ другой такая же масса снарядовъ, употреблявшихся съ незапамятныхъ временъ.

Не вдаваясь въ изложеніе исторіи этого способа леченія и не затрогивая вопроса о причинѣ множества и разнообразія механическихъ снарядовъ, мы изложимъ только сущность механическаго леченія или, лучше сказать, сущность механическихъ снарядовъ.

Цѣль пессаріевъ, бандажей и суппортеровъ, какъ средствъ чисто механическихъ, заключается въ сущности въ удержаніи матки въ извѣстномъ положеніи, для чего, естественно, прежде всего необходима точка опоры. Исторія пессаріевъ показываетъ, что этою точкою опоры въ разное время служили различныя части тѣла. Прежде всего для этой цѣли былъ избранъ сводъ рукава и боковыя стѣнки малаго таза. Древнѣйшіе круглые, яйцевидные и овальные пессаріи большихъ размѣровъ, Амбруаза Паре, Леврета, англійскіе и др. удерживались именно такимъ способомъ.

Но при всей своей естественности и выгодѣ, эта точка опоры имѣетъ и много неудобствъ. Та же исторія фактически доказала это: едва круглые пессаріи успѣли войти въ употребленіе, какъ уже явилось два видоизмѣненія ихъ—съ одной стороны удлинненные (цилиндрическіе и коническіе пессаріи), а съ другой пессаріи со стеблемъ. Оба видоизмѣненія какъ нельзя яснѣе указываютъ на главный недостатокъ круглыхъ пессаріевъ.

Сводъ рукава и боковыя стѣнки таза невыгодны для опоры пессарія по слѣдующимъ причинамъ: сводъ рукава обыкновенно при выпаденіи и пониженіи матки бываетъ вялъ, подлежащая клѣтчатка дрябла, тазъ же часто бываетъ широкій, воронкообразный и т. п., такъ какъ извѣстно, что неправильность тазовыхъ костей составляетъ одну изъ причинъ, обусловливающихъ неправильныя положенія матки. Наконецъ шейка матки, опирающаяся на средину пессарія, при движеніяхъ тѣла, подъ влияніемъ брюшнаго пресса и бедренныхъ мышцъ мѣняетъ до извѣстной степени свое положеніе; по этому упоръ будетъ не всегда въ центрѣ овала или круга, а это обстоятельство ведетъ въ свою очередь къ образованію нервноплечаго рычага, котораго одно плечо поднимется вверхъ, а другое опустится внизъ. Подъ влияніемъ этихъ условій коль-

цеобразный пессарій можетъ соскальзывать, хотя при другихъ обстоятельствахъ онъ можетъ держаться на мѣстѣ цѣлыя десятки лѣтъ.

Коломба де Лизеръ (*Traité complet des maladies de femmes*. Paris, 1843. Т. I, стр. 249) рассказываетъ, что 25 марта 1832 года, онъ былъ призванъ къ одной баронессѣ 75 лѣтъ, которая страдала болями живота и вонючимъ отдѣленіемъ изъ половыхъ частей. При изслѣдованіи онъ нашелъ въ сводѣ рукава круглый пессарій съ центральнымъ отверстіемъ, покрытый толстымъ слоемъ известковыхъ солей. Этотъ пессарій былъ введенъ больной въ Вѣнѣ послѣ ея послѣднихъ родовъ т. е. по крайней мѣрѣ лѣтъ 30 назадъ. Онъ такъ мало беспокоилъ больную въ теченіе всего этого времени, что она невѣрила въ его присутствіе въ рукавѣ, пока ей не показали вынутаго пессарія.

Качаніе круглаго пессарія можно устранить двоякимъ образомъ: или сдѣлавъ его настолько широкимъ, чтобы онъ плотно упирался въ твердыя части, или прикрѣпивъ къ нему стержень. Видоизмѣненія круглаго пессарія и были придуманы именно на этихъ двухъ основаніяхъ. Кольцо Дезормо, осьмиобразный пессарій Брюннингсгаузена, а впоследствии створчатые пессаріи Симсона, Пертузіо, Цванка, Коксетера и др., наконецъ суппортеры Годже, Мейгса, Майера и др. имѣютъ тѣ же точки опоры, какъ и круглые пессаріи древнихъ, съ тою только разницею, что плотно упираются въ стѣнки таза. Сдѣланные хорошо по мѣркѣ они дѣйствительно не выскользаютъ, хотя условія качанія въ нихъ не вполне устранены; но они имѣютъ другія невыгоды, а именно: давленіе на мягкія части, на шейку мочевого пузыря, и прямую кишку, раздраженіе слизистой оболочки и пр. Изъ нихъ пессаріи Годже, Мейгса и Майера меньше раздражаютъ, но тонки и потому больше врѣзываются въ ткань.

Что касается до другого средства, предупреждающаго качаніе кольцеобразнаго пессарія—удлиненіе его въ полость рукава, то на основаніи этой поправки. явились сперва коническіе пессаріи Ноша, Гервеца-де-Шигуена, Роньетты, а потомъ цилиндрическіе — Клоке, Таншу, Фавро и др. Коническая форма дѣйствительно устраняетъ возможность качанія, но за то такой пессарій, вслѣдствіе соприкосновенія съ значительною поверхностью рукава, производитъ громадное раздраженіе, а вслѣдствіе тяжести скользитъ внизъ по рукаву, чему способствуетъ еще болѣе форма его. Цилиндрическіе пессаріи представляютъ тѣ же невыгоды, но еще въ большихъ размѣрахъ.

Такимъ образомъ возникъ новый видъ пессаріевъ съ точкою опоры внѣ половыхъ органовъ. Къ этому виду пришли раньше всѣхъ Богенъ,

Болье, Савьяръ, а за ними очень многіе гинекологи видоизмѣняли этого рода пессаріи, желая устранить то тотъ, то другой недостатокъ. Главныя недостатки подобныхъ пессаріевъ заключаются въ томъ, что точка опоры, будучи перенесена на наружную поверхность тазовыхъ костей, хотя сама по себѣ и можетъ считаться прочною, т. е. неподвижною, но относительно матки удовлетворяетъ этому условію лишь на половину именно въ отвѣсномъ направленіи.

Чтобы предупредить выскальзываніе маточной шейки изъ чашки пессарія, Дюже прикрѣпилъ эту послѣднюю къ стеблю, подъ тупымъ угломъ; при этомъ онъ имѣлъ въ виду, устранить отклоненіе матки впередъ и назадъ (при наполненіи мочевого пузыря и прямой кишки), но боковыя отклоненія при такомъ устройствѣ пессарія не могли быть устранены. Самая прочность отвѣснаго устоя въ этихъ снарядахъ представляетъ своего рода невыгоду. Извѣстно что матка у совершенно здоровой женщины при нѣкоторыхъ условіяхъ напр. при наполненіи кишки, раздутіи ихъ газами, при мѣсячномъ очищеніи, даже при чиханіи, кашлѣ и т. п. понижается; при болѣзненномъ состояніи, въ особенности требующемъ механическаго леченія, это временное пониженіе матки бываетъ значительнѣе; по этому при совершенной неподвижности пессарія шейка матки по временамъ подвергается прижатію, иногда довольно значительному; это обстоятельство при возможности боковыхъ уклоненій, естественно, способствуетъ тому, что матка выскальзываетъ изъ чашки пессарія. Чтобы устранить это неудобство, Рекамье во Франціи и Рихтеръ въ Германіи, придумали дѣлать стебель изъ проволочной пружины, слѣдовательно упругій. Нашлись тотчасъ же раздражители: Роньетта, Дело, Гильонъ и др., изъ которыхъ каждый видоизмѣнял гибкость и упругость стебля. Но и это на практикѣ оказалось неудобнымъ: никакая пружина не можетъ сдѣлать того, чтобы чашка пессарія слѣдила за движеніями матки хотя незначительными, но весьма разнообразными. Быть можетъ, еще долго гонялись бы гинекологи за изобрѣтеніемъ стебля, вполне удовлетворяющаго сказаннымъ условіямъ, если бы Кивишъ не положилъ предѣла этимъ поискамъ своимъ разумно устроеннымъ снарядомъ, который основанъ на точномъ изученіи женскаго таза. Въ снарядѣ его всѣ размѣры, углы и дуги слѣланы сообразно съ соотвѣтственными частями тазовыхъ костей. Дѣйствительно въ снарядѣ Кивиша и во всѣхъ его видоизмѣненіяхъ, предложенныхъ Беккерелемъ, Розеромъ, Скянцони, Коксетеромъ, Майеромъ, Мартиномъ, Вейромъ, Буржо и др. почти окончательно устранена возможность выскальзыванія маточной шейки. Единственный упрекъ, который можно

сдѣлать этимъ снарядамъ относительно точки опоры—это неподвижность, которая впрочемъ въ новѣйшее время устранена въ снарядахъ Коксера и Гранколо, въ которыхъ упругость стебля обуславливается пружиною, внутри его находящеюся.

Точка опоры виѣ половыхъ органовъ представляетъ относительно больше выгоды, чѣмъ въ сводѣ рукава, а именно: пессарій невыскальзываетъ, можетъ имѣть меньшій объемъ, неупирается въ стѣнки таза, а потому менѣе раздражаетъ половыя части, не растягиваетъ свода, не давитъ на близъ лежащіе органы; кромѣ того площадь для опоры—наружная поверхность таза—значительно больше, чѣмъ поверхность влагалищнаго свода и потому каждая точка подвергается несравненно меньшему давленію. Но при всѣхъ своихъ выгодахъ эти снаряды имѣютъ и значительные недостатки: они очень сложны и тяжелы, накладываніе ихъ не совѣмъ просто и легко; поясъ, сдѣланный даже самымъ искуснымъ образомъ, нѣсколько затрудняетъ ходьбу, пелоть очень согрѣваетъ наружныя половыя части и потому усиливаетъ притокъ крови къ нимъ и къ прямой кишкѣ, вслѣдствіе чего являются застои въ геморроидальныхъ сосудахъ; наконецъ большинству больныхъ, снаряды эти не нравятся именно потому, что лежатъ снаружи.

Третья точка опоры для пессаріевъ есть нижняя часть маточнаго рукава и выходъ малаго таза. Ее открылъ совершенно случайно Клоке, употребляя свой цилиндрическій пессарій, Мальгень и Бруаръ устроили свои снаряды по той же идеѣ, но съ значительными усовершенствованіями. Эта точка опоры представляетъ впрочемъ болѣе невыгодъ, чѣмъ удобствъ; выскальзываніе такихъ пессаріевъ очень легко; упирающаяся поверхность ножекъ чрезвычайно мала и потому давленіе, ими производимое, значительно; кромѣ того входъ рукава чувствительнѣе другихъ частей его; наконецъ половая щель остается раскрытою, что обыкновенно влечетъ за собою непріятныя послѣдствія. Эти обстоятельства были конечно причиною, почему суппортеры этого рода скоро вышли изъ употребленія. Но зато они дали поводъ къ употребленію створчатыхъ пессаріевъ вообще. Эту идею воспользовались впослѣдствіи Биліанъ въ своемъ *Elytromochlion*'ѣ, Пертузіо, Цавккъ, Коксеръ и др. въ своихъ створчатыхъ пессаріяхъ, только точка опоры была перенесена въ верхнюю часть рукава.

Томасъ Симсонъ въ Англіи употреблялъ створчатый пессарій, у котораго точка опоры лежала въ срединѣ рукава, а щечки упирались въ боковыя его поверхности, въ полости малаго таза. Теоретически такая точка опоры представляетъ болѣе выгодъ, нежели другія. Къ сожалѣнію

пессарій Смисона, остался почти безъ употребленія и практика не успѣла произнести надъ нимъ свой приговоръ.

Итакъ, сравнивая между собою четыре точки опоры пессаріевъ, мы видимъ, что каждая изъ нихъ сама по себѣ, имѣетъ свои выгоды и неудобства, а потому слѣдовало бы, конечно, предпочесть изъ нихъ ту, которая при сравнительно меньшихъ неудобствахъ, представляетъ относительно большія выгоды. Но на практикѣ дѣло происходитъ нѣсколько иначе. Причина этого заключается въ особенностяхъ каждаго отдѣльнаго случая. Извѣстно, какъ часто смѣщенія матки бываютъ осложнены болѣзненнымъ состояніемъ сосѣднихъ органовъ (грыжа мочевого пузыря, опущеніе или выпаденіе той или другой стѣнки рукава, разрывъ промежности, варикозное расширеніе венъ, утолщеніе маточной шейки и т. п.). При механическомъ леченіи всѣ эти обстоятельства должны быть взвѣшены и строго оцѣнены. Вслѣдствіе этого, практику не рѣдко приходится употреблять въ данномъ случаѣ такой снарядъ, который самъ по себѣ, можетъ быть, весьма несовершененъ, но тутъ какъ нельзя болѣе кстати. Что же касается до теоретическаго выбора точки опоры въ механическомъ отношеніи, то предпочтеніе слѣдуетъ отдать средней части рукава, гдѣ давленіе происходитъ не въ отвѣсномъ направленіи, а потому менѣе значительно.

Кромѣ точки опоры въ каждомъ пессаріѣ слѣдуетъ обращать вниманіе еще на слѣдующія качества: форму, вещество, изъ котораго онъ сдѣланъ, вѣсъ и объемъ его и простоту или сложность его.

Относительно формы исторія нагляднымъ образомъ показываетъ постепенное видоизмѣненіе круглago, янцобразнаго пессарія въ тонкое эксцентрическое кольцо. Внимательно всматриваясь въ постепенныя измѣненія формы пессаріевъ, мы видимъ, что они ограничивались: во 1-хъ толщиной, во 2-хъ—кривою, описывающею горизонтальную поверхность и въ 3-хъ—ёмкостью чашки. Въ настоящее время можно считать исторически доказанною истиною, что лучшая форма пессарія есть эксцентрическое кольцо по объему и виду, соответствующее своду рукава. Такой пессарій имѣетъ громадныя выгоды передъ прочими: раздраженіе слизистой оболочки при немъ несравненно меньше, онъ удобно и легко вводится, больная не чувствуетъ его присутствія, такъ какъ онъ не давитъ на сосѣднія части, а по легкости не нажимаетъ на подлежащія ткани. Это относится въ одинаковой мѣрѣ и къ стебельчатымъ пессаріямъ. Что касается до створчатыхъ, то форма горизонтальной плоскости ихъ представляетъ тоже эксцентрическое кольцо, но безъ чашечки поверхность же соприкосновенія ихъ съ рукавомъ несравненно больше,

нежели при чистой кольцеобразной формѣ, а потому они болѣе раздражаютъ и слѣдовательно, относительно формы, представляютъ менѣе выгодъ.

Веществомъ для пессаріевъ служатъ и дерево, и металлъ, и стекло, и кость, и каучукъ. Не вдаваясь въ подробный разборъ достоинствъ каждаго матеріала мы скажемъ только, что въ настоящее время обыкновенно всѣ пессаріи дѣлаются изъ каучука чистаго (à l'état natif) и вулканизированнаго, отвердѣлаго (Hartgummi). Это вещество по своей мягкости, упругости, непроницаемости и дешевизнѣ соединяетъ въ себѣ всѣ условія для хорошаго пессарія. Впрочемъ и каучукъ измѣняется химически подѣ влияньемъ влаги, отдѣляющихся въ половыхъ частяхъ, хотя не очень скоро — черезъ годъ или два при постоянномъ употребленіи; цвѣтъ же колець мѣняется уже черезъ нѣсколько дней. Введеніемъ каучука въ употребленіе мы обязаны Г-жѣ Ронде, Парижской повивальной бабкѣ 40-хъ годовъ нашего столѣтія. Изъ металловъ лучше всѣхъ для пессаріевъ алюминій, но такіе пессаріи очень дороги.

Относительно вѣса самые легкіе пессаріи Годжевскіе и Левретовскіе (пробочные), самые тяжелые—створчатые вообще. Всѣ пессаріевъ вообще колеблется между двумя драхмами и двумя унцами. Говоря вообще, тяжесть пессарія не можетъ играть значительной роли относительно механическаго дѣйствія, такъ какъ съ одной стороны онъ долженъ быть непремѣнно прочно установленъ на извѣстныхъ точкахъ опоры, а съ другой поддерживаетъ тяжесть значительно большую его собственнаго вѣса; слѣдовательно, чтобы скользить или давить по собственной тяжести, онъ долженъ имѣть громадный вѣсъ. Но во всякомъ случаѣ тѣмъ меньше вѣсъ, тѣмъ меньше и давленіе. Чтобы ослабить давленіе, производимое пессаріемъ вмѣстѣ съ лежащею на немъ увеличенною маткою, могущее иногда доходить до 2-хъ и болѣе фунтовъ, обыкновенно стараются увеличить поверхность его соприкосновенія съ поверхностью тѣла; черезъ это давленіе раздѣляется на большее число точекъ, изъ которыхъ каждая получаетъ меньшее впечатлѣніе. Но это въ свою очередь представляетъ другія неудобства—большее раздраженіе слизистой оболочки. По этому оказывается необходимымъ опредѣлить среднюю нормальную величину давленія снаряда на каждую точку соприкосновенія; отсюда самъ собою опредѣлится уже и надлежащій объемъ пессарія. Мы производили вычисленія надъ пессаріями Годже, Леврета, Цванка (видоизмѣненіе Шиллинга) и Дезормо, на одной и той же совершенно здоровой женщинѣ (см. о механ. леченіи бол. матки стр. 96) и пришли къ заключенію, что давленіе въ $3\frac{1}{2}$ грана на квадратную линію есть

среднее нормальное для механическихъ снарядовъ вообще, причемъ на долю самаго снаряда не должно приходиться болѣе 1 гр. на квадратную линію. Отсюда, зная вѣсъ пессарія, можно вычислить и поверхность, которую онъ долженъ имѣть для нормальнаго давленія. Изъ приведенной (I. с.) таблицы видно, что наименьшее давленіе производитъ Леретовскій пессарій, но за то онъ имѣетъ и наибольшую поверхность; наибольшее же давленіе производитъ пессарій Цванка, представляющій вмѣстѣ съ тѣмъ и наименьшую давящую поверхность; среднія цифры какъ относительно поверхности, такъ и относительно вѣса представляетъ пессарій Годже; онъ и на практикѣ оказывается удобнѣе прочихъ особенно тѣмъ, что не причиняетъ ни растяженія, ни опущенія стѣнокъ рукава.

Что касается до объема пессарія, то онъ играетъ немаловажную роль. Чѣмъ поверхность пессарія, соприкасающаяся съ стѣнками рукава, больше, тѣмъ естественно больше и число точекъ, на которыхъ выделяемое слизистою оболочкою застаивается на болѣе или менѣе долгое время. Вліяніе соприкосновенія сказывается еще сильнѣе, если данное тѣло давить съ извѣстною силою на нѣкоторыя точки. Впрочемъ въ исключительныхъ случаяхъ значительный объемъ пессарія имѣетъ и нѣкоторую выгоду. Извѣстно, что давленіе тѣла обратно пропорціонально площади упора, т. е. чѣмъ шире поверхность, которую опирается данное тѣло, тѣмъ менѣе давленіе его на каждую отдѣльную точку. Слѣдовательно при значительномъ давленіи наприм. вслѣдствіе выпаденія чрезвычайно увеличенной матки должно выбирать такой пессарій, котораго касающаяся поверхность была бы шире. Поэтому, то въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно употребляютъ пессарій въ видѣ овала, шара или тарелки, а не тонкія кольца.

Наконецъ относительно устройства пессаріевъ, естественно, слѣдуетъ отдать преимущество простымъ пессаріямъ, передъ сложными, какъ потому, что они менѣе подвержены механической порчѣ, такъ и потому, что введеніе ихъ проще. Но съ другой стороны сложные пессаріи имѣютъ свои неотъемлемыя достоинства: сложность устройства даетъ имъ большую возможность приспособленія; чтобы убѣдиться въ этомъ, стоитъ сравнить створчатый пессарій съ круглымъ. Главное условіе сложнаго пессарія, чтобы каждое его болѣно, каждый шарнеръ, каждый винтъ и изгибъ были совершенно цѣлесообразны: тогда только онъ хоть сколько-нибудь искупаетъ свой главный недостатокъ — сложность. Не трудно понять, что случаи, требующіе исключительнаго употребленія сложныхъ пессаріевъ—тѣ, въ которыхъ простые пессаріи не могутъ выполнить всѣхъ

показаній т. е. случаи осложненные болѣзнями сосѣднихъ тканей и органовъ.

Въ заключеніе скажемъ, что механическое леченіе матки всегда слѣдуетъ предпослать оперативному, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, гдѣ никакіе снаряды не могутъ уже удержать выпавшую матку, но такіе случаи крайне рѣдки. Главное условіе при леченіи всякой болѣзни есть физическій покой: цѣль механическаго леченія — доставить маткѣ возможно покойное положеніе. И какъ абсолютный покой большого члена доставляетъ въ иныхъ случаяхъ радикальное излеченіе, такъ и здѣсь механическое леченіе можетъ принести радикальную пользу. Во всякомъ случаѣ больная будетъ облегчена и избавлена хотя на время леченія отъ неприятой, тягостной болѣзни. Но при этомъ необходимо поставить себѣ за правило: никогда не упускать изъ виду больную, носящую кольцо, внушивъ ей настоятельно не увлекаться полученнымъ облегченіемъ, а соблюдать чистоту и отъ времени до времени являться къ врачу для осмотра. По истеченіи 4—6 недѣль вынимаютъ снарядъ для очищенія и воздерживаются въ виду порчи инструмента отъ вырскиванія растворовъ какихъ бы то ни было солей. Маточные души изъ холодной воды съ понижающейся температурою дѣйствуютъ не только очищающимъ образомъ, но и укрѣпляютъ ткани, а потому мы всегда совѣтуемъ больнымъ дѣлать ихъ по два раза въ день. Что касается до способа введенія пессаріевъ, то онъ нами уже изложенъ на стр. 226 и далѣе этого руководства.

Ред.

Повышеніе матки.

Не нормально высокое положеніе матки, имѣетъ лишь симптоматическое значеніе, такъ какъ сама по себѣ она никогда не смѣщается кверху. Повышеніе матки происходитъ или вслѣдствіе давленія на нее снизу, или же вслѣдствіе притяженія ея кверху. Она можетъ быть оттѣснена кверху всякаго рода опухолями, ризвивающимися ниже ея, какъ-то: скопленіемъ крови при зарощеніи влагалища, Haematocoele, эксудатами, внѣматочною беременностью и другими, преимущественно, злокачественными опухолями малаго таза и влагалища. Чаше матка бываетъ притянута кверху или очень большими опухолями (кистами яичниковъ, а также и подсерозными и интерстиціальными фиброидами), или же сращеніями брюшины. Послѣднія удерживаютъ ее особенно высоко, если они пролозили вскорѣ послѣ родовъ, когда дно матки находилось еще довольно высоко въ брюшной полости.

При повышеніи матки, влагалище выпячивается въ длину, такъ что слизистая оболочка становится гладкою и заворотъ ея, одѣвающій влагалищную часть сглаживается. Влагалище направляется въ такомъ случаѣ вверху воронкообразно, и въ глубинѣ этой воронки находятъ маленькое отверстіе—маточный зѣвъ. Въ самыхъ трудныхъ случаяхъ, особенно при опухоляхъ яичниковъ, сама матка и въ особенности шейка, могутъ значительно растянуться въ длину; послѣдняя даже можетъ разорваться отъ растяженія.

Выворотъ матки.

Fries. *Abh. v. d. Umk. etc. d. Gebärmutter.* München 1804.—Crosse, *An essai etc. Transact. of the prov. med. a surg. ass. London* 1845.—Lee, *Amer. J. of med. sc.* Oct. 1860. стр. 313.—Gurlt, *Mon. f. Geb. B.* 16. стр. 11.—Betschler, *Breslauer klin. Beitr. z. Gyn. I.* Breslau 1862. стр. 1.—v. Scanzoni, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* 1868. V. стр. 83.—Freund, *zur Pathol. u. Ther. b. veralteten Inversio ut.* Breslau 1870.—Thomas, *Amer. J. of Obst. II.* стр. 423.—Spiegelberg, *Arch. f. Gyn. B. IV,* стр. 350 и B. V, стр. 118.

Исключивъ свѣжіе вывороты матки, происходящіе во время родовъ, мы ограничимся разсмотрѣніемъ лишь застарѣлыхъ случаевъ, образующихся при опухоляхъ.

Причины.

Гораздо рѣже, чѣмъ послѣ родовъ, происходитъ выворотъ матки вслѣдствіе опухолей въ стѣнкахъ ея. Такія опухоли никогда не бываютъ въ видѣ полиповъ, сидящихъ на тонкой ножкѣ, но имѣютъ широкое основаніе и выдаются въ полость матки, а иногда бываютъ чисто интерстиціальныя, въ иныхъ случаяхъ даже весьма незначительныя. Опухоли эти могутъ быть фибрознаго, или саркоматознаго характера. Выворотъ происходитъ въ такомъ случаѣ вслѣдствіе того, что основаніе опухоли, т. е. нормальная ткань матки, по причинѣ давленія, производимаго опухолью, атрофируется, исчезаетъ вовсе, или же подвергается жировому перерожденію. Такимъ образомъ, въ плотной соединительной ткани матки является впадина; опухоль выпячивается въ полость матки и, отчасти вслѣдствіе сокращеній, отчасти по собственной тяжести, опускается къ внутреннему маточному зѣву. Послѣдній открывается, опухоль опускается въ шейку и такимъ образомъ, оттягивая за собою постепенно

сосѣднія части маточныхъ стѣнокъ, производитъ мало-по-малу выворотъ матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, если опустившаяся въ полость матки опухоль достигла значительной глубины, выворотъ происходитъ довольно быстро, вслѣдствіе сокращеній матки.

Патологическая анатомія.

Обыкновенно принимаютъ три степени выворота матки, именно:

- 1) вдавленіе дна матки когда она находится еще надъ маточнымъ рыльцемъ, 2) выворотъ, когда дно уже прошло черезъ зѣвъ, но находится еще во влагалищѣ (см. фиг. 86) и 3) выпаденіе вывороченной матки (*prolapsus uteri inversi*), когда вывороченная матка выпала наружу.



Фиг. 86.
Выворотъ матки.

Лежащая передъ входомъ влагалища, или находящаяся въ послѣднемъ вывороченная матка, образуетъ кругловатое иногда значительной величины тѣло, поверхность котораго слегка бугриста, красновата или синевата, вслѣдствіе воспаленія слизистой оболочки. Кверху опухоль становится тоньше и переходитъ какъ бы въ ножку, проникающую между губами маточнаго зѣва. Послѣднія явственно ощущаются, такъ какъ полного выворота, повидимому, ни-

когда не бываетъ, и шейка, черезъ которую проходитъ выворотившееся тѣло матки, по крайней мѣрѣ отчасти сохраняетъ свое нормальное положеніе. Въ особенности это относится къ передней губѣ. Окончательно выворачивается вмѣстѣ съ маткою и шейка лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда сильно тянуть матку, а иногда также и отъ тяжести опухоли. На трупѣ, послѣ вскрытія брюшной полости представляется на мѣстѣ матки воронкообразное углубленіе, въ которое входятъ маточныя связки и трубы. Впрочемъ, въ застарѣлыхъ случаяхъ углубленіе это очень узко, (maximum $1\frac{1}{2}$ см въ поперечникѣ) и яичники не лежатъ въ немъ.

Впослѣдствіи матка можетъ значительно измѣниться; она сильно уменьшается въ объемѣ, слизистая оболочка становится гладкою и болѣе похожею на серозную.

Припадки.

При выворотѣ матки вслѣдствіе новообразованій, кровотеченія, еще ранѣе обусловленные присутствіемъ опухоли, продолжаютъ и чрезвычайно ослабляютъ больную. Кромѣ того происходитъ постоянное слизееотдѣленіе.

Къ этому обыкновенно присоединяются позывы на низъ, боли въ животѣ и поясницѣ. Нерѣдко бывають и затрудненія при мочеиспусканіи. Однако организмъ иногда къ удивленію привыкаетъ къ такимъ значительнымъ разстройствамъ.

Иногда по временамъ являються болѣе рѣзкіе припадки, именно, когда вывороченная матка выпадаетъ наружу.

Вслѣдствіе сокращенія шейки, тѣсно обхватывающей вылавшую матку, можетъ наступить омертвѣніе съ его послѣдствіями.

Распознаваніе.

Обыкновенно вывороченная матка распознается довольно легко. Впрочемъ, она представляетъ значительное сходство съ полипомъ причемъ часто ни анамнезъ, ни наружный видъ опухоли не могутъ представить данныхъ для отличительнаго распознаванія. Но при точномъ двойномъ изслѣдованіи (въ крайнемъ случаѣ подъ хлороформомъ) всегда удается однако констатировать присутствіе или отсутствіе матки на ея настоящемъ мѣстѣ. Если въ этомъ мѣстѣ матки не оказывается, то при благоприятныхъ обстоятельствахъ на мѣстѣ выворота замѣчаютъ родъ воронки или щель, а иногда и выходящія изъ нея и вѣрообразно расходящіяся въ стороны маточныя связки.

Воронку эту, при оттягиваніи опухоли книзу, можно ощупать пальцемъ и черезъ прямую кишку. При оттягиваніи опухоли является иногда еще одинъ признакъ, который окончателно рѣшаетъ діагнозъ, именно: маточное устье исчезаетъ вокругъ ножки опухоли причемъ вслѣдствіе оттягиванія книзу, нижняя часть шейки также выворачивается.

Посредствомъ зонда можно также убѣдиться въ томъ, что ножка опухоли со всѣхъ сторонъ непосредственно переходитъ въ шейку,

такъ какъ зондъ встрѣчаетъ повсюду сопротивленіе, между тѣмъ какъ при полипѣ онъ можетъ проникнуть въ полость матки.

Иногда помогаютъ распознаванію видимыя маточныя отверстія трубъ.

Предсказаніе.

Даже старыя, давно происшедшія вывороты сомнительны въ прогностическомъ отношеніи, такъ какъ они причиняютъ постоянныя кровотеченія; однако даже застарѣлыя вывороты могутъ быть исправлены, послѣ чего можетъ даже наступить беременность, какъ это доказываютъ случаи Tyler'a Smith'a и Emmet'a.

Произвольное исправленіе выворота, во всякомъ случаѣ, большая рѣдкость. Съ точностью оно было наблюдаемо Шпигельбергомъ въ одномъ случаѣ, когда матка послѣ двухнедѣльнаго лежанія больной на спинѣ и при сильныхъ поносахъ, пришла въ нормальное положеніе. Schatz объясняетъ этотъ обратный выворотъ слѣдующимъ образомъ: во время покойнаго положенія на спинѣ матка нѣсколько приподнялась, такъ что входящія въ воронку связки укоротились; при поносахъ, отъ напряженія брюшнаго пресса, происходило сильное давленіе по направленію изнутри книзу на образованное шейкою кольцо, между тѣмъ какъ укороченныя связки допускали лишь легкое смѣщеніе внизъ. Такимъ образомъ, въ то время, когда шейка была сильно отдавлена книзу, дно оставалось на прежней высотѣ и вслѣдствіе этого поднялось черезъ отверстіе шейки кверху.

Леченіе.

Выворотъ устраняется исправленіемъ, которое легко выполнимо въ свѣжихъ случаяхъ, въ застарѣлыхъ же весьма затруднительно. Исправленіе производятъ подъ холоформомъ, надавливая пальцемъ или пестикообразнымъ инструментомъ на дно и въ то же время оттѣсняя воронку чрезъ брюшныя покровы книзу. Если матка при исправленіи бываетъ мягкой и податливою, то удастся легко поднять дно до высоты наружнаго зѣва, дальнѣйшее же исправленіе встрѣчаетъ величайшія затрудненія.

Чтобы производимое давленіе было по возможности сильнѣе, продолжительнѣе и цѣлесообразнѣе, предложены различные аппараты и способы. White изъ Буффало ¹⁾ употребляетъ для этого свой осо-

¹⁾ Amer. J. of med. sc. April 1872, стр. 391.

бый инструментъ, верхній конецъ котораго, имѣющій чашечкообразную форму, прикладывается ко дну матки, а другой, снабженный пружиною, къ груди оператора. Braxton Hicks ¹⁾ употребляетъ особой формы каучуковые тампоны; тоже дѣлаетъ Varens ²⁾, который настоятельно предлагаетъ дѣлать вмѣстѣ съ тѣмъ надрѣзы шейки. Noeggerath предлагаетъ выворотить сперва одинъ рогъ матки (мѣсто вхожденія трубы), послѣ чего другой вправляется легко. Emmet ³⁾ нѣсколько разъ вправлялъ выворотъ матки съ успѣхомъ слѣдующимъ образомъ: введенною во влагалище рукою онъ обхватывалъ матку такъ, что въ ладони помѣщалось дно ея, а пять пальцевъ, обружали шейку. Въ то время, когда ладонь отдавливала дно кверху, пальцы раздвигали насколько возможно воронку. Когда такимъ образомъ дно поднято выше уровня маточнаго зѣва, то далѣе проталкивается пальцами; другая же рука въ это время производитъ снаружи черезъ брюшные покровы давленіе книзу на обхватывающее матку кольцо.

Если ручное вправленіе не удастся, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ помощи продолжительнаго давленія на дно со стороны влагалища. Лучше всего это удастся посредствомъ кольпейринтера. Мы сами ⁴⁾ достигли такимъ путемъ вправленія въ случаѣ двухлѣтнаго существованія выворота и послѣ того, какъ самыя энергическія попытки къ ручному вправленію остались безуспѣшны. Кольпейринтеръ, наполненный водою, оставался продолжительное время во влагалищѣ, и кромѣ того ежедневно наполнялся на нѣсколько часовъ до такой степени, что величиною превосходилъ голову ребенка.

Emmet ⁵⁾ производилъ продолжительное давленіе на оттѣсенное кверху дно матки тѣмъ, что сшивалъ подъ нимъ губы влагалищной части матки. слѣдуетъ быть весьма осторожнымъ съ назначеніемъ спорыньи, посредствомъ которой Freund'у удалось вызвать вправленіе выворота послѣ значительнаго приподнятія дна кверху, такъ какъ въ случаѣ недостиженія цѣли происходитъ ущемленіе дна матки. (Именно въ случаѣ Freund'a, послѣ употребленія спорыньи, сперва показалось начинающееся омертвлѣніе).

Если выворотъ былъ вызванъ опухолью, то она должна быть

¹⁾ Brit. med. Journal. August. 31. 1872.

²⁾ Obst. journ. of Great Britain, April, 1873, стр. 1.

³⁾ Amer. J. of med. sc. Jan. 1806 и Amer. J. of Obst. II, стр. 213.

⁴⁾ Berl. Klin. Wochenschr. 1868. № 46.

⁵⁾ Amer. J. of med. sc. January. 1868.

предварительно удалена, послѣ чего вправленіе происходитъ само собою, большею частью чрезъ нѣсколько дней; впрочемъ, въ случаѣ описанномъ Field'омъ ¹⁾, въ которомъ вызвавшая выворотъ фиброма была удалена экразеромъ, дно матки вправилось только чрезъ 20 дней и то при употребленіи каучуковаго тампона, который лежалъ все время во влагалищѣ.

Если всѣ указанные способы не приводятъ къ цѣли, то въ случаѣ значительныхъ страданій больной, можно приступить къ ампутаціи, если не желаютъ подобно Thomas'у произвести лапаротомію. Однако при этомъ слѣдуетъ помнить, что судя по новѣйшимъ опытамъ, настойчивостью и цѣлесообразными способами вправленіе можетъ быть достигнуто и въ безнадежныхъ повидимому случаяхъ; но оно дѣйствительно безусловно невозможно въ случаѣ плотныхъ сращеній въ воронкѣ. Продолжительное существованіе выворота никакъ не служитъ противопоказаніемъ къ попыткамъ вправленія, такъ какъ извѣстны удачныя случаи вправленія послѣ многолѣтняго (до 15 лѣтъ) существованія выворота.

Thomas ²⁾, введя руку во влагалище, прижималъ ущемляющее матку кольцо къ брюшнымъ покровамъ и, разрѣзавъ послѣднее, расширялъ его посредствомъ устроеннаго имъ особаго расширителя. а затѣмъ вправлялъ матку все таки съ большимъ трудомъ. Выздоровленіе послѣдовало, не смотря на происшедшій при вправленіи сквозной разрывъ влагалища и сильное послѣдовательное кровотеченіе наружу и въ брюшную полость. Въ другомъ случаѣ послѣ подобной операціи Thomas'a больная умерла отъ перитонита.

Если страданія больной и опасность не слишкомъ значительны, то слѣдуетъ стараться облегчить состояніе ея безъ операціи. Это удастся всего легче при наступленіи климактерическаго возраста, потому что тогда страданія могутъ почти совершенно прекратиться. Кромѣ того посредствомъ хлористаго желѣза и другихъ прижигающихъ средствъ, можно довести слизистую оболочку до такого состоянія, что матка будетъ лежать въ рукавѣ, не отдѣляя ни крови, ни обильнаго количества слизи.

Ампутація матки производится различными способами. Въ прежнее время обыкновенно накладывали лигатуру, и отдавливали матку постепенно. Въ послѣднее время матку просто удаляли посредствомъ ножа и ножницъ, а еще чаще помощью экразера.

¹⁾ Bartholomew's Hosp. Rep. 1872.

²⁾ Dis. of. women. 3 ed. 1872. стр. 434.

Этотъ послѣдній способъ однако наиболѣе опасенъ, отчасти по причинѣ кровотеченія, а отчасти потому, что шейка, послѣ отнятія матки обыкновенно выворачивается обратно, такъ что кровоточащая поверхность бываетъ обращена въ брюшную полость.

Лучшіе шансы на успѣхъ представляетъ, кажется, соединеніе лигатуры съ постепеннымъ удаленіемъ матки. Дополнивъ статистику Сванцони нѣкоторыми собственными данными, мы приходимъ къ слѣдующимъ результатамъ:

	Сумма.	Выздоровленіе.	Смерть.
Простое удаленіе	14	6 (43 ⁰ / ₀)	8 (57 ⁰ / ₀).
Простая лигатура	26	19 (73 ⁰ / ₀)	7 (27 ⁰ / ₀).
Лигатура и удал.	29	24 (83 ⁰ / ₀)	5 (17 ⁰ / ₀).

Операция производится слѣдующимъ образомъ: вокругъ ножки, лежащей во влагалищѣ опухоли, проводятъ шнурокъ или проволоку и крѣпко затягиваютъ. При этомъ наступаетъ сильная боль и даже явленія коллапса и шокъ, что заставляетъ нерѣдко ослабить лигатуру. (Случалось, что выворотъ только въ это время и былъ узнанъ, прежде же опухоль принималась за полипъ).

Матка послѣ этого сильно опухаетъ и вскорѣ представляетъ признаки начинающагося омертвѣнія, которое стараются ограничить карболовой кислотой и полуторохлористымъ желѣзомъ, такимъ образомъ, чтобы омертвѣвшія части были мутифицированы. Смотря по обстоятельствамъ, отдаленную матку удаляютъ цѣлкомъ или по частямъ чрезъ 10 — 14 дней. Чѣмъ долѣе матка остается въ рукавѣ, тѣмъ полнѣе будутъ брюшинныя сращенія воронки, такъ что если шейка потомъ вывернется обратно, то только растянетъ сращеніе.

Грыжа матки.

Hernia uteri.

Klob. Pathol. Anat. d. Weibl. Sex. Wien 1864. стр. 105.

Небеременная матка очень рѣдко составляетъ содержимое грыжеваго мѣшка.

Относительно *Hernia cruralis* извѣстны кажется всего два случая: одинъ былъ наблюдаемъ Lallement ¹⁾ у 82 лѣтней женщины,

¹⁾ Bull. de la fac. de medicine 1816. I, стр. 1.

другой—Cloquet у новорожденного ребенка, изображенный въ атласѣ Voiviv и Duges на Pl. XI, фиг. 3.

Случаи *Herniae inguinalis* были наблюдаемы Maret, Chopart, Lallement и Cruveilhier.

Этіологія маточныхъ грыжъ находится въ тѣснѣйшей связи съ грыжами яичниковъ (*descensus ovariorum*), на которыя мы только указываемъ здѣсь, такъ какъ смѣстившіеся яичники тянутъ за собою и матку.

Распознаваніе не можетъ быть затруднительно при тщательномъ ощупываніи и употребленіи зонда

Объ особенномъ леченіи не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ матка невривима.

Фиброзныя опухоли матки.

(міомы. фиброміомы, лейоміомы).

Bayle, *Cervisart Journ. de med. Ann. XI Veudem.* (1803. oct.) *Diction. des sc. med. Paris* 1813. T. VII, стр. 72.—Wenzel, *Krankh. d. Uterus. Mainz* 1816.—P. U. Walter, *Denkschr über fibröse Geschwülste der Gebärmutter. Dorpat* 1842. — Amussat, *Mém. Sur les tumeurs fibr. de l'utérus. Paris* 1842.—Th. S. Lee, *Von den Geschwülsten der Gebärmutter etc. Aus. d. Eng. Berlin* 1848.—Chiari, Braun u Spaeth, *klin. d. Geb. u. Gyn. Erlangen* 1852, стр. 396. — Routh, *Lettsomian lecturs etc. Brit. med. J. Febr. July* 1864. — Säxinyer (Seyfert) *Prager Viertelj.* 1868. 2, стр. 93. — Klob, *Wiener med. Woch.* 1863. № 36 etc. *Pathol Anat. d. weibe. Sex. Wien* 1864. стр. 149.—Virchow, *Geschwülste* 3. B. 1. H, стр. 107 etc. — Kidd, *Dublin J. of med. sc. Vol. 54.* 1872. стр. 132.—Goodel *Philadelphia med. Times.* May 1.—Juni 1. 1872.

Причины.

Міома, круглая фиброма матки представляетъ сложную опухоль, развивающуюся весьма часто въ маткѣ и происходящую изъ самой паренхимы ея въ видѣ шаровидной опухоли. Хотя данныя Bayle, который утверждаетъ, что фибромы встрѣчаются у 20% всѣхъ женщинъ, умершихъ послѣ 35-лѣтняго возраста, преувеличены, но и Klob считаетъ 40% фибромъ на все число умершихъ послѣ 50 лѣтъ. Можно сказать положительно, что онѣ составляютъ весьма частое заболѣваніе. Американцы утверждаютъ, что фибромы встрѣчаются очень часто у негритянокъ и мулатокъ и притомъ не рѣдко въ относительно раннемъ возрастѣ (20 лѣтъ). (Опухоль яичниковъ и ракъ матки у нихъ повидимому представляютъ рѣдкое явленіе)

Прибавивъ къ случаямъ, собраннымъ Chiari и West'омъ 36 собственныхъ, о которыхъ мы имѣемъ болѣе точныя свѣденія, получимъ слѣдующую статистику относительно возраста, въ которомъ больныя обращались за совѣтомъ.

Возрастъ	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—74.	
Число случаевъ	33	54	62	19	0	1	итого. 169.

Такъ какъ припадки, зависящіе отъ фибромъ, обыкновенно появляются поздно, то слѣдуетъ считать происхождение ихъ гораздо болѣе раннимъ, хотя впрочемъ не ранѣ наступленія половой зрѣлости.

О причинахъ обуславливающихъ или благопріятствующихъ развитію фиброидовъ еще ничего неизвѣстно. Во всякомъ случаѣ здѣсь дѣло состоитъ въ мѣстномъ раздраженіи, сущность и причина котораго совсѣмъ неизвѣстны.

Baule считаетъ предрасполагающимъ моментомъ воздержаніе отъ половыхъ сношеній и безплодіе. То и другое совершенно не вѣрно. Значительное большинство женщинъ, страдающихъ фибромами, женщины замужнія; изъ числа 514 больныхъ, пользованныхъ West'омъ Dupuytren'омъ, Renth'омъ и нами, 421, т. е. 81,9% были замужемъ и кромѣ того вѣроятно не малый процентъ изъ незамужнихъ тоже имѣли половыя сношенія.

Отношеніе фибромы къ безплодію совершенно обратное: не безплодіе ведетъ къ образованію фибромъ, но фибромы часто имѣютъ послѣдствіемъ безплодіе.

Мы находимъ, что изъ 196 больныхъ пользованныхъ Dupuytren'омъ, West'омъ, M. Clintock'омъ и нами, за исключеніемъ 27 незамужнихъ и нерожавшихъ, 119 имѣли дѣтей и 50 были безплодны.

Патологическая анатомія.

Фиброма или міома, хотя состоитъ изъ тѣхъ же составныхъ частей, какъ и паренхима матки, не представляетъ однако разлитаго новообразованія послѣдней, а развивается въ видѣ опухоли ясно отграниченной отъ остальной паренхимы.

Микроскопически фиброма состоитъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и соединительной ткани. Если преобладаютъ первыя, то опухоль называется міомой или точнѣ лейоміомой, въ противномъ случаѣ—фиброміомой, фибромой.

Объ составныя части распределены неправильно. Пучки мышц переплетаются между собой, а между ними тянутся полосы волокнистой ткани. Последняя обыкновенно плотна, тверда, почти хрящевой консистенции, иногда же рыхла. Расположеніе волоконъ отчасти концентрическое, такъ что вся опухоль состоитъ или изъ одной доли или изъ нѣсколькихъ соединенныхъ между собою.

Въ разрѣзѣ опухоль бѣловата, часто бѣловато-красновата или сѣроокраснаго цвѣта. Если соединительной ткани больше, то цвѣтъ разрѣза въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣетъ блестящій оттѣнокъ. При этомъ поверхность разрѣза кажется дольчатой, покрытой маленькими возвышеніями, подымающимися надъ поверхностью отъ давленія фиброзныхъ пучковъ.

Матка обыкновенно гипертрофирована, стѣнки ея утолщены; но иногда, особенно при подбрюшинныхъ фиброидахъ, матка бываетъ истончена отъ растяженія въ длину, а у старыхъ женщинъ можетъ быть въ высшей степени атрофирована.

Сосуды входятъ въ опухоль вмѣстѣ съ волокнами соединительной ткани, хотя обыкновенно въ весьма умеренномъ количествѣ. Артеріи большаго калибра проникаютъ въ опухоль чрезвычайно рѣдко.

Фиброма представляется постороннимъ тѣломъ, лежащимъ въ толщѣ матки, такъ какъ она отдѣляется отъ паренхимы ея посредствомъ капсулы изъ рыхлой соединительной ткани и легко вылуцчивается. Во всякомъ случаѣ развитіе происходитъ всегда изъ самой паренхимы матки, въ видѣ мѣстной гиперплазіи и только позже, когда образовавшаяся опухоль продолжаетъ расти вслѣдствіе размноженія составляющихъ ее элементовъ, она раздвигаетъ мышечныя волокна матки и такимъ образомъ, помѣщаясь между ними, можетъ быть вылуцчена. Но часто бываетъ, что и большая фиброма находится въ связи съ маткой, посредствомъ широкаго основанія. Съ другой стороны ткань, которою опухоль соединялась съ маткой и изъ которой она собственно произошла, нѣрѣдко атрофируется такъ, что новообразованіе представляется изолированнымъ и не связаннымъ съ маткою переходомъ волоконъ. Въ последнемъ случаѣ вмѣстѣ съ ножкой запусѣваютъ и сосуды, такъ что въ существо такой опухоли, изолированной отъ стѣнокъ матки, едва проникаютъ сосуды.

Обыкновенно въ фиброму входятъ большіе сосуды изъ существа матки, а распредѣляющіеся въ самой опухоли сосуды весьма мало развиты (слизистая же оболочка и при этомъ можетъ сильно кровоточить).

Впрочемъ фибромы, особенно большія интерстиціальныя, могутъ быть такъ богаты сосудами, что представляютъ кавернозное строеніе, весьма похожее на дѣтское мѣсто въ послѣдніе сроки беременности. Вирховъ называетъ эту форму *Muoma Telangiectodes s. cavernosum*. Въ ней образуются кавернозные пространства, наполненныя кровью, „колоссальныя капилляры“, объемъ которыхъ отъ коноплянаго зерна достигаетъ до горошины и между которыми мѣстами проходятъ узкія перекладины. Вся опухоль или ея большая часть рѣдко переходитъ въ такое кавернозное строеніе; преимущественно подвергаются измѣненію только отдѣльныя части. Leopold ¹⁾ описалъ подобную опухоль огромныхъ размѣровъ, которая такъ увеличила матку, какъ въ послѣднее время беременности. По Вирхову именно при этихъ кавернозныхъ опухоляхъ, происходитъ временное увеличеніе объема и спаденіе опухоли. Онъ объясняетъ это большимъ или меньшимъ количествомъ крови и сокращеніемъ, resp. ослабленіемъ мускулатуры.

Фиброма можетъ претерпѣть еще другія измѣненія, а именно:

Размягченіе.

Послѣднее можетъ зависѣть:

а) *Отъ простаго отека*, при чемъ фиброма можетъ быть такъ сильно отечна, что представляется флукуирующею и даетъ впечатленіе кисты. Послѣ прокола обыкновенно или ничего не изливается или же только нѣсколько капель серозной жидкости. При отекѣ волокна атрофируются.

б) *Отъ жироваго перерожденія*, когда жирно перерожденныя мышечныя волокна всасываются, т. е. претерпѣваютъ измѣненіе, подобное послѣродовой инволюціи матки. Этимъ путемъ фиброма можетъ значительно уменьшиться и даже совсѣмъ всосаться (см. ниже).

в) *Отъ миксоматознаго перерожденія*. Между отдѣльными дольками сложной опухоли, а также и между пучками волоконъ отдѣльныхъ долекъ находится слизистая ткань. Вслѣдствіе распаденія клѣтокъ и выдѣленія значительнаго количества межклеточной слизи, могутъ образовываться значительныя скопища слизи, представляющія картину распада.

¹⁾ Archiv. f. physiol. Heilk. 1873, стр. 414.

Оплотнѣніе.

Вмѣстѣ съ жировымъ перерожденіемъ мышцъ соединительная ткань оплотнѣваетъ. Быть можетъ послѣднее есть явленіе первичное, такъ что весь процессъ можно принять за интерстиціальное воспаленіе, а жировое перерожденіе за послѣдствіе давленія отъ рубцового сокращенія соединительной ткани. Фиброма дѣлается тогда совсѣмъ твердою, какъ сухожиліе или хрящевой консистенціи.

Окаменѣніе (известковое перерожденіе).

Вслѣдъ за оплотнѣніемъ, когда ростъ опухоли замедляется, слѣдуетъ отложеніе известковыхъ солей. Известъ прежде всего показывается въ срединѣ опухоли, располагаясь тамъ неправильными полосами. Позже отложеніе можетъ быть болѣе значительнымъ, такъ что опухоль съ трудомъ распиливается, а послѣ мацераціи остается остовъ, подобный кораллу. Отложеніе извести рѣдко бываетъ такъ обильно, что разрѣзъ представляется гладкимъ и можетъ полироваться. Въ рѣдкихъ случаяхъ процессъ начинается съ наружныхъ слоевъ, такъ что образуется кора.

Известковое перерожденіе бываетъ только въ подбрюшинныхъ и интерстиціальнхъ фибромахъ. Послѣднія могутъ сдѣлаться свободными, о чемъ будетъ сказано ниже, и въ такомъ случаѣ изгоняются наружу въ видѣ маточныхъ камней. Впрочемъ отложеніе извести происходитъ по большей части въ маленькихъ фибромахъ; въ большихъ же случается очень рѣдко.

Окаменѣлыя, отдѣлившіяся отъ матки міомы, такъ называемые маточные камни давно обратили на себя вниманіе врачей. Такъ Гиппократъ рассказываетъ объ одной 60 лѣтней Фессалійской рабѣ, страдавшей въ молодости сильными болями при каждомъ соитіи, у которой послѣ употребленія чеснока и послѣ сильныхъ натужныхъ болей, былъ вытасненъ изъ влагалища твердый камень. Salins говоритъ объ одной старой монахинѣ, которая родила шероховатый камень, формой и величиной напоминающій утиное яйцо. Въ старинной литературѣ можно найти цѣлый рядъ другихъ случаевъ, относящихся вѣроятно сюда же.

Louis'y ¹⁾ уже извѣстны были 18 маточныхъ камней, а съ того времени было еще нѣсколько такихъ случаевъ и между прочимъ о нихъ упоминаютъ Velpeau, de Coze, Courty ²⁾, Duncan ³⁾, Arnott ⁴⁾. Saxin-

¹⁾ Mémé de l'acad. de chir. 1753, T. II, стр. 130.

²⁾ Mal. de l'utérus etc. 2. ed. стр. 932, въ 10 килограммовъ.

³⁾ Edinbrough. med. J. August 1867, стр. 179.

⁴⁾ Medico-chir. Transactions XXIII. 1840, камень въ 50 фунтовъ, который, при паденіи больной, своею тяжестью разорвалъ кишку.

ger ¹⁾ рассказываетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ хирургъ вынулъ акушерскими щипцами вмѣсто дѣтской головки такой же величины маточный камень. Nénoque ²⁾ посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія нашель въ камнѣ, добытомъ Amussat въ 1829 году, окаменѣвшую фиброму. Въ Эрлангенскомъ анатомо-патологическомъ собраніи находится очень большая подбрюшинная фиброма 33 resp. 22 cm. въ поперечникѣ, которая такъ пропитана известью, что отпиленный отъ большой опухоли и мацерированный кусокъ представляетъ строеніе мадрепоры. Препаратъ этотъ былъ присланъ докторомъ Bohm'омъ изъ Гунценгайдена съ замѣткою, что эта 24¹/₂-фунтовая фиброма, принадлежала никогда нерожавшей, незамужней женщинѣ, умершей отъ маразма 61 года отъ роду. Опухоль, которую она замѣтила, впервые на 30-мъ году жизни, лежала подъ конецъ въ мѣшкѣ образованномъ чрезвычайно растянутыми брюшными покровами между бедрами, опираясь на лѣвое изъ нихъ.

Другаго рода нарушеніе питанія можетъ произойти въ томъ случаѣ, когда вслѣдствіе нагноенія, или гнилостнаго распаденія окружающей ткани, въ которую вложена фиброма, прекращается питаніе ея и отдѣльныхъ частей. Это случается чаще всего послѣ механическаго нарушенія цѣлости. Въ такомъ случаѣ происходитъ жировое, частью гангренозное распаденіе и весь фиброидъ можетъ при сильной вони выйти изъ матки. Этимъ путемъ иногда наступаетъ полное выздоровленіе, но можетъ наступить и смерть при септическихъ явленіяхъ, или отъ перитонита, вызваннаго распаденіемъ фибромы съ прободеніемъ брюшины, или безъ этого послѣдняго.

Рядомъ съ простыми фибромами появляются еще и смѣшанныя опухоли, не маловажныя въ практическомъ отношеніи.

Чаще всего въ фибромахъ образуются кисты и тогда происходитъ *Mioma cysticum*, или *fibro-cysticum* англичанъ. Но здѣсь не бываетъ настоящаго новообразованія кисты, высланныхъ эпителиемъ, а образуются только полости въ соединительной ткани, наполненныя серозною жидкостью. Это происходитъ при сильномъ отека фибромы, когда ткань мѣстами разрѣцляется. Поэтому большею частью образуется множество маленькихъ кистообразныхъ полостей, середина же фибромы можетъ быть занята большею полостью, наполненною жидкостью, происшедшей отъ того, что лежація между маленькими кистами перегородки разбухаютъ вслѣдствіе отека и постепенно растворяются. Отдѣльныя полости ограничены перегородками изъ соединительной и мышечной ткани, которыя иногда тянутся въ видѣ перекладинъ.

¹⁾ l. c. стр. 113.

²⁾ Archives de Physiol. Juillet 1873. стр. 425.

Рядомъ съ этими встрѣчаются кисты апоплевтического происхожденія, обыкновенно образующіяся изъ кровяныхъ изліяній; онѣ происходятъ если не исключительно, то по большей части во время беременности.

Образованіе кистъ можетъ произойти и при жировомъ перерожденіи гнѣздъ, когда послѣднія, образуя жидкій детритъ, распадаются ¹⁾).

Образованіе подобное кистѣ можетъ быть обусловлено также слизистымъ перерожденіемъ ткани.

Изъ первой формы особенно образуются огромныя, смѣшанныя опухоли, относящіяся къ самымъ громаднымъ новообразованіямъ малого таза. Онѣ мягки и содержатъ большое количество кистъ весьма различной величины.

Voinet ²⁾ впрочемъ весьма правильно замѣчаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ Tumeur fibro-cystique явно смѣшивались съ болѣе плотными кистами яичниковъ, тѣсно соединенными съ маткою, и съ фибромами, окруженными перитонеальными, ложными оболочками, между которыми часто скопляется желтая серозная жидкость. Réan ³⁾ описываетъ, какъ кажется, эти, прилежащія къ фибромамъ, скопленія сыворотки между ложными перепонками какъ „Tumeurs fibro-cystiques proprement dites“.

Первичное перерожденіе фибромы въ раковую опухоль едва ли бываетъ. Во всей литературѣ, существуетъ только одинъ случай Кюб'а ⁴⁾, гдѣ ракъ первично развился въ фибромѣ. Точно также чрезвычайно рѣдко метастатическое развитіе рака въ фибромѣ ⁵⁾, между тѣмъ какъ послѣдовательный переходъ раковаго процесса на фиброзную опухоль не представляетъ большой рѣдкости. Простое осложненіе фибромы тѣла матки ракомъ шейки, которое Courty ⁶⁾ считаетъ большою рѣдкостью, встрѣчается гораздо чаще, хотя мнѣніе Симпсона, что раздраженіе, производимое фибрознымъ полипомъ на шейку, составляетъ именно причину раковаго новообразованія въ ней, имѣетъ мало основаній.

¹⁾ Virchow. l. c. стр. 116 и Graily Hewitt, Pathol. Transactions XI, стр. 173.

²⁾ Gaz. hebdomadaire. 1873. № 8.

³⁾ Hystérotomie etc. Paris 1873. стр. 88.

⁴⁾ l. c. стр. 163 и 188.

⁵⁾ Венпоратъ и Либманъ. Monatschr. f. Geburtsh. B. 25, стр. 50, наблюдали послѣдовательное образованіе при ракъ рукава.

⁶⁾ Mal. de l'utérus etc. II. édit. стр. 933.

Чаще, кажется, бываетъ, что Myosarkoma составляетъ переходъ фибромы въ саркому. Здѣсь начинается набухать межклеточное вещество, причемъ сперва въ немъ образуются маленькія, затѣмъ большаго размѣра круглыя клетки съ большими зернами. Клетки эти, размножаясь между мышечными пучками, раздвигаютъ ихъ, такъ что послѣдніе мало-по-малу исчезаютъ. Саркоматозно перерожденныя части представляютъ въ разрѣзѣ однородный бѣлый или желтый оттѣнокъ и бываютъ мягче. На сколько часто бываетъ этотъ переходъ доброкачественной фибромы въ злокачественную саркому, еще неизвѣстно. Въ томъ, что такой переходъ возможенъ, сомнѣнія нѣтъ. Подробнѣе объ этомъ будетъ сказано при саркомѣ.

Размягченіе отдѣльныхъ частей и апоплектическія кровоизліянія могутъ повести къ образованію кистовидной миосаркомы. Можетъ также случиться, что перерождающаяся ткань — Muxosarcoma — сама по себѣ будетъ такъ мягка, что произведетъ впечатлѣніе наполненной жидкостью кисты.

Послѣ общаго обзора способа образованія, строенія и измѣненія фибромъ, мы должны разсмотрѣть особо отдѣльные виды ихъ, различія которыхъ имѣютъ важное практическое значеніе.

Мы различаемъ во первыхъ фиброму тѣла отъ фибромы шейки и дѣлимъ первую на подсерозную, подслизистую и интерстиціальную, смотря по тому растетъ ли она въ брюшную полость, въ полость матки или остается въ существѣ послѣдней.

Фиброма тѣла матки.

а) Подсерозная фиброма.

Подсерозная фиброма (см. фиг. 87 и 89. *SF.*) наружный маточный, или подбрюшный полипъ (Вирховъ) отнюдь не развивается исключительно изъ наружнаго мышечнаго слоя. Выростая въ брюшную полость, она конечно оттягиваетъ передъ собою брюшину. Отношеніе ножки къ опухоли бываетъ различно. Опухоль долго можетъ оставаться въ непосредственной связи съ паренхимой матки, въ такомъ случаѣ ростъ ея идетъ довольно быстро, или же она рано отдѣляется отъ маточной стѣнки и имѣетъ связь съ маткой только посредствомъ ножки, одѣтой снаружи брюшиной, въ срединѣ же состоящей изъ подбрюшной клетчатки.

Фиброма можетъ совсемъ отдѣлиться отъ матки. Если подобныя фибромы развиваются съ боковыхъ сторонъ матки, то, вросая между двумя пластинками *llg. latii*, становятся вполне внѣбрюшными.

Полное отдѣленіе подсерозной фибромы бываетъ очень рѣдко; Вирховъ никогда этого не видалъ, а Равитанскій упоминаетъ о нѣсколькихъ случаяхъ. Симпсонъ ¹⁾ утверждаетъ, что видалъ нѣсколько примѣровъ. West ²⁾ наблюдалъ одинъ случай, и Turner ³⁾ описалъ одинъ весьма подробно.



Фиг. 87.

Большая и малая подсерозная фиброма, начинающаяся отъ задней стѣнки широкимъ основаніемъ.



Фиг. 88.

Подслизистая фиброма; шейка матки совершенно изглажена. *eo* наружное, *oo* внутреннее маточное рыльце.

Питаніе фибромъ непосредственно соединенныхъ съ паренхимой матки, происходитъ весьма слабо, но они могутъ снова получить питательный матеріалъ въ изобиліи, срастааясь съ сосѣдними органами, особенно съ сальникомъ и кишечникомъ.

Если подбрюшныя фибромы значительно увеличиваются въ объемѣ, то онѣ такъ тянутъ матку вверхъ, что шейка чрезвы-

¹⁾ Obst. Worts. I. стр. 716.

²⁾ Frauenkrau S. Aufl. стр. 330.

³⁾ Edinburgh med. J. January 1861.

чайно сильно растягивается и может даже совершенно отдѣлиться отъ тѣла. Подобные случаи сообщаютъ: Rokitansky ¹⁾, Times ²⁾ и Virchow ³⁾. Вслѣдствіе перекручиванія матки при этомъ можетъ образоваться гематометра и гидрометра ⁴⁾. Рѣже фиброма своею тяжестью смѣщаетъ матку настолько внизъ, что образуется выпаденіе послѣдней.

Подбрюшинныя фибромы встрѣчаются обыкновенно въ большомъ количествѣ; одиночныя-же составляютъ исключительное явленіе. О прободеніи фибромы въ сосѣдніе органы или наружу, мы будемъ говорить ниже.

б) Подслизистая фиброма.

Растущая въ полость матки подслизистая фиброма, также не всегда происходитъ изъ ткани матки, лежащей непосредственно подъ слизистой оболочкой, но часто изъ болѣе глубокихъ слоевъ и растетъ особенно въ сторону слизистой оболочки, вытягивая ее предъ собою. Изъ нея образуются различныя опухоли.

Фиброма можетъ долго оставаться подслизистой, причемъ сегментъ ея, растущій въ полость, постепенно увеличивается, но она сидитъ при этомъ на широкомъ основаніи, которымъ сообщается съ существомъ матки, или по исчезаніи ножки представляется просто заложенною въ него.

Но фиброма можетъ выдаваться на внутренней поверхности матки и въ видѣ полипа, сидящаго на болѣе или менѣе тонкой ножкѣ. Эти фиброзные полипы точно также имѣютъ различное отношеніе къ маткѣ. Большею частью ножка состоитъ изъ маточной ткани, такъ что ткань полипа прямо переходитъ въ стѣнку матки. Въ этомъ случаѣ въ ножкѣ большею частью проходятъ большіе сосуды. Но мышечная ткань ножки можетъ атрофироваться и тогда она состоитъ только изъ слизистой оболочки и подслизистой клетчатки.

Фиброзный полипъ, который мы впрочемъ по причинѣ его практической важности рассмотримъ въ отдѣльной главѣ, бываетъ какъ всѣ полипы сперва круглымъ, но вскорѣ становится грушевиднымъ

¹⁾ Handb. d. path. Anat. Wien 1842. B. III. стр. 546.

²⁾ London Obst. Transact II. стр. 34.

³⁾ l. c. стр. 161.

⁴⁾ Virchow. l. c. стр. 161 и Küster Berl. Beitr. Zur. Geburtsh und. I. стр. 7.

или по крайней мѣрѣ продолговато-овальнымъ. Будучи перетянуть зѣвомъ матки, онъ можетъ получить форму песочныхъ часовъ.

Эти полипы имѣютъ большею частью одинъ центръ, а дольчатое строеніе представляютъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Они бываютъ почти всегда одиночными, или же встрѣчаются вмѣстѣ съ подбрюшинными и интерстиціальными; послѣдніе могутъ сплющивать ихъ. Они мягче остальныхъ фибромъ и имѣютъ болѣе усиленный обмѣнъ веществъ. Отложенія извести въ нихъ не бываетъ.

с) *Интерстиціальная, интрапаріетальная или межзачаточная фиброма.*

Фиброму называютъ интерстиціальною, когда она входитъ въ существо самой стѣнки и слѣдовательно не совсѣмъ выпячивается изъ нея. При этомъ она можетъ выдаваться наружу, или внутрь,



Фиг. 89.

JF интерстиціальная, *SF* подбрюшинная фиброма.



Фиг. 90.

Интерстиціальная фиброма; шейка матки искусственно расширена съ діагностическою цѣлью.

или въ обѣ стороны. Само собою разумѣется, что между этими тремя видами фибромъ встрѣчаются еще и переходныя формы.

Связь съ паренхимой матки долѣе всего остается именно въ этихъ интерстиціальныхъ фибромахъ. По этому въ ткань ихъ обык-

новенно входятъ большіе сосуды, отъ чего онѣ имѣютъ усиленный обмѣнъ веществъ и большею частью растутъ скорѣе другихъ. Матка при этомъ обыкновенно бываетъ гипертрофирована, но не рѣдко и атрофирована. Въ климактерическомъ возрастѣ, а въ исключительныхъ случаяхъ и раньше, стѣнки ея становятся очень тонки и вялы. Интерстиціальныя фибромы, даже самыя большія, имѣютъ однако одинъ центръ, но очень часто состоятъ изъ многихъ гнѣздъ и тогда становятся дольчатыми и бугристыми.

Чаще всего эти опухоли образуются въ задней стѣнкѣ и въ днѣ. Онѣ могутъ быть очень велики; Walter ¹⁾ видѣлъ одну въ 71 фунтъ, Binz ²⁾ 62-хъ фунтовую. Такія большія опухоли бываютъ обыкновенно одиночными; если же они меньшей величины, то встрѣчаются обыкновенно вмѣстѣ съ другими фибромами того-же или другаго рода. Ихъ можетъ быть чрезвычайно большое количество. Kiwisch ³⁾ и Cruveilhier ⁴⁾ насчитывали ихъ до 40, и Schultze ⁵⁾ видѣлъ въ трупѣ одной 83 лѣтней женщины матку по крайней мѣрѣ съ 50-ю фибромами.

Интерстиціальныя фибромы могутъ шарообразно выпячиваться наружу, но большія обыкновенно выпячиваются и внутрь. Полость матки бываетъ при этомъ удлинена и различнымъ образомъ измѣнена, особенно когда фибромъ бываетъ нѣсколько и выходятъ онѣ изъ разныхъ сторонъ. Въ такомъ случаѣ могутъ происходить самыя разнообразныя измѣненія въ формѣ матки вслѣдствіе выпячиванія опухоли наружу, особенно въ *lig. latum*; и отъ неравномѣрной гипертрофіи отдѣльныхъ частей матки. Полость матки, искривленная нѣсколько разъ, бываетъ чрезвычайно трудно опредѣляема. Даже трубы, которыя могутъ быть такъ смѣщены, что обѣ лежатъ съ одной стороны, или правая отклоняется влѣво и наоборотъ, съ трудомъ могутъ быть опредѣлены. Сами фибромы вслѣдствіе взаимнаго давленія, принимаютъ разнообразныя формы, то въ видѣ полушарій, то въ видѣ отрѣзковъ шара.

Своими размѣрами онѣ такъ сильно растягиваютъ брюшинныя покровы, что животъ увеличивается какъ у беременной женщины и даже болѣе. Можетъ образоваться громадный отвислый животъ или

¹⁾ l. c. стр. 10.

²⁾ Deutsche Klin. 1857. № 30.

³⁾ Klin. Vortr. etc. 4. Auf. B. I. стр. 449.

⁴⁾ Traité d'Anatom. pathol. T. III. стр. 656.

⁵⁾ Jena'sche Zeitschr. für. Med u Naturw. 1870. B. V. стр. 350.

большія грыжевыя выпячиванія брюшныхъ покрововъ, въ которыхъ помѣщаются опухоли. Эти мѣшки могутъ омертвѣть вслѣдствіе давленія и тогда опухоли становятся видимыми.

Относительно этого рѣдкаго осложненія большихъ интерстиціальныхъ или подслизистыхъ фибромъ, до сихъ поръ весьма мало извѣстно. Düll описалъ въ своей неналечтанной диссертациі (Zur Lehre von den Uterus-fibroiden Erlang. 1872) два препарата, находящіеся въ Эрлангенскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ и сравнилъ ихъ съ другими описанными въ литературѣ. Одинъ изъ этихъ препаратовъ, о которомъ нѣтъ никакихъ замѣтокъ, составляетъ конгломератъ, изъ тридцати большихъ и меньшихъ интерстиціальныхъ и подбрюшинныхъ фибромъ, изъ которыхъ самая большая, выходя на ножкѣ съ правой стороны матки, проходила черезъ грыжевое отверстіе въ 40 ст. окружности, попала въ большую грыжу бѣлой липи и здѣсь въ грыжевомъ мѣшкѣ достигла 60 — 80 ст. въ окружности. Нѣсколько меньшая опухоль лежала вѣво и внизъ, въ меньшемъ грыжевомъ мѣшкѣ и была слабо срослена съ грыжевымъ отверстіемъ, между тѣмъ какъ большая опухоль совершенно срослена со своимъ кольцомъ. Въ это послѣднее вдавались еще другія подбрюшинныя опухоли. Большая фиброма представлялась сильно отечною и съ образованіемъ ложныхъ кистъ.

Подобную же картину представляетъ второй препаратъ; но здѣсь кожа, одѣвающая грыжевой мѣшокъ, омертвѣла. Онъ найденъ, по сообщенію доктора Degen'a въ Фуртѣ, у шестидесяти-лѣтней женщины, у которой первое начало опухоли было опредѣлено за двадцать лѣтъ. До этого же времени она была здорова, менструировала правильно, но никогда не рожала. Опухоль росла медленно. Въ 1852 г. у ней показалась маленькая пупочная грыжа, которая не смотря на употребленіе бандажей продолжала расти, причѣмъ опухоль по мѣрѣ своего роста, вытѣсняла изъ брюшной полости внутренности. Вслѣдствіе этого, больная часто страдала рвотою и расстройствомъ пищеваренія. Мѣсячное очищеніе было правильно и обильно. Лѣтомъ 1865 г. кожа, покрывающая пупочную грыжу, тонкая какъ бумага, въ нижнихъ частяхъ начала омертвѣвать, такъ что подъ конецъ большая часть опухоли, которая съ теченіемъ времени также приросла къ грыжевому мѣшку, сдѣлалась видимою. Больная умерла отъ истощенія. Вскрытіе не показало ничего особеннаго, кромѣ выше сказаннаго. Препарат представляетъ конгломератъ, состоящій изъ двѣнадцати опухолей величиною отъ лѣснаго орѣха до булака, которыя такъ окружаютъ матку со всѣхъ сторонъ, что свободною остается только маленькая часть задней ея стѣнки. Самая большая изъ опухолей интерстиціальная, другія же скорѣе подбрюшинныя. Матка образуетъ такой поворотъ по своей оси, что большая фиброма, выходящая сзади и справа попала въ грыжу и подъ конецъ стала видимою.

Подобный случай описывает Neuschler ¹⁾. Препаратъ представляетъ плотную твердую фиброму, вѣсомъ 35 килл., величиною въ 4 головы взрослога человѣка, достигшей такой величины въ 10 лѣтъ, при чемъ животъ обвисъ ниже колѣнъ. Въ 1865 г. на нижнемъ концѣ обвисшаго живота образовалась гангренозная язва, которая быстро привела къ смерти.

Случаи Loig'a и Dumesuil'a, цитируемые ниже, представляютъ нѣсколько другой характеръ, такъ какъ прободеніе брюшныхъ стѣнокъ не было вызвано омертвѣніемъ вслѣдствіе давленія тяжести опухоли, но воспалившаяся и омертвѣвшая опухоль вскрылась наружу.

Фиброма шейки.

Фибромы шейки, встрѣчающіяся гораздо рѣже фибромъ тѣла, появляются также въ трехъ формахъ.

Подслизистая форма почти обыкновенно представляетъ видъ полипа, который легко проникаетъ во влагалище, даже если первоначально образовался выше въ каналѣ шейки. Въ этомъ случаѣ своею тяжестью онъ можетъ такъ оттянуть слизистую оболочку, что кажется выросшимъ изъ свободнаго края губы. Если полипъ достигаетъ значительной величины, то можетъ образоваться выпаденіе его, которое въ свою очередь можетъ вызвать выпаденіе матки ²⁾.

Интерстиціальныя фибромы шейки могутъ достигнуть очень значительной величины. Они обусловливаютъ равномерное опуханіе одной губы, такъ что слизистая оболочка другой губы прилегаетъ къ ней въ видѣ полулунной складки. Эти фибромы могутъ быть такъ велики, что тѣло матки будетъ представляться въ видѣ маленькаго сдвинутаго въ сторону придатка: — Wenzel ³⁾, Fürth ⁴⁾, Boivin et Dugès ⁵⁾ Murray ⁶⁾ и Virchow ⁷⁾ описали подобныя большія опухоли. Мы изобразили на рисункахъ 91 и 92 два препарата находящихся въ Эрлангенскомъ анат. патол. собраніи, одинъ въ половинную, другой въ настоящую величину.

¹⁾ Würtemb. Corresp. Bl. 36, 2. 1866. Schmidt's Jahrb. B. 133 стр. 310.

²⁾ Chiari, Klin. d. Geb. и Gyn. Erlangen 1852. стр. 401. Barnes. London. Obst. Tr. III, стр. 211. Freund, Breslauer. Klin. B. 3. 11, 1865 стр. 165 и Müller, Scanz Beitr. B. VI. стр. 70.

³⁾ l. c. T. VII и VIII.

⁴⁾ D. i. Bonn 1854 T. I и 2 у одной рожевицы.

⁵⁾ Atlas, Pl. 21.

⁶⁾ London, Obst. Tr. VI стр. 184.

⁷⁾ l. c. стр. 219.

Самыя рѣдкія изъ фибромъ шейки тѣ, которыя растутъ наружу. Настоящими подбрюшинными полипами онѣ становятся только тогда, когда вырастаютъ изъ задней поверхности верхней части шейки. Болѣе книзу, а также съ боковъ и спереди онѣ вростають въ ле-



Фиг. 91.

Фиброма шейки въ настоящую величину.



Фиг. 92.

Фиброма шейки уменьшенная вдвое.

жащую вокругъ влагалища клѣтчатку и въ видѣ бугристыхъ опухолей выпячивають предъ собою слизистую оболочку.

Припадки и теченіе.

Значеніе фибромъ, смотря по мѣсту ихъ прикрѣпленія, бываетъ такъ различно, что мы должны рассмотреть въ отдѣльности каждую изъ нихъ.

Подбрюшинныя фибромы, едва ли имѣють иное вліяніе на состояніе матки, чѣмъ другія опухоли, выходящія изъ области малаго таза. Поэтому очень маленькія подбрюшинныя фибромы, не вызываютъ ни какихъ послѣдствій за исключеніемъ могущихъ быть смѣщеній вялой матки. Большія же фибромы производять тоже, что и другія опухоли таза. Онѣ оттѣсняютъ матку въ противоположную сторону и внизъ; если же онѣ очень велики, то могутъ оттягивать ее вверхъ. Въ такомъ случаѣ является чувство тяжести, напирания внизъ и боль въ крестцѣ. Вслѣдствіе давленія на мочевой пузырь и растяженія послѣдняго, весьма обыкновенно появляется частый позывъ къ мочеиспусканію; вслѣдствіе же прижатія шейки моче-

вого пузыря, или мочеиспускательнаго канала, может наступить и задержаніе мочи. Твердыя испражненія также могут задерживаться, особенно, если опухоль неподвижно лежитъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Далѣе, послѣдствія давленія выражаются со стороны нервовъ болью, а иногда и параличемъ нижнихъ конечностей, а со стороны вѣнъ отекомъ. Частію по этой причинѣ, частію же отъ раздраженія опухолью брюшины, можетъ образоваться брюшная водянка.

Это затрудненіе обыкновенно вызываетъ мѣстные перитониты, имѣющіе послѣдствіемъ сращенія опухоли съ сосѣдними органами. Смотря по мѣсту сращенія опухоли, можетъ наступить облегченіе, или, если опухоль задержана въ Дугласовомъ пространствѣ, ухудшеніе въ состояніи больной. Такъ если опухоль, задержанная въ Дугласовомъ пространствѣ, увеличивается въ объемѣ, то могутъ появиться припадки полной инкарцерациі.

Въ видѣ осложненія, часто появляется хроническій метритъ, вызванный давленіемъ опухоли и еще болѣе усложняетъ припадки.

Безплодіе является частію послѣдствіемъ механическаго давленія опухоли и суженія полости матки, частію же вслѣдствіе облитерациі фаллопиевыхъ трубъ послѣ частыхъ воспаленій брюшины.

Припадки обыкновенно усиливаются во время мѣсячныхъ очищеній, вслѣдствіе набуханія въ это время каеъ матки таеъ и опухоли. Hardie ¹⁾ обращаетъ вниманіе на то, что во время мѣсячныхъ очищеній иногда наступаетъ внезапное задержаніе мочи.

Подбрюшинныя фибромы обыкновенно такъ отдѣляются отъ своего основанія, что непосредственной связи между паренхимой ихъ и существомъ матки, болѣе не существуетъ. Ростъ ихъ тогда вполнѣ или отчасти прекращается и онѣ легко подвергаются обратному метаморфозу.

Съ ними имѣютъ нѣкоторое сходство фиброзно-мѣшчатая опухоли, но этѣ послѣднія своими припадками, болѣе походятъ на кисты яичниковъ, такъ какъ онѣ растутъ быстро и безостановочно и содержать нѣкоторое количество жидкости.

Подслизистыя фибромы, вслѣдствіе растяженія самой матки, вызываютъ припадки счень рано. Вслѣдствіе растяженія выпяченной покрывающей опухоль слизистой оболочки, появляются бѣли и кровотечения; послѣднія происходятъ только изъ самой слизистой и

¹⁾ Edinburh. med. J. Jan. 1874. стр. 581.

поэтому могут быть и въ томъ случаѣ, когда опухоль очень бѣдна сосудами. Кровотеченія происходятъ изъ большихъ тонкостѣнныхъ венъ, расположенныхъ въ растянутой механически слизистой оболочкѣ. Они наступаютъ отчасти въ видѣ меноррагій, отчасти же не зависимо отъ мѣсячныхъ очищеній и могутъ быть чрезвычайно обильны, такъ что причиняютъ крайнюю степень малокровія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченіе происходитъ почти безостановочно. Въ свободные отъ кровотеченій промежутки, появляется серьезное истеченіе, вызванное раздраженіемъ растянутой слизистой оболочки.

Причины кровотеченія точнѣе разсматриваетъ Duncan ¹⁾. Онъ справедливо обращаетъ вниманіе на то, что опухоль сама по себѣ уже есть раздраженіе вызывающее усиленный приливъ крови и въ тоже время, какъ и всякая другая опухоль, своимъ давленіемъ причиняетъ застой крови. Кроме того, менструирующая, слѣдовательно кровотокающая поверхность, увеличивается отъ растяженія полости матки, и вызываемая опухолью сокращенія, растягивая слизистую оболочку, имѣютъ также своимъ послѣдствіемъ кровотеченія. Частичное переполненіе кровью вслѣдствіе застоя наступаетъ тогда, когда часть фибромы попадаетъ въ отверстіе внутренняго или наружнаго зѣва, такъ какъ этотъ отрѣзокъ не подвергается уже тому равномерному давленію маточныхъ стѣнокъ, которое испытываетъ остальная опухоль.

Однако несмотря на весьма серьезное значеніе упомянутыхъ причинъ, все-таки самымъ существеннымъ остается сильное растяженіе слизистой оболочки, вслѣдствіе чего, вены расширяются, становятся тонкостѣнны и удоборазрываемы.

Подслизистыя фибромы очень легко могутъ обусловить дисменорею, которая при этомъ къ счастью рѣдко достигаетъ высокой степени. Она происходитъ вслѣдствіе задержанія выдѣленной мѣсячной крови, въ полости матки суженной опухолью.

По той же причинѣ обыкновенно бываетъ безплодіе; беременность наступаетъ чрезвычайно рѣдко.

Достигнувъ значительнаго объема, подслизистыя фибромы сопровождаются тѣми же послѣдствіями и явленіями, какъ и подбрюшинныя, хотя здѣсь тазовую опухолью является сама увеличенная матка что впрочемъ не составляетъ видимой разницы.

Видъ матки значительно измѣняется. Она становится почти совсемъ круглой, такъ какъ полость ея растягивается довольно рав-

¹⁾ Ebda. Jan. и Febr. 1867. стр. 630.

номѣрно, а стѣнки гипертрофируются. Подслизистыя фибромы большею частью уже рано обуславливаютъ изглаживаніе шейки, такъ что при закрытомъ еще наружномъ зѣвѣ тѣло и шейка составляютъ уже одну полость (см. фиг. 88).

Въ климактерическомъ возрастѣ страданія становятся менѣ значительны и могутъ совсѣмъ исчезнуть, но регулы часто продолжаются далеко за 50 лѣтъ.

Интерстиціальныя фибромы по вліянію подходятъ то къ подбрюшиннымъ, то къ подслизистымъ. Самыя маленькія, если сидятъ на передней стѣнкѣ, обуславливаютъ искривленіе впередъ и наоборотъ; если же онѣ становятся больше, то фиброма сидящая, напримѣръ, на передней стѣнкѣ производитъ искривленіе матки взадъ. Чѣмъ болѣе выпячиваются фибромы въ полость матки, тѣмъ скорѣе появляются бленнорея и кровотеченіе, которыя быстро усиливаются если нѣсколько, развивающихся съ разныхъ сторонъ опухолей, обуславливаютъ сильное удлиненіе и искривленіе полости матки. При подобныхъ обстоятельствахъ могутъ наступить самыя бурныя явленія дисменорреи. Частію по этому, частію же вслѣдствіе смѣщенія, суженія или закупорки фаллопиевыхъ трубъ. Этѣ опухоли препятствуютъ встрѣчѣ яйца съ стѣменемъ, вслѣдствіе чего обыкновенно бываетъ безплодіе.

Эти опухоли растутъ скорѣе всѣхъ другихъ фибромъ и могутъ достигнуть болоссальной величины. Тогда вслѣдствіе объема и тяжести, онѣ дѣйствуютъ выше описаннымъ образомъ.

Матка можетъ быть увеличена въ объемѣ довольно равномерно, если опухоль выдается болѣе въ полость ея. Обыкновенно же фибромы вырастаютъ наружу, и могутъ придать маткѣ, особенно если ихъ много, очень оригинальную форму, а полости ея самыя разнообразныя искривленія.

Фибромы шейки рѣдко сопровождаются сильными кровотеченіями, а обыкновенно—катарромъ слизистой оболочки шейки. По большей части появляется дисменоррея и безплодіе потому что фибромы закрываютъ каналъ шейки.

Исходъ фибромъ въ большинствѣ случаевъ—остановка въ ростѣ. Нерѣдко особенно при подбрюшинныхъ фибромахъ, это наступаетъ очень рано. Такія маленькія величиною съ лѣной орѣхъ подбрюшинныя фибромы нерѣдко встрѣчаются неожиданно при вскрытіяхъ и при гинекологическомъ изслѣдованіи, предпринимаемъ по другимъ причинамъ, а также при изслѣдованіи беременныхъ.

Обыкновенный исходъ фибромъ даже если онѣ продолжаютъ расти и обуславливають значительныя страданія, состоитъ въ томъ, что ростъ становится очень медленнымъ и наконецъ останавливается при наступленіи климатическаго возраста, при чемъ можетъ наступить обратное развитіе. Неудержимый ростъ опухоли, который могъ бы угрожать опасностью жизни, какъ это бываетъ при кистахъ яичниковъ, за исключеніемъ кисто-фибромъ, бываетъ сравнительно рѣдко.

Обратное развитіе и даже полное исчезаніе фибромъ, не подлежатъ сомнѣнію. Конечно, мы считаемъ съ практической точки зрѣнія за полное исчезаніе всѣхъ тѣхъ случаи, когда при внимательномъ двойномъ изслѣдованіи нельзя открыть и слѣда опухоли, хотя бы анатомическое изслѣдованіе и могло доказать присутствіе небольшого количества рубцовой соединительной ткани. Литература представляетъ цѣлый рядъ случаевъ такого полнаго, или по крайней мѣрѣ почти полнаго исчезанія фибромъ; діагнозъ нѣкоторыхъ изъ нихъ можетъ казаться сомнительнымъ; но въ большинствѣ случаевъ точность наблюденій повидимому вполне достоверна.

О подобныхъ случаяхъ сообщаютъ: M'Clintock (Clin. Mem. on diseases of women. Dublin 1863. стр. 141). J. Clarke (Transact. of a soc. f. the impr. of. m. a. s. Knowl. 1812. Vol. III), Rigby, Ashwell (Lancet Febr. 1854; четыре случая); M. Duncan (Edinburgh med. J. January 1867), Playfair (London Obst. Tr. Vol. X стр. 102), Brunton (с. 1. Vol. XIII. стр. 282), Kidd (Dublin J. of med. sc. Vol. 54. 1872. стр. 133), Simpson (Diseases of women. Edinburgh 1872, стр. 693), Goodell (Philadelphia med. Times, June 1. 1872 стр. 323; два случая); Gueniot (Bull. de thérap. 1872), Depaul (два случая). Herpin, Béhier (с. 1.), Cazeaux (Bull. de la soc. de chir. 1857, стр. 94), Courty (Traiteprat. des mal. de l'utérus 2 ed. стр. 953), Velpeau (Schmidt's Jahrb. B. 151, стр. 296), Pean (Gaz. des. hôp. Nov. u. Dec. 1871), Hildebrandt. (Berl. Klin. W. 1872. № 25), Routh (I. с. 2 случая), G. Braun (Wiener med. W. 1868. № 100 и 101; исчезаніе очень большой фибромы съ образованіемъ гноя). Boinet (Gaz. hebdom. 1873. № 18), тоже въ трехъ случаяхъ увѣренъ въ правильности распознаванія. Sedgwick (St. Thomas Hosp. Reports. 1870. Case 1), Scanzoni Lehrb. d. weibl. Sex. 4. Aufl. B. 1. стр. 252), Gassmann (Würtemb. med. Corresp.—Blatt 1868. № 19), Kidd (Dublin J. of med. sc. Vol. 54. 1872. стр. 144) видѣли исчезаніе фибромъ въ послѣродовомъ періодѣ. Мы сами въ одномъ случаѣ при наступившихъ родахъ на 7-мъ мѣсяцѣ и сильномъ кровотеченіи у рожавшей въ пятый разъ, оцупали самымъ положительнымъ образомъ двѣ довольно большія интерстиціальныя фибромы (отпечатокъ одной изъ нихъ можно было ясно различить на дѣтскомъ мѣстѣ, которое отдѣлилось вслѣдствіе присутствія опухоли). Черезъ шесть недѣль мы

не могли болѣе найти и слѣда ихъ. Madge (London Obst. Tr. XIV. стр. 227) видѣлъ по крайней мѣрѣ въ восьми случаяхъ исчезаніе или уменьшеніе фибромъ, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ послѣ родовъ.

Вотъ 36 случаевъ, гдѣ исчезаніе фибромъ было констатировано довольно вѣрно. Если мы спросимъ, при какихъ обстоятельствахъ и подъ вліяніемъ какихъ дѣятелей наступило здѣсь всасываніе, то получимъ мало удовлетворительныхъ объясненій. Такъ какъ вообще фибромы представляютъ строеніе нормальной паренхимы матки, а эта послѣдняя подлежитъ почти полному физиологическому всасыванію во время послѣродоваго періода, то слѣдовало бы принять а priori, что фибромы легче всего всасываются въ послѣродовомъ періодѣ. Однако это неполнѣе подтверждается, такъ какъ между приведенными выше 36 случаями находятся только 6 гиперперальныхъ. Еще большее вліяніе повидимому должно оказывать превращеніе мѣсячныхъ очищеній, но между приведенными случаями не малое количество относится къ болѣе молодому возрасту. Вліяніе леченія наименѣе вѣроятно. Однако, въ очень многихъ изъ этихъ случаевъ было предпринято кое какое леченіе, такъ какъ этѣ больныя, въ то время были пользованы врачами. Но имѣло ли предпринятое леченіе какое нибудь вліяніе въ большинствѣ случаевъ весьма сомнительно.

Тѣмъ не менѣе вышеозначенныя данныя положительно доказываютъ, что фибромы, даже очень большія могутъ совершенно исчезнуть, легче всего при наступленіи климактерическаго возраста, хотя исходъ этотъ, сравнительно съ частотою появленія фибромъ очень рѣдокъ и хотя мы не имѣемъ никакихъ вѣрныхъ средствъ для ихъ излеченія.

Полное исцѣленіе (объ относительномъ чрезъ ооаментаініе опухоли мы уже говорили) можетъ наступить еще другимъ путемъ, а именно изверженіемъ опухоли.

Этотъ процессъ изверженія происходитъ вслѣдствіе энуклеаціи, когда опухоль въ известной степени вылуцается изъ своего гнѣзда вмѣстѣ съ покрывающей ее слизистой оболочкой; или же оболочка опухоли воспаляется, нагнаивается и фиброма, лишенная питанія и омертвѣвшая, отваливается.

Процессъ произвольнаго вылуциванія разумѣется менѣе опасенъ чѣмъ послѣдній. Чаше всего это бываетъ при подслизистыхъ, а иногда и при интерстиціальнхъ фибромахъ. Слизистая оболочка

на сегментъ опухоли, выдающемся изъ маточнаго зѣва, разрывается, или разрушается вслѣдствіе тренія или омертвѣваетъ, и вслѣдствіе образованія отверстія, она стягивается вокругъ опухоли, обнажая постепенно большую и большую часть ея поверхности. Сокращенія матки окончательно выталкиваютъ фиброму въ рукавъ и затѣмъ наружу.

Но чаще процессъ этотъ сопровождается большими опасностями, когда все ложе опухоли нагнаивается и лишенная своего питанія фиброма омертвѣваетъ. И этимъ путемъ можетъ послѣдовать изверженіе и полное выздоровленіе; въ другихъ случаяхъ дѣло обанчивается смертью, вслѣдствіе воспаленія брюшины, или піеміи.

Случаи изверженія неизмѣненныхъ или распавшихся фибромъ цѣликомъ или по частямъ видѣли: Pinault (Bull. de la soc. anat. 1828), Marchal de Calvi (Annales de la chir. franc. et étr. 1843. II. стр. 385), Barth (Bull. de la soc. anatom. 1850, стр. 82), Willaume (Archive gén. XXIV, стр. 249). Bernuts (Gaz. hebdom. 1866. стр. 763). Depaul (Soc. de chir. 27 Mai 1868), M'Clintock (l. c. Case I, II, III, IV, VI, VII), Baker Brown (London Obst. Tr. Vol. I. стр. 330), Sedgwick (St. Thomas Hosp. Rep. 1870. Case II), Hardie (Med. Times July b. 1872). Whiteford (Glasgow med. J. May 1872), Ziemssen (Virchow's Archiv. 1859. B. 17. стр. 340), Lumpe (Zeitcher d. Ges. d. Wiener Aerzte 1860. № 29; нагноеніе по отхожденіи известковыхъ массъ), Chiari (Klin. d. Geb. u. Gyn. стр. 402 и 403), Freund (Bresl. klin. Beitr. H. 3. стр. 143 и 147), Küchenmeister (Oesterr Z. f. pr. Heilk. 1869. № 31), Roloff (D. i. Greifswald 1873), Saxinger (l. c. стр. 111). Kristeller (Berl. Klin. Woch. 1872. № 35), Schneider (Corresp. Bl. Schweiz. Aerzte. 1872. № 16), Fredet (Annales des la soc. de med. d. St. Etienne. 1865. стр. 205); опухоль, принятая бабкою за головку младенца, а врачомъ за ягодицы, была извлечена изъ рукава щипцами.

Въ исключительныхъ случаяхъ фиброма можетъ проникнуть въ другіе органы, обуславливая давленіемъ разрывъ и омертвѣніе ихъ стѣнокъ; прободеніе довольно часто происходитъ какъ полагаетъ Larcher ¹⁾, вслѣдствіе сокращеній матки.

Прободеніе можетъ произойти въ брюшную полость съ смертельнымъ исходомъ, какъ доказываютъ слѣдующіе случаи: Viardin-Fourcade-Cruveilhier (Bull. de la soc. anat. de Paris, 1834. T. IX. стр. 43), Maslieurat-Lagémart (e. l. 1836), Balard (Provin. med. a Surg. J. Juni 1849), R. Lee (Medico-chir. Tr. London 1855. IX. стр. 94), Maisonneuve (Mém. de la soc. de chir. 1851 стр. 267),

¹⁾ Arch. Gener. 1867. 2. стр. 545 и 697.

Huguier (с. 1. 1857. VIII. стр. 92), Jarjavay (с. Guyon, Des tum. fibr. de l'uterus. Paris 1860 стр. 65). Larcher (l. с. стр. 548). Hecker (Klin. d. Geb. II. стр. 133). Demarquay (Soc. d. chir. de Paris, 22. Juni 1859; прободеніе передней и задней стѣнки матки. Спереди спайка и перфорация въ мочевоѣй пузырь, сзади прободеніе въ Дугласово пространство со смертельнымъ воспаленіемъ брюшины).

Къ случаю Demarquay съ прободеніемъ въ мочевоѣй пузырь подходят Lisfranc'a (S. Lee. l. с. стр. 67) и Flemming'a (M'Clin-tock l. с. стр. 27). „Оваменѣлая фиброма, выходящая изъ передней стѣнки матки, черезъ изъязвленія проникла въ мочевоѣй пузырь и вызвала самыя непріятныя припадки мочевоыхъ камней“.

Воспаленная опухоль можетъ также пронизуѣть чрезъ переднюю брюшную стѣнку. Такъ Loir (Mém. de la soc. de chir. de Paris. 1851. T. II) видѣлъ выходъ омертвѣвшаго полипа путемъ нагноенія сквозъ переднюю стѣнку матки и бѣлую линію наружу. Dumesnil (Gaz. des. hôp. 1869. № 6) наблюдалъ оригинальный случай, выхода опухоли наружу сквозъ переднюю брюшную стѣнку. Затѣмъ опухоль отпала произвольно, рана зажила и больная выздоровѣла, причемъ подъ рубцомъ осталась опухоль величиною въ кулакъ.

Распознаваніе.

Подбрюшинныя фибромы легко распознаются при точномъ двойномъ изслѣдованіи, такъ какъ при этомъ ощупывается самая опухоль, сидящая на маткѣ на довольно широкой или узкой ножкѣ.

Смѣшать опухоль маленькую съ лѣсной орѣхъ, если она хорошо ощупывается, съ другими образованіями трудно.

Если фиброма имѣетъ приблизительно величину нормальной матки и выходитъ широкимъ основаніемъ изъ области внутренняго маточнаго зѣва, лежитъ спереди или сзади матки, то можетъ быть принята, при простомъ изслѣдованіи чрезъ рукавъ, за искривленіе матки взадъ или впередъ. При точномъ же двойномъ изслѣдованіи можно ощупать матку на ея обыкновенномъ мѣстѣ, или слегка смѣщенную. Въ такомъ случаѣ можетъ возникнуть вопросъ — которая изъ этихъ двухъ опухолей есть матка? Обыкновенно это можно догадать нѣсколько особенной формой фибромы; плотность также бываетъ почти всегда различна: фиброма тверже, матка мягче. Если все еще остается сомнѣніе, то оно легко разрѣшается зондомъ.

Если фиброма еще больше, то можетъ быть смѣшана съ цѣлымъ рядомъ другихъ страданій. Особенно легко это бываетъ въ томъ

случаѣ, когда опухоль плотно приращена повторными воспаленіями брюшины въ Дугласовомъ пространствѣ. Тогда она можетъ представить большое сходство съ внутри-брюшиннымъ выпотомъ и съ замочною кровяною опухолью. Впрочемъ послѣднія имѣютъ неправильную форму, не такъ круглы и плотно прилегаютъ къ стѣнкѣ таза. Во всякомъ случаѣ окруженная эксудатомъ фиброма, можетъ имѣть подобное же очертаніе, такъ что отличить ее отъ стараго оплотнѣвшаго выпота невозможно. Свѣжіе выпоты, и haematocele мягче или по крайней мѣрѣ эластичнѣе, кромѣ того анамнезъ и теченіе представляютъ характеристическія особенности.

Опухоль яичника можетъ совершенно подобно фибромѣ быть плотно сращенною въ Дугласовомъ пространствѣ. Такъ какъ это киста, то консистенція ея нѣсколько мягче, хотя эта мягкость можетъ быть маскирована эксудатомъ, а въ исключительныхъ случаяхъ и фиброма можетъ быть чрезвычайно мягка на ощупь. Если представляется настоящая потребность сдѣлать отличительное распознаваніе, то можно достигнуть цѣли помощью пробнаго прокола тонкимъ трузакаромъ или лучше аольспираторомъ.

Опухоль яичниковъ и фибромы могутъ быть смѣшаны не только при подобныхъ обстоятельствахъ, но и при очень большой величинѣ. Вообще опухоли яичниковъ не такъ тѣсно соединены съ маткой, хотя могутъ быть крѣпко прираены къ ней въ исключительныхъ случаяхъ посредствомъ воспалительныхъ сращеній. Далѣе хотя кисты яичниковъ характеризуются эластичностью, флукуаціею, но въ видѣ исключенія, можетъ случиться твердая опухоль яичника, а съ другой стороны фиброма можетъ сдѣлаться мягкой вслѣдствіе отека, жироваго распаденія и особенно вслѣдствіе образованія кистъ. Поэтому распознаваніе бываетъ невозможно между твердою, соединенною съ маткой опухолью яичника и тонкостебельчатою подбрюшинною фибромой; даже на трупѣ можетъ представиться затрудненіе касательно опредѣленія исходной точки опухоли. При распознаваніи кистъ яичника, мы еще возвратимся къ этому предмету.

Если интерстиціальныя фибромы очень малы, то распознаваніе ихъ можетъ представить затрудненія. Ихъ можно узнать помощью ручнаго изслѣдованія по увеличенію объема матки и по утолщенію только одной стѣнки матки, причемъ другая представляется истонченною и вялою, что узнается лучше посредствомъ зонда. Такая разница въ толщинѣ стѣножь матки бываетъ исключительно при

фибромахъ. Иногда такая разница въ твердости фибромы, сравнительно съ вялой маточной стѣнкою, такъ рѣзко выражена, что можно дѣлать распознаваніе даже при самыхъ маленькихъ интерстиціаль-ныхъ фибромахъ.

Фибромы бѣльшаго объема, обыкновенно сопровождаются неправильностями формы матки. Если можно убѣдиться при-этомъ, что опухоль составляетъ сама увеличенная матка, то такую твердую опухоль неправильнаго очертанія трудно принять за что-либо другое. Но если интерстиціальная фиброма очень велика, особенно если шейка обращена взадъ и вверхъ, то бываетъ очень трудно рѣшить, увеличена ли сама матка, или она лежитъ позади большой опухоли; въ такомъ случаѣ, если мы имѣемъ дѣло съ фибромой, то зондъ показываетъ значительное удлиненіе и искривленіе полости матки. Матка можетъ, впрочемъ, быть вытянута въ длину и при большихъ кистахъ яичниковъ, съ которыми легче всего можно смѣшать фибромы. Если при всемъ томъ остается сомнѣніе и при обыкновенномъ изслѣдованіи тѣло вытянутой вверхъ и взадъ матки не прощупывается, то нерѣдко изслѣдованіе чрезъ прямую кишку, по способу Симона, рѣшаетъ вопросъ безъ затрудненій.

Отличить такую интерстиціальную фиброму, которая совсѣмъ не измѣняетъ формы матки или измѣняетъ ее такъ незначительно, что не распознается при двойномъ изслѣдованіи, бываетъ иногда очень трудно отъ другихъ страданій, которыя также сопровождаются утолщеніемъ матки. Исключивъ гематометру и гидрометру, къ которымъ мы еще вернемся при распознаваніи подслизистыхъ фибромъ, съ которыми онѣ легко могутъ быть смѣшаны, прежде всего слѣдуетъ обратить вниманіе на хроническій метритъ и беременность. При хроническомъ метритѣ матка плоска и притомъ чувствительна; при фибромахъ кругла и не болѣзненна при давленіи, если только нѣтъ воспалительныхъ осложненій. Изслѣдованіе зондомъ, который съ легкостью входитъ въ полость опухшей матки и съ трудомъ только проникаетъ сбоку при фибромѣ, можетъ доставить драгоценную точку опоры.

Отъ нормальной беременности фиброма отличается безъ особеннаго труда, во-первыхъ по анамнезу, плотности опухоли и измѣненію влагиалищной части, которая при беременности мягка и рыхла, при фибромѣ же представляется твердою. Затрудненіе можетъ быть значительнѣе при беременности мертвымъ плодомъ и при перерожденномъ яйцѣ. Но и здѣсь зондъ проникаетъ лишь съ трудомъ за вну-

греннее маточное рыльце и может идти вверх только сбоку между яйцомъ и маточной стѣнкой, причемъ матка можетъ быть тверда, хотя обыкновенно она мягче, и сплющена спереди назадъ; предварительный распросъ большой обыкновенно тутъ не приводитъ ни къ чему. Въ одномъ подобномъ случаѣ, когда анамнезъ сильно говорилъ въ пользу *retentio ovi*, намъ не оставалось ничего другого, какъ расширить шейку помощью прессованной губки, причемъ палецъ могъ непосредственно прощупать вышедшую изъ лѣвой стѣнки матки фиброму. (см. фиг. 90).

Маточный шумъ не имѣемъ большого значенія при отличительномъ распознаваніи, такъ какъ онъ бываетъ почти всегда при беременности, а при фибромахъ весьма рѣдко (въ видѣ исключенія онъ появляется и при опухляхъ яичниковъ).

Подслизистыя фибромы съ широкимъ основаніемъ относительно распознаванія близко подходятъ къ интерстиціальнымъ, причемъ матка равномерно увеличена въ объемъ, и слѣдовательно могутъ быть смѣшаны съ хроническимъ метритомъ и беременностью. Но они представляютъ ту характеристическую особенность относительно этихъ двухъ послѣднихъ, что при нихъ очень рано сглаживается шейка, такъ что тотчасъ же за наружнымъ зѣвомъ можно прощупать опухоль. Кромѣ того слѣдуетъ обратить вниманіе и на вышеупомянутые отличительные признаки. Легче всего подслизистая фиброма смѣшивается съ зарощеніемъ наружнаго маточнаго рыльца, а слѣдовательно съ гематометрой, такъ какъ и здѣсь каналъ шейки сглаживается; но обыкновенно уже анамнезъ и осторожное зондированіе дѣлаютъ возможнымъ распознаваніе такого состоянія, да кромѣ того упругость и напряженіе маточныхъ стѣнокъ при *Haematometra* обыкновенно такъ значительно, что въ такомъ видѣ встрѣчается развѣ только при злокачественныхъ опухляхъ, а при фибромахъ никогда.

Впрочемъ очень часто при подслизистыхъ фибромахъ шейка бываетъ легко проходима, такъ что можно бываетъ непосредственно опцупать опухоль, или же каналъ отерывается во время мѣсячныхъ очищеній. Последнее обстоятельство очень важно въ діагностическомъ отношеніи и потому во всѣхъ подобныхъ случаяхъ нужно изслѣдовать во время регуль.

Фибромы шейки обыкновенно распознаются легко, такъ какъ растяженіе одной изъ губъ круглою, твердою опухолью довольно характеристично и ошибиться тутъ довольно трудно.

Мы хотимъ сказать лишь нѣсколько словъ по поводу дифференціальной діагностики фибромъ. О большихъ фибромахъ мы говорить не будемъ, такъ какъ тутъ теченіе болѣзни, припадки и данныя, получаемыя посредствомъ двойнаго изслѣдованія, могутъ почти всегда указать, что мы имѣемъ дѣло не съ беременною маткою; а пробный проколъ опухоли тонкимъ троакарномъ, не считая другіе признаки, выведетъ изъ сомнѣнія относительно присутствія кисты. Главнымъ образомъ затруднительно распознаваніе небольшихъ и особенно интерфиціальныхъ фибромъ; смѣшать ихъ легче и чаще всего можно съ началомъ беременности.— И въ томъ и въ другомъ случаѣ матка будетъ увеличена, шейка можетъ быть укорочена, представляться конической, даже и размягченіе ея не можетъ считаться вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ, такъ какъ въ иныхъ случаяхъ и при фибромахъ она бываетъ мягка. Рассчитывать при этомъ на существованіе мертваго плода было бы по малой мѣрѣ неблагоразумно. Анамнезу, понятно, мы не можемъ придавать значенія. Поэтому, вопреки автору, мы полагаемъ, что изслѣдованіе зондомъ въ такихъ случаяхъ есть вещь очень рискованная и по нашему мнѣнію, рѣшительно не можетъ быть допущено.

Да и къ чему приведетъ зондированіе? Если зондъ при беременности случайно не проткнетъ яйца, а пойдетъ бокомъ между его оболочками и стѣнкою матки, то мы никакъ не можемъ сказать, что имѣемъ дѣло съ фибромою, а не съ беременностью и на оборотъ, если бы это случилось при фибромѣ, то мы опять-таки не можемъ быть увѣрены, что здѣсь нѣтъ беременности. Смѣшать эти два состоянія еще легче потому, что отсутствіе регулъ или присутствіе кровотеченій не могутъ считаться патогномическимъ признакомъ того или другаго изъ нихъ. Остается, стало-быть, одно: не устанавливая окончательно діагностики, подождать и понаблюдать за теченіемъ, которое хотя и не очень скоро—мѣсяца черезъ два—но во всякомъ случаѣ безусловно вѣрно выведетъ изъ сомнѣнія. Наконецъ, къ чему спѣшить съ діагностикою, если мы имѣемъ передъ собою только развитіе или доброкачественной опухоли, или беременности: ни та ни другая не требуютъ никакого безотлагательнаго леченія и отнюдь не угрожаютъ жизни опасностью.

Фиброму, особенно интерфиціальную, еще легче смѣшать съ такъ-называемымъ инфарктомъ одной изъ стѣнокъ матки. Если-бы на основаніи какихъ-либо весьма вѣскихъ данныхъ мы могли исключить присутствіе беременности въ данномъ случаѣ, то зондированіе и тутъ не принесетъ положительно никакой пользы. И въ томъ и въ другомъ случаѣ мы убѣдимся въ утолщеніи одной стѣнки матки сравнительно съ

другую, но произошло ли это утолщение путемъ воспалительнымъ или новообразовательнымъ исключительно, мы ни за что не узнаемъ. И тутъ терпѣніе принесетъ несомнѣнную пользу. Мы знаемъ, что инфарктъ не растетъ: онъ можетъ только распространяться по органу и занять слѣдовательно еще другія стѣнки матки; фиброма же будетъ непремѣнно расти и только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ остановится въ ростѣ въ началѣ своего развитія. Мы имѣемъ глубокое убѣжденіе, что развитіе фибромы съ образованіемъ инфаркта смѣшиваются въ практикѣ сплошь и рядомъ. Мало того, самое леченіе впрыскиваніями эрготина — весьма употребительное въ послѣднее время — ровно ничего не можетъ сказать въ пользу діагностики. Мы имѣли случаи, да и другіе гинекологи тоже, гдѣ это леченіе не приносило никакой пользы, хотя въ послѣдствіи оказалась фиброма; съ другой стороны, мы не разъ прибѣгали къ этому леченію тамъ, гдѣ при долговременномъ наблюденіи могли съ положительностью констатировать существованіе инфаркта, какъ слѣдствія хроническаго воспаленія, и леченіе впрыскиваніями эрготина приносило несомнѣнную пользу. Говоря о леченіи фибромъ, мы еще возвратимся къ этому вопросу, а пока ограничимся только заявленіемъ, что, по нашему мнѣнію, для отличія фибромы отъ инфаркта, кромѣ роста опухоли и вообще наблюденія теченія болѣзни въ продолженіе извѣстнаго времени, мы не имѣемъ никакихъ вѣрныхъ критеріевъ.

Въ февральской книжкѣ «Военно-Медицинскаго журнала» 1875 г. въ статьѣ «къ вопросу объ этиологіи фиброзныхъ опухолей матки» др. Андреевъ высказываетъ предположеніе, что фибромы матки развиваются подъ влияніемъ остраго метрита, и подкрѣпляетъ свое предположеніе ссылкой на образованіе этихъ опухолей въ сердцѣ подъ влияніемъ endocardit'a (Вирховъ, Оппольцеръ). Можетъ быть это предположеніе и справедливо, но на основаніи тѣхъ четырехъ случаевъ, которые приведены въ означенной статьѣ, сказать этого нельзя, такъ какъ въ первыхъ двухъ авторъ самъ не наблюдалъ остраго метрита, а догадывается о его существованіи по рассказамъ больной (!?), а въ послѣднихъ двухъ хотя и лично наблюдалъ теченіе метрита, но ни единымъ словомъ не упоминаетъ о теченіи тѣхъ опухолей, quasi фиброзныхъ, которыя онъ нашелъ при изслѣдованіи. Ограниченные параметриты и лимфотромбозъ послѣ остраго метрита такъ симулируетъ твердыя фиброзныя опухоли, что ошибиться можетъ и самый опытный гинекологъ, а потому во всѣхъ подобныхъ случаяхъ распознаваніе можетъ быть прочно устанавлено только на основаніи теченія болѣзни.

Предсказаніе.

Хотя къ счастью фибромы сравнительно рѣдко достигаютъ такой величины, что сами по себѣ представляютъ опасность для жизни, однако это бываетъ; чаще же онѣ ведутъ къ смерти другимъ путемъ, именно вслѣдствіе кровотеченій, нагноенія и распаденія. Такъ какъ, съ другой стороны, радикальное излеченіе удается здѣсь весьма рѣдко, то эти опухоли представляютъ страданіе, если не прямо угрожающее жизни, то во всякомъ случаѣ весьма обременительное, а иногда и изнурительное. Относительное выздоровленіе можетъ наступить совершенно произвольно, именно при остановкѣ въ ростѣ или значительномъ уменьшеніи опухоли вслѣдствіе затвердѣнія и окаменѣнія, а въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ произойти и полное выздоровленіе вслѣдствіе всасыванія или изгнанія опухоли наружу.

Леченіе.

О рациональномъ, профилактическомъ леченіи фибромъ матки не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ намъ совершенно неизвѣстны причины образованія этихъ опухолей.

Если въ маткѣ развилась фиброма, то прежде всего должно задать себѣ вопросъ, слѣдуетъ ли ограничиться леченіемъ важнѣйшихъ припадковъ, или стремиться къ совершенному удаленію опухоли.

Для обсужденія этого вопроса, мы рассмотримъ сперва возможность радикальнаго излеченія вообще и различные способы его.

Хотя съ нѣкоторыхъ сторонъ высказываются противорѣчія, но во всякомъ случаѣ слѣдуетъ считать окончательно вѣрнымъ то, что фиброзныя опухоли могутъ произвольно, а слѣдовательно и при леченіи, совершенно исчезнуть (см. выше); Что же касается до того, что вліяніе леченія здѣсь весьма проблематично, то относительно этого почти всѣ согласны ¹⁾. Болѣе всего были испробованы іодъ, іодистый калий, бромистый калий и въ особенности англичанами хлористый кальцій (они надѣялись произвести этимъ атероматозное перерожденіе сосудовъ) и спорынья. Gueniot ²⁾ рекомендуетъ мышьякъ и фосфоръ съ цѣлью произвести жировое перерожденіе. Хотя въ нѣкоторыхъ изъ приведенныхъ случаевъ вліяніе леченія по справедливости не можетъ быть отвергнуто (прежде всего случаи

¹⁾ См. въ Brit med. J. 1871 p. 536 собраніе цѣлаго ряда взглядовъ наиболѣе извѣстныхъ англійскихъ гинекологовъ.

²⁾ Medical Times. March. 23. 1872.

Hildebrandt'a), и хотя даже можно составить себѣ нѣкоторое рациональное понятие о способѣ дѣйствія этого леченія, но съ другой стороны необходимо замѣтить, что обыкновенно всѣ предлагаемыя средства не приносятъ никакой пользы, и что мы не имѣемъ никакого внутренняго средства, отъ котораго въ каждомъ случаѣ могли бы хотя съ нѣкоторою вѣроятностью ожидать пользы.

Однако опыты Гильдебрандта съ впрыскиваніями эрготина во всякомъ случаѣ заслуживаютъ дальнѣйшей разработки. Hildebrandt вмѣсто лангенбековскаго спиртнаго раствора (extr. sec. corn. aquos. 2, 5, Spir dil., Glycer. ana 7,5) впрыскиваетъ слѣдующій растворъ: extr. sec. corn. aquos. 3, 0 glycerin, Aq. dest. ana 7,5. Онъ говоритъ, что послѣ такихъ впрыскиваній, особенно если ихъ дѣлать довольно глубоко, бываютъ нѣсколько менѣе неприятныя мѣстныя послѣдствія. Впрочемъ можно взять просто водный растворъ ana 5,0 или extr. sec. corn. aquos. 5,0 ad aq. 10,0 и затѣмъ впрыснуть $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{2}$ шприца. Swidersky ¹⁾ рекомендуетъ слѣдующіе четыре раствора:

	1.	2.	3.	4.
Extr. Secal. corn. aqu.	2,5	2,0	2,5	1,0
Spirit. vini rectific	7,5	5,0	2,5	1,5
Glycerini	7,5	10,0	12,5	3,0
Aqu. destill.				4,4

Впрыскиванія эрготина неприятны тѣмъ, что весьма болѣзненны и вызываютъ долго остающіяся затвердѣнія въ кожѣ и даже гнойники. Менѣе неприятныя свойства представляетъ по Wernich'у Extr. sec. corn. нѣмецкой фармакопей, который лучше всего употреблять въ видѣ чистаго 10% раствора. Wernich ²⁾ получилъ чистый и очень дѣйствительный препаратъ, который почти не производитъ боли и скоро всасывается, посредствомъ водной вытяжки порошка шпорины предварительно очищеннаго отъ жировъ и растворимыхъ въ алкогольѣ веществъ, пропуская эту вытяжку чрезъ пергаментную бумагу для удаленія слизистыхъ и другихъ примѣсей. Приготовленіе такого препарата довольно хлопотливо и требуетъ времени, а потому онъ довольно дорогъ.

Относительно радикальнаго излеченія при этихъ впрыскиваніяхъ

¹⁾ Berl. Klin. W. 1870. № 50 и 51.

²⁾ Berl. Klin. W. 1874. № 13 и Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. V. III. N. 1. pag. 71.

до сихъ поръ было сообщено не много утѣшительнаго. Bengelsdorf ¹⁾ видѣлъ сомнительные результаты (лучшіе получались при хроническомъ метритѣ) Keating и Ashhurst ²⁾ получили относительно хорошіе результаты и нѣсколько благоприятныхъ случаевъ было сообщено въ Philadelphia Obst. Soc. ³⁾ и Goodell'емъ въ его рефератѣ on the progress of Obst. and of Gyn. 1873, стр. 24. Пенсильванскому обществу врачей.

Электричество тоже было испробовано съ цѣлью вызвать всасываніе въ фибромѣ.

Во всякомъ случаѣ вѣрнѣе всѣхъ этихъ средствъ цѣль достигается въ нѣкоторыхъ случаяхъ радикальнымъ удаленіемъ фибромы посредствомъ операціи, конечно не безъ большой опасности.

Къ фибромѣ можно подойти съ двухъ сторонъ: со стороны влагалища и шейки и чрезъ брюшные покровы при лапаротоміи. Первымъ путемъ удаляются подслизистыя фибромы, вторымъ подбрюшинныя; пробовали удалять и интерстиціальныя, вылуцивая ихъ изъ капсулы и удаляя чрезъ влагалище, или при посредствѣ лапаротоміи, ампутируя всю матку съ ея новообразованіемъ.

Считаемъ не лишнимъ высказать наше мнѣніе касательно радикальнаго леченія интерстиціальныхъ фибромъ путемъ не оперативнымъ.

Прежде всего мы скажемъ о способѣ Savage'a. Вмѣсто сложнаго іоднаго препарата, предложеннаго Savage'емъ, мы употребляемъ для впрыскиваній въ матку простую настойку іода, даже безъ глицерина, какъ это дѣлаетъ д-ръ Горвицъ. Впрыскиваніе мы дѣлаемъ во время менорегіи безъ предварительнаго расширенія канала шейки, а въ промежутки, по предварительномъ расширеніи канала шейки, прессованною губкою. Обыкновенно меноррагію намъ удавалось оставить однимъ и никакъ не болѣе какъ двумя впрыскиваніями *gr. jodii* по 2—3 драхмы на разъ, причемъ конецъ шприца мы проводили до дна матки и повторяли впрыскиваніе при неудачномъ результатѣ черезъ день. Въ промежуткахъ между регулами мы дѣлали такія впрыскиванія два раза въ недѣлю по сфрупулу и не болѣе драхмы за разъ. Явленій эндометрита мы не видѣли ни разу, хотя производили такія впрыскиванія болѣе чѣмъ у 20

¹⁾ Berl. Klin. W. 1874. № 2.

²⁾ Amer. J. of med. sc. July 1873, стр. 131 и 138.

³⁾ Amer. J. of Obst. VI p. 639.

больныхъ, по нѣскольку разъ у каждой. Мы конечно не считаемъ за явленіе эндометрита истеченіе буроватой слизи и бурой кровяной жидкости, похожей на кофейную гущу, являющейся всякій разъ послѣ впрыскиванія іода въ продолженіе двухъ, трехъ дней. Мы также ни разу не видали исчезанія фибромы или постепеннаго уменьшенія ея объема подъ вліяніемъ этого способа леченія; но совершенно согласны съ д-ромъ Горвицемъ (Клиническія записки по гинекологіи 1871 г. стр. 341), что этотъ способъ составляетъ весьма хорошее пріобрѣтеніе гинекологической терапіи въ особенности при кровотеченіяхъ.

Мы сказали, что не видали постепеннаго и постояннаго уменьшенія опухоли подъ вліяніемъ этихъ впрыскиваній; но почти всегда наблюдали временное увеличеніе объема опухоли и затѣмъ довольно быстрое спаденіе, какъ при этомъ способѣ леченія, такъ и при другихъ, и даже у больныхъ, оставшихся безъ всякаго леченія. Измѣненіе объема опухоли здѣсь зависитъ вѣроятно или отъ отека или отъ застоевъ крови тѣмъ болѣе, что оно въ связи съ появленіемъ регулъ. Мы упоминаемъ объ этомъ потому, что никто, сколько намъ извѣстно, опредѣленно не говорилъ о такихъ временныхъ измѣненіяхъ величины фиброзныхъ опухолей. Мы дѣлали весьма аккуратно измѣреніе циркулемъ у 6 больныхъ, имѣвшихъ довольно значительныя фиброзныя опухоли матки и нашли, что опухоль напримѣръ 2" длиною и 1¹/₂" шириною можетъ увеличиться временно до 3¹/₂" и 2¹/₂" и затѣмъ спасться до 1¹/₂"—1". Мы дѣлали такія же измѣренія и при саркомахъ матки: тутъ увеличеніе бываетъ еще значительнѣе, а спаденіе меньше. Фибромы, останавливающіяся въ ростѣ или остановившіяся, не представляютъ болѣе этихъ временныхъ измѣненій величины. Ни ракъ, ни кисты, ни инфаркты, по нашимъ наблюденіямъ, не даютъ такихъ временныхъ измѣненій, а потому мы считаемъ это явленіе однимъ изъ самыхъ важныхъ діагностическихъ данныхъ для распознаванія фибромъ.

Другой способъ, о которомъ впрочемъ довольно подробно сказано въ текстѣ—подкожныя впрыскиванія эрготина, предложенныя Гильдебрантомъ, мы также употребляли много разъ, дѣлая впрыскиванія черезъ день или ежедневно, по 1 грану и до двухъ гранъ эрготина за разъ, при чемъ употребляли *ext. Secalis cornuti de Bonjen* и *ext. dyalysatum* Верника, приготовленный здѣшнимъ аптекаремъ г. Трофимовымъ. Мы нашли, что послѣдній препаратъ дѣйствительно лучше всасывается и рѣже уколы сопровождаются затвердѣніями и гнойниками, но намъ кажется, что онъ зато и менѣе дѣйствителенъ. Изъ 4 случаевъ, гдѣ мы держались исключительно этого способа, въ 3 кровотеченія остановились

на долгое время, именно въ одномъ на 4 мѣсяца, въ другомъ на 3 и регулы были весьма умѣренны. Въ четвертомъ случаѣ, несмотря на 83 впрыскиванія, причемъ введено всего 118 гранъ, больная осталась въ томъ же состояніи, какъ и до леченія, такъ что мы прибѣгли наконецъ къ впрыскиваніямъ іода въ полость матки, что и принесло значительную пользу.

И при этомъ способѣ, какъ и при предыдущемъ, мы не замѣтили постепеннаго уменьшенія опухоли. Впрочемъ число нашихъ наблюденій еще слишкомъ мало, чтобы можно было рѣшиться высказать какое-либо заключеніе.

Недавно др. Хробакъ въ Вѣнѣ (Archiv. f. Gynecologie v. Spiegelberg Bd. VII Hft. 2.), сообщилъ 11 случаевъ изъ своей амбулаторной и частной практики. Въ 9 изъ нихъ больныя страдали фибромами матки (впрыскиваній было дѣлано 173), въ остальныхъ же двухъ были сильныя кровотеченія (18 впрыскиваній). Онъ выбралъ эти 11 случаевъ потому, что они были доведены имъ до конца леченія. Изъ этихъ случаевъ въ одномъ замѣчено рѣзкое уменьшеніе опухоли (8-й случай), въ одномъ регулы совершенно прекратились послѣ 12 впрыскиваній (случай 9-й, больная 50 лѣтъ); въ одномъ вслѣдствіе сокращеній матки опухоль опустилась глубже, матка открылась и явилась возможность экстирпировать фиброму и наконецъ въ 1 послѣ 43 впрыскиваній регулы уменьшились, хотя опухоль не измѣнилась. Въ остальныхъ пяти случаяхъ не замѣчено улучшенія припадковъ кровотеченія. Изъ прочихъ двухъ случаевъ въ одномъ кровотеченіе зависѣло отъ неполной инволюціи матки, а въ другомъ отъ увеличенія матки вообще и влагалищной части въ особенности. Въ обоихъ впрыскиванія были весьма успѣшны.

Изъ всего этого Хробакъ заключаетъ, что эрготинъ, не говоря о кровоостанавливающемъ свойствѣ, вѣроятно вліяетъ и на уменьшеніе фиброзныхъ опухолей матки. Вліяніе это онъ объясняетъ слѣдующимъ образомъ: опухоли, лежація въ мышечной ткани матки, будутъ ли онѣ ближе снаружи или внутри, подвергаются постоянному сильному давленію, отъ чего объемъ ихъ можетъ уменьшиться въ томъ или другомъ направленіи; съ другой стороны, матка при продолжительномъ сокращеніи мышечнаго слоя сдавливаетъ новообразованную ткань и обуславливаетъ возможность всасыванія ея; наконецъ, въ-третьихъ, какъ объясняетъ Гильдебрантъ, кровеносные сосуды опухоли, будучи сдавлены стѣнками матки или же своими собственными мышечными волокнами, доставляютъ питательный матеріалъ въ недостаточномъ количествѣ, вслѣдствіе чего новообразование можетъ подвергаться регрессивному метамор-

фозу. Наконецъ онъ соглашается съ мнѣніемъ Spiegelberg'a, который говоритъ, что это средство можетъ быть радикальнымъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ фибромы не имѣютъ опредѣленныхъ границъ и прямо переходятъ въ ткань матки, въ другихъ же, при самыхъ повидимому благопріятныхъ условіяхъ—свѣжести, мягкости опухоли, отсутствіи каменія и пр. улучшение можетъ быть лишь относительнымъ. Во всякомъ же случаѣ впрыскиванія эрготина служатъ хорошимъ средствомъ для остановки кровотеченій.

Мы употребляли много разъ эти впрыскиванія при леченіи хроническихъ инфарктовъ матки воспалительнаго происхожденія, какъ въ частной практикѣ, такъ въ прошломъ году и въ Калининской городской больницѣ и почти всегда видѣли замѣтное улучшение, въ 3-хъ же случаяхъ поразительно быстро наступило почти совершенное выздоровленіе, насколько оно вообще мыслимо въ подобныхъ страданіяхъ. На основаніи этого мы охотно примыкаемъ къ мнѣнію Шпигельберга о дѣйствіи этого способа леченія. Изъ испытавшихъ этотъ спобъ Martin, Eggel, Nebinger, Goldschmidt неодобряютъ его; а Wernich, Beugelsdorf, Henning, Spiegelberg, напротивъ весьма хвалятъ.

Наконецъ упомянемъ еще объ одномъ способѣ, испытанномъ лично нами. Воспользовавшись идеею Тирша мѣстнаго леченія раковыхъ опухолей впрыскиваніями въ самую ткань новообразованія различныхъ жидкостей, мы пробовали дѣлать уколы и впрыскивать въ существо самой опухоли разведенную уксусную кислоту, растворъ лаписа и іодную настойку. Уколы мы дѣлали особою длинною иглою заразъ по 3 — 4 на близкомъ одинъ отъ другаго разстояніи и впрыскивали по 5—10 капель въ каждый уколь, повторяя эту операцію черезъ 2—3 дня до появленія воспалительныхъ явленій, которыя всегда наступали не позже 7—8 дней. Такихъ наблюденій мы сдѣлали три. Въ одномъ изъ нихъ при интерфициальной фибромѣ въ задней стѣнкѣ матки, величиною въ кулакъ, мы сдѣлали 66 впрыскиваній въ 20 сеансовъ съ извѣстными промежутками. Въ результатѣ получилось нѣсколько гнойниковъ въ опухоли, причемъ два раза воспалительныя явленія принимали угрожающій характеръ и одинъ разъ развился было острый мѣстный перитонитъ, однако же скоро уступившій леченію. Значительная часть опухоли подверглась гнойному распаденію, вокругъ матки образовался плотный параметрический экссудатъ и послѣдній гнойникъ, вѣроятно изъ окружающей клетчатки, вскрылся въ прямую кишку. Эту больную видѣлъ нѣсколько разъ во время леченія пр. Крассовскій, приглашенный для консультаціи. Послѣ 18-ти мѣсячнаго леченія, кровотечения, прежде бывшія ужасающими,

значительно уменьшились, а через 2 года совершенно прекратились; больная поправилась, но умерла через 4 года отъ прогрессивнаго паралича 57 лѣтъ отъ роду. Въ другомъ случаѣ фиброма сидѣла въ толщѣ маточной шейки въ средней ея части. Послѣ 18 впрыскиваній въ 6 сеансовъ опухоль превратилась въ одинъ гнойникъ и совершенно исчезла, оставивъ послѣ себя рубецъ, подавшій впоследствіи поводъ къ образованію ретрофлексіи матки. Въ третьемъ случаѣ интерстиціальная фиброма передней стѣнки матки, величиною въ куриное яйцо, послѣ 29 впрыскиваній въ 9 сеансовъ подверглась фокусному нагноенію при значительномъ лихорадочномъ состояніи и потрясающихъ ознобахъ. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ леченія, регулы были совершенно правильны, опухоль же вслѣдствіе перетяжки рубцовой тканью представлялась какъ бы дольчатою, бугристою и вдвое меньшей величины. Эту больную 34 лѣтъ, 2 раза до того рожавшую, мы видѣли потомъ черезъ два года вообще совершенно здоровою, хотя опухоль оставалась въ томъ же видѣ, какъ и послѣ леченія. На основаніи этихъ трехъ наблюденій мы считаемъ себя въ правѣ причислить этотъ способъ по результатамъ къ числу радикальныхъ, хотя въ сущности онъ не можетъ такимъ считаться. Во всякомъ случаѣ онъ представляетъ довольно хорошіе результаты, хотя, нужно сознаться, можетъ быть опасенъ для жизни по причинѣ воспалительныхъ явленій, которыми неминуемо сопровождается, степень и объемъ которыхъ заранѣе ни предугадать, ни предупредить не представляется возможности.

Способъ В. Brown'a, по нашему мнѣнію, ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть причисленъ къ радикальнымъ, но мы кстати упомянемъ и о немъ, такъ какъ результаты онъ даетъ иногда поразительные, не хуже радикальнаго излеченія. Этотъ способъ состоитъ въ гистеротоміи, т. е. надрѣзѣ наружнаго зѣва и всего канала шейки. Какимъ образомъ дѣйствуютъ эти надрѣзы слизистой и подслизистой оболочки рѣшить довольно трудно, но несомнѣнно то, что они приносятъ положительную пользу относительно кровотеченій при фибромахъ (Brown, Nelaton, Spiegelberg). Др. Горвиць (1. с. стр. 332) имѣлъ такихъ два случая, изъ которыхъ въ одномъ больная перестала страдать маточными кровотечениями, въ другомъ улучшеніе было менѣе значительно; обѣ опухоли остались неизмѣненными. Мы употребляли этотъ способъ въ 3-хъ случаяхъ безъ всякаго другаго леченія и въ 6 послѣ и одновременно съ другими способами. Почти всегда мы видѣли хорошіи, хотя временный результатъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ повторяли эту операцію два и три раза. Въ трехъ случаяхъ уснѣхъ былъ поразительный: слѣдующія же регулы были нормальны и затѣмъ кровотечения окончательно исчезли. Ни разу

мы не замѣтили при-этомъ значительныхъ лихорадочныхъ движеній послѣ операціи, поэтому не думаемъ, чтобы было справедливо объясненіе дѣйствія этого способа по Симсу, заключающееся въ воспаленіи на внутренней поверхности матки и въ самой фибромѣ. Скорѣе вліяніе ея можно объяснить пораненіемъ и облитераціею сосудовъ, служащихъ источникомъ кровотеченій.

Наконецъ сюда же слѣдуетъ отнести еще одинъ способъ, составляющій переходъ къ чисто хирургическому леченію, — надрѣзъ самой опухоли по всей ея длинѣ, производимый съ цѣлью произвольнаго вылушенія опухоли. Мы два раза прибѣгали къ этому способу при интерстиціаль-ныхъ фибромахъ задней стѣнки матки порядочной величины. Въ одномъ случаѣ, несмотря на довольно глубокой надрѣзъ опухоли, вылушенія не произошло, кровотеченіе при операціи было значительно и остановлено хлористымъ желѣзомъ и тампонаціею. Образовавшійся рубецъ измѣнилъ отчасти форму опухоли и кровотеченія прекратились. Въ другомъ случаѣ черезъ 10 дней образовался распадъ опухоли и она постепенно вылушалась въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ, при страшномъ вонючемъ влочковатомъ выдѣленіи и значительномъ лихорадочномъ состояніи съ повторными потрясающими ознобами. Процессъ тутъ тотъ же, что и при произвольномъ омертвѣніи и вылушеніи такихъ опухолей послѣ родовъ, что мы не разъ наблюдали и даже три раза въ настоящемъ 1875 году въ Императорскомъ родовспомогательномъ заведеніи. Два изъ этихъ послѣднихъ случаевъ окончились выздорѣвленіемъ, а одинъ смертію вслѣдствіе септицеміи. О способѣ производства операціи будетъ сказано въ отдѣлѣ оперативнаго леченія фибромъ. *Ред.*

Удаленіе фибромы со стороны влагалища.

Amussat, Mém. sur l'anat. pathol. des tumeurs fibr. etc. 1842. — Atlee, Amer. J. of med. sc. April 1845 u October 1856 — Hutchinson, Med. Times. 1857. July u August. — Langenbeck, Deutsche Klinik. 1859. № 1. — M. Duncan, Edinburgh med. J. Jan. u Febr. 1867. — Gusserow, Mon. f. Geb. B. 32. стр. 83. — M. Sims, Gebärmutterchirurgie. стр. 80. etc. — Thomas, Amer. J. of Obst. V. стр. 104 и 474. — Meadows, Amer. J. of Obst. V. стр. 241 u Obst. J. of Great Britain 1. стр. 34.

Вылушеніе со стороны влагалища было предложено Velpeau и впервые произведено Amussat въ 1840 г.; вообще оно примѣнимо только при подслизистыхъ фибромахъ и лишь, въ исключительныхъ случаяхъ, при интерстиціальныхъ.

Операція раздѣляется на нѣсколько актовъ. Сперва слѣдуетъ возможно больше расширить маточный зѣвъ. Если шейка уже изглажена, то лучше произвести это кровавымъ путемъ; если она еще сохранилась, то ее расширяють посредствомъ прессованной губки, такъ какъ боковые надрѣзы во всю длину шейки до самаго внутренняго зѣва положительно опасны. Если возможно добраться до опухоли чрезъ шейку однимъ или двумя пальцами, то дѣлають продольный или крестообразный разрѣзъ на слизистой оболочкѣ опухоли и отдѣляютъ ее отъ послѣдней пальцами на возможно большемъ протяженіи. Затѣмъ непокрытый уже слизистой оболочкою отрѣзаетъ опухоли крѣпко захватываютъ Мюзеевскими щипцами и сильно оттягиваютъ внизъ, и въ то же время пальцами стараются вылучить опухоль изъ капсулы. Когда опухоль опустилась и прошла севозъ расширенный зѣвъ, то остающіяся сращенія отдѣляются пальцами, скальпелемъ, кривыми ножницами или ножомъ.

Большія затрудненія могутъ представиться въ томъ случаѣ, когда подслизистая фиброма значительной величины, опустившись во влагалище чрезъ маточный зѣвъ, ущемляется въ маломъ тазу. Въ такомъ случаѣ остается удалить насколько возможно бѣльшую часть опухоли помощью эбразера, гальванобаустической проволоки или ножа или ножницъ. Если эта, вообще очень опасная операція, хорошо переносится, то поверхность разрѣза сморщивается и опухоль можетъ претерпѣть обратное развитіе ¹⁾.

Гораздо опаснѣе вылученіе интерстиціальной фибромы, потому что подойти къ опухоли гораздо труднѣе и нельзя точно опредѣлить какъ близко и на какомъ протяженіи опухоль достигаетъ брюшины. Операцію эту слѣдуетъ предпринимать только при благоприятныхъ обстоятельствахъ т. е. при изглаженной шейкѣ, открытомъ зѣвѣ или покрайней мѣрѣ окруженномъ тонкими краями, если при этомъ опухоль не выдается рѣзко въ брюшную полость и если наконецъ наступаютъ явленія угрожающія опасностью жизни. Лучше всего по примѣру Duncan'a, дѣлать вылученіе различными способами, подготавливая и помогая только усиліямъ природы вывести опухоль. Сперва надрѣзають маточный зѣвъ, затѣмъ черезъ нѣсколько времени вскрываютъ капсулу опухоли и отдѣляютъ ее насколько возможно отъ послѣдней. Далѣе внутренними приемами спорыньи и попытками къ извлеченію помогаютъ природѣ въ удаленіи опухоли.

¹⁾ Spiegelberg, Arch. f. Gyn. V стр. 100 и P. Müller. c. l. VI. стр. 125.

Если же вслѣдствіе отдѣленія слизистой оболочки наступаетъ омертвѣніе фибромы, то слѣдуетъ поспѣшить удаленіемъ опухоли.

Никогда не слѣдуетъ забывать, что эта операція влечетъ за собою большія опасности, и что даже Thomas, большой приверженецъ ея, заявляетъ, что она опаснѣе оваріотоміи; во всякомъ случаѣ она гораздо труднѣе. Онъ считаетъ ее выполнимой лишь тогда, когда каналъ шейки расширенъ и когда матка настолько смѣщена, что маточный зѣвъ показывается во влагалищномъ отверстіи или же когда рукавъ пропускаетъ цѣлую руку, слѣдовательно только у рожавшихъ. Оперированныя нерѣдко погибаютъ отъ пиеміи и септихеми¹⁾. Иногда начатая операція не можетъ быть окончена, такъ какъ опухоль не отдѣляется отъ матки; это, естественно, чрезвычайно опасно, или даже безусловно смертельно.

Если вылуценная опухоль значительной величины, то и выведение ея изъ рукава можетъ представить большія затрудненія. Здѣсь могутъ понадобиться акушерскіе щипцы, которые накладываются на фиброму, какъ на дѣтскую головку, стоящую въ маломъ тазу; часто бывають необходимы, какъ и при родахъ, боковые надрѣзы влагалищнаго входа.

Гораздо легче вылуценіе фибромъ шейки, которыя и болѣе доступны.

Въ рѣдкихъ случаяхъ достигаютъ радикальнаго исцѣленія однимъ тѣмъ, что надрѣзають капсулу и отдѣляютъ ее отъ опухоли или даже только надрѣзають, такъ какъ тогда опухоль вылуцивается силами природы, или выдѣляется послѣ омертвѣнія. Baker Brown²⁾ вырѣзалъ съ этою цѣлью изъ опухоли довольно большіе куски.

Удаленіе фибромы посредствомъ лапаротоміи.

Koeberlé, Gaz. med. de Strasbourg 1861 u Docum. p. servir à l'hist. de l'exst. des tum fibr. etc. Strasbourg 1865 u Oper. d'ovariotomie. Paris. 1865. стр. 98.—Storer Successful removal of the uterus and of the ovaries. Boston 1866.—Caternault Essai sur la gastrotomie dans les cas etc. Paris 1866.—Boinet, Gas. hebdom. 1873. №№ 8, 13, 18, 19, 23, 28, 29. — Péan et Urdy, Hysterotomie etc. Paris. 1873.

¹⁾ Hegar, Virchow's Archiv. B. 48. стр. 332. Brown Philadelphia med. a. Surg. Rep. 1871. № 25 u Emmet, Amer. J. of Obst. IV. стр. 725; въ послѣднемъ случаѣ опухоль выдавалась наружу и вскрытіе показало, что послѣ удаленія ея, въ стѣнкѣ матки образовалась дыра, надъ которою оставалась одна брюшина.

²⁾ Obstetr. Tr. III. стр. 67 и Surg. diseases of women. 3. ed. 1866. стр. 240.

Всего благоприятнѣе для лапаротоміи тѣ случаи, когда фиброма соединена съ маткой ясно выраженной, по возможности тонкой ножкой, слѣдовательно случаи чисто подбрюшинныхъ фибромъ. Въ такомъ случаѣ дѣлають разрѣзы брюшныхъ стѣнокъ, выводятъ фиброму изъ брюшной раны и поступаютъ съ ножкой по правиламъ оваріотоміи. Эта операція не должна быть опаснѣе оваріотоміи.

Къ сожалѣнію фибромы, сидящія на ножкѣ, относительно рѣдко даютъ поводъ къ лапаротоміи, такъ какъ ростъ ихъ обыкновенно ограниченъ. Чаше показаніемъ къ этой важной операціи служатъ подсерозныя фибромы сидящія на широкомъ основаніи, или интерстиціальныя, а еще чаще кистофибромы, отличающіяся чрезвычайно быстрымъ ростомъ. При этомъ операція становится гораздо труднѣе и опаснѣе, такъ какъ фиброма должна быть отдѣлена отъ матки на большемъ протяженіи, или же сама матка съ своими придатками, по крайней мѣрѣ отчасти, должна быть удалена.

Брюшная полость вскрывается длиннымъ сѣченіемъ вдоль бѣлой линіи, затѣмъ опухоль насколько возможно уменьшается проколомъ кистъ, если онѣ находятся, и выводится чрезъ разрѣзъ. На самомъ узкомъ мѣстѣ—при интерстиціальныхъ фибромахъ обмененно въ области внутренняго маточнаго зѣва—опухоль отдѣляется съ необходимыми предосторожностями (какъ при оваріотоміи) и затѣмъ съ ножкой поступаютъ различно: или укрѣпляютъ ее въ нижнемъ углѣ раны, или опускаютъ въ брюшную полость, по наложеніи лигатуръ *à demeure*, или по отжиганіи каленымъ желѣзомъ.

Heath и Charles Clay въ Манчестрѣ пьрвые удалили въ 1843 и 1844 г. фиброму матки, посредствомъ лапаротоміи. Обѣ оперированныя умерли. Американецъ Vignham, первый достигъ въ 1853 г. счастливаго исхода. Съ тѣхъ поръ эта операція производилась довольно нерѣдко, частью по ошибкѣ въ распознаваніи (вмѣсто оваріотоміи), частью же самостоятельно.

Voinet собралъ слѣдующія операціи:

Изъ 42 лапаротомій съ удаленіемъ матки: 32 смертельныхъ случая, 10 выздоровленія.

Изъ 23 лапаротомій съ удаленіемъ одной фибромы: 15 случаевъ смерти, 8 выздоровленія.

Послѣднія 23 дѣлятся слѣдующимъ образомъ.

Изъ 13, гдѣ опухоли были на ножкахъ, 5 смертельныхъ, и 8 случаевъ выздоровленія.

Изъ 10 интерстиціальныхъ или фибромъ съ широкимъ основаніемъ, 10 смертей и ни одного выздоровленія.

Изъ 14 лапаротомій, оставленныхъ недоконченными. 5 случаевъ смерти и 9 выздоровленій.

Отсюда Voinet приходитъ къ тому заключенію, что лапаротомія при фибромахъ матки, можетъ быть допущена только въ томъ случаѣ, если опухоль сидитъ на ножкѣ, причемъ матку не слѣдуетъ удалять. Къ нему присоединяется Demarquay въ своемъ рефератѣ относительно работы Voinet'a въ засѣданіи Acad. d. med. 29 октября 1872 года.

Прибавивъ новые случаи, мы получили слѣдующую статистику:

Изъ 108 лапаротомій при фибромахъ матки было 78 случаевъ смерти и 18 (16,7%) выздоровленія, а именно:

изъ 73 лапарот.	съ удаленіемъ матки	55 случ.	смерти 18(24,66%)	выздоровл.
" 35 "	безъ " "	23 "	" "	12(34,3%)

По этому слѣдуетъ вполне согласиться съ мнѣніемъ Voinet'a и вырѣзывать фибромы безъ ножекъ, только при очень настоятельныхъ показаніяхъ. Впрочемъ Réan достигъ и при подобныхъ обстоятельствахъ изъ 8 случаевъ въ 6-ти счастливаго исхода.

Припадочное леченіе.

Припадки зависящіе отъ величины опухоли состоятъ:

1) Въ тѣхъ же самыхъ безпокойствахъ, которыя производятъ всѣ другія большія тазовыя опухоли на сосѣдніе органы. Эти безпокойства, если не предпринимается радикальное леченіе, не могутъ быть удалены, а только отчасти и то весьма мало облегчены. Обыкновенно слѣдуетъ быть болѣе чѣмъ довольнымъ, если удастся остановить ростъ опухоли и воспрепятствовать ухудшенію припадковъ. Но и это удается только въ исключительныхъ случаяхъ; во всякомъ случаѣ впрочемъ слѣдуетъ попытаться.

Здѣсь очень важно ограничить всѣ условія, влекуція за собой усиленный притокъ крови къ половымъ органамъ. Поэтому настоятельно требуется воздержаніе или по крайней мѣрѣ умѣренность въ совокупленіи. Такъ какъ при совмѣстной жизни супруговъ это достигается лишь въ исключительныхъ случаяхъ, то путешествія жены на воды имѣютъ и въ этомъ отношеніи большое практическое значеніе.

Далѣе, переполненіе кровью будетъ менѣе обильно, а слѣдовательно и питаніе новообразованія будетъ слабѣе, если дѣлать частыя и небольшія мѣстныя кровоизвлеченія, посредствомъ скарификацій шейки. Холодъ не можетъ быть употребляемъ такъ продолжительно какъ это требуется.

Внутреннія средства, которымъ приписываютъ вліяніе на всасываніе фибромы, какъ то: Iod, Brom и хлористый кальцій, заслуживаютъ мало довѣрія. Болѣе вѣрное дѣйствіе оказываютъ ванны способствующія всасыванію. Къ такимъ относятся содержащія углекислоту, соленныя а также грязныя ванны, преимущественно содержащія іодъ и бромъ, слѣдовательно Крейцнахъ ¹⁾, Münster a. Stein, Adelheidsquelle и Krankenheil bei Tölz, Sodenthal bei Aschaffenburg, Hall въ Верхней Австріи и т. п.

Въ послѣднее время приобрѣли особенное значеніе для уменьшенія фибромы выпрыскиванія эрготина, о чемъ мы достаточно говорили выше.

2) Въ явленіяхъ прижатія тазовыхъ органовъ, въ особенности мочевого пузыря и прямой кишки, если опухоль помѣщается въ маломъ тазу. Эти послѣдствія часто могутъ быть вполне усгранены, если приподнять опухоль въ большой тазъ. Именно въ самыхъ дурныхъ случаяхъ, когда явленія прижатія должны были бы быть очень значительны, опухоль обыкновенно бываетъ слишкомъ велика сравнительно съ малымъ тазомъ и помѣщается вверху, вслѣдствіе чего припаденіи, до сихъ поръ чрезвычайно непріятны, разомъ улучшаются.

3) Въ суженіи и искривленіи полости матки, что даетъ поводъ къ маточнымъ коликамъ, чрезвычайно болѣзненнымъ. Въ подобныхъ случаяхъ можно помочь лишь очень рѣдко измѣненіемъ положенія опухоли. Большою же частью здѣсь показуется припадочное леченіе дисменоррей.

Припадокъ, чаще всего настоятельно требующій пособія, это кровотеченіе, которое всего сильнѣе бываетъ во время мѣсячныхъ очищеній, слѣдовательно являющееся въ видѣ меноррагіи. Спокойное положеніе часто нисколько не уменьшаетъ ихъ. Во многихъ случаяхъ бываютъ весьма дѣйствительны маленькія скарификаціи передъ самымъ наступленіемъ мѣсячныхъ, такъ какъ онѣ умѣряютъ до нѣкоторой степени приливъ крови. Изъ внутреннихъ средствъ самое дѣйствительное: *Secale cornutum*, который дается въ видѣ порошка 0,5 черезъ часъ или каждыя 2 часа или въ видѣ настойки или отвара (2,0—6,0 на 100,0), подкожныя выпрыскиванія эрготина тоже очень умѣстны. Внутрь можно давать тоже *Liq. Ferr. sesquichl.* танинъ и другія вяжущія.

¹⁾ Prieger, Mon. f. Geburtsh. V. I. стр. 183 и Michels, Die chron. Frauenkranh. etc. im Bade Kreuznach. Berlin 1869.

Съ другой стороны для остановки кровотеченія много разъ были рекомендованы наркотическія средства, которыя дѣйствуютъ тѣмъ, что, парализуя сокращенія матки, препятствуютъ растяженію и напряженію слизистой оболочки, послѣдствіемъ чего бывають разрывы сосудовъ. Это повидимому противорѣчитъ дѣйствию спорыньи; но бывають случаи, что отъ приема *sesale* кровотеченіе усиливается, въ такомъ случаѣ спорынья дѣйствуетъ больше на сокращеніе стѣнокъ сосудовъ, а иногда быть можетъ и сильныя сокращенія мускулатуры матки сдавливають кровотокающую слизистую оболочку. Опій и особенно *Tinct. Cannabis indicae* приобрѣли большую славу въ этомъ отношеніи.

Если требуется моментально остановить сильное кровотеченіе, то можно тампонировать влагалище. Но такъ какъ здѣсь дѣйствіе тампонаціи только припадочное и не имѣетъ дальнѣйшихъ послѣдствій, то прессованная губка заслуживаетъ предпочтеніе, такъ какъ она также останавливаетъ кровотеченіе, а иногда уменьшаетъ и слѣдующія мѣсячныя очищенія, и вообще дѣйствуетъ довольно благопріятно на другіе припадки.

Еще болѣе рѣшительнымъ образомъ кровотеченіе останавливается внутриматочными впрыскиваніями, которыя производятся со всѣми упомянутыми предосторожностями. *Savage* ¹⁾ по расширеніи канала шейки впрыскивалъ слѣдующій растворъ іода:

Rp. Jodi 3,75.
Kal. jod. 7,5.
Spir. vini rectific. 60,0.
Aqu. destill. 180,0.

или чистую іодную настойку. Какъ онъ такъ *Sims* и *G. Braun* видѣли отъ этого очень хорошія послѣдствія. Послѣдній утверждаетъ, что между обѣими поверхностями слизистой оболочки образуются сращения ²⁾. Во всякомъ случаѣ этотъ растворъ іода слѣдуетъ предпочесть хлористому желѣзу, предложенному *Routh*'омъ и *M. Duncan*'омъ ³⁾ такъ какъ какъ послѣднее образуетъ кровяные сгустки, выходненіе которыхъ изъ матки очень болѣзненно. *Kidd* ⁴⁾ упоминаетъ объ одномъ случаѣ смертельнаго метрита, послѣ впрыскиванія хлористаго желѣза.

¹⁾ *Sims* l. c. p. 92.

²⁾ *Wien. med. Wochenschr.* 1868. № 100 и 101.

³⁾ *Med. Times.* II. Febr. 1871. p. 158.

⁴⁾ l. c. p. 137.

Очень простое, вѣрное и часто надолго помогающее средство противъ кровотеченія состоитъ въ надрѣзываніи маточнаго рыльца или, гораздо вѣрнѣе, слизистой оболочки одѣвающей опухоль. Atlee ¹⁾ и В. Brown ²⁾ первые предложили его. Въ то время, какъ помощникъ надавливаетъ увеличенную въ объемѣ матку книзу, при расширенномъ маточномъ зѣвѣ вводятъ обвернутый въ нижней части бистурій чрезъ шейку насколько возможно выше вверхъ по опухоли и надрѣзываютъ ее вдоль не слишкомъ поверхностно, выводя бистурій. Слѣдующее за надрѣзомъ кровотеченіе очень умѣренно, а метрорагіи послѣ этого часто исчезаютъ на долгое время. Очевидно здѣсь дѣйствіе обусловливается тѣмъ, что проходящія по слизистой оболочкѣ фибромы расширенныя вены, дающія поводъ обильнымъ кровотечениямъ, послѣ перерѣзки сокращаются и закупориваются, а напряженіе растянутой слизистой оболочки становится менѣ значительнымъ ³⁾.

Фиброзные полипы.

Литература, кромѣ приведенной при фибромахъ: Levret, *Observ. sur la cure radic. de plusieurs polypes de la matrice.* Paris 1771.—Richter, *Anfangsgründe der Wundarzneikunst.* B. 1, p. 401.—Herbiniaux, *Traité sur divers accouch. lab. et sur les polypes de la matrice.* T. II. Bruxelles 1781.—Nissen, *De polypis uteri.* D. i. Göttingen 1789.—Meissner, *Ueber d. Polypen etc.* Leipzig 1820.—Malgaigne, *Sur les polypes de l'utérus.* Thèse. Paris 1823.—Gooch, *Ueber einige d. wicht. Krankh. etc.* Weimar 1830. p. 183.—Oldham, *Guy's Hosp. Rep.* April 1844.—Hirsch, *Ueber Histologie und Formen der Uteruspolypen.* D. i. Giessen 1855.—Dyce, *Edinburgh med. J.* 1867. December. p. 503.—Saxinger (Seyfert), *Prager Viertlj.* 1868. 2. p. 76.—Baker Brown, *Surg. diseases of women.* 3. ed. London 1866. p. 247.—Scanzoni, *Sc.'s Beiträge.* B. II. Würzburg 1855. p. 94.—Leberecht, *Ueber 40 Fälle von Gebärmutterpolypen.* D. i. Berlin 1868.—M. Duncan, *Edinburgh med. J.* 1871. July. p. 1.—Hildebrandt, *Volkman's Samml. Klin. Vortr.* № 47. Leipzig 1872. Madden, *Obst. J. of Great Britain.* October 1873, p. 468.

Патологическая анатомія.

Мы объяснили выше, что фиброзные полипы ничто иное, какъ подслизистыя фибромы, сидящія на тонкой ножкѣ и вдающіяся въ полость матки. Поэтому мы уже разсмотрѣли причины и общую па-

¹⁾ *Transact. Amer. med. Assoc.* 1853, p. 553.

²⁾ *l. c.*, стр. 243.

³⁾ *Spiegelberg. Monatschr. f. Geb.* B. 29, p. 87.

тологическую анатомію этихъ опухолей вмѣстѣ съ фибромами, и теперь можемъ ограничиться лишь нѣсколькими примѣчаніями.

Фиброзные полипы бываютъ различной величины, даже болѣе дѣтской головки; они, за рѣдкими исключеніями, бываютъ одиночными, т. е. какъ полипы; интерстиціальныя же и подслизистыя фибромы нерѣдко встрѣчаются вмѣстѣ съ ними.

Обыкновенно полипы происходятъ изъ тѣла матки, которое почти всегда гипертрофировано и притомъ особенно часто изъ дна, очень рѣдко изъ внутренняго отверстія или шейки.

Въ большинствѣ случаевъ они связаны посредствомъ фиброзной ножки съ паренхимой матки (см. фиг. 93) и въ такомъ случаѣ обыкновенно въ этой ножкѣ проходятъ сосуды въ существо полипа. Если ножка атрофируется, сосудистыя соединенія могутъ остаться; но и сосуды могутъ облитерироваться, такъ что полипъ соединяется со стѣнкой посредствомъ ножки, состоящей только изъ удвоенія слизистой оболочки (см. фиг. 94).



Фиг. 93.

Полипъ въ непосредственной связи съ паренхимой матки.



Фиг. 94.

Полипъ безъ фиброзной ножки.

Слизистая оболочка, покрывающая полипъ, можетъ подвергнуться различнаго рода послѣдовательнымъ измѣненіямъ. Она можетъ быть въ высшей степени истощена и рарифицирована давленіемъ растущаго полипа, такъ что будетъ представлять совершенно топкую, гладкую оболочку, въ которой видны отверстія маточныхъ желѣзъ въ видѣ очень маленькихъ, а при большемъ растяженіи въ видѣ довольно большихъ отверстій.

Иногда слизистая оболочка представляется опухшей, гиперемированной, пещерной тонкостѣнными расширенными венами. Эта припухлость можетъ достигнуть значительной степени, причемъ перетянутые концы желѣзъ подвергнутся кистовидному перерожде-

нію и вслѣдствіе новообразованій, происходящихъ изъ желѣзъ, можетъ явиться особенная сложная опухоль, описанная Робитанскимъ, какъ саркома или *Cystosarcoma adenoides uterinum*. Подслизистая соединительная ткань сильно размножается вслѣдствіе кѣлочной гиперплази и въ эту ткань врастаютъ трубчатая желѣзы, удлиненные и много разъ вѣтвящіяся. Вслѣдствіе перетяжки въ нихъ образуется большое количество маленькихъ кистъ различной величины, наполненныхъ серозной, слизистой, кровяной или коллоидной массой. Изъ стѣнокъ этихъ кистъ могутъ разростись въ полость желѣзы сосочковья образованія, которыя съ своей стороны могутъ повести къ образованію кистъ, такъ что образуется очень сложная форма опухоли.

Припадки.

Пока полипы остаются въ полости матки, они обыкновенно обуславливаютъ тѣ же припадки, какъ и подслизистыя фибромы, слѣдовательно въ особенности бленнорею и кровотеченія. При этомъ они очень рано расширяютъ внутренній маточный зѣвъ и такимъ образомъ изглаживаютъ шейку. Позднѣе открывается и наружный маточный зѣвъ и полипъ очень медленно, въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, выходитъ въ рукавъ. При этомъ онъ можетъ въ одномъ, рѣже во многихъ мѣстахъ, быть такъ сдавленъ наружнымъ маточнымъ отверстіемъ, что получить форму песочныхъ часовъ.

Этотъ процессъ открытія шейки и особенно прохожденія полипа чрезъ наружный маточный зѣвъ происходитъ обыкновенно съ сильными потугообразными болями въ поясницѣ, которыя иногда достигаютъ очень высокой степени. Рѣже это происходитъ совсѣмъ незамѣтно. Кровотеченія при этомъ продолжаются.

Иногда очень рано наступаютъ припадки со стороны всего организма въ видѣ истерическихъ явленій самаго разнообразнаго рода, разстройства пищеваренія; иногда даже показываются признаки, сопровождающіе начало беременности: отложеніе пигмента на *linea alba* и на околососковомъ кружкѣ, опуханіе и выдѣленіе грудной желѣзы, а также тошнота и т. п.

Другой рядъ припадковъ наступаетъ, когда лежащій во влагалищѣ полипъ достигаетъ такого объема, что вызываетъ явленія большой опухоли, выполняющей малый тазъ. Кромѣ чувства тяжести въ тазу и напорація на низъ, показываются явленія прижатія мочевого пузыря и прямой кишки. Первые состоятъ въ постоянномъ позывѣ

и даже произвольномъ мочеиспусканиі; но можетъ образоваться также задержание мочи, расширение мочеточниковъ и даже гидро-нефрозъ. Давленіе полипа на нервы вызываетъ невралгіи нижнихъ конечностей, а давленіе на вены-варикозныя расширения и отекъ. Слизистая оболочка влагалища бываетъ такъ раздражена вслѣдствіе растяженія, что обыкновенно образуется катарръ часто съ сильнымъ отдѣленіемъ.

Дальнѣйшее теченіе бываетъ различно. Больныя могутъ быть такъ истощены сильной потерей соковъ и крови, что погибаютъ отъ маразма; рѣдко онѣ умираютъ отъ припадковъ остраго кровотечения. Повидимому, между полипомъ и слизистой оболочкою могутъ образоваться воспалительныя сращения, которыя умѣряютъ кровотечения. Въ иныхъ случаяхъ воспаленіе или перетяжка ножки маточнымъ отверстіемъ ведетъ къ омертвѣнію, которое можетъ разрушить ножку и свободный полипъ выходить вонъ. Полипъ можетъ самъ по себѣ омертвѣть и въ такомъ состояніи выходить цѣликомъ или кусками. При этомъ является опасность септикеміи. Возможность прободенія въ другіе органы мы разсмотрѣли при описаніи фибромъ.

Бесплодіе, происходящее частью вслѣдствіе катарра слизистой оболочки матки, частью вслѣдствіе механическаго препятствія, составляетъ обыкновенное, даже безусловное слѣдствіе полипа. Если полипъ уже вышелъ въ рукавъ, то даже coitus можетъ быть въ высшей степени затрудненъ, болѣзненъ и сопровождается кровотеченіемъ.

Распознаваніе.

Распознаваніе очень трудно, пока полипъ не вышелъ изъ матки или пока шейка не пропускаетъ пальца (последнее часто становится возможнымъ во время мѣсячныхъ очищеній). Тогда можно констатировать только равномерное увеличиваніе матки и выше упомянутымъ способомъ распознать подслизистую фиброму. Если существующіе признаки требуютъ болѣе точнаго опредѣленія способа прикрѣпленія фибромы, то слѣдуетъ расширить шейку прессованной губкой и пальцемъ, а гдѣ недостаточно этого, зондомъ ощупать мѣсто прикрѣпленія опухоли. Опредѣлить подвижность ея можно, по совѣту Скапцони, захвативъ опухоль щипцами и поворачивая ее вокругъ осп.

Если полипъ вошелъ въ шейку или во влагалище, то большихъ затрудненій обыкновенно болѣе не представляется. Объ отличитель-

ныхъ признакахъ для распознаванія отъ выворота мы уже говорили. Отъ слизистыхъ полиповъ, которые меньше и выходятъ изъ шейки, они явно отличаются своей консистенціей, хотя иногда и фиброзный полипъ можетъ быть очень мягокъ.

Этотъ же самый отличительный признакъ можетъ относиться и къ сидящему въ шейкѣ яйцу, какъ и къ фибринозному полипу.

Изъязвленные мѣста верхушекъ полипа, которыя подобно раскрытому маточному отверстию немного пропускаютъ палецъ, при поверхностномъ изслѣдованіи, могутъ дать поводъ принять его за выпаденіе или опущеніе матки ¹⁾ или же за злокачественныя новообразованія.

Болѣе точное опредѣленіе мѣста прикрѣпленія можетъ представить большія затрудненія, если, при значительной величинѣ полипа, нельзя обвести опухоль пальцемъ. Тогда бываетъ необходимо извлечь полипъ до наружныхъ половыхъ органовъ, а если это невыполнимо, то произвести раздробленіе опухоли. Другая ошибка относительно ножки можетъ быть сдѣлана въ томъ случаѣ, если за нее будетъ принято мѣсто полипа, перетянутое маточнымъ звѣномъ.

Отличительное распознаваніе отъ полипообразныхъ саркомъ можетъ быть установлено только послѣ экстирпаціи, помощью микроскопа.

Предсказаніе.

Предсказаніе не благоприятно, если не будетъ предпринято операціи, такъ какъ удаленіе силами природы (отпаденіе вслѣдствіе гангрены) бываетъ рѣдко и притомъ небезопасно, кровотеченія же въ высшей степени истощаютъ больную и сами собою не прекращаются.

Оперативное удаленіе значительно улучшаетъ предсказаніе, такъ какъ оно большею частью не опасно, обыкновенно не очень трудно и дѣйствуетъ радикально.

Леченіе.

Удаленіе полипа есть единственный раціональный и радикальный способъ леченія.

Способы, достигающіе цѣли при слизистыхъ полипахъ: отжиганіе, отгнѣваніе, раздавливаніе и вырваніе, недостаточны для

¹⁾ См. случай Scanzoni, l. c. p. 97 и Martin, Boston med. a. surg. J. 11. Juni 1868.

удаленія фиброзныхъ полиповъ; въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ еще удасться отбручиваніе маленькихъ фиброзныхъ полиповъ, несостоящихъ въ тѣсной связи съ маткой¹⁾.

Обыкновенно требуются другіе способы. Прежде больше всего употреблялись:

Перезязываніе. Оно часто бываетъ очень затруднительно. Оно удобно лишь въ томъ случаѣ, если полипъ находится передъ входомъ влагалища или можетъ быть вытянуть настолько, что ножка становится видимою. Если же ножка находится высоко во влагалищѣ или въ маткѣ, то наложеніе лигатуры очень затруднительно и возможно только помощью инструментовъ, которыхъ предложено чрезвычайно большое количество²⁾. Послѣ того, какъ лигатура крѣпко затянута, нерѣдко наступаютъ сильныя боли или даже метритъ и периметритъ, а отпаденіе омертвѣвшаго полипа происходитъ нескоро. Въ это время можетъ произойти гнилостное зараженіе, помимо тѣхъ непріятныхъ послѣдствій, которыя производитъ во влагалищѣ гнүющій полипъ. Влѣдствіе этихъ дурныхъ послѣдствій, способъ этотъ почти всеми оставленъ.

Въ настоящее время большею частью употребляется:

Вырѣзываніе. Оно лучше всего производится сильно изогнутыми по плоскости ножницами (Зибольда) (см. рис. 95). При этомъ весьма полезно вытянуть полипъ насколько возможно ниже. Само собою разумѣется, что оперировать легче всего, когда полипъ находится передъ наружными половыми частями, такъ что ножку можно просто перерѣзать ножомъ или ножницами. На мѣстѣ, можно оперировать полипъ только въ томъ случаѣ, если онъ очень малъ и ножка его легко можетъ быть достигнута пальцемъ или проведенными подъ за-



Фиг. 95.
Ножницы Зибольда.

¹⁾ Brown, Boston. gyn. J. Vol. II, p. 2) сообщилъ случай, гдѣ послѣ выриванія полипа послѣдовалъ смертельный столбнякъ, хотя здѣсь сдѣлано было расширеніе шейки прессованной губкой. Porter Smith (Medic. Times 1861) видѣлъ также появленіе столбняка послѣ лигатуры.

²⁾ Kilian, Die rein chir. Oper. d. Geb. II Aufl. Bonn. 1856. стр. 230 и слѣд.

щитою его ножницами. Если онъ болѣе значительнаго размѣра, такъ что между полипомъ и стѣнкой рукава трудно проникнуть ножницами или пальцемъ, то его слѣдуетъ вытянуть помощью петли или музеевскихъ щипцовъ, а при очень большихъ размѣрахъ— акушерскими щипцами. Въ послѣднемъ случаѣ, если полипъ очень великъ, могутъ представиться такія же затрудненія, какъ при извлеченіи младенческой головки, такъ что могутъ потребоваться продолжительныя тракціи и даже надрѣзы половой расщелины.

Само собою разумѣется, что матка при оттягиваніи полипа тоже опускается. Но это искусственное выпаденіе не имѣетъ особыхъ послѣдствій, если только обращать вниманіе на то, чтобы натягиваніе ножки не вызвало частичнаго выворота, причемъ ножка полипа въ верхней части будетъ состоять изъ стѣнки матки. Впрочемъ этотъ выворотъ происходитъ нелегко, такъ какъ обыкновенно дно матки гипертрофировано.

Когда ножка стала такимъ образомъ доступною, то ее перерѣзаютъ въ самомъ тонкомъ мѣстѣ. Не слѣдуетъ слишкомъ стараться отрѣзать ножку какъ можно выше, такъ какъ оставшаяся часть ея съезживается и никогда не подаетъ повода къ дурнымъ послѣдствіямъ.

Кровотеченіе бываетъ обыкновенно самое незначительное, такъ что въ дальнѣйшемъ леченіи не представляется надобности. Въ исключительныхъ случаяхъ, при болѣе сильномъ кровотеченіи, можно затампонировать влагалище.

Операция становится очень затруднительною, если матка безъ большаго насилія не смѣщается книзу настолько, чтобы доступъ къ ножкѣ опухоли сталъ возможенъ, а мимо опухоли добраться до ножки невозможно. Тогда приходится удалять опухоль по частямъ или предпринять „оперативное ея удлинненіе“. Удаленіе по частямъ можетъ потребоваться и въ томъ случаѣ, если опухоль слишкомъ велика и не можетъ пройти чрезъ малый тазъ. Легче всего такимъ путемъ удаляются мягкія опухоли, причемъ рукою вылушаютъ большіе куски, пока постепенно не доберутся до ножки.

Оперативное удлинненіе производится по Симону ¹⁾, посредствомъ глубокихъ боковыхъ надрѣзовъ полипа, или по Hegar'у ²⁾ посредствомъ спиральныхъ надрѣзовъ довольно правильно идущихъ до середины опу-

¹⁾ Monatsschr. f. Geb. B. 20, стр. 467.

²⁾ Monatsschr. B. 21, стр. 220.

холи или даже выше. Этимъ путемъ полипь удлиняется и настолько суживается, что становится возможно добраться до пожен.

Операция бываетъ очень затруднительна, если опухоль слишкомъ велика, сравнительно съ малымъ тазомъ. Тогда большею частью приходится удалять ее по частямъ, что очень опасно для оперируемой по причинѣ истощенія ея, а также раненія сосѣднихъ частей, отдѣленія и распадения остатковъ ¹⁾. Byrne ²⁾ употребляетъ гальванокаустическую петлю, разсѣкаетъ ею такія большія опухоли и затѣмъ извлекаетъ по кускамъ.

Если полипь находится еще въ матѣ и сталь доступнымъ только послѣ употребленія расширяющихъ средствъ, то удаленіе его, даже если онъ очень малъ, можетъ быть затруднительно и опасно. Поэтому операцию предпринимаютъ въ такомъ случаѣ только при настоятельномъ показаніи; въ противномъ случаѣ ждутъ, пока полипь самъ собою или искусственнымъ образомъ пропннетъ во влагалище. При операции слѣдуетъ прежде всего достаточно расширить шейку (прессованной губкой и вытягиваніемъ полипа), надавливать сильно матеу внизъ чрезъ брюшныя покровы, ввести пол-руки во влагалище и затѣмъ введенными по двумъ пальцамъ ножницами стараться отрѣзать ножку или такимъ же способомъ захватить полипь проволоочною петлею.

Были предложены особые полипотомы, по большей части изнутри заостренные крючки, которые заводятся за ножку и отрѣзаютъ ее, напр. Lever'a и Simpson'a ³⁾. Aveling ⁴⁾ предложилъ инструментъ, похожій на декапитаторъ Скапцони (употребляемый для декапитации плода), посредствомъ котораго ножка, захваченная тупымъ крючкомъ, перерѣзывается находящимся съ другой стороны ножемъ. Всѣ эти инструменты едва ли практичны, такъ какъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ приходится ихъ употреблять, можно обойтись и Зибольдовскими ножницами, или проволочнымъ экразеромъ.

Въ виду очень сильной потери крови, которая при-этомъ почти постоянно происходитъ, весьма важно предупредить даже незначительныя кровотеченія, которыя во всякомъ случаѣ неизбѣжны при операции ножемъ или ножницами. Поэтому весьма полезно употребленіе экразера и гальванокаустической проволоки особенно въ тѣхъ

¹⁾ Walter, Dorpater med. Zeitschr. 1873. В. 4, Н. 1, стр. 1.

²⁾ Amer. J. of Obst. Vol. VI, стр. 120 etc.

³⁾ Sel. Obst. Works. Edinb. 1871, стр. 725.

⁴⁾ London Obst. Tr. IV.

случаяхъ, когда приходится оперировать полипъ *in situ* и когда слѣдовательно ножка трудно доступна и остановка кровотеченія нелегко достижима.

Во всякомъ случаѣ употребленіе цѣпного экразера должно быть совершенно оставлено, такъ какъ онъ трудно накладывается и захватываетъ слизистую оболочку матки на большомъ пространствѣ, хотя бы это былъ кривой экразеръ, или Симсовскій цѣпной экразеръ ¹⁾.

Гораздо легче накладывать тонкую проволоку экразера, ²⁾ представленнаго на фиг. 48. Если она наложена хорошо, то ножка отрѣзается гладко и кровотеченія можно избѣгнуть почти навѣрное.

Еще вѣрнѣе это достигается гальвапокаустическою петлею, которая по своей гибкости накладывается еще легче. Ножка перерѣзается медленно при умѣренномъ накаливаніи.

Припадочное леченіе можетъ быть примѣнимо лишь тогда, когда полипъ еще недоступенъ, т. е. скрытъ въ маткѣ, потому что въ такомъ случаѣ слѣдуетъ считать за правило—ждать съ операцией, пока полипъ не проникнетъ черезъ шейку; только при появленіи болѣе опасныхъ припадковъ можно приступить, по расширеніи шейки прессованной губкой, къ операциі. При подобныхъ обстоятельствахъ эта послѣдняя почти всегда очень трудно выполнима и не безопасна.

Припадокъ, болѣе всего требующій настоящей помощи, составляютъ кровотеченія. Ихъ умѣряютъ лучше всего спорынью и холодными душами, а тампонъ дѣйствуетъ лишь временно. Къ впрыскиваніямъ полуторно-хлористаго желѣза можно приступить только въ крайнихъ случаяхъ, такъ какъ послѣ нихъ могутъ образоваться между полипомъ и стѣнкою матки сращенія, очень затрудняющія послѣдующую операцию.

Когда полипъ доступенъ, то откладываніе операциі можетъ быть необходимо только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ, при чрезвычайной слабости больной, или осложненіи воспаленіемъ. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ озаботиться остановкою кровотеченія помощью тампонаціи и укрѣпленіемъ силъ больной известными средствами.

Кисты матки.

Образованіе кистъ въ паренхимѣ матки происходитъ чрезвычайно рѣдко, если исключить ложныя кисты, развивающіяся нерѣдко въ

¹⁾ Gebärmattevchiv. Erlangen. 1866, стр. 62.

²⁾ Braxton Hicks, Guy's Hosp. Reports. XIII. стр. 128.

большихъ фибромахъ, вслѣдствіе разъединенія серозною жидкостью мышечныхъ волоконъ. Въ литературѣ по крайней мѣрѣ существуютъ очень мало случаевъ подобнаго рода. За кисты чаще всего принимались скопленія желтой сыворотки подъ брюшиннымъ покровомъ матки, не рѣдко образующіяся также въ маломъ тазу между ложными брюшинными перепонками.

Boinet ¹⁾ описалъ случай значительнаго образованія кистъ въ сильно гипертрофированной ткани матки (не въ круглой фибромѣ). Demarquay ²⁾ сообщаетъ случай, въ которомъ нельзя не узнать апоплектическое начало кисты. Другой случай оперировалъ Réan ³⁾.

Дермоидныя кисты тоже встрѣчаются въ маткѣ. Изъ новѣйшаго времени извѣстны наблюденія Wagener'a ⁴⁾ и Kiwisch'a ⁵⁾.

Сосочковыя опухоли матки.

John Clarke, Transact. of a soc. f. the improv. etc. 1809 Vol. III, стр. 321. — Charles, Mansfield Clarke, Beob. über die Krankh. d. Weibes, welche v. Ausfl. begleitet sind. 2. Th. Hannover 1823. стр. 43. — Thomas Safford Lee, Von d. Geschw. d. Gebärmutter etc. Berlin. 1848. стр. 96. — Renaud, London med. Gaz. August 1848. — Watson, Monthly J. of med. sc. October 1849. стр. 1183. — Virchow, Verh. d. phys. med. Ges. in Würzburg. B. I. 1850. стр. 106. — C. Mayer, Verh. d. Berl. Ges. f. Geb. 1851. H. 4. стр. 111. — Mikschik, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1856. 12. Jahrg. стр. 40. — Braxton Hicks, Guy's Hosp. Rep. 1861. VII. стр. 241.

Доброкачественныя папилломы до сихъ поръ смѣшиваютъ съ канкроидными формами рака и въ самомъ дѣлѣ обѣ опухоли весьма схожи по способу появленія и по даннымъ, получаемымъ при изслѣдованіи; даже не можетъ быть сомнѣнія, что иногда канкroidы происходятъ изъ доброкачественной сосочковой формы. Этимъ объясняется, почему съ тѣхъ поръ, какъ John Clarke первый обратилъ вниманіе на разращенія въ видѣ цвѣтной капусты на влагалищной части, образовались различные взгляды относительно значенія этой опухоли и особенно относительно предсказанія. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ строго различать оба вида, такъ какъ простое развѣтвле-

¹⁾ Gaz. hebdom. 1873. № 13. стр. 199.

²⁾ L'Union med. 1868.

³⁾ L'hystérotomie. Paris. 1873. стр. 96.

⁴⁾ Archiv f. physiol. Heilk. 1857. стр. 247.

⁵⁾ Klin. Vortr. etc. IV. Aufl. B. I. стр. 456. Киста величиною въ двѣ сую голову съ образованіемъ волосъ и зубовъ находилась въ маткѣ.

ніе и разростаніе сосочковъ представляетъ вполне доброкачественную, не рецидивирующую опухоль, раковый же характеръ со всѣми его послѣдствіями опухоль принимаетъ лишь, когда лежащій между сосочками слой эпителія начинаетъ разрастаться внутрь, въ самую ткань матки. Впрочемъ вѣрно то, что опухоли большаго размѣра, имѣющія видъ цвѣтной капусты, бывають гораздо чаще злокачественными, чѣмъ доброкачественными.

Причины.

Папиллома влагалищной части является въ двойной формѣ, различной какъ по причинамъ, такъ и по теченію, а именно: вопервыхъ вслѣдствіе раздраженія трипернымъ ядомъ является такимъ же образомъ, какъ и на другихъ мѣстахъ, въ видѣ такъ-называемыхъ остроконечныхъ кандиломъ, и вовторыхъ въ видѣ простыхъ папилломъ, происходящихъ легче всего вслѣдствіе разростанія свободныхъ сосочковъ на какой-либо ссадинѣ подъ вліяніемъ постоянного раздраженія. Слѣдуетъ однако согласиться, что при подобныхъ условіяхъ обыкновенно дѣло не доходитъ до образованія большихъ сосочковыхъ опухолей.

Патологическая анатомія.

Доброкачественныя сосочковыя опухоли, не имѣющія раковаго характера, представляютъ отчасти стебельчатую опухоль, которая черезъ зеркало представляется сильно красною, съ тонкими развѣтвленіями на подобіе цвѣтной капусты.

Оба вида сосочковой опухоли, остроконечная кондилома и настоящая доброкачественная папиллома, въ болѣе тонкихъ измѣненіяхъ ткани совершенно сходны между собою. Дѣло состоитъ въ разростаніи сосочковъ, которые гипертрофируются въ видѣ длинныхъ колбообразно-вздутыхъ или многократно-вѣтвящихся нитей. Ткань сосочка имѣетъ нормальныя составныя части: нѣжную соединительную ткань и внутри петлю сосудовъ, часто съ множествомъ развѣтвленій. Сосочки покрыты эпителиемъ, который также большею частью сильно гипертрофированъ и покрываетъ сосочекъ толстымъ слоемъ. Окружающая ткань совершенно нормальна, т. е. находящійся между сосочками эпителий не вѣдряется въ глубь основной ткани въ видѣ отростковъ для образованія раковыхъ узловъ.

Остроконечныя кондиломы влагалищной части не выходятъ изъ

одного ограниченнаго мѣста, а появляются въ разсыпную на различныхъ мѣстахъ слизистой оболочки. Обыкновенно онѣ являются одновременно съ острокопечнымп кондиломамп влагалища и наружныхъ половыхъ частей. Въ началѣ сосочковья разращенія очень нѣжны и тонки, и отдѣльные сосочки заостряются на свободномъ концѣ. Позже кончики ихъ дѣлаются болѣе колбообразными и покрыты разросшимся бѣловатымъ на видѣ эпителиемъ. Эти разращенія представляются въ видѣ малины, цвѣтной капусты, или пѣтушьяго гребешка. Иногда разрастаніе эпителия бываетъ такъ обильно, что онѣ выполняютъ промежутки между колбообразными концами сосочковъ, такъ что опухоль получаетъ почти гладкую поверхность. При долгомъ существованіи острокопечныя кондиломы могутъ приобрести значительную твердость.

Доброкачественная папиллома, бывающая очень рѣдко на влагалищной части, является одиночно, выходя изъ маленькой или нѣсколько большей части слизистой оболочки. Изъ этой части она растетъ въ видѣ полипозной опухоли во влагалище и можетъ быть очень похожею на плотно сжатая, сильно разросшіяся острокопечныя кондиломы.

Въ папилломахъ могутъ появиться кистовидныя образования, если отъ давленія со стороны стѣнокъ влагалища колбообразные концы сосочковъ, срастаясь, оставляютъ маленькія свободныя пространства, которыя вслѣдствіе выдѣленія слизи могутъ образовать кисты ¹⁾.

Припадки.

Самымъ обыкновеннымъ припадеомъ являются бѣли, довольно значительныя при острокопечныхъ кондиломахъ и часто лишь умѣренные при сосочковой опухоли съ толстымъ эпителиальнымъ слоемъ. Если петли толсты, колбовидны, богаты сосудами и покрыты тонкимъ слоемъ эпителия, то отдѣленіе можетъ быть очень обильно, водянисто и сопровождаться кровотеченіями.

Безъ всякаго сомнѣнія, первоначально доброкачественныя папилломы могутъ перейти въ раковую опухоль, хотя это перерожденіе, по крайней мѣрѣ въ большихъ опухоляхъ, повидимому, довольно рѣдко. Эти острокопечныя кондиломы, могутъ подвергнуться регрессивному метаморфозу, причемъ сосуды ихъ запусѣваютъ и

¹⁾ Rindfleisch, Monatsschr. f. Geburtsh. B. 24. стр. 438.

онѣ увядаютъ. Самопроизвольное излеченіе можетъ произойти и при неспецифическихъ сосочковыхъ опухоляхъ, вслѣдствіе разрушенія ножки и отпаденія опухоли.

Распознаваніе.

Оба вида незлокачественной папилломы различаются довольно рѣзко какъ по причинамъ, такъ и по способу появленія; простая папиллома является въ видѣ одиночной опухоли, между тѣмъ какъ остроконечная кондилома есть частное проявленіе раздраженія сосочковыхъ тѣлъ, которое вызвало многочисленныя разрощенія только на влагалпщной части, но и въ рукавѣ и въ наружныхъ половыхъ частяхъ.

Важнѣе всего отличительное распознаваніе отъ канцероидныхъ формъ рака. Въ послѣднемъ случаѣ слизистая оболочка очень рано бываетъ плотно соединена съ подлежащею тканью, такъ какъ отростки эпителия вѣдряются въ паренхиму влагалпщной части; а при доброкачественныхъ папилломахъ, происходящихъ только изъ слизистой оболочки, послѣдняя остается подвижною. Поэтому кажется, что раковая опухоль вырастаетъ изъ паренхимы шейки, а доброкачественная папиллома представляетъ какъ бы придатокъ слизистой оболочки.

При дальнѣйшемъ теченіи чистыя сосочковыя опухоли растутъ медленно, между тѣмъ какъ раковыя быстро разрастаются и скоро изъязвляются.

Предсказаніе.

Организмъ можетъ въ высшей степени истощиться вслѣдствіе серозныхъ и кровяныхъ истеченій, изъ которыхъ первыя по крайней мѣрѣ могутъ быть чрезвычайно обильны. Даже при вѣрно сдѣланномъ распознаваніи, никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду возможности перехода доброкачественной сосочковой опухоли въ раковую, хотя послѣдній при большихъ опухоляхъ, особенно съ специфическимъ характеромъ, повидному бываетъ довольно рѣдко.

Леченіе.

Удаленіе опухоли, которое имѣнно и показуется, можетъ быть произведено кривыми ножницами, а при большихъ опухоляхъ помощью проволочнаго экзасера, или гальванокаустической петли. Операция не представляетъ затрудненій, однако слѣдуетъ заботиться

чтобы опухоль была удалена близко къ мѣсту своего прикрѣпленія. Оставшуюся часть прижигаютъ каленымъ желѣзомъ для остановки кровотеченія и для уничтоженія могущихъ образоваться въ ножеи раковыхъ гнѣздъ.

Ракъ шейки матки.

Литература, кромѣ приведенной при сосочковыхъ опухоляхъ, слѣдующая: Wenzel, Ueber die Krankh. des Uterus. Mainz 1816. — Beyerlé, Ueber den Krebs der Gebärmutter. 1818. — W. J. Schmitt, Ges. obstetricische Schriften. Wien. 1820. стр. 110. — F. von Siebold, Ueber den Gebärmutterkrebs etc. Berlin. 1824. — Téallier, Traité du cancer de la matrice etc. Bruxelles 1836. Deutsch Quedlinb. u. Leipzig. 1836. — Duparcque, Traité des mal. org. simples et cancér. de l'utérus. Paris. 2. éd. 1839. — Montgomery, Dublin Journal. Januar. 1812. — Walshe, Nature and treatment of cancer. London. 1816. — Th. S. Lee, Von d. Geschwülsten d. Gebärmutter etc. Berlin. 1848. стр. 121. — Robert, Des affections gran., ulc. et carcinom. du col de l'utérus. Paris 1848. — Lebert, Traité prat. des mal. cancér. Paris 1851. — Chiari, Braun u. Spaeth, Klin. d. Geb. u. Gyn Erlangen 1852¹⁾ стр. 673. — E. Wagner, Der Gebärmutterkrebs. Leipzig. 1858. — L. Mayer M. f. Geb. B. 17. стр. 241. — Tanner, On cancer of the female gen. organs. London. 1863. — Säxinger (Seyfert), Prager Viertelj. 1867. 1 стр. 103. — Lusk, New-York med. J. September 1869. — Blau, Pathol.-anat. über den Gebärmutterkrebs. D. i. Berlin. 1870. — Barker, Transact. of the New-York Acad. of med. Febr. 18. 1870 (s. Amer. J. of Obst. III. стр. 519). — Guserow, Volkmann's Samml. klin. Vortr. 1871. № 18.

Причины.

Значительный перевѣсъ женскаго пола относительно заболѣвавшей ракомъ (по Simpson'у въ промежутокъ времени отъ 1847 до 1861 въ Англии умерли отъ рака на 61,715 женщинъ только 25,633 мужчины), явно зависитъ отъ частаго появленія рака матерн (ракъ груди стоитъ на второмъ мѣстѣ). Третья часть всѣхъ женщинъ, умирающихъ отъ рака, страдаетъ ракомъ матерн ¹⁾.

Но какия причины имѣютъ влiяніе на чрезвычайно частое развитіе рака на шейкѣ матки, почти совсѣмъ неизвѣстно.

Сѣвероамериканцы всѣ согласны съ тѣмъ, что пигментныя и вообще цвѣтнокожія, у которыхъ фибромы матерн чрезвычайно часты,

¹⁾ По Hough'у, Tanchon'у, Simpson'у, Eppinger'у, Willigk'у и Wran'у, изъ 19666 женщинъ съ раковыми опухолями умерло отъ рака матерн 6548, слѣдовательно почти третья часть.

довольно рѣдко заболѣваютъ какъ ракомъ матки, такъ и ракомъ вообще. Такъ Whitall въ Нью-Йоркѣ, между 2000 цвѣтнородныхъ женщинъ, которыхъ онъ пользовалъ, видѣлъ только два случая злокачественнаго заболѣванія матки. По статистическимъ даннымъ Chisolm'a, отъ рака умерли между бѣлыми (мужчины и женщины вмѣстѣ), изъ 4,052, 35(0,86%), а между черными 10,828 (мужчины и женщины вмѣстѣ) 40 (0,37%) слѣдовательно болѣе чѣмъ на половину. (По этимъ даннымъ впрочемъ кажется, что ракъ бываетъ гораздо рѣже и у бѣлыхъ Сѣвероамериканцевъ, чѣмъ у Европейцевъ).

Что касается до возраста, то, сравнивъ, кромѣ собственныхъ наблюдений, цифры Lebert'a, Kiwisch'a, Chiari, Seyfert'a, Scanzoni, Lever'a, Lee, Tanner'a (цифры Voivin и Dugès не включены, какъ неподходящія) находимъ слѣдующее:

Возрастъ заболѣвшихъ ракомъ матки женщинъ изъ числа 745 оказался:

До 20 л.	20—30 л.	30—40 л.	40—50 л.	50—60 л.	60—70 л.	за 70 л.
0	43(5,77%)	167(22,4%)	312(41,9%)	155(20,8%)	62(8,32%)	6(0,8%)

По результатамъ вскрытій Hugh'a, Blau и Dittrich'a получаемъ изъ 492 случаевъ слѣдующія цифры:

До 20 л.	20—30 л.	30—40 л.	40—50 л.	50—60 л.	60—70 л.	за 70 л.
0	22(4,47%)	107(21,75%)	133(27%)	153,31,1%)	53(10,77%)	24(4,87%)

Такимъ образомъ здѣсь среднее число падаетъ на болѣе поздній возрастъ, что объясняется конечно частью тѣмъ, что ракъ матки позже является передъ глазами анатома-патологовъ, чѣмъ клиницистовъ.

Судя по этимъ числамъ ракъ матки до полового развитія и даже до 20 лѣтняго возраста вообще не бываетъ; затѣмъ частота появленія повышается до 50 лѣтняго возраста и опять нѣсколько падаетъ по наступленіи климактерическаго срока. Но и по этимъ числамъ послѣ климактерическаго періода оказывается довольно значительное число заболѣваній, на самомъ же дѣлѣ это обазывается еще рѣже, такъ какъ абсолютное число женщинъ этого возраста вообще значительно меньше. Болѣе ясно это видно изъ статистики Glatte'a ¹⁾, гдѣ число умершихъ отъ рака женщинъ выведено сравнительно съ общимъ числомъ женщинъ того же возраста. По его таблицамъ въ Вѣнѣ умерло женщинъ отъ рака матки:

¹⁾ Vierteljahrscrh. f. off. Gesundheitspf. 1870. II, стр. 161.

Въ возрастѣ	отъ	21—25	лѣтъ	0,1 ⁰ / ₀ .
»	»	»	26—30	» 1,05 ⁰ / ₀
»	»	»	31—35	» 1,45 ⁰ / ₀
»	»	»	36—40	» 3,64 ⁰ / ₀
»	»	»	41—45	» 4,73 ⁰ / ₀
»	»	»	46—50	» 6,62 ⁰ / ₀
»	»	»	51—55	» 5,5 ⁰ / ₀
»	»	»	56—60	» 3,96 ⁰ / ₀
»	»	»	61—65	» 2,04 ⁰ / ₀
»	»	»	66—70	» 2,03 ⁰ / ₀
»	»	»	71—75	» 0,91 ⁰ / ₀
»	»	»	76—80	» 0,66 ⁰ / ₀
»	»	»	за 80	» 0,36 ⁰ / ₀ .

Слѣдовательно климактерическій возрастъ представляетъ самое значительное число умершихъ отъ рака. Позднѣе число падаетъ очень постепенно. Въ общемъ итогѣ отъ этой болѣзни умерло 2,5⁰/₀ всѣхъ женщинъ послѣ 20 лѣтняго возраста.

Половое отправление и особенно неумѣренное принимается издавна за условіе благоприятствующее образованію рака и въ самомъ дѣлѣ новообразование это чаще встрѣчается у замужнихъ женщинъ. Мы находимъ, что изъ числа 531 большой, которыхъ наблюдали Chiari, Seyfert, Scanzoni, West, Tanner, Gusserow и мы, 449 рожали и только 82 нерожали. Нерѣдко больныя ракомъ рожали значительное число разъ, (между нашими больными одна рожала 13, а другая 15 разъ). Всего яснѣе оказывается вліяніе правильного полового отправления изъ сравнительной статистики Glatzer'a:

	дѣв.	замуж.	вдовъ.
изъ 1000 женщинъ Вѣны за 20 л.	459	408	133
изъ 1000 умершихъ въ Вѣнѣ отъ рака.	229	503	268.

Ясно, что у дѣвушекъ, смерть отъ рака матки бываетъ гораздо рѣже.

Сомнительно, чтобы этотъ результатъ можно было-бы объяснить тѣмъ, что здѣсь причиною является простое травматическое раздраженіе, если принять во вниманіе, что спокойное положеніе, въ которомъ находится влагалищная часть, нарушается отпосительно рѣдко даже при самомъ частомъ повтореніи полового акта и родовъ. (Проститутки вовсе не представляютъ особеннаго предрасположенія

къ раку матки). Неудержимое половое стремление, которое замѣчается у нѣкоторыхъ женщинъ больныхъ ракомъ, есть только припадокъ маточнаго страданія.—Замѣчательно во всякомъ случаѣ то, что маточный входъ заболѣваетъ ракомъ такъ же часто, какъ и другія входныя отверстія: рта, pylorus, coecum, толстой кишки.

По извѣстнымъ до настоящаго времени статистическимъ даннымъ, всего менѣе вѣрнымъ кажется вліяніе наследственности; хотя надо сознаться, что оно труднѣе всего можетъ быть доказано. Изъ собранныхъ Gusserow'омъ 326 случаевъ (Gusserow, Tanner, Lever, Lebert, Scanzoni и West) наследственность могла быть доказана только 34 раза. По Sibley ¹⁾ 8 разъ изъ 136, по Barkerby 36 разъ изъ 487 случаевъ; всего 78 разъ изъ 948 случаевъ.

Scanzoni придаетъ большое этиологическое значеніе предшествовавшему угнетенному состоянію духа; во всякомъ случаѣ, вліяніе это въ отдѣльныхъ случаяхъ оказывается очень рѣзко.

Патологическая анатомія.

Въ области злокачественныхъ опухолей шейки, начиная отъ описаннаго Clarke злокачественнаго разрощенія въ видѣ цвѣтной калу-сты, конкеридовъ, мягкаго рака и кончая скирромъ, господствуетъ такая путаница и невѣрность номенклатуры, что прежде всего мы должны уговориться относительно различныхъ видовъ рака.

Прежде всего мы заявляемъ, что отдѣляемъ злокачественныя сосочковыя опухоли отъ канкеридовъ, а послѣдніе отъ карциномъ. Мы слѣдуемъ ученію Waldeyer'a, который производитъ всѣ формы рака изъ настоящаго эпителія и считаетъ ихъ всѣ за опухоли эпителіальнаго типа, развивающіяся исключительно изъ подлежащаго эпителія, рѣдкіе же случаи развитія первичнаго рака на мѣстахъ не имѣющихъ эпителіальнаго основанія, онъ объясняетъ ненормально отдѣлившимися остатками эпителіальнаго зародышеваго листка. Этимъ полагается опредѣленная граница между раковыми образованіями и саркомой, какъ опухолью чисто соединительно-тканнаго типа.

Слѣдовательно, ракъ развивается такимъ образомъ, что эпителій поверхностный или желѣзистый проникаетъ внутрь ткани, давая отростки въ разныя стороны, давленіемъ разрушаетъ окружающую ткань и, раздвигая пучки соединительной ткани, получаетъ такимъ образомъ соединительно-тканную основу, а вся опухоль—ячейстое

¹⁾ l. c. p. 121.

строение. Смотря по тому, преобладает ли эта соединительная основа, образующаяся отчасти путем новообразования вследствие раздражения, или эпителиальные раковые гнезда, различают, плотные формы — свиррь и мягкия — мягкій ракъ (мозговикъ).

Болѣе строгое подраздѣленіе этихъ видовъ при страданіи шейки съ точки зрѣнія клинической не выполнимо, такъ какъ при всемъ разнообразіи наружнаго вида этихъ формъ, значеніе ихъ вполнѣ одинаково; кромѣ того эти формы обыкновенно временно переходятъ одна въ другую, а потому должны быть разсматриваемы въ общей зависимости.

Мы начнемъ съ описанія отдѣльныхъ формъ злокачественной сочковой опухоли.



Фиг. 96.
Канкрондъ передней губы.



Фиг. 97.
Таже больная 1 1/2 года послѣ операціи.

Въ началѣ она совершенно похожа на только что описанную доброкачественную папиломму, только эпителиальные отростки глубже входятъ въ ткань между сосочковъ, такъ что подъ слизистой оболочкой находятся эпителиальные раковыя гнезда. По разрѣзѣ опухоли параллельно ея основанію, получается по этому не однообразная поверхность, но на ней замѣчаются кругловатая пространства, величиною съ горошину и меньше, а въ нихъ желтоватая, грязноватая,

выдавливающаяся масса, на подобіе угрей, скученныя клѣтки эпите-
лія, или болѣе или менѣе густой или жидкій сокъ—частью жирно-
перерожденныя, частью взвѣшенныя въ серозной жидкости раковыя
клѣтки. Такія опухоли составляютъ главный контингентъ «cauliflo-
wer excrescence» Кларке.

Въ другихъ случаяхъ разрастаніе сосочковъ гораздо менѣе значи-
тельно. Отдѣльные сосочки набухаютъ колбообразно только на верхуш-
кахъ, такъ что не образуется вѣтвящейся сосочковой опухоли, а
поверхность слизистой оболочки получаетъ лишь зернистый видъ.
При этомъ слизистая оболочка плотно лежитъ на инфильтрирован-
ной отвердѣлой подкладкѣ именно потому, что эпителий, разро-
стаясь, вѣдряется въ подлежащую ткань и, по весьма удачному



Фиг. 98.
Большой канкроядъ влагалищной части.



Фиг. 99.
Сильное раковое разращеніе шейки и
окружающей ткани.

выраженію Waldeyer'a, слизистая оболочка пририта какъ-бы гвоз-
дями. Раковыя гнѣзда, увеличиваясь, распадаются, начиная съ
средины, въ желтую, грязноватую кашицу, а лежація между ними
соединительно-тканная основа омертвѣваетъ вслѣдствіе увеличива-
ющагося давленія. Такимъ образомъ тотчасъ подъ слизистою оболоч-
кою образуется язва, которая скоро вскрывается, опоражнивается и
оставляетъ послѣ себя характерное раковое язвенное дно. Въ тоже са-

мое время процессъ разростанія и внѣдренія эпителия въ нормальную ткань переходить и на сосѣднія части, такъ что вскорѣ инфильтрируется сводъ влагалища, т. е. становится твердымъ и фиксируется.

Если слизистая оболочка, вслѣдствіе раздраженія эпителиальными массами и болѣе или менѣе сильнаго разрощенія сосочковъ, разроsteается и въ значительной степени вдается въ просвѣтъ влагалища, такъ что образуется опухоль, исходящая изъ одной губы или изъ всей влагалищной части, иногда съ ножкою, то образуется банероидная форма рака. Если же эпителиальные отростки тотчасъ же проникаютъ въ глубь тканей, такъ что изъ влагалищной части не образуется отдѣльной опухоли, а вся шейка и окружающая ее соединительная ткань подвергается раковому перерожденію, то это будетъ чисто карциноматозная форма. Обѣ эти формы въ свою очередь могутъ еще подраздѣляться. Сперва преобладаетъ по количеству сравнительно съ эпителиальными гнѣздами соединительная ткань — это болѣе твердая скirrosная форма. Обыкновенно разрощеніе эпителия вскорѣ настолько усиливается, что соединительно-тканый остовъ истончается. Если затѣмъ слизистая оболочка продырявливается омертвѣвшими раковыми клѣтками, такъ, что слѣдовательно образуется раковая язва, то начинается сильное разростаніе раковыхъ клѣтокъ въ новообразующемся нѣжномъ соединительно-тканномъ остовѣ, нѣкоторыя части котораго вскорѣ омертвѣваютъ, содержимое вытекаетъ и образуются большія потери вещества. Это будутъ различныя формы мозговика.

Сравнительно рѣдко бываетъ, чтобы плотность опухоли къ тому времени, когда новообразование такъ распространилось, что весь сводъ до стѣнокъ таза уже инфильтрированъ, оставалась настолько значительною, что опухоль казалась бы скirrosною.

Поэтому наружный видъ рака шейки можетъ быть очень различенъ. Иногда представляются большія сосочковыя опухоли (см. рис. 68); въ другихъ случаяхъ подъ гладкой слизистой оболочкой находятся большія новообразованныя опухоли, образующія сильную гипертрофію влагалищной части, или наконецъ, онѣ такъ распространяются на сводъ рукава, что влагалищная часть уже не прощупывается отдѣльно (см. рис. 99). Затѣмъ наружный видъ рака бываетъ очень разнообразенъ, смотря по тому, развивается ли новообразование до значительныхъ размѣровъ и уже позднѣе распадается, или новообразованная ткань тотчасъ же распадается, такъ что въ сводѣ

рукава представляется лишь воронкообразный кратеръ. Если только что образовавшіяся разрощенія по краямъ опухоли тотчасъ же распадаются, то характеръ опухоли можетъ быть такъ замаскированъ, что ракъ становится похожимъ на описанную выше фagedеническую язву (*ulcus phagedaenicum* или *corrodens*) (см. рис. 100).

Весьма характерная особенность распространения рака, слѣдуетъ замѣтить, состоитъ въ томъ, что новообразование никогда не ограничивается предѣлами определенной ткани или органа. Поэтому новообразование ограничивается шейкой только короткое время. Очень скоро оно переходитъ на лежащую по сосѣдству соединительную ткань, такъ что очертанія шейки сглаживаются вслѣдствіе равномерной твердости перерожденныхъ частей и часто опухоль шейки кажется только потому такою значительною, что прилежащая соединительная ткань такъ же инфильтрирована. Эта инфильтрація соединительной ткани доходитъ до таза и иногда преимущественно занимаетъ лимфатическіе сосуды, которые обыкновенно бываютъ наполнены раковыми клѣтками.

Вверхъ раковое перерождение идетъ до внутренняго маточнаго зѣва. Здѣсь часто оно приостанавливается, такъ что иногда вся шейка бываетъ уже разрушена, между тѣмъ какъ на тѣло матки новообразование распространилось въ самомъ незначительномъ количествѣ. Въ другихъ случаяхъ конечно бываетъ, что и все тѣло участвуетъ въ перерожденіи и послѣ значительнаго увеличенія въ объемѣ постепенно разрушается. Процессъ можетъ идти далѣе и захватить даже фаллопиевы трубы. Вlau нашель, что новообразование, изъ 93 случаевъ, 31 разъ перешло за внутренній маточный зѣвъ на тѣло матки; Wagner видѣлъ это въ 83 случаяхъ 32 раза. Впрочемъ, и безъ непосредственной связи съ раковою опухолью шейки, въ тѣлѣ могутъ образоваться метастатическіе узлы.

Процессъ обыкновенно и притомъ очень рано распространяется на слизистую оболочку рукава, хотя большею частью только на верхнюю треть его. Наибольшую склонность къ дальнѣйшему распространению новообразования внизъ представляетъ передняя стѣнка влагалища, на которой иногда бываетъ инфильтрированнымъ даже влагалищъ мочеиспускательнаго канала. Большія опухоли не такъ легко образуются изъ слизистой оболочки рукава, но большею частью скоро происходитъ изъязвленіе, даже если слизистая оболочка кажется сильно утолщенной. Если новообразование вездѣ перешло на стѣнки влагалища, то исчезаетъ всякая граница между рукавомъ и маткой; по-

этому рукавъ всегда представляется укороченнымъ, а все пораженное ракомъ представляется одною шейкою, особенно если инфильтрація стѣнокъ влагалища такъ значительна, что просвѣтъ рукава въ этомъ мѣстѣ почти не существуетъ (см. рис. 101).

Ракъ передней стѣнки влагалища, направляясь въ глубь, легко доходить до мочевого пузыря. Здѣсь сперва образуется припуханіе слизистой оболочки, затѣмъ послѣдняя изъязвляется и распадается; а когда раковая ткань промежуточной стѣнки разрушается, то образуется большой влагалищно-пузырный свищъ; по Блау это бываетъ въ 28 изъ 92 случаевъ, по Эррингеру въ 14 — изъ 79. Мочеиспускательный каналъ также можетъ подвергнуться разрушенію, причемъ между влагалищемъ и мочеиспускательнымъ каналомъ образуется фистула. Въ иныхъ случаяхъ поражаются мочеточники и вслѣдствіе этого, чаще же по причинѣ давленія сосѣднихъ рако-



Фиг. 100.

Раковое изъязвленіе, разрушившее большую часть матки.



Фиг. 101.

Ракъ шейки съ послѣдовательнымъ распространеніемъ на рукавъ и съ прободеніемъ мочевого пузыря.

выхъ узловъ, или воспалительныхъ, выпотовъ образуется гидронефрозъ. Блау видѣлъ такого рода послѣдствія въ 33 случаяхъ 57 разъ. Seifert утверждаетъ даже, что въ большинствѣ случаевъ рака матки смерть наступаетъ вслѣдствіе уреміи.

Нѣсколько рѣже происходитъ прободеніе прямой кишки чрезъ заднюю стѣнку рукава (по Blau 13 разъ изъ 93, по Erpinger'у 3 раза изъ 79 случаевъ), вслѣдствіе чего изъ трехъ отверстій можетъ образоваться одна большая клоака.

Въ брюшную полость прободеніе раковой язвы обыкновенно не случается, потому что на томъ мѣстѣ брюшины, къ которому приближается разрастающееся новообразованіе, образуются воспалительныя утолщенія и сращения, препятствующія прободенію. Поэтому при рагѣ, распространяющемся вверхъ, находятъ многочисленныя сращения, въ переднемъ и заднемъ пространствѣ, придатки же матки спаянными между собою, съ маткой, кишками и съ сальникомъ. Между этими ложными перепонками часто находятъ ограниченныя студенистыя скопленія, представляющія видъ большихъ желтыхъ кистъ между перепонками.

Въ другихъ же случаяхъ раковые узлы разрастаются прямо въ брюшную полость, или образуются прямыя сообщенія между язвою рукава и брюшною полостью.

Новообразованіе можетъ распространиться и на соединительную ткань, мышцы, надпочечную плеву и даже на кости таза, такъ что весь малый тазъ представляется выполненнымъ ракомъ. Затѣмъ оно захватываетъ и другіе органы, какъ-то: нервы, вены и особенно лимфатическія желѣзы.

Вверхъ опухоль распространяется не только на тѣло матки, фаллопиевы трубы и яичники (первыя захватываются обыкновенно непосредственнымъ распространеніемъ на нихъ рака, послѣдніе же часто заболѣваютъ путемъ метастаза); но переходитъ и на близлежащій сальникъ и кишку, такъ что части послѣдней (кромѣ прямой кишки) могутъ сообщаться съ общею клоакой.

Такимъ путемъ можетъ образоваться большая ихорозная полость, съ которою сообщаются мочевой пузырь и прямая кишка, причѣмъ не остается и слѣда матки. Части стѣнокъ этой полости, неинфильтрированныя ракомъ, часто бывають покрыты дифтеритическимъ налетомъ.

Послѣдовательныя раковыя заболѣванія другихъ органовъ происходятъ рѣдко; чаще всего ихъ находятъ въ паховыхъ, поясничныхъ и забрюшинныхъ железахъ, затѣмъ въ яичникахъ, печени, легкихъ и въ исключительныхъ случаяхъ, почти во всѣхъ другихъ органахъ. Изъ 292 случаевъ Arnott'a, Wrany, Blau, Kiwisch'a, Lebert'a и Wagner'a 51 разъ былъ найденъ ракъ яичниковъ и 24

раза ракъ печени. Очень рѣдимъ, несмотря на увѣренія нѣкоторыхъ, является послѣдовательно ракъ въ грудной железѣ; пзъ 292 случаевъ было найдено только въ трехъ.

Припадки.

Злокачественность раковой опухоли увеличивается еще вслѣдствіе того, что въ началѣ она не сопровождается никакими припадками, такъ что страданіе узнается слишкомъ поздно: лишь при злокачественной папилломѣ довольно рано показывается бленноррея, а иногда и кровотеченія. При другихъ же формахъ рака истеченіе вначалѣ бываетъ очень незначительно, и такъ какъ другихъ никакихъ припадковъ не появляется, то по обыкновенію заболѣваніе становится извѣстнымъ врачу лишь въ то время, когда раковая опухоль вскрылась и когда слѣдовательно образовалась раковая язва.

Вслѣдъ затѣмъ является обильная бленноррея и метроррагіи. Последнія показываются сперва въ видѣ усиленныхъ нормальныхъ мѣсячныхъ очищеній, позднѣе и въ промежутки между ними (нерѣдко первымъ видимымъ признакомъ является потеря крови послѣ совокупленія). Кровотеченія могутъ и не появляться, особенно при скirrosныхъ формахъ, но обыкновенно они бываютъ почти постоянно и могутъ достигнуть высокой степени такъ, что впоследствии развивается сильнѣйшая анемія; что касается смерти, то врядъ ли когда она наступаетъ вслѣдствіе потери крови.

Значительная бленноррея появляется большею частью лишь послѣ перваго кровотеченія, но небольшое отдѣленіе слизи, но большей части незамѣчаемое женщинами, показывается ранѣе. Бленноррея — какъ при папиллярныхъ опухоляхъ — можетъ быть чисто серозная и отдѣлимое безъ всякаго запаха, но если уже образовалась раковая язва, то выдѣленіе становится болѣе подозрительнымъ, цвѣтъ отъ примѣси омертвѣвшихъ клочьевъ ткани бываетъ темнѣе, становится сѣрымъ, желтоватымъ, зеленоватымъ, коричневымъ и даже чернымъ, а запахъ вонючимъ и иногда невыносимымъ.

Боли въ началѣ бываютъ самыя незначительныя или ихъ совсѣмъ не бываетъ, особенно если принять во вниманіе, что большія боли въ крестцѣ, чувство тяжести въ животѣ сопровождаютъ почти всѣ болѣзни матки. Болѣе сильныя боли наступаютъ собственно тогда, когда инфильтрація распространяется на соединительную ткань таза, и обыкновенно тѣмъ сильнѣе, чѣмъ разрощеніе

больше и особенно чѣмъ оно тверже, такъ что сильнѣйшія боли бывають при раковыхъ опухоляхъ, изъязвляющихся поздно, которыхъ плотные инфильтраты выполняютъ всю полость таза. Это бываетъ не всегда именно такъ: случается, что ракъ состоитъ почти только изъ одной язвы, а боли развиваются сильнѣйшія и наоборотъ.

Къ этимъ болямъ, обусловленнымъ ростомъ самой опухоли, имѣющимъ колющій и рѣжущій характеръ, присоединяются еще боли перитонеальныя, вслѣдствіе воспалительныхъ сращеній, образующихся какъ только новообразованіе дойдетъ до брюшины. Маточныя колики могутъ быть также очень непріятны. Если новообразованіе суживаетъ каналъ шейки, то удерживаемое въ маткѣ содержимое вызываетъ временныя, иногда чрезвычайно сильныя боли—маточныя колики. Вслѣдствіе суженія шейки можетъ даже образоваться въ известной степени гематометра и гидрометра.

Большую часть слѣдствіемъ болѣе является особенная твердость брюшныхъ покрововъ, которая характерна въ позднихъ періодахъ рака. Мускулы въ такомъ случаѣ остаются постоянно напряженными, кишки бывають нѣсколько вздуты, такъ что брюшные покровы представляютъ особенную характерную твердость.

Остальныя явленія, о которыхъ слѣдуетъ упомянуть, зависятъ отъ распространенія процесса на сосѣдніе органы. Ракъ обыкновенно переходитъ на переднюю стѣнку влагалища и подвигается къ мочевому пузырю. Вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки мочевого пузыря появляются боли при мочеиспусканіи и частые позывы. Задержаніе мочи въ пузырь происходитъ рѣдко, но гидронефрозъ съ послѣдующимъ заболѣваніемъ почекъ составляетъ очень частое явленіе, такъ какъ мочеточники почти обыкновенно бывають сужены, частью равнымъ разрощеніемъ, частью же вслѣдствіе искривленія и перетяжки брюшинными экссудатами. Если слизистая оболочка мочевого пузыря поражается новообразованіемъ, то образуется катарръ пузыря или дифтеритъ, а по изъязвленіи раковыхъ массъ—фистулы мочевого пузыря со всеми ихъ грустными послѣдствіями.

Ракъ нерѣдко переходитъ и на прямую кишку. Но еще раньше могутъ быть упорныя запоры, или катарръ толстой кишки, если большія опухоли суживають просвѣтъ ея. Если произошло прободеніе, то большую часть образуется флюка, такъ какъ фистула мочевого пузыря обыкновенно образуется ранѣе.

Общее состояніе больной въ началѣ болѣзни и особенно до изъязвленія можетъ быть превосходнымъ. Мало по малу оно ухудшается,

частью вслѣдствіе потери большаго количества крови и соковъ, большею же частью вслѣдствіе разстройства кишечника, которое всегда связано съ раковымъ страданіемъ. Появляются упорные запоры въ иныхъ случаяхъ, и обыкновенно въ болѣе поздній періодъ обильные поносы, потеря аппетита, часто совершенная, и очень обыкновенно рвота. Последняя можетъ быть обусловлена различными причинами, между которыми Gusserow обращаетъ особенное вниманіе на вызывающія тошноту истеченія и уремію, являющуюся послѣдствіемъ суженія мочеточниковъ. Если боли лишаютъ больную сна, бленноррея и потери крови обильны, то наступаетъ крайне кахетическое состояніе съ чрезвычайно сильнымъ исхуданіемъ и отеками.

Большинство больныхъ медленно умираетъ отъ малярии, къ которому иногда присоединяются уремія и септицемія. Часто однако появляющійся перитонитъ убиваетъ больную ранѣе, или картина болѣзни заканчивается пораженіями органовъ дыханія.

Продолжительность болѣзни опредѣлить довольно трудно, такъ какъ начало болѣзни остается незамѣченнымъ; во всякомъ случаѣ она весьма различна. По Arnott'у она продолжается 53,8 недѣли при карциномѣ и 82,7 при канкроидѣ. West и Lebert считаютъ за среднюю продолжительность 15 или 16 мѣсяцевъ, между тѣмъ какъ англійскіе и особенно американскіе авторы считаютъ срокъ болѣе продолжительнымъ. Такъ по Симпсону карцинома длится 2—2½ года, а по Barker'у три года и 8 мѣсяцевъ; послѣдній рассказываетъ объ одной больной съ карциномой,¹⁾ у которой онъ опредѣлилъ ракъ одиннадцать лѣтъ тому назадъ и которая въ состояніи еще посѣщать церковь и оперу, хотя матка у нея почти совсѣмъ разрушена. Въ Германіи такая продолжительность не встрѣчается; мы можемъ принять вмѣстѣ съ Gusserow'ымъ, что карцинома шейки оканчивается смертью чрезъ годъ или полтора послѣ появленія первыхъ припадковъ.

Распознаваніе.

Затрудненія въ распознаваніи бывають собственно въ первомъ періодѣ, пока ракъ не изъязвился, потому что до того времени

¹⁾ По Влау, изъ 93 больныхъ 48 умерли отъ малярии, 27 отъ воспаления брюшины, 11 отъ пневмоніи, 3 отъ плеврита, 3 отъ эмболии легочной артеріи и по одной отъ pyelonephritis, жирового перерожденія сердца, смертвенія легкихъ и pyelephlebitis.

его очень трудно отличить отъ гомологической гипертрофіи шейки. Для отличительнаго распознаванія между обоими состояніями служатъ слѣдующіе признаки.

Консистенція рака, хотя не всегда очень твердая, бываетъ обыкновенно неподатлива, неупруга, между тѣмъ какъ старыя затвердѣнія соединительной ткани могутъ быть гораздо тверже, но всегда нѣсколько эластичнѣе. Притомъ послѣдняя занимаетъ ткань шейки довольно равномерно, при ракѣ же характерны неподатливые твердые узлы, лежащіе въ нормальной ткани. Разумѣется слѣдуетъ остерегаться, чтобы не смѣшать эти узлы съ разбухшими фолликулами, которые могутъ представиться такими же на осязаніе.

При злокачественномъ новообразованіи характерно его отношеніе къ слизистой оболочкѣ, которая хотя и не изъязвлена, но плотно прикрѣплена къ подлежащей ткани и представляется неподвижною. По выраженію Waldeyer'a, «она плотно прибита къ подлежащему слою эпителиальными отростками, какъ гвоздями».

Далѣе ракъ обыкновенно не ограничивается шейкой, какъ доброкачественная гипертрофія, но рано переходитъ на соединительную ткань свода рукава, такъ что границы шейки совершенно исчезаютъ, между тѣмъ какъ при доброкачественной гипертрофіи, всегда можно прощупать довольно ясно хотя толстую шейку, но все-таки рѣзко отдѣляющуюся отъ окружающей соединительной ткани.

Spiegelberg ¹⁾ обращаетъ еще вниманіе на различное отношеніе каждаго изъ этихъ болѣзненныхъ состояній къ прессованной губкѣ: при простой гиперплазии стѣнки шейки размягчаются и разрыхляются, между тѣмъ какъ при раковомъ перерожденіи онѣ остаются безъ измѣненія.

Для распознаванія важно никогда не забывать, что въ такомъ раннемъ періодѣ раковую опухоль приходится видѣть чрезвычайно рѣдко; поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ почти всегда слѣдуетъ предполагать доброкачественное перерожденіе.

Въ исключительныхъ случаяхъ ракъ шейки можетъ образоваться совсѣмъ инымъ путемъ. Такъ Negar ¹⁾ наблюдалъ у одной пациентки 68 лѣтъ раковое перерожденіе, которое обусловило такую гипертрофію шейки, что влагалищная часть выдавалась на три сантиметра изъ наружныхъ половыхъ частей, причемъ слизистая оболочка оставалась нетронутой. Здѣсь подозрительною казалась, кромѣ быстро

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. III, p. 233.

²⁾ Virchow's. Archiv. 1872. B. 55, p. 245.

образованія въ такіе поздніе лѣта, мягкость консистенціи опухоли. Мы сами при вскрытіи послѣ оваріотоміи нечаянно нашли въ верхней части шейки мягкой ракъ, который, большею частью распавшись, образовалъ здѣсь полость, надъ которой проходила гладкая слизистая оболочка канала шейки, причеиъ и влагалищная часть была совершенно нормальная. Киста яичника не содержала и слѣдовъ подозрительной опухоли, тогда какъ желѣзы въ широкихъ связкахъ и забрюшинныя представлялись инфильтрированными ракомъ.

Изъязвленная раковая опухоль, какою она почти исключительно представляется врачебному изслѣдованію, не представляетъ болѣе затрудненій для распознаванія. Только случайно могутъ быть приняты за ракъ распавшіяся фибромы или полипы, но тутъ точное и подробное изслѣдованіе обыкновенно легко выводитъ изъ заблужденія.

Вопросъ, какъ далеко уже распространилась раковая инфильтрація, рѣшается обыкновенно весьма трудно, такъ какъ часто переходой эпителиальный инфильтратъ, а иногда и значительное разрастаніе эпителия, идетъ гораздо дальше, чѣмъ это кажется по изслѣдованію. Особенно на тазовую соединительную ткань новообразованіе переходитъ гораздо глубже, чѣмъ это можно предполагать по изслѣдованію.

Изъ признаковъ начального періода раковаго перерожденія шейки, указанныхъ въ текстѣ, мы считаемъ за исключительно специфической—распространеніе инфильтрата на своды и особенно припуханіе железъ въ широкихъ связкахъ. Семь лѣтъ тому назадъ намъ пришлось ампутировать маточную шейку вследствие гипертрофіи рукавной части. Опухоль не представляла никакихъ признаковъ раковаго характера и была нами удалена какъ простая гипертрофія соединительной ткани. При этомъ прощупывались только въ глубинѣ сводовъ по сторонамъ нѣсколько опухшихъ лимфатическихъ желѣзокъ въ видѣ небольшихъ горошинъ. Такъ какъ опухоль была не особенно тверда, довольно упруга, но своды не инфильтрированы и слизистая оболочка подвижна, то мы имѣли всѣ клиническія данныя для того, чтобы признать опухоль доброкачественною, тѣмъ болѣе, что и теченіе и анамнезъ не противорѣчили этому предположенію. Что касается до вышеупомянутыхъ желѣзокъ, то мы не обратили на нихъ особеннаго вниманія собственно потому, что подобныя железки являются часто временно, напримѣръ, при регулахъ и послѣ нихъ, катарръ канала шейки съ изъязвленіями и т. п. Микроскопическое изслѣдованіе ампутированной опухоли однако показало самымъ несомнѣннымъ образомъ, что это была эпителиома шейки. До настоящаго времени мы не

упускаемъ изъ виду эту большую и изрѣдка изслѣдуемъ ея половые органы. Шейка остается укороченною, довольно твердою, своды совершенно здоровы, какъ и прочія части полового аппарата; но большая блѣдна, малокровна, хотя пользуется вообще относительно порядочнымъ здоровьемъ. Ей 39 лѣтъ, она бездѣтна, 19 лѣтъ замужемъ и между родными ея не было никого страдавшаго ракомъ. Конечно такіе случаи рѣдки еще болѣе потому, что не всякую ампутированную опухоль, особенно принимаемую за доброкачественную, изслѣдуютъ подъ микроскопомъ.

Ред.

Предсказаніе.

Къ несчастью, врядъ-ли можно ошибиться, ставя въ каждомъ случаѣ при точномъ распознаваніи безусловно неблагоприятное предсказаніе, такъ какъ произвольное исцѣленіе едва-ли возможно, а выздоровленіе послѣ операціи бываетъ крайне рѣдко, хотя быть можетъ только потому, что операція производится слишкомъ поздно. При этомъ крайне бѣдственное положеніе больной тянется иногда чрезвычайно долго, страданія становятся мучительны, сонъ исчезаетъ, похуданіе достигаетъ крайнихъ предѣловъ, тяжелый запахъ становится невыносимымъ и для окружающихъ и для самой больной; въ иныхъ случаяхъ внезапная смерть отъ перитонита или пневмоніи налагаетъ желанный конецъ невыносимымъ страданіямъ.

Леченіе.

Само собою разумѣется, что прежде всего слѣдуетъ стремиться къ радикальному излеченію рака, хотя, къ сожалѣнію, это достигается очень рѣдко. Леченіе возможно только оперативное, такъ какъ намъ до сихъ поръ неизвѣстны внутреннія средства, обладающія свойствомъ измѣнять направленіе этого ненормальнаго разращенія кѣлѣтокъ и такъ какъ въ самомъ началѣ раковаго новообразованія, когда страданіе представляется чисто мѣстнымъ, а ргіогі нельзя и ожидать результатовъ отъ внутреннихъ средствъ.

Операція предпринимается чрезъ влагалище ¹⁾. Лучшаго исхода

¹⁾ Объ оперативномъ удаленіи всей матки посредствомъ лапаротоміи не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ операція эта можетъ быть произведена лишь въ томъ случаѣ, когда можно оставить по крайней мѣрѣ маточную шейку, при ракѣ же эта послѣдняя и есть заболѣвшая часть и должна быть удалена прежде всего.

можно ожидать въ томъ случаѣ, если опухоль влагалищной части представляется сидящей на ножкѣ и еще не проникла глубоко въ существо губы, слѣдовательно въ видѣ конглоида или злокачественной формы разрастанія въ видѣ цвѣтной калусты Clarke (см. фиг. 96).

Въ подобныхъ случаяхъ безъ сомнѣнія является настоящее показаніе удаленія опухоли какъ можно скорѣе, причемъ разрѣзъ ведется по здоровымъ тканямъ. Всего удобнѣе оперировать въ томъ случаѣ, если матка можетъ быть безъ труда смѣщена внизъ такъ, чтобы ампутуруемая часть лежала передъ наружными половыми частями. Во всякомъ случаѣ это искусственное выпаденіе примѣнимо лишь тогда, когда раковая опухоль, сидящая на шейкѣ, имѣетъ ножку, сводъ же рукава совершенно свободенъ и если матка поддается умѣренному влеченію посредствомъ проволочной петли или лучше двойныхъ Мюзеевскихъ щипцовъ. Матку фиксируютъ выше мѣста отсѣченія, отрѣзаютъ опухоль ножомъ или ножницами и сильно прижигаютъ поверхность разрѣза каленымъ желѣзомъ. Последнее, т. е. прижиганіе, безусловно необходимо даже и въ тѣхъ случаяхъ, если разрѣзъ прошелъ въ здоровыхъ повидимому частяхъ, такъ какъ раковыя гнѣзда могутъ вдаваться довольно глубоко въ ткань, повидимому здоровую во всѣхъ отношеніяхъ.

Если операція производится *in situ*, то шейку лучше всего удалять проволочнымъ экразеромъ или гальванокаустическою рѣзущою петлею, если не желаютъ употребить острыхъ ложечекъ, о которыхъ будетъ сказано ниже, такъ какъ цѣпной экразеръ, захватывающій въ петлю сосѣдную слизистую оболочку, долженъ быть рѣшительно оставленъ, а операція ножомъ или ножницами при подобныхъ обстоятельствахъ не можетъ обойтись безъ значительной потери крови. Рана послѣ проволочнаго экразера, даже если не кровоточитъ, должна быть сильно прожжена каленымъ желѣзомъ.

Безъ сомнѣнія, случаи полного выздоровленія, даже если операція была произведена и при подобныхъ обстоятельствахъ, весьма рѣдки.

Полное исцѣленіе послѣ операціи видѣли при карциномѣ на ножкѣ: *Ziemssen*, *Virchow's Archiv*. 1859. В. 17, р. 333 (смерть чрезъ 17 лѣтъ отъ пневмоніи); *C. Mayer*, *Langenbeck*, *Martin M. f. Geb.* В. 18, р. 16. *Mikschik*, *Zeitschr. d. Des. d. Wiener Aerzte* 1856. р. 52 (смерть чрезъ 10 лѣтъ отъ рака желудка; *Simpson*, *Clin. lect. on diseases of women*. Edinb. 1872. р. 178. и р. 199. (прижиганіе сѣрнокислымъ цинкомъ); *Boulton*, е. 1. р. 201 (разрушеніе полуторо-хлористымъ желѣзомъ); *Barker*, l. c. (*Hydrargyrum nitricum*)

Weatherly, New-Orleans J. of Med. Octob. 1869; *Mettauer*. Boston med. a surg. J. March. 10. 1870 (Hydrargyrum nitricum), *Scharlau* Berl. Beitr. z. Gerb. u Gyn. II. p. 23; *Martin*, Berl. Klin Woch. 1873. № 28 (два случая); *Byrne*, Amer. J. of. Obst. OB. p. 727 и VI, p. 112 и мы въ случаяхъ изображенныхъ на рис. 96 и 97.

Если новообразованіе распространилось дальше, такъ что захватило верхнюю часть шейки или перешло на соединительную ткань влагалищнаго свода, то шансы на радикальное излеченіе безъ возврата весьма слабы. Впрочемъ въ виду крайне неблагоприятнаго предсказанія при рагѣ, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ остается хотя какая-нибудь надежда, слѣдуетъ прибѣгать къ полной экстирпаціи раковаго инфильтрата. Это показуется тѣмъ настоятельнѣе, чѣмъ болѣе представляется возможность полнаго удаленія пораженныхъ частей, хотя бы при помощи послѣдующаго прижиганія раненой поверхности, такъ какъ операція всегда оказываетъ положительно благоприятное дѣйствіе на теченіе болѣзни и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оставшіяся раковыя массы продолжаютъ размножаться. Вслѣдствіе операціи не только останавливается на долгое время кровотеченіе и отдѣленіе гноя, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ уменьшаются и боли, но и самое новообразованіе, если вырѣзываніе и прижиганіе было произведено какъ слѣдуетъ, начинаетъ расти гораздо медленнѣе.

Ножъ и ножницы конечно недостаточны для такой полной экстирпаціи, такъ какъ новообразованіе внѣдряется въ здоровую ткань многочисленными отростками.

Всего лучше удалить возможно большую часть опухоли однимъ изъ наиболѣе употребительныхъ способовъ, и затѣмъ оставшуюся часть стараться уничтожить фдкими веществами, притомъ дѣйствующими по преимуществу на эпителиальныя образованія, а слѣдовательно и на карциноматозныя массы и слабѣе на соединительную ткань. Такимъ средствомъ Simpson ¹⁾ считалъ прежде сѣрнистый цинкъ. Skene ²⁾ предложилъ хлористый цинкъ, изъ котораго онъ приготовлялъ тѣсто, смѣшивая его съ крахмаломъ, и высушенные куски образовавшагося тѣста вводилъ въ надрѣзы пораженныхъ частей. Мы употребляемъ около года предложенный англичанами спиртный растворъ брома и нашли, что мѣстное дѣйствіе его такъ превосходно, что можемъ рекомендовать его съ полною увѣренностью.

¹⁾ Med. Times. Jan. 17. 1857.

²⁾ Amer. J. of. Obst. II, p. 218.

Мы употребляемъ его во всѣхъ случаяхъ, когда разрушеніе еще не слишкомъ значительно, такъ какъ это ѣдкое средство, какъ видно изъ изслѣдованій Henneberg'a ¹⁾, обладаетъ свойствомъ дѣйствовать особенно разрушительно на раковыя гнѣзда и видѣли при этомъ относительно хорошіе результаты.

Routh ²⁾ первый предложилъ спиртный растворъ брома при ракъ матки въ 1866 году. Онъ смѣшиваетъ 10 частей алкоголя съ одной частью брома (приготавливать смѣсь надо очень осторожно, такъ какъ при этомъ легко можетъ произойти взрывъ), напитываетъ этою смѣсью тампоны и приводитъ ихъ въ соприкосновеніе съ поверхностью разрѣза на 48 часовъ. Wynn Williams ³⁾ беретъ 1 ч. брома на 5 ч. спирта и дѣйствуетъ этою смѣсью при поверхностной карциномѣ на изъязвленное мѣсто помощью ватнаго тампона или при болѣе твердыхъ опухоляхъ впрыскиваетъ эту смѣсь въ самую тѣнь. Въ первомъ случаѣ онъ покрываетъ тампонъ каучукомъ и оставляетъ его лежать различное время, отъ десяти минутъ до двухъ часовъ, а затѣмъ впрыскиваетъ въ рукавъ весьма слабый растворъ брома. Собственный органъ обонянія онъ защищаетъ небольшими кусочками ваты, напитанными растворомъ соды. Крѣпкій растворъ мало по малу теряетъ свой цвѣтъ, но все-таки не утрачиваетъ по Wynn Williams своего дѣйствія, въ чемъ мы положительно сомнѣваемся, судя по нашимъ опытамъ.

При операціи разлитой формы рака мы поступаемъ слѣдующимъ образомъ:

Такъ какъ раковая инфильтрація шейки и ея окружности не даетъ возможности вытянуть матку наружу, то оперировать приходится на мѣстѣ. Если представляются большія опухоли, то ихъ снимаютъ, на сколько возможно, ближе къ основанію ножницами, проволочнымъ экразеромъ или гальванокаустической рѣзущей петлею. Если такихъ опухолей нѣтъ и представляется скорѣе раковая язва, чѣмъ опухоль, или если перерожденная шейка представляется такою крошечною, что ее не удобно захватить, то мы съ большимъ удобствомъ употребляемъ острия ложки Симона (см. рис. 102) и, на сколько



Фиг. 102.

Острия ложки Симона.

¹⁾ Dis. inaug. Erlangen. 1874.

²⁾ Lancet. 1066. II. № 17. London Obst. Tr. 1867. Ool. VIII. p. 290 и Bell. med. J. Febr. и Mareh. 1870.

³⁾ London Obst. Fr. Vol. XII. b. 249.

возможно, выскабливаемъ ими новообразование. Въ случаяхъ мягкаго рака мозговика это удастся весьма легко, такъ что вслѣдъ затѣмъ уже не можетъ быть употреблено каленое желѣзо, потому что ложками можно проникнуть слишкомъ глубоко и даже захватить сосѣднія части — мочевой пузырь, прямую кишку, брюшину. Мы проникали острой ложкой такъ глубоко, что образовавшаяся полость отдѣлялась отъ мочевого пузыря и прямой кишки на большемъ пространствѣ только не тронутой слизистою оболочкою этихъ органовъ. Если въ новообразованіи значительно развита соединительная ткань, то выскабливаніе раковыхъ массъ ложкою не такъ легко, потому что соединительная ткань раковой опухоли представляетъ такое же противодѣйствіе, какъ и нормальная ткань. Въ такихъ случаяхъ, а также вообще, когда остаются ясно прощупываемыя части новообразования, мы употребляемъ тотчасъ послѣ экстирпаціи каленое желѣзо. Къ оставшимся частямъ мы прикладываемъ одинъ прижигатель за другимъ (обыкновенно 20—30), пока не убѣдимся, что вся пораженная часть выжжена и въ шейкѣ образуется глубокой кратеръ.

Какъ только струпу, образовавшийся послѣ прижиганія, начинаютъ отпадать, къ поверхности раны прикладываютъ концентрированный растворъ брома въ спиртѣ (1 ч. брома и 5 ч. спирта), чтобы разрушить раковыя гнѣзда, которыя могли остаться въ здоровой ткани. Хорошо пропитанный этимъ растворомъ ватный тампонъ прикладываютъ къ поверхности раны и покрываютъ другимъ тампономъ съ *Natr. bicarbonicum*. Послѣдній нейтрализуетъ истекающій растворъ брома и тѣмъ препятствуетъ развѣданію стѣнокъ рукава. Впрочемъ, слишкомъ бояться дѣйствія раствора брома на здоровыя части не слѣдуетъ, такъ какъ онъ развѣдаетъ только слизистую оболочку и никогда не производитъ болѣе глубокихъ разрушеній. Прежде мы оставляли тампонъ съ бромомъ въ соприкосновеніи съ раненой поверхностью лишь на короткое время, въ настоящее время мы оставляемъ его лежать 24 часа.

Если еще остаются большіе раковые узлы или показываются новыя разрощенія, то мы впрыскиваемъ растворъ брома въ самую паренхиму новообразования, подкожнымъ шприцемъ съ длинною иглой, какіе были предложены уже давно для впрыскиванія уксусной кислоты и раствора ляписа. Вслѣдъ затѣмъ отпадаютъ большіе омертвѣлые куски новообразования.

Мы повторяемъ прикладываніе ѣдкихъ веществъ по крайней мѣрѣ чрезъ восемь дней, въ продолженіе которыхъ впрыскиваемъ

слабый растворъ брома (брома 1 ч., алкоголя 5 ч., *Au. destil.* 500 ч.).

Острыя ложки употреблялись и прежде для другихъ цѣлей, такъ *Sedillot*'омъ для выскабливанія каріозныхъ костей и *Volkmann*'омъ для выскабливанія язвъ. *Resamier* предложилъ свою „*curette*“ для выскабливанія доброкачественныхъ грануляцій на внутренней поверхности матки. *Sir James Y. Simpson* по замѣчанію Александра Р. Симпсона, издателя *Clin Lect. on diseases of women*, выскабливаетъ ногтемъ или ложечкой глубоко распространившіяся карциномы съ цѣлью задержать дальнѣйшее развитіе новообразованія и дать возможность больнымъ оправиться отъ изнурительныхъ истеченій. Въ послѣднее время *Simon* ¹⁾ предложилъ цѣлый ассортиментъ острыхъ ложекъ различной величины для выскабливанія раковыхъ образованій изъ полостей тѣла и мы можемъ подтвердить, что употребленіе ихъ легко примѣнимо, вѣрно и сравнительно не опасно, такъ какъ ложки выскабливаютъ только карциноматозную ткань, а не здоровую. Опыты *Munde* ²⁾ были также весьма благопріятны.

Вопросъ, чаще ли наступаетъ полное выздоровленіе при употребленіи выше описаннаго способа, чѣмъ при другихъ, мы должны оставить нерѣшеннымъ. Въ одномъ случаѣ (см. рис. 96 и 97), который впрочемъ представлялъ довольно хорошіе шансы на выздоровленіе, такъ какъ ракъ былъ на ножкѣ, выходящей изъ передней губы, больная выздоровѣла и до настоящаго времени, т. е. спустя годъ съ четвертью, не имѣла рецидива. Въ другомъ случаѣ, гдѣ инфильтратъ уже перешелъ частью на соединительную ткань, больная сдѣлалась жертвою перитонита, не зависѣвшаго отъ операціи, и по вскрытіи при изслѣдованіи подъ микроскопомъ не оказалось и слѣда раковаго происхожденія. Въ другихъ случаяхъ, оперированныхъ нами, мы не достигли полнаго выздоровленія, но тутъ перерожденіемъ была занята большая часть шейки и оно успѣло распространиться далѣе на тазовую влѣтчатку.

Во всякомъ случаѣ, судя по видѣнному нами, мы утверждаемъ, что растворъ брома имѣетъ отличное мѣстное дѣйствіе. Мы сами достигли въ вышеупомянутомъ случаѣ, гдѣ острой ложкой была произведена громадная рана, простиравшаяся отъ мочеваго пузыря до прямой кишки, такого полнаго мѣстнаго исцѣленія, что при изслѣдованіи зеркаломъ видна была только здоровая слизистая оболочка, хотя новообразованіе между тѣмъ распространилось далѣе

¹⁾ *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* 1872. B. 1 p. 17.

²⁾ *Amer. J. of Obst.* V. p. 309.

зверху. Мѣстное дѣйствіе этого средства тѣмъ болѣе драгоцѣнно, что уменьшаетъ кровотеченія и волючія отдѣленія, вслѣдствіе чего поправляется питаніе и возстановляются силы больной.

Поэтому мы самымъ рѣшительнымъ образомъ стоимъ за хорошее вліяніе операціи, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя удалить всю пораженную ткань, и не можемъ согласиться съ Spiegelberg'омъ¹⁾ что ослабляющее вліяніе операціи значительнѣе, чѣмъ получаемая польза; но полагаемъ наоборотъ, что кровотеченія служатъ показаніемъ къ операціи, такъ какъ обыкновенно очень умѣренное кровотеченіе во время операціи гораздо менѣе обильно, чѣмъ потеря крови въ продолженіе нѣсколькихъ дней до операціи и такъ какъ затѣмъ кровотеченіе положительно останавливается на долгое время.

Нерѣдко очень многого можно достигнуть простой ампутаціей съ послѣдующимъ энергическимъ употребленіемъ каленаго желѣза, такъ какъ сильное прижиганіе измѣняетъ характеръ опухоли такимъ образомъ, что быстро разрастающійся и распадающійся мозговикъ превращается въ плотную скirrosную опухоль. Здѣсь конечно необходимо самое энергичное употребленіе каленаго желѣза, чтобы рана могла зажить плотнымъ рубцомъ, поверхностное же прижиганіе желѣзомъ служить лишь новымъ раздражителемъ и вызываетъ усиленное разращеніе новообразованія.

Лучшіе результаты достигаются послѣдующимъ леченіемъ бромомъ, такъ какъ здѣсь представляются болѣе благопріятные шансы для радикальнаго удаленія новообразованія, и мѣстное заживленіе идетъ чрезвычайно быстро. Это леченіе не примѣнимо, когда разрушеніе уже значительно, особенно если уже произошло или угрожаетъ прободеніе мочеваго пузыря или прямой кишки.

Въ подобныхъ случаяхъ, и вообще когда оперативное пособіе не покажется или же не можетъ быть примѣнено, слѣдуетъ бороться съ припадками инымъ путемъ.

Болѣе всего опасны кровотеченія, которыя надолго устраняются лишь оперативнымъ путемъ. Тутъ первое мѣсто послѣ операціи по дѣйствительности занимаетъ *Liquor ferri sesquichl.* Лучше всего и удобнѣе употреблять его, наливая просто въ маточное зеркало, въ просвѣтъ котораго вставлена раковая язва, и оставлять тамъ на нѣсколько минутъ для дѣйствія. Незначительныя кровотеченія могутъ быть остановлены спринцеваніемъ холодною водою съ уксусомъ, что

¹⁾ Arch. f. G. B. V, p. 411.

особенно выгодно тѣмъ, что больная сама можетъ спринцеваться. Тоже самое можно сказать и о слабыхъ растворахъ полуторохлористаго желѣза. Суппозиторіи съ таниномъ могутъ дѣйствовать оставливающимъ образомъ лишь при незначительныхъ кровотеченіяхъ. Внутренніе приемы полуторохлористаго желѣза, спорыньи и т. п. при подобныхъ кровотеченіяхъ едва-ли помогаютъ, а тампонированіе не примѣнимо уже потому, что дѣйствуетъ только пока тампонъ лежитъ въ рукавѣ, и кромѣ того увеличиваетъ гнилостный распадъ.

Заглушить противный запахъ гнилостныхъ истеченій пахучими веществами удастся лишь весьма немного. Запахъ скорѣе можно уменьшить частыми спринцеваніями въ рукавъ, чтобы не давать застаиваться отдѣлимому. Если спринцевать дезинфицирующими веществами (бромомъ, карболовой кислотой, *kalı hypermanganic.*), то состояніе больной въ этомъ отношеніи можетъ быть сноснымъ даже при обширныхъ изъязвленіяхъ. Неприятныя слѣдствія ѣдкихъ истеченій на наружныхъ половыхъ органахъ и бедрахъ, кромѣ означенныхъ спринцеваній рукава, можно до извѣстной степени ограничить соблюденіемъ самой изысканной чистоты и тепловатыми полуваннами.

Невыносимый припадокъ во многихъ случаяхъ составляютъ день и ночь продолжающіяся боли; ихъ унимаютъ обыкновенными способами. При этомъ къ морфію слѣдуетъ прибѣгать возможно позже, такъ какъ въ противномъ случаѣ, при долго тянущемся заболѣваніи, въ послѣднее время приходится употреблять невѣроятныя количества этого средства. Кромѣ внутренняго и подкожнаго употребленія особенно хороши суппозиторіи съ морфіемъ въ прямую кишку и небольшіе клистиры приблизительно изъ 50 граммовъ съ 10—15 каплями опійной настойки. Хлораль иногда даетъ покойный сонъ.

Demarquay, Barker¹⁾ и Völker²⁾ предлагали Iodoform именно при рагѣ матки. Суппозиторіи съ этимъ средствомъ, приготовленные по извѣстной формулѣ, вводятся въ рукавъ.

Введеніе во влагалище струи паровъ хлороформа или углекислоты хлопотливо и мало дѣйствительно.

Очень важно постоянно заботиться о жидкихъ испраженіяхъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда большія раковыя массы служатъ просвѣтъ прямой кишки. Вниманіе должно быть обращено и

¹⁾ l. c. Iodoform 0,6, But. Cacao 4,0. Glycerin, gtt. V.

²⁾ Bull. gén. de thérap. 1869. 15. Dec. Iodoform. 0,5, But. Cacao 10,0.

на отдѣленіе мочи. Если количество ея слишкомъ мало, то пока еще не наступила рвота, больныя должны принимать большія количества углекислыхъ водъ и имъ слѣдуетъ предписать другія мочегонныя средства.

Упадокъ силъ и раковую кахецію можно предотвратить на довольно долгое время хорошимъ питаніемъ, умѣреннымъ движеніемъ и пребываніемъ на свѣжемъ воздухѣ, заботясь въ тоже время объ уменьшеніи кровотеченій и отдѣленій вышесказанными способами.

Ракъ тѣла матки.

Simpson, Edinb. med. J. April 1864 und Sel. Obst. a Gyn. W. Edinburgh 1871. p. 763 u. 768. — Szukits, Zeitsch. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1857. p. 414.—Strobel, Ein Fall von Carcinom des Uterus grundes. D. i. Erlangen. 1857. — Wagner, Der Gebärmutterkrebs. Leipzig, 1858. p. 122.—Förster, Scanzoni's Beiter. 1860. IV. p. 30.—Saxinger, Prager, Viertelj. 1867 I. p. 118. — Blau, Einiges pathol.-anat. über den Gebärmutterkrebs. D. i. Berlin. 1870. (Fall 17, 32, 33, 34, 51, 88). — Spiegelberg, Arch. f. Gyn. B. VI, p. 123.

Прежде всего мы замѣтимъ, что точное описаніе картины рака тѣла матки весьма трудно, такъ какъ точныхъ наблюденій по этому предмету очень мало.

Мы изложимъ картину этой болѣзни на основаніи двухъ собственныхъ и нѣсколькихъ чужихъ наблюденій, взятыхъ изъ литературы и казавшихся намъ болѣе вѣрно описанными.

Причины.

Извѣстно, что ракъ тѣла матки сравнительно съ ракомъ шейки встрѣчается крайне рѣдко. Сообщить что-либо болѣе точное относительно частоты его появленія чрезвычайно трудно, такъ какъ, съ одной стороны, сообщенія наблюдателей весьма разнорѣчивы (Szukits заявляетъ, что изъ 420 случаевъ рака матки, пользовавшихся имъ въ Вѣнскомъ женскомъ отдѣленіи, только разъ ракъ находился въ тѣлѣ, между тѣмъ Blau описываетъ шесть подобныхъ случаевъ изъ девяноста трехъ), а съ другой стороны, болѣе часто встрѣчающаяся саркома тѣла матки нерѣдко смѣшивалась съ карциномой. Такъ какъ единицы чаще обращаютъ вниманіе на рѣдкіе случаи, чѣмъ на обыкновенные, то свѣдѣнія о томъ, какъ часто появляется это новообразованіе, можно извлечь только изъ протоко-

ловь вскрытія. Если мы возьмемъ числа Blau, Eppinger'a, Szukits'a, Lebert'a и Willigk'a, то найдемъ, что изъ 686 раковыхъ опухолей матки только 13 находились въ тѣлѣ, слѣдовательно менѣе 2⁰/₁₀₀.

Ракъ тѣла гораздо болѣе рака шейки свойственъ преклоннымъ лѣтамъ и является преимущественно послѣ остановки регулъ. Мы не находимъ изъ 16 случаевъ, которые намъ кажутся достовѣрными и гдѣ показанъ возрастъ, ни одной больной моложе сорока лѣтъ; только 6 находились въ возрастѣ между 40 и 49, 9 между 50 и 59 и 3 между 60 и 70 годами. Далѣе очень важное отличіе его отъ карциномы шейки состоитъ въ томъ, что это злокачественное заболѣваніе тѣла матки подобно саркомѣ появляется замѣчательно часто у нерожавшихъ. Изъ 13 больныхъ, о которыхъ мы имѣемъ такіа свѣдѣнія, 5 никогда не рожали, 1 одинъ разъ, 3 два раза, 1 три раза, а три остальныхя означены просто многорожавшими.

Патологическая анатомія.

Ракъ тѣла является въ двухъ различныхъ формахъ: въ видѣ ограниченныхъ круглыхъ гнѣздъ въ паренхимѣ матки или въ видѣ разлитой раковой инфильтраціи, постепенно захватывающей все тѣло и дно матки. Круглыя гнѣзда первой формы, величиной отъ лѣснаго до грецкаго орѣха и болѣе, скоро размягчаются, подвергаются некротическому распаду и вскрываются или въ полость матки, гдѣ они ощупываются въ видѣ зернистыхъ массъ и откуда постепенно выталкиваются, или наружу. Прободенію наружу обыкновенно предшествуютъ спайки съ сосѣдними органами или инкапсулированіе ложными перепонками. Несмотря на это, однако часто происходитъ вслѣдствіе прободенія острый перитонитъ съ смертельнымъ исходомъ. Иногда образуются сращенія и прободенія въ различныя части кишечника и въ мочевоу пузырь. Наконецъ между задней стѣнкой таза и лоннымъ соединеніемъ можетъ образоваться совершенно особая полость, отдѣленная отъ брюшной полости ложными перепонками, въ которой и лежатъ инкапсулированныя такимъ образомъ распавшіяся массы; такъ что все тѣло матки можетъ разрушиться и вмѣсто полости матки остается вновь образованная полость съ смертвѣлымъ содержимымъ.

Разлитая инфильтрація тѣла матки (см. Рис. 104) гораздо труднѣе подвергается распаду, такъ что здѣсь скорѣе происходитъ образованіе раковой опухоли, но и тутъ сдавленная со всѣхъ сторонъ

слизистая оболочка быстро омертвѣваетъ, а затѣмъ слѣдуетъ гнойное распаденіе и омертвѣніе новообразованныхъ массъ со стороны полости матки.

Послѣдовательно ракъ можетъ перейти на шейку вслѣдствіе непосредственнаго распространенія и на всѣ прочіе сосѣдніе органы (брюшину, мочевой пузырь, кишечникъ, фаллопиевы трубы, яичники). Метастазы въ другихъ органахъ, особенно въ рукавѣ, железахъ, яичникахъ, бывають также нерѣдко.

Припадки.

Первый припадокъ, какъ и при ракѣ шейки, состоитъ въ *кровотеченіи*. Кромѣ того почти обыкновенно появляется истеченіе, иногда очень обильное, водянистой жидкости, въ другихъ случаяхъ болѣе гнойной и вонючей. Впрочемъ истекающая жидкость можетъ имѣть цвѣтъ воды послѣ промывки мяса и не имѣть ни малѣйшаго дурнаго запаха. Кровотеченій и выдѣленій можетъ даже совсѣмъ не быть. Отдѣлимое пріобрѣтаетъ наиболѣе дурной запахъ, когда размягченные раковые узлы опоражниваются въ полость матки и выводятся изъ нея постепенно при потужныхъ боляхъ.

Боли могутъ быть весьма различны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ихъ совсѣмъ не бываетъ, иногда же онѣ не похожи на настоящія раковыя боли, а имѣють сходство съ болями, бывающими и при другихъ опухоляхъ матки, именно: въ крестцѣ и нерѣдко въ одной или обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Появляющіеся въ опредѣленный часъ дня чрезвычайно сильныя пароксизмы болей, которые Simpson считаетъ характерными при ракѣ тѣла матки, бывають не особенно часто. Это ничто иное, какъ маточныя колики, вызванныя ненормальнымъ содержимымъ ея полости. Это содержимое можетъ состоять изъ раковыхъ массъ, отдѣлившись въ полость матки, или само новообразованіе, разростаясь, значительно растягиваетъ матку, или же, наконецъ, каналъ матки закупоривается опухолью, вслѣдствіе чего задерживаються выдѣленія.

Позднѣе присоединяются перитонеальныя боли, вслѣдствіе прониканія новообразованія въ серозный покровъ матки.

При изслѣдованіи находятъ матку, по крайней мѣрѣ вначалѣ, равномерно увеличенною (см. Рис. 103), позднѣе на ней выступаютъ бугристыя возвышенія или она теряетъ рѣзкія границы вслѣдствіе многочисленныхъ сращеній съ сосѣдними органами. Увеличе-

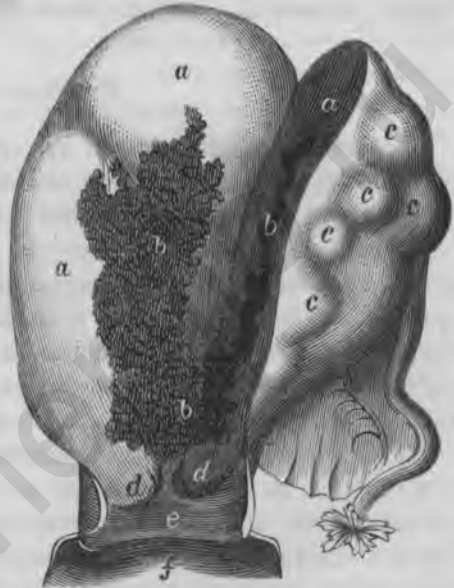
ніе объема большею частью бывает умеренное, но может достигнуть величины матки въ послѣдніе мѣсяцы беременности.

При внутреннемъ изслѣдованіи шейка обыкновенно представляется неизмѣненной; она можетъ быть проходима или по крайней мѣрѣ легко растяжима, такъ что можно прощупать въ полости матки и удалить оттуда кусочки раковыхъ массъ.



Фиг. 103.

Ракъ тѣла, равномерно увеличившій матку.



Фиг. 104.

Ракъ тѣла. Случай изображенный на фиг. 103 послѣ самоубійства больной, послѣдовавшаго черезъ 2 мѣсяца. *a* раковое новообразование. *b* распадъ его *c* вылячивающіеся наружу раковые узлы. *d* нижняя граница новообразования. *e* нормальная нижняя часть шейки. *f* влагалище.

Вліяніе на общее состояніе больной часто оказывается довольно поздно, такъ что вначалѣ питаніе больной можетъ быть весьма хорошо.

Распознаваніе.

Если изъ полости матки не выдѣляются отдѣльныя массы опухоли, то распознаваніе часто бываетъ весьма трудно. При равномерномъ увеличеніи матки и отсутствіи вонючихъ истеченій опухоль можетъ быть легко принята за фиброму; однако намъ удалось,

въ случаѣ представленномъ на рис. 103, вѣрно опредѣлить злокачественное новообразованіе при отсутствіи вонючаго истеченія, собственно потому, что равномерно увеличенная матка представлялась особенно эластическою, сильно напряженною, какъ при гидрометрѣ и гематометрѣ, а не при фибромахъ. Но такъ какъ два послѣднихъ состоянія мы могли исключить, а аргюмѣ слѣдовало принять, что злокачественное новообразованіе сильнѣе растягиваетъ матку, чѣмъ доброкачественное, то мы діагностировали саркому, между тѣмъ какъ при вскрытіи, послѣдовавшемъ сравнительно въ раннемъ періодѣ вслѣдствіе самоубійства больной, оказалась раковая инфильтрація стѣнокъ матки, изображенная на рис. 104.

Затѣмъ въ пользу злокачественнаго новообразованія говоритъ то обстоятельство, что матка, вначалѣ равномерно увеличенная, представляетъ бугристыя выпячиванія и срастается съ сосѣдними органами.

Распознаваніе становится менѣе труднымъ, когда появляется вонючее истеченіе. Но и тогда нельзя съ точностью распознать злокачественное новообразованіе, потому что тѣ же явленія могутъ быть при омертвѣвшей фибромѣ; даже если все говоритъ въ пользу злокачественности новообразованія, то раковая опухоль точно можетъ быть опредѣлена только въ томъ случаѣ, если есть возможность изслѣдовать куски опухоли подъ микроскопомъ, такъ какъ и саркома слизистой оболочки матки можетъ сопровождаться совершенно подобными же припадками.

Леченіе.

Лечить этихъ больныхъ, приговоренныхъ къ неизбѣжной смерти, можно только симптоматически, такъ какъ добраться до мѣста страданія нѣтъ возможности. Вопросъ о томъ, насколько оправдываетъ ожиданія экстирпація матки путемъ лапаротоміи при своевременно поставленномъ и вѣрномъ распознаваніи, должно считать еще нерѣшеннымъ.

Показаніе къ операціи можетъ быть рационально только въ томъ случаѣ, когда новообразованіемъ захвачено одно тѣло матки: здѣсь еще можно надѣяться на полное удаленіе злокачественнаго новообразованія операціей, которая хотя конечно и опасна, но отнюдь не абсолютно смертельна.

Если истеченіе имѣетъ вонючій запахъ, то обыкновенно уничтожить этотъ запахъ невозможно, такъ что остается дѣлать очиститель-

тельные спринцеванія во влагалище и обмываніе наружныхъ половыхъ частей, чтобы защитить ихъ отъ раздражающаго дѣйствія ихорознаго отдѣлимаго.

Впрочемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится содѣйствовать усиліямъ самой природы—удалить массы изъ полости матки, расширяя шейку прессованной губкой и удаляя доступныя части новообразованія пальцемъ или острой ложкой. Этимъ нерѣдко достигается временное прекращеніе самыхъ тяжелыхъ припадковъ (ихорознаго истеченія, болей, кровотеченія) и наступаетъ улучшеніе на нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ.

По наблюденію д-ра Горвица (Клиническія записки по Гинекологіи. 1871 г. стр. 248) изъ 82 случаевъ рака матки въ 71 исходною точкою новообразованія была шейка матки, а въ 11 внутренняя поверхность матки и передняя или задняя стѣнна канала шейки. — Этимъ свойствомъ, т. е. развитіемъ изъ какой-нибудь точки внутренней поверхности матки, отличается только одна форма рака, такъ называемая скіррозная. — Изъ этихъ 82 случаевъ рака въ 26 былъ волокнистый ракъ, въ 40 энцефаломъ и въ 10 эпителиомъ. — Что касается до частоты появленія рака матки въ Петербургѣ, то по мнѣнію д-ра Горвица, ракъ матки составляетъ 3,89% заболѣваній.

Наши наблюденія, меньшія числомъ, показываютъ, что на шейкѣ матки развивается по преимуществу эпителиомъ, а на внутренней поверхности ея, т. е. на слизистой оболочкѣ—злокачественная папиллома (канкроидъ) и ворсистый мягкій ракъ (изъ полости матки). — Мы наблюдали въ общемъ числѣ довольно много случаевъ рака между приходящими больными, которые по большей части весьма недолго оставались подъ наблюденіемъ и затѣмъ исчезали. Діагностика была поставлена въ этихъ случаяхъ исключительно на основаніи клиническихъ явленій, а потому мы не придаемъ имъ большаго значенія. Изъ числа 19, болѣе точно обследованныхъ, гдѣ діагностика провѣрялась микроскопическими изслѣдованіями, мы нашли въ 13 эпителиомъ, въ 1 *carcinoma vulgare*, въ 2 мягкій ракъ (*s. medullare*), въ 1 скірръ и въ 2 злокачественную папиллomu. — Развитіе рака изъ полости матки (медулярный ракъ) мы наблюдали всего одинъ разъ.

Что касается до леченія, то мы съ большою пользою употребляли прижиганіе растворами брома, хотя менѣе крѣпкими, нежели рекомендуетъ авторъ руководства. Мы брали обыкновенно для напитыванія там-

пона 10⁰/₀—30⁰/₀ растворъ, а для спринцеванія и промывки язвъ 1⁰/₀ растворъ. Мы конечно не можемъ сказать, что излечили хотя одинъ разъ настоящій ракъ этимъ средствомъ, но смѣло рекомендуемъ его, какъ средство, значительно задерживающее распространеніе новообразованія и способствующее заживленію раковыхъ язвъ. Въ одномъ случаѣ, еслибы не было сдѣлано предварительно микроскопическое изслѣдованіе, мы положительно усомнились бы въ томъ, что имѣли дѣло съ раковою язвою: до того паразитально быстро послѣдовало заживленіе. Для впрыскиванія въ ткань мы употребляли 5⁰/₀ растворъ, но и тотъ въ иныхъ случаяхъ вызывалъ слишкомъ быстрое разрушеніе ткани, а потому мы замѣнили его болѣе слабымъ.

Ред.

Саркома матки.

Mayer und Virchow, M. f. Geb. B. 13, p. 179 —Virchow, Die krankhafter Geschwülste. B. II, p. 350.—L. Mayer, M. f. Geb. B. 17, p. 186.—Hardy, Dublin Journal. May 1864.—Ahlfeld, Wagner's Archiv f. Heilk. 1867, p. 560. — Veit, Frauenkrankheit. 2 Aufl. p. 413. — West, Lehrb. d. Frauenkrankh. Deutsch von Langenbeck. 3. Aufl. Göttingen. 1870. p. 406.—Langenbeck, M. f. Geb. B. 15, p. 173. — Sclyphassowsky, Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht über 1868. p. 604.—Gusserow, Arch. f. Gyn. B. I. 2. p. 240 и о ракъ матки въ Volkmann's klin. Vortr. No. 18, p. 117. — Hegar, Arch. f. Gyn. B. II, p. 29. — Winkel, Arch. f. Gyn. B. III, p. 297.—Spiegelberg. Arch. f. Gyn. IV, p. 344 u 351. — Chrobak, Arch. f. Gyn. IV, p. 549.—Rabl-Rückhard, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. I. H. 2, p. 76. — Kunert, Ueber Sarkoma uteri. D. i. Breslau 1873 u Arch. f. Gyn. B. VI, p. 111.—Müller, Arch. f. Gyn. B. VI, p. 126.

Саркома матки, которую мы, согласно съ Waldeyer'омъ, считаемъ за опухоль чисто соединительно-тканнаго типа, является въ двухъ формахъ, совершенно различныхъ какъ въ клиническомъ, такъ и въ анатомо-патологическомъ отношеніяхъ, именно: вопервыхъ, въ видѣ саркомы слизистой оболочки, причемъ происходитъ разлитое разростаніе внутрь полости матки и, вовторыхъ, въ видѣ саркомы паренхимы матки, которая развивается точно также, какъ міома или полипъ матки, и поэтому мы назовемъ ее фибросаркомою.

Саркома слизистой оболочки.

Причины и происхождение.

Причины образованія ея совершенно неизвѣстны.

Въ литературѣ мы находимъ 16 несомѣнно сюда принадлежа-

шихъ наблюдений, гдѣ свойство опухоли было точно опредѣлено при помощи микроскопа; но къ этому же отдѣлу конечно относится большая часть не такъ рѣдко встрѣчающихся въ литературѣ случаевъ, гдѣ въ полости матки находились и были изъ нея извлекаемы ворсистыя сосочковыя «*раковыя массы*». Типичные случаи подобнаго рода можно найти напр. у Simpson'a ¹⁾.

Саркома появляется во всякомъ возрастѣ со времени наступленія половой зрѣлости. Изъ выше означенныхъ 16-ти случаевъ одна больная была 15-ти лѣтъ, одна въ двадцатыхъ годахъ, три были между 30 и 39, четыре между 40 и 49, пять между 50 и 59, одна 60 и одна 61 года. Изъ 14 больныхъ, анамнезъ которыхъ былъ извѣстенъ, 8 (!) ни разу не рожали.

Патологическая анатомія.

Саркоматозное разращеніе въ этихъ случаяхъ кажется имѣть исходною точкою подслизистую соединительную ткань полости матки (изъ слизистой оболочки шейки въ 6 resp. 8 случаяхъ Spiegelberg'a, сообщенныхъ Kunert'омъ), причемъ вслѣдствіе новообразованія маленькихъ, круглыхъ, рѣже веретенообразныхъ клѣтокъ развивается мягкая, дольчатая или скорѣе ворсистая опухоль, которая растетъ въ полость матки. Отсюда при маточныхъ сокращеніяхъ опухоль эта можетъ проталкиваться въ шейку и во влагалище.

Гнойное распаденіе является поздно и быть можетъ лишь вслѣдствіе давленія со стороны стѣнокъ матки. При дальнѣйшемъ ростѣ саркома слизистой оболочки давленіемъ или непосредственнымъ зараженіемъ можетъ вызвать послѣдовательное разрушеніе стѣнокъ матки. Особенно оригиналенъ случай Гуссерова ²⁾, который скорѣе относится сюда, чѣмъ къ слѣдующему виду саркомы, гдѣ мягкое новообразование, вышедшее изъ слизистой оболочки, проросло черезъ верхнюю стѣнку матки (какъ кажется вслѣдствіе зараженія послѣдней) въ брюшную полость, здѣсь распалось, образовало замкнутую полость и наконецъ вскрылось въ кишечникъ и черезъ брюшные покровы.

Образованіе метастазовъ встрѣчается рѣдко.

¹⁾ Diseases of women p. 764. Case I и II.

²⁾ l. c. p. 242.

Припадки.

Первымъ припадкомъ и здѣсь бываетъ кровотеченіе и водянистое выдѣленіе. Последнее можетъ быть чрезвычайно обильно, но лишь въ концѣ становится зловоннымъ. Въ первое время цвѣтъ этого выдѣленія похожъ на воду послѣ промывки мяса; оно имѣетъ приторный запахъ или слегка вонюче.

Болей иногда совсѣмъ не бываетъ, или онѣ незначительны. Только при усиліяхъ матки удалить новообразованія появляются боли въ крестцѣ и внизу живота.

При изслѣдованіи матки находятъ умѣренно увеличенную, иногда нѣсколько оплотнѣлою; шейка же обыкновенно закрыта. Впрочемъ послѣдняя можетъ быть открыта на столько, что пропускаетъ палецъ и тогда въ полости матки прощупываются мягкія массы опухоли, которыя иногда огромными кусками выходятъ во влагалище. При такихъ условіяхъ матка можетъ вывернуться, какъ это показываютъ относящіеся сюда случаи Langenbeck'a и Spiegelberg'a.

Распознаваніе.

Точное распознаваніе возможно только въ томъ случаѣ, когда извергнутыя массы могутъ быть изслѣдованы подъ микроскопомъ. Впрочемъ, такъ какъ ракъ полости матки встрѣчается рѣдко, то ошибиться въ распознаваніи трудно, особенно, если при умѣренномъ увеличеніи матки, кровяномъ или кровянистаго цвѣта истеченіи, прощупываются черезъ открытую шейку мягкіе куски опухоли и если при этомъ можно исключить присутствіе задержаннаго дѣтскаго мѣста, съ которымъ легче всего можно смѣшать саркому. Въ одинаковой степени трудно безъ точнаго микроскопическаго изслѣдованія отличить саркому отъ доброкачественныхъ гиперпластическихъ разраженій слизистой оболочки матки, представляющихъ ткань, похожую на отпадающую оболочку и гистологически весьма сходную съ саркомою или зависящихъ отъ разраженія маточныхъ желѣзъ, причемъ подъ микроскопомъ представляется картина болѣе похожая на ракъ. Славянскій-Duncan ¹⁾ и Gusserow ²⁾ описали подобные случаи.

¹⁾ Edinb. med. J. August 1873. p. 97 и Obst. J. of Great Britain. November 1873. p. 497.

²⁾ I. с. p. 246 и 247.

Предсказаніе.

Оно во всякомъ случаѣ неблагопріятно, хотя удаленіемъ мягкой опухоли изъ матки можно на продолжительное время устранить непріятныя припадки и замедлить образованіе новыхъ массъ. Если шейка закрыта, то ее расширяють искусственно и пальцами, ложечкой (curette) или острыми ложками удаляютъ возможно большую часть новообразованія.

Сарнома паренхимы матки.

Причины и происхожденіе.

Происхожденіе фибро-саркомы повидимому связано съ присутствіемъ круглой фиброміомы или фибрознаго полипа. Во всякомъ случаѣ она образуется вслѣдствіе перерожденія этихъ послѣднихъ. При какихъ обстоятельствахъ это происходитъ намъ неизвѣстно. Благодаря наружному сходству съ міомами ее называли также рецидивирующей фибромой.

Фибро-саркома появляется не исключительно въ поздніе годы, какъ ракъ тѣла матки, но похожа въ этомъ отношеніи скорѣе на фиброму. Мы находимъ, что изъ восемнадцати больныхъ 1 показана молодою, 2—между 20 и 29, 5—между 30 и 39, 8 — между 40 и 49, 1—между 50 и 59 годами и 1 больная была старше 60 лѣтъ.

Изъ 14 больныхъ 3 ни разу не рожали, 3 рожали отъ 1 и до 3-хъ разъ; одна родила 2 раза, одна 5 разъ, одна 6 разъ и двѣ означены просто многорождавшими.

Патологическая анатомія.

Фибро-саркома, какъ и фибро-міома, встрѣчается преимущественно въ тѣлѣ матки, но можетъ образоваться и въ шейкѣ. Она образуетъ большія круглыя или продолговатыя опухоли, обыкновенно сидящія подъ слизистой оболочкой. Опухоль мягкая, поверхность разрѣза ея гладкая, сплошная, однородная, блѣдная, равномерно блестящая, и начинается обыкновенно широкой ножкой изъ паренхимы матки. Всѣ полипозныя формы, не на широкой ножкѣ, происходятъ изъ переродившихся фиброзныхъ полиповъ; по крайней мѣрѣ мы въ двухъ ниже упоминаемыхъ случаяхъ нашли ножку чисто фиброміоматознаго характера, почти безъ всякой подозрительной примѣси.

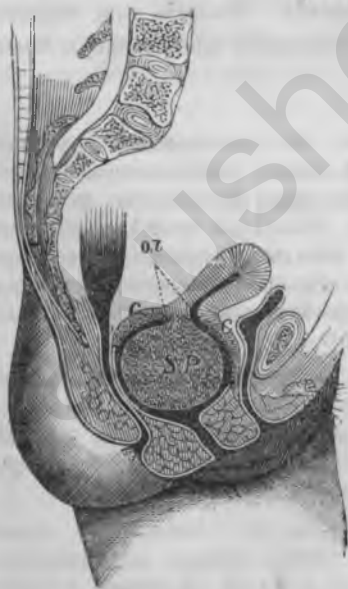
Микроскопическая опухоль представляетъ или нормальное строе-

ніе фиброміомы съ заложеными разросшимися круглыми или при этой формѣ очечь часто веретенообразными клѣтками или же послѣднія, скопляясь большими кучками, разъединенными лишь скудными кучками соединительной ткани, образуютъ всю массу опухоли.

Опухоли эти не имѣютъ наклонности къ распаду, хотя бы и вышли изъ полости матки произвольно, какъ фиброзные полипы. Поэтому при дальнѣйшемъ разрощеніи онѣ достигаютъ иногда весьма значительной величины (въ одномъ случаѣ, находящемся еще подѣ нашимъ наблюденіемъ, гдѣ распознаваніе едва ли сомнительно, хотя до сихъ поръ не подтверждено микроскопическимъ изслѣдованіемъ, опухоль отъ входа во влагалище простирается выше пупка). Саркомы могутъ прямо переходить на окружающую ткань и появляться метастатически въ лимфатическихъ желѣзахъ и другихъ органахъ.

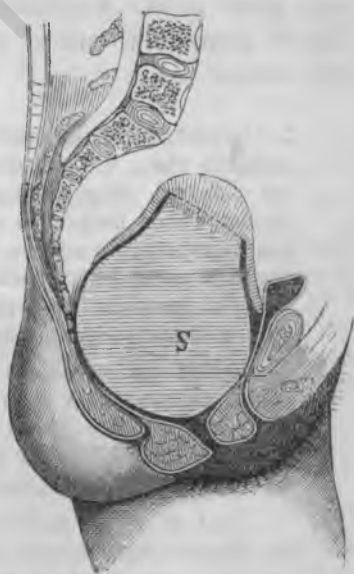
Припадки.

Припадки фибро-саркомы совершенно сходны съ припадками фибрознымъ полиповъ; это сходство можетъ быть такъ велико во всѣхъ отношеніяхъ, что только однородность поверхности разрѣза можетъ указать на злокачественность опухоли.



Фиг. 105.

Саркоматозный полипъ (SP), находящійся въ шейкѣ, пораженной ракомъ (c), отъ внутренней маточной зѣвы



Фиг. 106.

Саркоматозный полипъ (S) величиною съ дѣтскую головку.

Обыкновенно при этомъ бываютъ кровотеченія, появляющіяся въ видѣ меноррагій и метроррагій; сверхъ того часто бываютъ и другія истеченія, большею частью цвѣта грязной воды, иногда съ примѣсью небольшого количества гноя. Это истеченіе само по себѣ не имѣетъ зловоннаго запаха, но, какъ и при фиброзныхъ полипахъ, можетъ получать его вслѣдствіе образованія на слизистой оболочкѣ язвъ.

Боли не сопряжены съ самою опухолью, такъ что иногда все ея теченіе бываетъ безболѣзненно. Если же матка силится изгнать полипъ, то обыкновенно наступаютъ потугообразныя боли въ крестцѣ и въ поясничной области. (Въ вышеупомянутомъ случаѣ при колоссальныхъ размѣрахъ опухоли наступили чрезвычайно сильныя пароксизмы боли, обусловленные собственно тѣмъ, что задержанное гнойное выдѣленіе полости матки вызвало маточныя колики).

Припадки вообще сходны съ припадками выхожденія полипа. Матка увеличена и полипъ при постепенныхъ ея сокращеніяхъ проталкивается сквозь шейку. Въ исключительныхъ случаяхъ онъ имѣетъ узкую ножку, обыкновенно же онъ непосредственно переходитъ въ ткань матки своимъ широкимъ основаніемъ. Позднѣе при неравномерномъ разращеніи саркома можетъ образовать значительную брюшную опухоль.

Случай, изображенный на фиг. 105, представляетъ особенный интересъ тѣмъ, что саркоматозный полипъ (веретенообразноклѣтчатая саркома), начинавшійся тотчасъ надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ топкой фиброзной ножкой, лежалъ въ шейкѣ, пораженной раковымъ перерожденіемъ. Послѣ вылушенія саркомы раковое перерожденіе распространилось далѣе, образовался пузырновлагалищный свищъ и появились метастазы въ лимфатическихъ желѣзахъ и легкихъ и наконецъ послѣдовала смерть.

Другой саркоматозный полипъ (веретенообразно клѣтчатая саркома), изображенный на фиг. 106, былъ отдѣленъ нами помощью проволочнаго экратора у одной пятидесяти-четырёхъ-лѣтней женщины 6 октября 1873 г. Ножка представляла почти чисто фиброзное строеніе съ примѣсью небольшого количества клѣтокъ.

Судя по письму пользующаго врача, отъ 2 іюня 1874 г., состояніе больной превосходно. Матка стоитъ низко и поддерживается кольцомъ; она нѣсколько плотна, но почти не увеличена; маточный зѣвъ закрытъ; мѣсячныя очищенія появляются черезъ четыре недѣли и продолжаются три, четыре дня безъ боли. Дальнѣйшее теченіе болѣзни необходимо выждать.

Распознаваніе.

Противъ фибрознаго полипа и въ пользу саркомы говоритъ необыкновенно мягкая консистенція продольноовальнаго полипа, сидящаго весьма широко на внутренней поверхности матки и скорый ростъ опухоли. Въ одномъ случаѣ неравнобѣрное разроженіе, распространившееся за границы органа, чего никогда не бываетъ при доброкачественныхъ опухоляхъ, дало намъ возможность сдѣлать распознаваніе довольно рано.

Предсказаніе.

Конечный исходъ тотъ же, что и при всѣхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ; но теченіе гораздо медленнѣе, чѣмъ при рагѣ. При саркоматозномъ перерожденіи фибрознаго полипа, можетъ послѣдовать исцѣленіе, если операція производилась въ здоровыхъ тканяхъ, какъ это показываетъ случай Winkel'я.

Леченіе.

Вылущеніе саркомы производится такъ же, какъ и вылущеніе фибрознаго полипа, только ножка должна быть отдѣлена какъ можно выше, и, если возможно, прижжена, чтобы помѣшать дальнѣйшему разростанію оставшихся клеточныхъ массъ.

Бугорчатка матки.

Raynaud, Arch. génér. 1831. T. XXVI. p. 486. — Holmes Coote, London med. Gaz. Juni 1850. — Geil, Ueber die Tuberkulose der weibl. Geschlechtsorgane. D. i. Erlangen 1851. — Paulsen, Schmidt's Jahrb. 1853. B. 80. 11. p. 222. Snow-Beck etc. Pathol. Tr. London. Febr. 6. 1855. — Kiwisch, Klin. Vortr. I. 4. Aufl. p. 557. — Cooper, Union méd. 1859. No. 54. — Namias, Annali univers. di medic. Milano Ag. i. Sett. 1858. — Rokitansky, Allg. Wiener med. Z. 1860. No. 21. — Brouardel, De la tuberc. des org. gén. de la femme Paris 1868. — Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. p. 191. — Lebert, Arch. f. Gyn. IV. p. 457. — Courty, Maladies de l'utérus. 2. ed. Paris 1872. p. 987.

Бугорчатка матки имѣетъ такое второстепенное клиническое значеніе, что мы можемъ упомянуть о ней лишь вкратцѣ.

Первично она появляется чрезвычайно рѣдко, да и вторичное образованіе бугорковъ на слизистой оболочкѣ матки также состав-

Д-ра К. Шредера.

ляетъ большую рѣдкость (по Дитриху изъ сорова чахоточныхъ женщинъ у одной).

Бугорки появляются на слизистой оболочкѣ полости матки въ обыкновенномъ видѣ (въ шейкѣ только изрѣдка встрѣчаются отдѣльные узелки). Они обуславливаютъ распадъ слизистой оболочки, вслѣдствіе чего на ней образуются язвы и въ полости матки накапливается грязный бѣловатый секретъ, который постепенно оплотнѣваетъ, превращаясь въ творожистую кашицу.

Припадки.

Они такъ незначительны (аменоррея и небольшое слизееотдѣленіе) и при томъ замаскированы бугорчаткою другихъ органовъ, что обыкновенно упускаются изъ виду. Мы наблюдали одинъ случай при жизни, гдѣ больная искала гинекологической помощи не по причинѣ значительнаго страданія матки, но вслѣдствіе бугорчатого воспаленія брюшины, которое было принято за опухоль матки. Лѣвый увеличенный яичникъ, весь переполненный грязною творожистой массою, безъ сомнѣнія, служилъ исходною точкой зараженія.

Распознаваніе.

Оно обыкновенно по тѣмъ же самымъ причинамъ не достигается, хотя могло бы быть возможно во многихъ случаяхъ, гдѣ при завѣдомой бугорчаткѣ другихъ органовъ, является подобное же заболѣваніе половой сферы. Что касается до предсказанія и леченія, то, въ виду важности остальныхъ явленій туберкулезнаго процесса, о нихъ не стоитъ и говорить.

Эхинококки матки.

Rokitansky, Handb. d. spec. pathol. Anatomie. 1842. II. B. p. 539. — Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. p. 195. — Graily Hewitt, London Obst. Tr. XII. p. 135 und 237.

Эхинококки встрѣчаются въ маткѣ чрезвычайно рѣдко. Правда, въ старинной литературѣ можно встрѣтить цѣлую казуистику о пузырьчатыхъ глистахъ матки, но всѣ эти случаи относятся собственно къ отдѣлу пузырьчатыхъ заносовъ. Въ новѣйшее время одинъ несомнѣнный случай былъ наблюдаемъ Рокитанскимъ, а Graily Hewitt видѣлъ однажды выходеніе пузырей эхинококковъ у тридцати-пяти

лѣтней замужней женщины, родившей одинъ разъ 15 лѣтъ назадъ. Величиною matka равнялась второму-третьему мѣсяцу беременности. Выхожденіе пузырей повторялось нѣсколько разъ, и они заключали въ себѣ головки эхинококковъ. Въ полость матки дѣланы были впрыскиванія слабаго раствора полуторохлористаго желѣза, и черезъ три недѣли больная оставила госпиталь.

Гистералгія.

Gooch. Ueber einige der wichtigsten Krankh. atc. Weimar 1830. p. 223.—
Scott, Edinb med. J. 1834. 121.—Mackenzie, London. J. of Medicin May.
1051 — Tilt. London Obst. Tr. X. p. 199.

Подъ именемъ гистералгіи или neuralgia uteri (irritable uterus англичанъ) разумѣютъ высшую степень невралгическаго страданія, мѣсто котораго находится въ маткѣ повидимому совершенно здоровой.

Какъ часто появляется эта болѣзнь опредѣлить трудно. Сильныя боли въ области матки при нѣкоторыхъ мѣстныхъ ея заболѣваніяхъ, даже за исключеніемъ воспаленій, напр. при фибромахъ, при ракѣ, вообще не рѣдки. Онѣ иногда представляютъ ясно выраженный невралгическій характеръ, т. е. сила боли положительно не соотвѣтствуетъ существующимъ измѣненіямъ въ маткѣ. Если подобнаго рода случаи назвать гистералгіей, то послѣдняя не представляетъ особенной рѣдкости. Въ такомъ же смыслѣ слѣдуетъ понимать нѣкоторыхъ авторовъ, которые считаютъ за причину гистералгіи искривленія матки, особенно retroflexio или эндометритъ тѣла матки или прямо смѣшиваютъ гистералгію съ дисменорреею. Гораздо рѣже встрѣчаются такія боли въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ путемъ изслѣдованія нельзя найти какихъ-либо измѣненій въ маткѣ.

Очевидно, что въ этомъ отношеніи область гистералгіи не представляетъ опредѣленныхъ рѣзкихъ границъ и, безъ сомнѣнія, при усовершенствованіи способовъ изслѣдованія значительно можетъ быть сокращена.

Въ настоящее время на практикѣ встрѣчаются однако случаи, которые мы не можемъ назвать иначе, такъ какъ, за исключеніемъ самыхъ незначительныхъ обыденныхъ явленій, невыносимая боль представляетъ здѣсь единственный выдающійся припадокъ болѣзни. Слѣдуетъ ли ихъ принимать за настоящія невралгіи матки или же

они зависятъ отъ дѣйствительныхъ, но недоступныхъ нашему изслѣдованію страданій матки, — рѣшить трудно.

Въ этиологическомъ отношеніи наиболѣе существенно представляется нервная раздражительность больной и на этой почвѣ развиваются приступы боли. Часто сюда присоединяются ясно выраженные истерическія явленія, да и вообще вся картина этой болѣзни, по той несообразности, которая замѣчается между припадками и анатомо-патологическими явленіями, весьма близка къ истерическимъ страданіямъ.

Что касается до анатомическихъ измѣненій, то изъ сказаннаго выше видно, что именно ихъ недостатокъ и характеризуетъ эту болѣзнь.

Единственный, но рѣзко выдающійся припадокъ есть боль, которая обыкновенно по временамъ безъ всякаго повода или вслѣдствіе ничтожныхъ причинъ раздражается сильнѣйшими пароксизмами. Такія ожесточенія вызываются иногда легкимъ прикосновеніемъ ко влагалищной части или къ одному какому-либо опредѣленному мѣсту.

Силы больныхъ могутъ значительно истощиться вслѣдствіе постоянныхъ болей и бессонницы.

Болѣзнь очень упорна, длится цѣлые годы, пока исчезнетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ замужествомъ или наступленіемъ климактерическаго возраста.

Касательно леченія, не смотря на множество испытанныхъ средствъ, достигнуто очень мало. Общее и мѣстное употребленіе наркотическихъ средствъ приносить мало пользы, и то временно; лучше всего, кажется, дѣйствуютъ глубокіе надрѣзы шейки.

Мѣсячныя очищенія и ихъ измѣненія.

Въ заключеніе болѣзней матки, мы должны упомянуть объ измѣненіяхъ мѣсячныхъ очищеній, сказавъ предварительно нѣсколько словъ о нормальномъ ихъ состояніи.

Этимъ самымъ мы конечно удаляемся отъ того плана, котораго до сихъ поръ придерживались, т. е. изложенія заболѣваній отдѣльныхъ органовъ съ анатомо-патологической точки зрѣнія; и нельзя не согласиться, что въ будущіе гинекологическіе учебники менструація и ея расстройства уже не войдетъ въ видѣ отдѣльной главы; такъ какъ ученіе о ней должно быть изложено въ отдѣлѣ фізіоло-

ги, а расстройства ея, какъ припадки общаго измѣненія питанія или заболѣванія различныхъ органовъ и прежде всего самой матки, тамъ же и должны быть рассмотрѣны¹⁾).

Дѣйствительно, при большинствѣ болѣзней, о которыхъ мы говорили въ числѣ припадковъ, приводилось обыкновенно одно или нѣсколько функциональныхъ расстройствъ менструаціи: аменоррея, меноррагія, дисменоррея.

Отдѣльное, хотя краткое изложеніе этого отправления можетъ быть во всякомъ случаѣ оправдано лишь важностью предмета и тѣмъ обстоятельствомъ, что семіотическое значеніе расстройства мѣсячнаго очищенія еще до сихъ поръ не вполне уяснено.

Хотя авторъ, какъ видно, вполне согласенъ съ тѣмъ, что патологія мѣсячныхъ очищеній не можетъ составлять особой главы, но должна быть изложена при болѣзняхъ матки и другихъ частей полового аппарата, однако не въ состояніи отрѣшиться отъ стараго рутиннаго порядка. Съ нашей стороны, мы готовы были бы совершенно исключить изъ руководства главу о неправильностяхъ мѣсячнаго очищенія, такъ какъ она въ отдѣльномъ видѣ не представляетъ никакой логической связи ни съ предыдущимъ, ни съ послѣдующимъ, и кромѣ того есть не болѣе, какъ повтореніе стараго, уже высказаннаго въ предыдущихъ главахъ. Даже и тотъ видъ неправильности менструаціи, который повидимому скорѣе другихъ еще можно было бы признать заслуживающимъ особаго изложенія—*dysmenorrhoea membranacea*—совершенно уместно можетъ быть изложенъ при болѣзняхъ слизистаго покрова матки. Отъ чего же, въ самомъ дѣлѣ, не излагать истерику въ видѣ отдѣльной болѣзни, если того заслуживаетъ дисменоррея?—Если истерику уже никто изъ новѣйшихъ гинекологовъ не излагаетъ въ видѣ отдѣльной болѣзни, то мы по справедливости можемъ упрекнуть автора въ недостатокъ мужества относительно исключенія изъ руководства настоящей главы и отнюдь не согласны, чтобы важность предмета могла хоть сколько нибудь искупить такое отступленіе отъ анатомопатологическаго направленія, принятаго въ основаніе настоящаго руководства.

Не лишнимъ считаемъ добавить, что слово мѣсячное очищеніе, хотя

¹⁾ Исключеніемъ можетъ считаться развѣ *dysmenorrhoea membranacea*, которую, быть можетъ, слѣдуетъ считать лишь за повышенное менструальное отправление; но и она можетъ быть обусловлена скорѣе всего заболѣваніемъ слизистой оболочки матки.

физиологически неправильно, такъ какъ женщина при этомъ не очищается ни отъ какихъ нечистотъ, но можетъ быть сохранено на основаніи давности и общаго употребленія, тѣмъ болѣе что новѣйшія изслѣдованія Кундрота и Энгельмана доказываютъ, что это названіе не совѣмъ бессмысленно. По изслѣдованіямъ этихъ авторовъ при регулахъ поверхностные слои слизистой оболочки, подвергшіеся жировому переорожденію, слущиваются и выдѣляются вмѣстѣ съ кровью, слѣдовательно матка дѣйствительно очищается, приготовляясь принять вступающее въ нее яичко.

Ред.

Нормальныя мѣсячныя очищенія.

Alexander, Physiologie der Menstruation. Hamburg 1841. — Brierre de Boismont, Die Menstruation etc. von Krafft. Berlin 1842. — Pouchet, Théorie positive de la fécondation etc. 1842. — Dufourd, Traité part. de la menstruation etc. Paris 1847. — Bischoff, Beweis d. v. d. Begattung unabh. period. Reif. u. Loslösung der Eier. Giessen 1844 und Zeitsch. f. rat. Medicin. IV. 1. — H. von Meckel, Jenæ Annalen. 1849. H. 1 u. 2 — Szukits, Wiener med. Z. 1867. T. XIII. — Pflüger, Unters. a. d. physiol. Laboratorium zu Bonn. Berlin 1865. p. 53. — Raciborski, Traité de la menstruation. Paris 1868. — Krieger, Die Menstruation. Berlin 1869.

Подъ именемъ менструаціи, періодовъ, регулъ, мѣсячнаго очищенія и т. п., (katamenien, mois, menstrues, d'ordinaires, règles, époques, périodes) разумѣютъ кровотеченія изъ слизистой оболочки матки, появляющіяся почти черезъ правильные промежутки въ продолженіе всего полового періода, исключая беременности.

Это кровяное отдѣленіе само по себѣ не представляетъ важнаго физиологическаго акта, а составляетъ лишь выдающійся припадокъ періодическаго прилива крови къ половымъ органамъ.

Эти послѣдніе отъ рожденія до начала половой зрѣлости остаются въ состояніи полной инерціи и безъ малѣйшаго измѣненія, такъ что матка 11—12 лѣтней дѣвочки едва ли чѣмъ отличается отъ матки новорожденнаго младенца.

Лишь по достиженіи развитія остальныхъ органовъ наступаетъ новый фазисъ въ развитіи половой сферы. Въ высшей степени вѣроятно, хотя и не вполне доказано, что этому дальнѣйшему развитію предшествуетъ ростъ графовыхъ пузырьковъ въ яичникѣхъ.

Причинную связь между отдѣльными, выступающими въ это время явленіями всего вѣрнѣе изображаетъ Пфлюгеръ: онъ прини-

маеть, что ростомъ графовыхъ пузырьковъ обусловливается небольшое, но постоянное раздраженіе нервовъ яичника, и когда сумма раздраженій достигаетъ извѣстной высоты, то дѣйствуетъ на центральные органы, вызывая рефлексъ въ видѣ артеріальнаго прилива къ половой сферѣ

Эта артеріальная гиперемія составляетъ весьма важный фізіологическій актъ. Кромѣ общаго переполненія кровью органовъ малаго таза, она сопровождается обыкновенно двумя послѣдствіями:

1) Разрывомъ одного или нѣсколькихъ готовыхъ лопнуть фолликулъ—овуляціею и

2) измѣненіемъ слизистой оболочки матки, имѣющимъ слѣдствіемъ выдѣленіе крови изъ послѣдней—мѣсячнымъ очищеніемъ.

Овуляція и мѣсячное очищеніе представляютъ между собою только ту связь, что обусловливаются одною и тою же причиною, а именно періодическимъ приливомъ крови къ половой сферѣ, вторый, въ свою очередь, обусловливается прогрессивнымъ развитіемъ яичка и графовыхъ пузырьковъ.

Что же касается до болѣе тѣсной связи овуляціи съ менструаціею, то объ этомъ мы знаемъ во всякомъ случаѣ еще мало достовернаго. До настоящаго времени вообще принимается, что на высотѣ менструальной гипереміи происходитъ разрывъ графова пузырька и излітіе крови изъ слизистой оболочки матки, что принятое фаллопиевою трубой яйцо проходитъ чрезъ нее въ матку и, оставаясь неоплодотворимымъ, погибаетъ здѣсь, оплодотворенное же тотчасъ прививается (inoculire), по выраженію Пфлюгера къ раненой слизистой оболочкѣ. Однако важныя изслѣдованія Kundrat'a и Engelmann'a ¹⁾ даютъ возможность допустить новыя возрѣнія. Если мнѣніе этихъ авторовъ, что весьма вѣроятно, справедливо, т. е. если менструальное кровотеченіе составляетъ регрессивный процессъ, при чемъ поверхностные слои слизистой оболочки претерпѣваютъ жировое перерожденіе и отслаиваются, то слѣдуетъ заключить, что съ наступленіемъ мѣсячныхъ кровей оканчивается репродуктивное значеніе этого періода, и только съ этого времени можетъ быть оплодотворено выстулившее яичко, которое внѣдряется уже въ новую начавшую разрастаться слизистую оболочку.

Процессъ овуляціи и зачатія можетъ быть представленъ такимъ образомъ:

¹⁾ Stricker's med. Jahrb. 1875. 2. Heft p. 139.

Ростъ яичка и граафова пузырька производитъ на нервы яичника раздраженіе, которое въ довольно правильные сроки рефлекторно вызываетъ медленное переполненіе кровью половой сферы. Эта гиперемія имѣетъ слѣдствіемъ, во первыхъ: разрывъ готоваго, зрѣлаго граафова пузырька, что происходитъ обыкновенно въ началѣ артеріальной гипереміи. Второе слѣдствіе этой гипереміи представляетъ разрастанія слизистой оболочки. Если принятое фаллопиевою трубою яичко остается неоплодотвореннымъ, то погибаетъ и при постепенномъ уменьшеніи гипереміи верхніе слои слизистой оболочки подвергаются жировому перерожденію, отслаиваются и обуславливаютъ своимъ отпаденіемъ разрывъ поверхностныхъ сосудовъ ея съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ. Если же яичко встрѣчаетъ здоровыя семенные нити и оплодотворяется ими, то вѣдряется въ набухшую слизистую оболочку, и такъ значительно раздражаетъ послѣднюю, что жировое перерожденіе ея наступаетъ лишь приблизительно чрезъ 270 дней, въ концу беременности и такимъ образомъ препятствуетъ кровотеченію, или, вѣрнѣе, отсрочиваетъ его на долгое время.

Важнѣйшее измѣненіе, которому можетъ подвергнуться существующее возрѣніе, состоитъ въ томъ, что каждое оплодотворенное яйцо происходитъ не изъ овуляціи послѣдняго мѣсячнаго очищенія; что выдѣленное приэтомъ яйцо скорѣе есть послѣднее изъ погибающихъ неоплодотворенными, а оплодотворяется яйцо, выступающее при слѣдующей овуляціи, которая уже болѣе не сопровождается менструальнымъ кровотеченіемъ. Къ этому же взгляду пришелъ Löwenhardt ¹⁾ при разсмотрѣніи вычисленій продолжительности беременности, и нужно сознаться, что въ пользу этого мнѣнія говорить многое.

Аналогія между мѣсячными очищеніями и родами будетъ въ такомъ случаѣ полная, въ особенности если дальнѣйшими наблюденіями будетъ доказано, что и неоплодотворенное яичко тоже вѣдряется въ разрастающуюся слизистую оболочку матки. Послѣднее подтверждается до сихъ поръ только однимъ прямымъ наблюденіемъ, которое такъ важно, что мы считаемъ долгомъ изложить его здѣсь. Benham ²⁾ нашель у одной душевно больной, умершей на четвертый день послѣ мѣсячнаго очищенія, большое желтое тѣло (corpus

¹⁾ Arch. f. Gyn. V. III, p. 458.

²⁾ Edinburgh med. J. August, 1873. p. 127.

luteum) съ желтымъ сосудистымъ вѣнчикомъ вокругъ и съ обезцвѣченнымъ фибриномъ въ серединѣ. Въ маткѣ находилось маленькое неоплодотворенное яйцо, плотно сидящее въ decidua (половое сношеніе у этой больной, находившейся подъ надзоромъ, было не возможно). При обобщеніи этого наблюденія окажется, что при каждомъ мѣсячномъ очищеніи происходитъ рожденіе одного неоплодотвореннаго яичка съ отслойкой слизистой оболочки матки. (Въ патологическихъ случаяхъ слизистая оболочка можетъ отдѣляться цѣлыми большими лоскутами — *Dysmenorrhoea membranacea*).

Что выдѣленіе крови не обусловливается собственно менструальнымъ приливомъ, доказывается тѣмъ, что гораздо болѣе значительное переполненіе во время беременности не сопровождается кровотеченіемъ.

Этотъ взглядъ хотя еще стоитъ не вполне прочно въ наукѣ, но весьма заманчивъ. Менструація, какъ отдѣленіе крови изъ матки, получаетъ въ такомъ случаѣ совсѣмъ иное значеніе: она не составляетъ признака чрезмѣрнаго переполненія кровью половой сферы, но обусловливается регрессивнымъ процессомъ менструальной эпохи.

Впрочемъ давно уже признано, что это кровяное отдѣленіе не составляетъ существеннаго явленія періодическаго прилива. Цѣлый рядъ фактовъ служитъ подтвержденіемъ того, что выдѣленіе яйца и кровяное отдѣленіе изъ слизистой оболочки въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ быть одно безъ другаго.

Конечно изъ этихъ фактовъ нельзя выводить того заключенія, которое дѣлаетъ Beigel ¹⁾, именно, что овуляція и мѣсячное очищеніе совершенно не зависимы другъ отъ друга и что освобожденіе яичекъ можетъ происходить во всякое время, даже у дѣвочекъ, мѣсячное же очищеніе есть ничто иное, какъ періодически появляющаяся потребность женской половой сферы въ половомъ удовлетвореніи.

Ясно, что оба явленія не безусловно связаны другъ съ другомъ, но одно изъ нихъ всегда возможно безъ существованія другаго.

Вполнѣ понятно, что при многихъ мѣсячныхъ приливахъ выдѣленіе яйца не происходитъ, потому что къ тому времени не находится пузырьковъ вполне зрѣлыхъ и готовыхъ къ разрыву при переполненіи кровью. Слѣдовательно случайное отсутствіе свѣжелопнуващаго пузырька, встрѣчаемое иногда при вскрытіи женщинъ, умершихъ во время менструаціи, еще не доказываетъ того, что оба процесса вообще не находятся во взаимной связи.

¹⁾ Krankh. d. weibl. Geschlechts. V. I. Erlangen, 1874. p. 305.

Точно также легко можно допустить, что бывают исключительные случаи, гдѣ разрыва сусудовъ слизистой оболочки не происходитъ, хотя приливъ крови къ половой сферѣ и овуляція существуютъ, такъ что случаи зачатія безъ существованія мѣсячныхъ кровей не могутъ представлять ничего загадочнаго.

Обстоятельство, что женщины повидимому могутъ забеременивать во всякое или почти во всякое время, не говоритъ еще въ пользу того, что яички могутъ выдѣляться во всякое время и внѣ всякой зависимости отъ менструаціи, такъ какъ намъ еще очень мало извѣстно насчетъ времени, которое потребно для прохожденія яичка въ матку, намъ не извѣстно также, какъ долго оно сохраняетъ способность къ оплодотворенію и насколько продолжительна жизнь сѣменныхъ нитей въ женскихъ половыхъ органахъ. На основаніи теоріи Kundrat'a зачатіе передъ и во время мѣсячныхъ очищеній, т. е. въ то время, когда еще нѣтъ яичка, способнаго къ оплодотворенію и когда слизистая оболочка матки отходитъ, объяснить трудно.

Еслибы мы и отвергли полную независимость овуляціи отъ менструаціи, то все-таки должны сознаться, что оспаривать возможность существованія овуляціи независимо отъ періодической гипереміи едвали возможно. Безъ сомнѣнія фолликуль готовый къ разрыву можетъ лопнуть и безъ нея, напр. вслѣдствіе травмы, отъ удара въ нижнюю часть живота.

Болѣе серьезнымъ по своему значенію возраженіемъ противъ связи менструаціи съ процессомъ, происходящимъ въ яичникѣ, служитъ довольно точно констатированный фактъ возможности продолженія менструаціи послѣ двусторонней оваріотоміи. (Случаи односторонней оваріотоміи и полнаго приѣтомъ перерожденія другаго яичника конечно ничего не доказываютъ, особенно когда еще наступило зачатіе и слѣдовательно овуляція существовала). Мы говоримъ «возможности», потому что обыкновенно этого не бываетъ. Въ подобныхъ исключительныхъ случаяхъ вмѣсто вывода, противорѣчащаго всѣмъ нашимъ воззрѣніямъ: именно, что мѣсячныя очищенія не имѣютъ ничего общаго съ процессомъ въ яичникахъ, мы скорѣе согласны принять, что и у этихъ женщинъ менструація обуславливалась ростомъ граафовыхъ пузырьковъ, но что организмъ съ теченіемъ времени такъ привыкъ къ правильному выдѣленію крови, что оно продолжалось даже и по удаленіи яичниковъ. Извѣстно, что подобное явленіе бываетъ у большинства женщинъ, т. е. что обыкновенно овуляція оканчивается раньше мѣсячныхъ очищеній. Въ пользу

этого говорить нерѣдко встрѣчающееся продолженіе регуль до пятидесятилѣтняго возраста, причемъ способность зачатія абсолютно прекратилась уже гораздо ранѣе.

Согласно съ сказаннымъ, мы не разсматриваемъ менструацію какъ главный существенный процессъ при періодической гипереміи половыхъ органовъ; существеннымъ является здѣсь выдѣленіе яйца; кровотеченіе же изъ слизистой оболочки составляетъ второстепенное обстоятельство, которое быть можетъ есть только признакъ ея регрессивнаго метаморфоза.

Тѣмъ не менѣ наступленіе перваго мѣсячнаго очищенія слѣдуетъ считать за внѣшній знакъ начинающейся возмужалости, т. е. за признакъ того, что графовы пузырьки начали усиленно расти и по крайней мѣрѣ приблизительно настолько развиты, что готовы къ разрыву; какъ только они способны лопаться, то можетъ произойти зачатіе, если сѣмя будетъ введено во влагалище.

Въ нашихъ мѣстахъ мѣсячное очищеніе начинается съ пятнадцатилѣтняго возраста и оканчивается въ 45 лѣтъ или нѣсколько позже.

По даннымъ Louis Mayer'a и Krieger'a у большинства дѣвочекъ мѣсячныя начинаются въ пятнадцать лѣтъ, и именно у 1240 изъ 6550, т. е. у 18,9%. Почти такъ же часто оно наступаетъ въ 14 и нѣсколько рѣже въ 16 лѣтъ. Въ 13 лѣтъ оно бываетъ на половину рѣже, чѣмъ въ пятнадцать, въ 12 очень рѣдко. Послѣ 17 лѣтъ наступленіе менструаціи становится постепенно болѣе рѣдкимъ.

На время появленія первыхъ мѣсячныхъ очищеній вліяетъ цѣлый рядъ условий, которыя впрочемъ только отчасти изслѣдованы и подтверждены вѣрными числовыми данными.

Наибольшее вліяніе оказываетъ климатъ; среднее число времени появленія мѣсячныхъ очищеній въ различныхъ странахъ болѣе зависитъ отъ него, нежели отъ расовыхъ особенностей, причемъ вообще мѣсячныя очищенія наступаютъ тѣмъ ранѣе, чѣмъ жарче климатъ; такъ напр. у африканскихъ негритянокъ и остъ-индіянокъ менструація наступаетъ въ 10 и 12 лѣтъ. между тѣмъ какъ у шведокъ и норвежекъ въ 15 и 16, а у лапландокъ въ 18 лѣтъ.

Затѣмъ наибольшее вліяніе оказываетъ образъ жизни: менструація наступаетъ ранѣе въ состоятельныхъ классахъ общества, ведущихъ роскошную жизнь, чѣмъ въ бѣдномъ классѣ, который вырастаетъ подъ гнетомъ тяжелой работы, нужды и всякаго рода лишений. По Кригеру для высшихъ классовъ средній возрастъ будетъ 14,69, для низшихъ 16 лѣтъ.

Въ связи съ этимъ находится появленіе мѣсячныхъ очищеній раньше въ городахъ, чѣмъ въ деревняхъ, тогда какъ у достаточныхъ деревенскихъ жителей оно наступаетъ очень рано.

Повидимому слѣдовало бы приписать раннее появленіе мѣсячныхъ раннему замужеству. Но у индѣйцевъ, у которыхъ женскій полъ вступаетъ въ бракъ до наступленія мѣсячныхъ очищеній, такъ какъ каждая менструація дѣвушки, не имѣющей возможности забеременѣть, считается дѣтоубійствомъ, мѣсячныя наступаютъ не раньше того времени, какъ требуетъ климатъ (на 12 году).

Louis Meyer представилъ очень точныя указанія на обстоятельства, вліяющія у насъ на болѣе позднее или раннее наступленіе менструацій, изъ которыхъ видно, что брюнетки съ темнымъ цвѣтомъ кожи менструируютъ раньше блондинокъ ¹⁾ и слабыя дѣвушки нѣсколько раньше крѣпкихъ, особенно въ высшихъ классахъ. Krieger представилъ подобную же весьма подробную таблицу, причѣмъ принимается во вниманіе и ростъ. Изъ нея особенно интересенъ выводъ, что въ высшихъ классахъ маленькія и слабыя дѣвушки созрѣваютъ раньше, тогда какъ въ низшихъ классахъ это бываетъ наоборотъ.

Продолжительность менструацій ²⁾ обнимаетъ тридцать лѣтъ или нѣсколько больше въ умѣренномъ климатѣ; на сѣверѣ нѣсколько меньше; въ южныхъ странахъ она падаетъ такъ сильно, что арабскія женщины обыкновенно на двадцатомъ году достигаютъ климактерическаго возраста.

Раннее появленіе менструацій никакъ не обуславливаетъ ихъ ранняго прекращенія. Напротивъ, по таблицамъ Mayer'a мѣсячныя очищенія продолжаются 33,673 года у начавшихъ менструировать рано и 27,344 лѣтъ у начавшихъ поздно. Вообще прекращенія мѣсячныхъ можно ожидать, начиная съ 45 года. На основаніи результатовъ Cohnstein'a ³⁾, выведенныхъ изъ ста случаевъ, наиболѣе продолжительный срокъ существованія регулъ выпадаетъ на долю женщинъ, которыя рано начали менструировать, вышли замужъ, имѣли болѣе трехъ дѣтей, сами кормили ихъ и благополучно рожали еще въ возрастѣ 38—42 лѣтъ.

¹⁾ По Marcuse (Ueber den Eintritt der Menstr. D. i. Berlin, 1869) впрочемъ дѣло выходитъ совсѣмъ наоборотъ.

²⁾ Tilt, The change of life. 3. ed. London. 1870 и Kisch, Das klimakterische Alter der Frauen. Erlangen 1874 г.

³⁾ Deutsche Klin. 1873. № 5.

Прекращеніе мѣсячныхъ очищеній (change of life, l'age critique) сопровождается во многихъ случаяхъ растройствами, подобными являющимся при наступленіи ихъ (нервные явленія, растройство питанія). Рѣдко случается, чтобы безъ подобныхъ явленій мѣсячныя очищенія, начиная съ 45 лѣтъ, появились нѣсколько разъ въ маломъ количествѣ, затѣмъ совсѣмъ прекратились. Обыкновенно переходное время длится мѣсяцы и даже годы. При этомъ ежемѣсячное появленіе крови можетъ быть правильнымъ по отношенію къ времени, но постоянно уменьшается въ количествѣ, или же менструальныя промежутки постоянно увеличиваются, такъ что регулы возвращаются чрезъ 6 недѣль, 2, 3 мѣсяца и т. д. Иногда остаются на нѣкоторое время боли, дліящіяся непрерывно или появляющіяся въ правильныя промежутки; появляются нервныя растройства, метеоризмъ, кишечныя кровотеченія, поносы, боли въ нижней части живота, обильныя поты и другія явленія.

Для опредѣленія средняго срока прекращенія мѣсячныхъ очищеній представляется затрудненіе въ полученіи большихъ чиселъ, впервыхъ потому, что часто климактерическій возрастъ наступаетъ исподволь, а вовторыхъ потому, что женщины всякое кровотеченіе изъ половыхъ органовъ принимаютъ за менструацію, а такія кровотеченія, зависящія отъ другихъ причинъ, неособенно рѣдки въ старческомъ возрастѣ. По Мауеру климактерическій возрастъ наступаетъ у женщинъ высшаго сословія среднимъ числомъ въ 47,138 лѣтъ, такъ что регулы, наступая раньше и оканчиваясь позже, длятся у нихъ гораздо дольше.

Нерѣдко бываетъ, что уже въ дѣтскіе годы наступаетъ настоящая менструація, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ патологическихъ кровотеченій изъ влагалища, бывающихъ у дѣвочекъ особенно во время забодѣванія какими нибудь острыми процессами. Такія дѣвочки обыкновенно бываютъ физически развиты не по лѣтамъ, и на нѣкоторые изъ подобныхъ случаевъ слѣдуетъ смотрѣть просто какъ на интересныя отклоненія отъ нормы. Иногда въ подобныхъ случаяхъ можетъ даже наступить зачатіе, какъ это доказываетъ рядъ случаевъ изъ новой литературы. Kussmaul ¹⁾ сообщаетъ, что Анна Мументалеръ 8-ми лѣтъ забеременела отъ своего дяди и затѣмъ чрезъ 9 мѣсяцевъ родила; Салли Девизъ по Rowlet'у ²⁾ получила мѣсячное очищеніе на первомъ году отъ роду и родила 10 лѣтъ. По Масграма ³⁾ одна

¹⁾ Von dem Mangel etc. p. 42.

²⁾ Ame. J. of. med. sc. Nov. 1834. p. 266.

³⁾ Lancet. 13. December, 1873.

индѣйская дѣвочка родила десяти съ половиной лѣтъ. По Cortis ¹ Елизавета Drayton забеременѣла за 24 дня до 10-лѣтняго возраста и родила здороваго мальчика, будучи 10 лѣтъ, 8 мѣсяцевъ и 7 дней отъ роду. Fox ²) въ Филадельфіи принимала у дѣвочки 11 лѣтъ и 3 мѣсяцевъ; Willard ³) видѣлъ роды у имѣвшей 11 лѣтъ, 11 мѣсяцевъ и 24 дня. Горвицъ ⁴) приводитъ цѣлый рядъ случаевъ ранняго появленія менструаціи и родовъ, особенно изъ древней литературы, и самъ онъ видѣлъ нормальные роды у дѣвочки едва достигшей 12 лѣтъ. Позже этого возраста число случаевъ еще больше; Ketchum ⁵) рассказываетъ объ одномъ весьма интересномъ случаѣ: это была негрятянка, которая сдѣлалась бабушкой 25 лѣтъ и 9 мѣсяцевъ отъ роду, такъ какъ сама родила будучи 13 лѣтъ, а дочь ея забеременѣла на 12 году. Впрочемъ иногда преждевременное появленіе мѣсячныхъ очищеній есть признакъ страданія и особенно новообразованій въ яичникѣ (Kusmaul).

Точно также бываютъ случаи, гдѣ мѣсячныя очищенія длятся за пятый десятокъ и даже дальше, хотя въ большинствѣ изъ нихъ регулы положительно смѣшиваются съ патологическими кровотечениями. Для большей предосторожности мы должны упомянуть о двухъ случаяхъ, приведенныхъ у Scanzoni ⁶). У одной женщины 61 года, имѣвшей довольно правильно возвращающіяся кровотечения, при вскрытіи яичники найдены совершенно атрофированными, въ шейкѣ же находилась 2 слизистыхъ полипа; у другой, 64-х-лѣтней старухи, которая съ 48 лѣтъ до 52 не менструировала и затѣмъ до самой смерти имѣла кровотечения, возвращающіяся черезъ 3—4 недѣли, яичники оказались также совершенно атрофированными, а кровотечения явно обусловливались разстройствомъ кровообращенія вслѣдствіе порока сердца. Фактически овуляція, а вмѣстѣ съ тѣмъ и возможность зачатія въ исключительныхъ случаяхъ продолжается долго, что доказывается цѣлымъ рядомъ случаевъ разрѣшенія отъ бремени очень старыхъ женщинъ, хотя едва ли всѣ эти случаи правдоподобны ⁷).

Касательно времени появленія регулъ у насъ въ Петербургѣ существуютъ наблюденія профессора Киттера. (Руковод. къ изученію женск. болѣзн. Спб. 1858 г. стр. 354) и Горвица (Клиническія замѣтки по Гинекологіи Спб. 1871 г. стр. 102). У перваго изъ 1000 случаевъ

¹) Med. Times. April, 1863.

²) Harris, Amer. J. of. Obst. III, p. 616.

³) e. l. p. 638.

⁴) Petersb. med. Z. B. XIII, p. 221.

⁵) Harris, l. c. p. 572.

⁶) Krankheiten d. weibl. Sexualorg. IV. Aufl. B. I. p. 358.

⁷) Kisch, der klimakterische Alter etc. p. 44.

относительно большее число появленія регуль падаетъ на 15-й годъ 204 изъ 1000; и средній возрастъ равняется 15, 54 у втораго это число падаетъ на 16-й и 17-й годъ (изъ 1834—384 и 354), средній возрастъ равняется 17, 53. Д-ръ Горвицъ объясняетъ такую разницу тѣмъ, что онъ имѣлъ дѣло по преимуществу съ деревенскими жительницами, число которыхъ составляетъ двѣ трети всѣхъ изслѣдованныхъ имъ женщинъ, а пр. Биттеръ по преимуществу съ городскими. Но и тотъ и другой дѣлали свои выводы на основаніи показаній женщинъ, являвшихся къ нимъ съ болѣзнями полового аппарата. Извѣстно однако, что время появленія регуль имѣетъ вліяніе на способность къ заболѣванію различныхъ отдѣловъ полового аппарата, съ другой стороны, строго говоря, эти выводы показываютъ лишь время появленія регуль у женщинъ, половыя органы которыхъ впоследствии подверглись различнымъ страданіямъ по преимуществу хроническимъ, а слѣдовательно у женщинъ, имѣвшихъ большее или меньшее предрасположеніе къ заболѣваніямъ этихъ органовъ.

Мы сдѣлали выводъ о времени появленія регуль у 5000 женщинъ, разрѣшившихся въ послѣдніе два года въ Родовспомогательномъ заведеніи. Большинство изъ нихъ крестьянки, проживающія временно въ Петербургѣ. Слѣдующая таблица показываетъ возрастъ, на которомъ появлялись у нихъ первыя регулы.

На 13 году.	На 14 году.	На 15 году.	На 16 году.	На 17 году.	На 18 году.	На 19 году.	На 20 году.	На 21 году.	На 22 году.
32	480	1020	1136	990	750	480	92	17	3

Изъ этой таблицы видно, что большинство падаетъ на 16-й годъ, затѣмъ на 15-й и уже потомъ на 17-й.

Ред.

Относительно *анатомическихъ измѣненій*, происходящихъ при ежемѣсячной гипереміи точныхъ свѣдѣній имѣется весьма мало.

Въ яичникахъ, которые припухаютъ, обыкновенно, хотя и не безъ исключеній, происходитъ разрывъ граафова пузырька, причемъ содержимое его изливается въ брюшную полость. Изліянія крови, повидимому, при этомъ совсѣмъ не бываетъ; во всякомъ случаѣ оно такъ незначительно, что небольшой эстравазатъ скопляется только въ фолликулѣ.

Вышедшее яичко обыкновенно втягивается въ *ostium abdominale* фаллопиевой трубы, помощью колебательнаго движенія мерцательнаго эпителия, лопнувшій же граафовъ пузырекъ превращается въ *corpus luteum*. Если при этомъ послѣдовало зачатіе, то подѣ влияніемъ усиленнаго прилива къ половой сферѣ, обусловленнаго беременностью, образуется настоящее желтое тѣло, въ противномъ случаѣ грануляціонный процессъ происходитъ не вполне и болѣе вяло, и образуется маленькое такъ-называемое ложное тѣло.

Фаллопиевы трубы также принимаютъ участіе въ общей гипереміи; но такой эрекции бахромки, чтобы она могла обхватить яичникъ, не бываетъ, хотя она вообще становится упруге; точно также не бываетъ и кровянистаго отдѣленія, хотя слизистая оболочка дѣйствительно припухаетъ.

Относительно *состоянія слизистой оболочки матки* въ послѣднее время важныя указанія сдѣлали Kundrat и Engelmann ¹⁾. «Слизистая оболочка опухаетъ, толщина ея равняется 3 — 6 мм., она рыхла, почти расплывающейся консистенціи, поверхность ея неровная, покрыта мутной, бѣловатой, иногда кровянистой слизью; мѣстами она тонко инъцирована, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ равномерно яркокрасновата». Опуханіе обуславливается тѣмъ, что круглыя кѣтки верхнихъ слоевъ слизистой оболочки, составляющія ея основу, увеличиваются въ объемъ и размножаются. Вслѣдствіе этого зіяющія отверстія желѣзъ втягиваются на подобіе воронки, хотя сами желѣзы становятся шире и длиннѣе. По замѣчанію обоихъ авторовъ, эти измѣненія происходятъ нѣсколько ранѣе выдѣленія крови. Во время мѣсячнаго кровотеченія набухшія кѣтки верхнихъ слоевъ представляются помутнѣвшими и въ нихъ появляются жировыя зернышки; такъ какъ въ слизистой оболочкѣ никогда не бываетъ замѣтно кровяныхъ экстравазатовъ, то они думаютъ, что кровотеченіе обуславливается отпаденіемъ подвергшихся жировому перерожденію верхнихъ слоевъ эпителия.

Кровь смѣшивается съ слизью полости матки и съ отслоившимися поверхностными слоями эпителия, проникаетъ чрезъ шейку во влагалище и вытекаетъ наружу.

Паренхима матки во время мѣсячныхъ очищеній тоже дѣлается богаче кровью, отчего стѣнки ея становятся толще и упруге, такъ что искривленная матка во время регулъ нѣсколько выпрямляется.

¹⁾ Strickers medic. Jahrb. 1873. 2 Heft. p. 139.

Слизистая оболочка влагалища также гиперемирруется, отделение ея усиливается; *груды* обыкновенно припухают и дѣлаются иногда болѣзненными.

Секретъ, отдѣляемый при менструаціи, состоитъ большею частью изъ крови, которая ничѣмъ не отличается отъ крови при другихъ кровотеченіяхъ. Къ ней примѣшаны отдѣленія полости матки, канала шейки и рукава съ отпавшимъ эпителиемъ. Несвертываемость менструальной крови обуславливается не недостаткомъ фибрина, а примѣсью кислаго секрета рукава. Примѣсь отдѣленія полового канала къ менструальной крови придаетъ ей обыкновенно едва ощутимый, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣзко выраженный характерный запахъ.

Типъ менструаціи весьма различенъ и зависитъ отъ индивидуальности. Онъ не имѣетъ ничего общаго съ фазами луны и возвращеніе мѣсячныхъ кровей ровно чрезъ 28 дней не составляетъ особенно частаго явленія.

Такую правильность наступленія мѣсячныхъ, что женщины могутъ заранѣе опредѣлить день и даже часъ появленія ихъ, мы считаемъ вообще за исключеніе. Указанія женщинъ относительно типа ихъ менструаціи въ большинствѣ случаевъ чрезвычайно не точны, такъ что даже образованныя и внимательныя къ себѣ женщины часто не знаютъ ихъ точно. Онѣ вообще считаютъ, что мѣсячныя очищенія у нихъ правильны, потому что предполагаютъ, что это такъ и должно быть; если ихъ распросить болѣе подробно, то оказывается, что они не знаютъ настоящаго срока и неправильность становится ясною. Мы считаемъ обыкновеннымъ появленіе мѣсячныхъ чрезъ 28 (27—30) дней, но должны замѣтить, что по нашему наблюденію мѣсячныя у одной и той же здоровой женщины возвращаются то чрезъ 27, то чрезъ 28, 29 или 30 дней и даже гораздо позже, особенно вслѣдъ за послѣродовымъ періодомъ. Противоположныя мнѣнія основаны большею частью на томъ, что авторы, безъ дальнѣйшихъ размышленій, приняли съ предвзятою мыслью за фактъ вполне достовѣрный распространенное между женщинами повѣрье, что мѣсячныя очищенія возвращаются чрезъ 4 недѣли. Объясняетъ же въ своей прекрасной работѣ Krieger, что такъ какъ менструація есть кризисъ, а кризисы появляются чрезъ 7 дней или вообще въ сроки дѣлимые на 7, то каждое мѣсячное очищеніе, не имѣющее 28-мидневнаго типа, слѣдуетъ считать патологическимъ.

Также мало точнаго извѣстно о *продолжительности* мѣсячнаго

очищенія. Обыкновенно оно длится болѣе 3-хъ дней, 4, 5, и, какъ кажется, очень часто 8 дней. Кровотеченіе, продолжающееся только 2 или 1 день, бываетъ очень рѣдко и часто служитъ признакомъ маточнаго страданія. И въ этомъ случаѣ намъ приходится оспаривать правильность, такъ какъ у одной и той же здоровой женщины мѣсячныя крови иногда длятся то 3, то 4 или 5 дней. Опредѣленіе продолжительности мѣсячныхъ очищеній тѣмъ болѣе трудно, что хотя начало ихъ легко узнается по появленію красноватаго выдѣленія, но окончаніе, по причинѣ медленнаго и постепеннаго исчезанія крови изъ отдѣляемаго и частаго возврата кровяныхъ слѣдовъ, понимается весьма различно.

Еще труднѣе опредѣлить количество мѣсячной крови. Опредѣленіе этого количества обыкновенно весьма не точно (Симсъ опредѣляетъ его по количеству употребленныхъ салфетокъ). Вообще количество мѣсячной крови зависитъ отъ продолжительности, оно умѣренно, если регулы продолжались не долго, и обильно, если онѣ были продолжительны.

Въ аретическихъ странахъ количество мѣсячныхъ кровей должно быть необыкновенно мало: такъ эскимоскія женщины менструируютъ только лѣтомъ и то весьма умѣренно; тогда какъ подъ тропиками мѣсячныя крови бываютъ очень обильны. Въ нашемъ климатѣ количество опредѣляется различными авторами въ 100—250 граммовъ.

По мнѣнію д-ра Горвица средняя продолжительность регулъ у насъ въ Петербургѣ равняется 4, 5 днямъ. — Мы полагаемъ что среднюю продолжительность регулъ вообще опредѣлить до крайности трудно, да кромѣ того положительно убѣждены, что бываютъ регулы у женщинъ здоровыхъ и по 8 дней и по 2. Мы можемъ прибавить къ этому только одно замѣчаніе, нелишенное практической важности: женщины съ продолжительною и сильною менструаціею всегда имѣютъ кровяныя очищенія послѣ родовъ въ большемъ количествѣ и въ продолженіе болѣе долгаго срока.

Что касается до продолжительности промежутка, то, по выводамъ д-ра Горвица, онъ равенъ 25 днямъ. И на этотъ счетъ мы не можемъ дать точныхъ свѣдѣній по причинѣ сбвчивости и неточности отвѣтовъ женщинъ, которыя вообще не особенно внимательно относятся къ этому отправленію. — Поэтому матеріялъ собранный нами (5000 случаевъ) въ этомъ отношеніи мы такъ мало цѣнимъ, что не рѣшаемся дѣлать изъ него никакихъ выводовъ.

Ред.

Вліянія мѣсячныхъ очищеній на весь организмъ также очень мало изслѣдованы. Нерѣдко возрѣнія прямо противорѣчатъ другъ другу.

Вопреси старымъ возрѣніямъ, Rabuteau ¹⁾ полагаеть, что температура влагалища во время регулъ понижается среднимъ числомъ болѣе чѣмъ на $1\frac{1}{2}^{\circ}$ С. и пульсъ становится рѣже. Отдѣленіе мочевины' тоже уменьшается. Пониженіе пульса, но не температуры подтвердилъ и Hennig ²⁾.

Даже вполне нормально протекающія мѣсячныя очищенія вліяють на общее состояніе женщины. Онѣ становятся вообще легко раздражительными. Обыкновенно появляются разстройства кровообращенія, питанія и особенно нервной системы. Легкія боли въ крестцѣ и поясничной области могутъ появляться и безъ патологическаго измѣненія матки.

Состояніе общаго недомоганія весьма характерно выражается самими женщинами, когда онѣ говорятъ, что «имъ вообще неможется».

Подобныя явленія могутъ считаться фізіологическими только въ томъ случаѣ, когда онѣ существуютъ въ незначительной степени и не ведутъ къ болѣе серьезнымъ разстройствамъ. Но у нѣкоторыхъ особъ мѣсячныя очищенія ведутъ къ сильнѣйшимъ разстройствамъ, какъ въ фізическомъ такъ и въ психическомъ отношеніи. Болѣе подробное описаніе завело бы насъ слишкомъ далеко (см. объ этомъ Krieger. I. с. p. 99).

Относительно температуры полости матки во время регулъ у насъ дѣланы наблюденія д-ромъ Андреевымъ (Медицинскій Вѣстникъ. 1875 № 38, 39, 40, 41, 42, 43). По его наблюденіямъ оказывается, что температура полости матки за нѣсколько дней до появленія регулъ повышается, во время регулъ падаетъ всегда, какъ у здоровыхъ такъ и больныхъ женщинъ, а по окончаніи регулъ снова возвышается. — Эти повышенія и пониженія существуютъ и относительно общей температуры тѣла, измѣряемой имъ въ подкрыльцовой впадинѣ.

Эти наблюденія крайне интересны въ томъ отношеніи, что подтверждаютъ мнѣніе Кундрата и Энгельмана, считающихъ мѣсячное кровоточеніе слѣдствіемъ регрессивнаго процесса въ полости матки, а не

) Gaz. de Paris 1870. p. 646. 1871. p. 22.

) Arch. f. Gyn. II p. 300 u. IV. p. 371.

прогрессивнаго, какъ это думали прежде. Повышеніе температуры передъ регулами и послѣ нихъ объясняется также, согласно мнѣнію этихъ авторовъ, прогрессивными процессами въ этомъ органѣ.

Ред.

Аменоррея.

Подъ именемъ аменорреи мы разумѣемъ только тѣ случаи, гдѣ совсѣмъ не бываетъ кровотеченія изъ слизистой оболочки, не числяя сюда тѣхъ изъ нихъ, гдѣ кровь, выдѣлившись въ полости матки, не можетъ вытекать вслѣдствіе закрытія полового канала (Haematometra).

Аменоррея можетъ быть постоянною и временною.

Постоянною она бываетъ при нѣкоторыхъ порокахъ развитія матки и яичниковъ и въ особенности при отсутствіи и недостаточномъ развитіи матки. За исключеніемъ этого аменоррея, продолжающаяся всю жизнь, бываетъ очень рѣдко; но бываютъ случаи, гдѣ мѣсячныя очищенія не появляются во всю жизнь, что впрочемъ нисколько не измѣняетъ половой жизни женщинъ. Впрочемъ въ подобныхъ случаяхъ мѣсячное очищеніе можетъ появиться, хотя очень поздно. Такъ Loewy¹⁾ видѣлъ первое наступленіе мѣсячныхъ кровей лишь на 31 году послѣ шестыхъ родовъ.

Гораздо чаще бываетъ временная аменоррея, съ которой мы уже познакомились, говоря о запоздалыхъ и рано прекращающихся мѣсячныхъ очищеніяхъ. Физиологически мѣсячныя очищенія прекращаются во время беременности и кормленія грудью. При первой ихъ никогда не бываетъ, въ послѣднемъ же случаѣ исключенія бываютъ довольно часто²⁾.

О тѣхъ видахъ аменорреи, которые являются въ видѣ припадковъ нѣкоторыхъ заболѣваній матки и яичниковъ и о которыхъ мы уже частью говорили, частью еще будемъ говорить, здѣсь упоминать мы не будемъ.

Кромѣ того временная аменоррея чаще всего появляется при разстройствѣ питанія и общихъ изнурительныхъ болѣзняхъ: очень часто у дѣвушекъ, страдающихъ хлорозомъ, аменоррея наступаетъ

¹⁾ Wien. med. Wochenschr. 1868. No. 89.

²⁾ Louis Mayer, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II p. 124.

тотчасъ за возмужалостью, затѣмъ при бугорчатѣхъ и при острыхъ тяжелыхъ заболѣваніяхъ, особенно при тифѣ. Сюда же относится, отсутствіе мѣсячныхъ очищеній, случающееся при чрезмѣрномъ ожирѣніи.

Интересно, что психическія вліянія могутъ вызвать аменоррею, хотя и не такъ часто, какъ это обыкновенно думаютъ. Такъ наблюдали, что послѣ сильного испуга, печальнаго извѣстія, какъ и вообще послѣ сильныхъ душевныхъ волненій, истечение мѣсячной крови вдругъ прекращалось (о вліяніи психоза на менструацію см. Parvin)¹⁾.

Rasiborsky²⁾ обратилъ вниманіе на «Amenorrhée par causes psychiques», которая можетъ явиться, если дѣвушки или женщины при извѣстныхъ обстоятельствахъ крайне боятся наступленія беременности. Онѣ со страхомъ ожидаютъ обыкновенное время менструальнаго періода, который не появляется именно вслѣдствіе этого самаго психическаго волненія, и только когда являється увѣренность въ несуществованіи беременности и отчаяніе исчезаетъ, снова появляются регулы. Къ двумъ случаямъ, сообщеннымъ Рациборскимъ, относится еще одно наблюдение Bohata³⁾. Точно также появленіе мѣсячнаго очищенія можетъ замедлиться или оно можетъ совсѣмъ не явиться у женщинъ, которыя сильно желаютъ забеременѣть и въ страхѣ остаться бездѣтными, ожидаютъ наступленія менструаціи съ большимъ волненіемъ.

Въ заключеніе мы намѣрены обратить вниманіе на случаи викарной менструаціи, т. е. такіе, гдѣ при отсутствіи или самомъ маломъ количествѣ мѣсячныхъ кровей появляются періодическія кровотеченія изъ другихъ органовъ (слизистой оболочки носа, легкихъ, желудка, геморoidalныхъ шишекъ, опухолей, ранъ).

Такъ какъ и у мужчинъ встрѣчаются періодическія кровотеченія изъ язвъ и т. п., то къ этимъ викарнымъ регуламъ слѣдуетъ относиться съ осторожностью, хотя нѣтъ сомнѣнія что бывають случаи, въ которыхъ кровотеченіе замѣняетъ менструацію.

Что касается до леченія аменорреи, то вообще мы должны высказаться противъ всякихъ такъ-называемыхъ Emenagoga.

Кровотеченіе изъ слизистой оболочки матки есть процессъ только сопровождающій овуляцію и самъ по себѣ не безусловно необхо-

¹⁾ American Practitioner. Sept. 1872 u. Boston gyn. J. VII. p. 208.

²⁾ Arch. gén. May 1865 u. l. c. 576.

³⁾ Wien. med. Pr. 1866. No 31.

димый. Если овуляція не существуетъ, то вызывать кровотеченіе нерационально; если же овуляція происходитъ правильно безъ кровотечения, то въ этомъ нѣтъ ничего вреднаго.

Временная аменоррея, за исключеніемъ явнаго страданія половой сферы, котораго она составляетъ припадокъ, обыкновенно есть признакъ разстройства питанія всего организма, которое или препятствуетъ росту граафовыхъ пузырьковъ, или такъ умѣряетъ періодическую гиперемію половой сферы, что дѣло не доходитъ до маточнаго кровотечения. Поэтому слѣдуетъ стараться улучшить питаніе и возстановить силы организма хорошей пищей (мясомъ, ливомъ, виномъ) и укрѣпляющимъ образомъ жизни (пребываніемъ на воздухѣ, умѣренной тѣлесной работой, холоднымъ обмываніемъ и обтираніемъ всего тѣла, рѣчными и морскими купаньями). Для хлоротическихъ дѣвушекъ единственнымъ дѣйствительнымъ кровегоннымъ средствомъ будетъ желѣзо.

Если отсутствіе мѣсячныхъ обусловлено недостаточнымъ питаніемъ и бѣдностью половой сферы кровью, будетъ ли это врожденнымъ или приобретеннымъ (см. первичную и приобретенную атрофію матки), то можно попробовать увеличить притокъ крови настоящими кровегонными внутренними средствами—*aloe*, *sabina*, шафранъ, а еще лучше раздражающими ножными и теплыми сѣдалищными ваннами, холодными или теплыми душами, пъявками, зондомъ, внутрематочными пессаріями и т. п. Во многихъ случаяхъ получаютъ повидимому хорошіе результаты при употребленіи электричества въ различныхъ видахъ¹⁾.

Далѣе къ настоящимъ кровегоннымъ средствамъ можно прибѣгать въ тѣхъ случаяхъ, когда при отсутствіи мѣсячныхъ очищеній не существуетъ мѣстнаго страданія, между тѣмъ какъ существующія разстройства явно состоятъ въ связи съ половой сферой.

Меноррагія.

Меноррагіей называется слишкомъ обильное мѣсячное очищеніе въ отличіе отъ метроррагій, означающей всякое истеченіе крови изъ матки.

Такъ какъ обиліе нормальной менструаціи вообще различно, смо-

¹⁾ Rockwell, Amer. J. of Obst. V. p. 26 u Baker, Boston med. a. surg. Journal. Av. May, 9. 1872.

тря по индивидуальнымъ особенностямъ женщины, то слишкомъ обильнымъ мѣсячнымъ очищеніямъ можно назвать только такое, когда потеря крови вредно дѣйствуетъ на организмъ. Въ этомъ случаѣ меноррагія почти всегда обусловливается осязательными измѣненіями матки. Но здѣсь мы не будемъ подробнѣе говорить о подобныхъ случаяхъ.

Отъ общихъ причинъ меноррагія зависитъ лишь весьма рѣдко. Такъ, она можетъ появиться при скорбутѣ и у женщинъ съ плоскимъ питаніемъ вслѣдствіе ослабляющихъ вліяній, такъ на примѣръ при продолжительномъ кормленіи грудью. Въ подобныхъ случаяхъ, какъ и при чрезмѣрномъ ожирѣніи, наступаетъ иногда аменоррея, а иногда и меноррагія, или же обильное мѣсячное очищеніе появляется послѣ полного отсутствія его.

Леченіе должно быть направлено противъ причинъ и особенно противъ существующихъ страданій матки. Если менструальная гиперемія наступаетъ съ бурными явленіями и потеря крови бываетъ значительная, то лучше не задолго до мѣсячныхъ очищеній сдѣлать кровозвлеченіе помощью скорификацій.

При ожиреніи Dancel ¹⁾ совѣтуетъ рациональную діету (мясные кушанья, Бентинговскую діету) и разъ или два въ недѣлю слабительное изъ scamoniū. Изъ ваннъ этимъ больнымъ всего болѣе полезны Мариенбадскія ¹⁾.

Если не удастся открыть или устранить основной причины, то можно испробовать различные способы симптоматическаго леченія. Употребленіе холода не такъ удобно, такъ какъ онъ долженъ дѣйствовать продолжительно, и пузырь со льдомъ на низъ живота не достаточно дѣйствителенъ. Гораздо дѣйствительнѣе холодные спринцеванія въ рукавъ, но они должны быть продолжительны, такъ какъ употребленіе холода на короткое время оказываетъ противоположное дѣйствіе, а именно вызываетъ сильную гиперемію и нерѣдко воспаленіе. Всего дѣйствительнѣе оказывается примѣненіе холода въ видѣ продолжительныхъ орошеній рукава, помощью ирригатора. Намон ³⁾ употребляетъ для этого 20—30 литровъ воды раза три въ день. Kisch ⁴⁾ предложилъ рукавной ирригаторъ, состоящій изъ

¹⁾ Gaz. des hôpit. 1869. No. 73 №. 76.

²⁾ Kisch, Berl. klin. Wochenschr. 1877. No. 20 u Wien. med. Pr. 1870. No. 15—20.

³⁾ Schmidt's Jahrb. 1870. 4.

⁴⁾ Wien. med. W. 1870. No. 32.

сосуда, вкладываемаго въ рукавъ, и двухъ трубокъ, чрезъ которыя въ сосудъ постоянно пропускается струя холодной воды, такъ что рукавъ только охлаждается, но не орошается.

О способѣ употребленія *sec. cogn.* и эрготина мы уже говорили при фибромахъ матки.

Дисменоррея.

Кромѣ литературы, указанной въ главѣ о суженіяхъ матки и упоминаемой ниже при *dysm membranacea*, см: Haartmann. Petersb. med. Z. 1862. p. 129.—Greenhalgh, London Obst. Tr. V. p. 164.—Holst, Beitr. z. Geb. u. Gyn. 2. H. Tübingen 1857 p. 1.—Barnes, London Obst. Tr. XIV. p. 108.—Duncan, Edinburg med. J. May. 1872. p. 961.

Прежде всего мы должны выяснитъ сущность дисменорреи.

Даже совсѣмъ здоровыя женщины во время менструацій чувствуютъ себя не совсѣмъ хорошо. Кромѣ легкой раздражительности, повышенной нервной чувствительности, наступаютъ еще нѣкоторыя мѣстные разстройства: чувство тяжести и полноты въ тазу, легкое потягиваніе въ крестцѣ, частый позывъ къ мочеиспусканію и т. п.

Эти явленія безъ сомнѣнія обусловливаются увеличеніемъ объема матки во время мѣсячныхъ очищеній. Онѣ становятся болѣе рѣзкими, если гиперемія чрезвычайно сильна, и въ особенности, если существуетъ какое-либо страданіе матки. Вышеозначенныя явленія увеличиваются при новообразованіяхъ матки и особенно при воспаленіяхъ: такъ при существующемъ периметритѣ могутъ появляться сильнѣйшія боли въ нижней части живота. Такія боли во время регуль, называемыя обыкновенно конгестивной дисменорреей, по нашему мнѣнію не составляютъ собственно дисменоррею, такъ какъ въ этихъ случаяхъ обыкновенныя припадки маточнаго страданія только обостряются вслѣдствіе менструальнаго прилива.

По тѣмъ же причинамъ слѣдуетъ исключить и овариальную дисменоррею. Яичники также припухаютъ при мѣсячныхъ очищеніяхъ и могутъ обусловливать боли, особенно если воспалены или ущемлены (въ грыжевомъ мѣшкѣ или глубоко въ Дугласовомъ пространствѣ). Но и эти боли совсѣмъ не характеризуютъ менструацію, а составляютъ только слѣдствіе увеличенія объема воспаленнаго или ненормально лежащаго яичника. Разрывъ граафова пузырька также можетъ вызвать сильныя боли, особенно, если это сопровождается

значительнымъ кровотеченіемъ. Но здѣсь боли являются слѣдствіемъ раздраженія брюшины, онѣ перитоническаго характера и не могутъ называться дисменорреей. Овуляція здѣсь является причиною периметрита, а не дисменорреи.

Настоящія дисменоррейныя боли имѣютъ вполне опредѣленный, ясно выраженный характеръ. Онѣ наступаютъ въ видѣ потужныхъ болей, схватокъ, — поэтому и называются маточными коликами, — которыя, начинаясь въ крестцѣ, распространяются на бедра и появляются интервалами, или по крайней мѣрѣ усиливаются черезъ короткіе промежутки времени. Эти маточныя боли не имѣютъ ничего общаго съ болями воспалительнаго характера, кромѣ того, что иногда осложняются воспаленіями. Температура бываетъ не повышена и боли достигающія такой степени, что чуть не доводятъ до сумасшествія, исчезаютъ безслѣдно, какъ только удалена ихъ причина.

Причина дисменорреи состоитъ всегда въ томъ, что постороннее тѣло, находящееся въ полости матки, возбуждаетъ мускулатуру матки къ сокращеніямъ, которыя вызываютъ болѣе или менѣе сильныя боли. Такимъ постороннимъ тѣломъ, кромѣ новообразованій, можетъ быть жидкая кровь, кровяной сгустокъ или оставшія частички слизистой оболочки. (Если послѣднія отваливаются большими лоскутами, то является особая характерная форма *dysmenorrhoea membranacea*, которую мы тотчасъ разсмотримъ особо).

Эти тѣла задерживаются, во-первыхъ, въ томъ случаѣ, если они слишкомъ объемисты и не могутъ пройти чрезъ нормальную шейку, а во-вторыхъ, если каналъ шейки слишкомъ узокъ. Последнее можетъ зависѣть отъ стенозовъ какъ врожденныхъ, такъ и приобрѣтенныхъ, отъ опухолей и искривленій и рѣдко отъ судорожнаго сжатія внутренняго маточнаго зѣва.

Насколько значительно должно быть суженіе, чтобы служить поводомъ къ задержкѣ содержаемаго матки, вообще опредѣлить нельзя. Кровяные сгустки и лоскуты слизистой оболочки не могутъ пройти даже чрезъ довольно широкую шейку, жидкая же кровь можетъ вытекать даже чрезъ очень узкій каналъ шейки; но послѣднее возможно только въ томъ случаѣ, когда кровь медленно отдѣляется изъ слизистой оболочки. Если же менструальное кровотеченіе происходитъ быстро, то большое количество выдѣленной крови не можетъ пройти даже черезъ неособенно узкій каналъ шейки, вслѣдствіе чего полость матки растягивается кровью и образуется дисменоррея.

Боли при дисменорреи обыкновенно наступают ранѣе появле-
нiя крови именно потому, что истечение ея затрудняется разраста-
нiемъ слизистой оболочки шейки, искривленiемъ на мѣстѣ внутрен-
няго маточнаго зѣва, или новообразованiемъ внутри матки. Какъ
только вслѣдствiе сокращенiй матки проходъ сталъ свободнымъ,
кровь вытекаетъ чрезъ открытое отверстiе и мучительныя страданiя
тотчасъ прекращаются.

Распознаванiе дисменорреи, если подѣ этимъ именемъ понимать
только боли, обусловливаемыя сокращенiями матки, вообще легко
вслѣдствiе особенности этихъ послѣднихъ. Но отыскать причину
въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можетъ быть очень трудно. Отно-
сительно этого мы должны сослаться на отдѣльныя формы болѣзней
матки.

Что касается леченiя, которое должно быть рациональнымъ обра-
зомъ направлено на причину, то здѣсь мы также не будемъ входить
въ подробности. Припадочное леченiе дисменорреи можетъ быть
предпринято только въ крайнемъ случаѣ, когда механическое пре-
пятствiе не можетъ быть узвано или устранено. Въ этомъ случаѣ
прибѣгаютъ къ употребительнѣйшимъ наркотическимъ средствамъ.
Англичане ожидаютъ особенной пользы при дисменорреѣ отъ *Ca-
nabis indica* (по Silver'y ¹⁾ 1,25 tinc. can. ind.). Mohun Sircar ²⁾ ре-
комендуетъ бѣлую тягучую жидкость изъ толстаго мясистаго корко-
ваго слоя корня *abroma agustum* (olutkombol).

Dysmenorrhoea membranacea. Decidua menstrualis.

Morgagni, De sed. et caus. morb. II. Venet. 1762. Ep 48. p. 229. —
Duncan, med. facts and observ. Vol. I. p. 108. — Oldham. London med.
Gaz. Juli—Dec. 1846. No. 38. — Simpson, Edinb. med. J. Sept. 1846. p. 161
u. Sel. Obst. W. I. p. 672. — Scanzoni. Die chronische Metritis. Wien. 1863.
p. 120. — Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien. 1864. p. 217. — Mandl,
Wiener med. presse. 1867. No. 1. etc. — Saviotti, Scanzoni's. Beitr. VI. p.
219. — Solowieff, Arch. f. Gyn. II. p. 66. — Hegar u. Maier, Virchow's Archiv
1871. B. 52. p. 161. — Haussman, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. B. I. H. 2. p.
156. — Huchard et Labadie-Lagrave, Archives gén. 1870. Vol. I. 678. II. p.
69 u. 1871. Vol. II. p. 706.

¹⁾ Med. Times 16. July 1870.

²⁾ Indian med. Gaz. 1. April 1873 (см. Amer. J. of med. sc. July 1873.
p. 276).

Причины.

Исследования Кундрата и Энгельмана ⁴⁾ бросают совершенно новый свѣтъ на ученіе о *dysmenorrhoea membranacea*—менструальномъ отдѣленіи поверхностныхъ частей слизистой оболочки матки въ болѣе или менѣе цѣльномъ видѣ. По ихъ мнѣнію, во время мѣсячныхъ очищеній железы матки становятся длиннѣе и шире, а основная ткань припухаетъ вслѣдствіе размноженія круглыхъ клѣтокъ. Эти измѣненія происходятъ не во время кровотеченія, но нѣсколько раньше. Кровотеченіе выражаетъ не наибольшее переполненіе кровью, но регрессивный процессъ, обусловленный жировымъ перерожденіемъ поверхностныхъ слоевъ слизистой оболочки, поэтому нормальный процессъ при менструаціи состоитъ въ томъ, что поверхностные слои разросшейся слизистой оболочки отслаиваются, вслѣдствіе чего происходитъ кровотеченіе.

Ясно, что *dysmenorrhoea membranacea* есть только высшее развитіе этого процесса. Жировое перерожденіе претерпѣваютъ слои большаго размѣра, которые отслаиваются уже не въ видѣ крошечныхъ частичекъ, а цѣлыми лоскутами или цѣльной перепонкой.

Боли при этомъ не представляются какими-нибудь особенностями, но зависятъ отъ тѣхъ же самыхъ причинъ, какъ и при всякой другой дисменорреѣ; здѣсь только нѣтъ надобности въ суженіяхъ шейки, потому что отдѣлившаяся оболочка обыкновенно можетъ пройти и чрезъ нормальную шейку лишь при помощи маточныхъ сокращеній.

Причина усиленнаго разрощенія или сплошнаго уничтоженія слизистой оболочки зависитъ отъ различныхъ процессовъ. Иногда это зависитъ только отъ индивидуально усиленнаго разрастанія слизистой оболочки, въ другихъ случаяхъ отъ хроническихъ болѣзней матки, особенно *metritis* и *endometritis*, какъ и вообще всѣхъ процессовъ, обыкновенно обуславливающихъ разрощеніе соединительной ткани. Въ пользу того, что болѣе глубокое жировое перерожденіе можетъ вызвать отпаденіе даже нормальной слизистой оболочки, говорятъ случаи *dysmenorrhoeae membranaceae* при фосфорномъ отравленіи.

Патологическая анатомія.

Поверхностный слой слизистой оболочки отдѣляется иногда въ видѣ кожистыхъ лоскутовъ, но чаще въ такомъ цѣльномъ видѣ,

⁴⁾ Stricker's med. Jahrb. 1873. p. 135.

что оболочка сохраняет треугольную форму матки и заключаетъ въ себѣ явный каналъ. Отверстія обѣихъ фаллопіевыхъ трубъ и внутренняго маточнаго зѣва также бываютъ замѣтны. Толщина перепонки различна и не вездѣ одинакова на одномъ и томъ же препаратѣ.

Внутренняя поверхность, обращенная къ полости матки, гладка, неправильно раздѣлена бороздками и дырчата на подобіе рѣшета (отверстія маточныхъ железъ). Наружная поверхность ея кровяниста, шероховата, вѣлочковата, или ворсиста, что бываетъ особенно сильно выражено при отложеніи фибрина.

Микроскопически эта оболочка состоитъ изъ соединительной ткани слизистой оболочки, которую пронизываютъ желѣзы, и изъ весьма обильныхъ, вновь образовавшихся большихъ, круглыхъ клѣтокъ (децидуальные клѣтки).

Припадки.

Мѣсячное очищеніе наступаетъ въ обыкновенное время; въ исключительныхъ случаяхъ нѣсколько раньше, рѣдко немного позже обыкновеннаго: на второй или на третій день, рѣже на четвертый, оболочка извергается. Въ началѣ страданія выходъ оболочки часто происходитъ безъ сильныхъ болей, особенно если нѣтъ осложненій; въ другихъ же случаяхъ бываютъ маточныя колики, даже могутъ появиться сильнѣйшіе пароксизмы боли, особенно если выходъ оболочки затягивается и оболочка извергается отдѣльными кусками. Во время выхода оболочки можетъ совершенно закупорить каналъ шейки и приостановить выдѣленіе крови изъ полости матки.

Промежутки между мѣсячными очищеніями бываютъ совершенно свободны отъ болей.

Осложненія тутъ составляютъ весьма обыкновенное явленіе, всего чаще бываетъ хроническій катарръ, который можетъ считаться даже причиной заболѣванія. Метритъ бываетъ тоже очень часто, причемъ онъ или предшествуетъ, или бываетъ слѣдствіемъ дисменоррей.

Теченіе и исходы.

Единичный случай выхода менструальной deciduae бываетъ такъ рѣдко, что даже оспаривается Haussmann'омъ; мы однако положительно наблюдали это у одной кормящей родильницы, у которой регулы уже возстановились, но были продолжительнѣе обыкновенно.

веннаго. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь сопровождается цѣлый рядъ менструальныхъ періодовъ, часто тянется цѣлые годы и даже можетъ продолжаться до появленія климактерическаго возраста. Припадки становятся приэтомъ все тягостнѣе, особенно легко появляются меноррагии.

Обыкновеннымъ слѣдствіемъ *dismenorrhoea membranacea* бываетъ безплодіе, хотя извѣстно нѣсколько случаевъ, гдѣ зачатіе произошло во время болѣзни. По прошествіи послѣродоваго періода болѣзнь возвратилась снова.

Распознаваніе.

Отъ простаго свертка фибрина, съ которымъ *decidua menstrualis* имѣетъ нѣкоторое сходство, она легко отличается точнымъ макроскопическимъ изслѣдованіемъ и еще легче и вѣрнѣе съ помощью микроскопа.

Труднѣе отличить ее отъ ранняго выкидыша. Послѣдній можетъ быть признанъ, если точнымъ изслѣдованіемъ удастся доказать присутствіе ворсинокъ *chorion*. Если ихъ нѣтъ, то можно принять эту оболочку за рано погибшее яйцо; но считать всѣ случаи отхожденія оболочки за выкидыши не рационально даже тогда, когда въ надлежащее время мѣсячныхъ очищеній не было кровей, такъ какъ позднее появленіе регулъ бываетъ и при *decidua menstrualis*.

Предсказаніе.

Хотя это страданіе и не угрожаетъ жизни, тѣмъ не менѣе предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ болѣзнь, если существуетъ уже долгое время, не проходитъ раньше климактерическаго возраста, послѣ чего она исчезаетъ безслѣдно.

Леченіе.

Излеченіе не достигается ни внутренними лекарствами, ни мѣстными кровоизвлеченіями.

Всего дѣйствительнѣе внутриматочныя впрыскиванія ляписа, таннина, полуторохлористаго желѣза, іодистой настойки или карболовой кислоты, тотчасъ вслѣдъ за мѣсячнымъ очищеніемъ. Этимъ достигается значительное улучшеніе (утонченіе оболочки), но исчезаніе *deciduae* бываетъ рѣдко, а если и случается, то бываютъ рецидивы. Симптоматически эти боли лечатся обыкновенно наркотическими

средствами или мягчительными, влажными и теплыми компрессами; уменьшение болей вѣрнѣе всего достигается искусственнымъ расширеніемъ шейки. Способы производства мы уже разсмотрѣли при стенозахъ шейки.

Особенно важно обратить вниманіе на лечение осложненій, потому что этимъ путемъ можно значительно уменьшить страданія.

БОЛѢЗНИ ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ.

Пороки развитія.

На важнѣйшія врожденныя аномаліи фаллопиевыхъ трубъ мы уже указали при недостаткахъ развитія матки, такъ что здѣсь разсмотримъ только

Неправильности трубныхъ отверстій.

W. Merkel, Beitr. z. pathol. Entwickl. d. weibl. Genitalien. D. i. Erlangen. 1856.—Rokitansky, Allg. Wiener med. Z. 1859. No. 32 u. Wiener Woch. 1860. No. 2—4.—Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. p. 276.—Waldeyer, Eierstock u. Ei. Leipzig. 1870. p. 127.

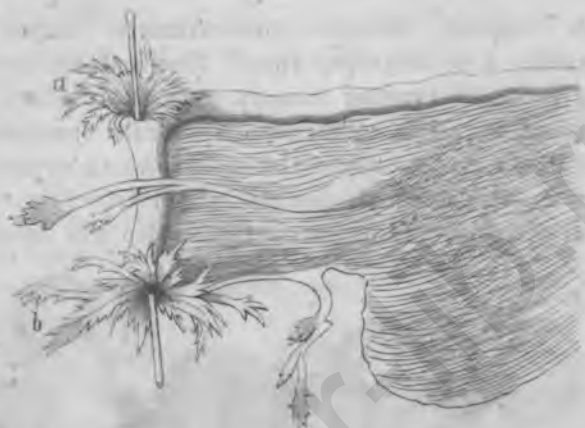
Въ исключительныхъ случаяхъ одна фаллопиева труба можетъ имѣть нѣсколько отверстій, расположенныхъ всегда вблизи настоящаго *ostium abdominale*. Иногда бываютъ просто щели безъ фимбріей, которыя образуются вслѣдствіе расщепленія грыжевидныхъ выпячиваній.

Въ другихъ случаяхъ бываетъ избытокъ образованія такъ, что на одной фаллопиевой трубѣ находятся два настоящихъ отверстія, съ хорошо развитыми бахромками. Въ такомъ случаѣ труба отъ ближайшаго къ маткѣ отверстія идетъ подъ угломъ къ другому конечному *ostium* (см. фиг. 107).

Waldeyer объясняетъ этотъ избытокъ *ostium abdominale* эмбриологически слѣдующимъ образомъ: мюллеровъ каналъ образуется чрезъ вдавленіе зародышеваго эпителія по направленію продольной оси плода (отъ головы до тазоваго конца). Поэтому это вдавленіе въ болѣе глубокомъ мѣстѣ опять можетъ войти въ сообщеніе съ зародышевымъ эпителиемъ, или при образованіи мюллерова протока происходитъ

только частичное закрытіе канала, таѣь что образуется нѣсколько сообщеній съ брюшной полостью или же окончаніе фаллопиевой трубы образуется въ видѣ полуканала.

Таѣь-называемыя гидатиды Морганьи—пузырьки величиною съ горошину, соединенные съ трубой иногда довольно длинной нитью, встрѣчаются довольно часто (по Лущка въ $\frac{1}{5}$ всѣхъ случаевъ);



Фиг. 107.

Двойное ostium abdominale фаллопиевой трубы по Merkel'ю. Начиная отъ *a* каналъ направляется внизъ къ *b*.

прежде принимались они всѣми за настоящіе слѣпые концы мюллеровыхъ протоковъ, между тѣмъ какъ ostium abdominale считалось за расщепъ на протяженіи фаллопиевой трубы. Но Waldeyer считаетъ эти гидатиды за частичное растяженіе мюллерова протока, происходящее влѣдствие того, что часть послѣдняго удерживается на верху у грудобрюшной связки зародышевой почки и соединеніе ея съ каналомъ вытягивается въ длинную нитью.

Неправильности брюшинныхъ отверстій фаллопиевыхъ трубъ едва ли имѣютъ практическое значеніе; вліяніе ихъ на зачатіе или на происхожденіе внѣматочной беременности также еще не доказано.

Съуженіе и зарощеніе фаллопиевыхъ трубъ съ ихъ послѣдствіями. Hydrops tubarum, Hydrosalpinx.

Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorgane. p. 288. — Simpson, Diseases of women. p. 543. — Hennig. Der Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile. 2. Aufl.

Причины.

Здѣсь мы не будемъ разсматривать случаевъ врожденнаго зарощенія трубъ, которое обыкновенно бываетъ лишь вмѣстѣ съ другими болѣе важными пороками развитія полового канала. Это патологическое состояніе можетъ быть приобрѣтеннымъ различнымъ образомъ.

Катарръ слизистой оболочки обуславливаетъ большею частью только суженіе, а не закупорку трубы. Язвенный процессъ съ послѣдующей рубцовой атрезіей бываетъ тоже очень рѣдко. Гораздо чаще закупорка является слѣдствіемъ срощенія брюшинныхъ поверхностей бахромокъ съ *ostium abdominale*. послѣ катара трубы, который распространяется на фимбрии, или послѣ мѣстнаго перитонита вблизи отверстій фаллопиевыхъ трубъ. Нерѣдко процессъ раз-



Фиг. 108.

Двухсторонній Гидросальпингъ. *v. vagina*. *O.d* правый яичникъ. *T.d* праваа труба. *T.s* лѣвая труба. *O.a* *Ostium abdominale* закрытое втянутыми внутрь фимбриями бахрмы.

вивается съ обѣихъ сторонъ. Срощеніе происходитъ такимъ образомъ, что бахромки вдаются въ просвѣтъ трубы и срастаются своими брюшинными поверхностями. Затѣмъ, если въ трубѣ скопляется секретъ, то давленіемъ его каждая фимбрія бахромокъ выпячивается, такъ что бонецъ трубы представляетъ особенную картину на подобіе розетки (см. фиг. 108. *O. a.*). Въ среднѣ находится воронкообразное углубленіе, округленное многими маленькими выдающимися бугорками.

Всего чаще суженіе и зарощеніе происходятъ вслѣдствіе внѣшняго вліянія, когда просвѣтъ трубы уменьшается вслѣдствіе растя-

женія или перекручиванія ея или когда по причинѣ брюшинныхъ сращеній или ложныхъ перепонокъ труба перегибается подъ угломъ и становится непроходимую. Закрытие просвѣта трубы можетъ произойти въ такомъ случаѣ въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ.

Съуженіе трубы у *orifrium uterinum* бываетъ нерѣдко вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки. Но какъ часто здѣсь происходитъ полное закрытіе рѣшить трудно, такъ какъ обыкновеннаго слѣдствія закрытія трубы въ другихъ мѣстахъ — накопленія секрета — здѣсь не происходитъ.

Патологическая анатомія.

Измѣненія въ точкѣ закрытія бываютъ различны, смотря по мѣсту и по причинѣ; они уже были рассмотрѣны нами вкратцѣ, такъ что здѣсь остается сказать только о дальнѣйшихъ послѣдствіяхъ закупорки.

Въ нормальномъ состояніи трубы выдѣляютъ лишь весьма незначительное количество индифферентной жидкости, которая, не раздражая, выдѣляется изъ *ostium abdominale*. Въ матку чрезъ *ostium uterinum* обыкновенно не изливается никакого выдѣлимаго, такъ какъ закрытіе этого отверстія никогда не ведетъ къ накопленію жидкости въ трубѣ.

Небольшое количество нормального секрета безъ особенныхъ затрудненій можетъ вытекать и изъ суженной трубы, такъ что при нормальномъ количествѣ отдѣленія застой его можетъ произойти только вслѣдствіе полной атрезіи трубы. Если же секретъ отдѣляется обильнѣе, то за суженнымъ мѣстомъ можетъ образоваться застой его, а при сильномъ блейноройномъ отдѣленіи можетъ случиться, что и нормальная ширина канала становится недостаточною для стока обильно выдѣляемаго секрета, такъ что и нормальная труба растягивается.

При полномъ закрытіи канала жидкость скопляется всегда въ части трубы между мѣстомъ закупорки и маткой и притомъ скопленіе начинается тотчасъ за атрезіей. Такъ если закрыто *ostium abdominale*, то секретъ скопляется сперва въ брюшинномъ концѣ трубы и постепенно растягиваетъ остальную ея часть. Труба притомъ истончается, мышечныя волокна отдѣляются одно отъ другаго и исчезаютъ, слизистая оболочка теряетъ складки, становится болѣе похожей на серозную и состоитъ изъ плоскаго эпителия. Рас-

тянутая труба при этомъ представляется извилистою, такъ какъ она своимъ нижнимъ краемъ коротко прикрепляется къ широкой связкѣ; на мѣстахъ перехватовъ образуются удвоенія слизистой оболочки въ видѣ перегородокъ.

Такая водянка трубы, Hydrosalpinx можетъ достигнуть весьма значительныхъ размѣровъ; хотя вообще нѣкоторые случаи древнихъ авторовъ, очевидно преувеличенные, не заслуживаютъ вѣроятія. По Клобу могутъ образоваться мѣшки, величиною въ дѣтскую голову, а Peoslee¹⁾ сообщаетъ случай, подтвержденный вскрытіемъ, гдѣ при таковой водянкѣ принятая за кисту и два раза пунктированная труба содержала 18 фунтовъ жидкости. Обыкновенно-же Hydrosalpinx гораздо меньше и представляетъ видъ колбасы или кишки. Опухоль бываетъ меньше, если закупорка произошла не въ ostium abdominale, но на протяженіи трубы, такъ какъ въ этомъ случаѣ секретъ скопляется только съ маточной стороны.

Содержимое Hydrosalpinx можетъ быть различно. Мы нашли однажды сильно растянутую трубу, наполненную пустыми бѣловатыми массаи (отпавшій эпителий и слизь). Обыкновенно же содержимое состоитъ изъ свѣтлой, жидкой, желтоватой, богатой бѣлкомъ сыворотки; часто оно бываетъ окрашено вслѣдствіе примѣси крови. Если маточное отверстіе нормально или только отчасти сужено, но не закрыто, то скопившаяся жидкость, достигнувъ маточнаго конца, можетъ истекать чрезъ матку, (что hydrops можетъ образоваться и при проходимости маточнаго отверстія, въ этомъ нельзя сомнѣваться). Уже а ргіогі ясно, да и подтверждено цѣлымъ рядомъ достовѣрныхъ и еще большимъ числомъ сомнительныхъ наблюдений, что, если часть жидкости вытекаетъ наружу чрезъ ostium uterinum, то это истечение поддерживается брюшнымъ давленіемъ и такимъ образомъ весь мѣшокъ можетъ опорожниться почти совершенно. Случаи истечения изъ трубы чрезъ матку и рукавъ разомъ огромнаго количества жидкости въ древнія времена назывались: *Hydrops tubae profluens*. Процессъ этотъ не подлежитъ сомнѣнію, и если Kiwisch удивляется, почему истечение происходитъ всегда чрезъ матку и никогда въ брюшную полость, то это очень просто объясняется тѣмъ, что еслибы истокъ въ брюшную полость былъ возможенъ, то Hydrops не образовался бы. Доказательствомъ того, что жидкость истекаетъ дѣйствительно изъ трубы, служить случай Сванцони²⁾,

¹⁾ New-York med. J. 1870.

²⁾ Krankheiten d. weibl. Sexualorg. IV. Aufl. II. B. p. 75.

который видѣлъ на трупѣ одну трубу наполненную, другую спавшуюся, слѣдовательно опорожненную.

Такія опорожненія повторяются отъ времени до времени, иногда съ извѣстной періодичностью.

Припадки.

Hydrosalpinx сопровождается довольно неопредѣленными припадками, сходными съ явленіями при небольшихъ опухоляхъ яичниковъ. Бываетъ чувство тяжести и давленія въ тазу, давленіе на нервы нижнихъ конечностей, но во многихъ случаяхъ и этихъ припадковъ не бываетъ, или же существуютъ припадки первоначальнаго или послѣдовательнаго периметрита.

При двухстороннемъ заболѣваніи безплодіе бываетъ всегда безъ исключенія и даже весьма часто при одностороннемъ, такъ какъ и нерастяннутая труба нерѣдко тоже поражена катарромъ, смѣщена, или непроходима вслѣдствіе периметрическихъ сращеній.

Распознаваніе.

Такъ какъ не рѣдко припадковъ вовсе не бываетъ или они выражены весьма слабо, то болѣзнь всего чаще бываетъ неожиданною находкою при вскрытіяхъ.

Распознаваніе возможно прежде всего при точномъ двойномъ изслѣдованіи по формѣ опухоли, которая, начинаясь легкой припухlostью у маточнаго конца трубы, увеличивается кнаружи, какъ въ длину, такъ и въ ширину, и принимаетъ вытянутую колбообразную форму. При этомъ бывають перетяжки вслѣдствіе перегибовъ растянутой трубы и часто вслѣдствіе ложныхъ перепонокъ.

Если закупорена только одна часть трубы, такъ что *Hydros* имѣетъ круглую форму, или если она достигаетъ значительной величины, то ее нельзя отличить отъ кисты яичника или *Lig. lat.* Свободная подвижность водяночной трубы, которую *Simpson* считаетъ за вѣрный діагностическій признакъ, бываетъ конечно не всегда, такъ какъ очень часто существуютъ сращения.

Въ одномъ случаѣ мы могли сдѣлать распознаваніе, ощупавъ нѣсколько маленькихъ, другъ возлѣ друга лежащихъ опухолей, которыя, начинаясь отъ области *Ost. uterinum*, четкообразно тянулись кнаружи и не могли быть смѣшаны ни съ какимъ другимъ органомъ.

Предсказаніе.

За исключеніемъ того, что закрытіе одной трубы можетъ обусловить трубную беременность, особенной опасности для жизни эта болѣзнь не представляетъ, такъ какъ hydrosalpinx не имѣетъ наклонности въ вскрытію въ брюшную полость, а истечение чрезъ матку должно считаться за благопріятный исходъ.

Леченіе.

Опухоли умѣренной величины не легко распознаются врачами, такъ какъ припаден при этомъ незначительны или ихъ совѣсьмъ не бываетъ. Опухоли большаго объема, если онѣ причиняютъ значительныя страданія, всего лучше пробальвать со стороны влагалища. Для этого употребляютъ лучше аспираторъ или пробный труакаръ, такъ какъ жидкая, свѣтлая жидкость вытекаетъ весьма легко. Simpson говорить, что вылечилъ такимъ образомъ 8 больныхъ.

Кровотеченія фаллопиевыхъ трубъ.

Умѣренныя кровоизліянія въ слизистую оболочку и кровотеченія въ каналъ трубы повидимому не составляютъ рѣдкости, какъ при менструаціи, такъ и при воспалительныхъ процессахъ въ маткѣ, а также и при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Они не представляютъ особеннаго значенія, потому что кровь обыкновенно всасывается и разрыва трубы въ этихъ случаяхъ не происходитъ; но они могутъ сдѣлаться опасными вслѣдствіе того, что кровь можетъ излиться чрезъ ostium abdominale въ брюшную полость. Исключая трубную беременность и кровяныя скопища въ фаллопиевыхъ трубахъ при Haematometra, едва ли кровотеченіе вообще можетъ быть настолько значительнымъ, чтобы больная могла умереть отъ истеченія кровью. Смерть отъ перитонита тоже бываетъ только въ исключительныхъ случаяхъ; обыкновенно же въ нижней части живота образуются инкапсулированныя кровяныя скопища (подробнѣе смотри при Haematocoele retrouterina); быть можетъ также, что первичныя кровоизліянія, закупоривая каналъ, могутъ обусловить образованіе Hydrosalpinx.

Воспаленіе трубъ. Salpingitis.

Förster, Wiener med. Woch. 1859. No 44 u 45. — Hennig, Der Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile. 2 Aufl. — Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. 1864. p. 302.

Сильныя степени воспаленія слизистой оболочки, за исключеніемъ очень частыхъ пuerперальныхъ сальпингитовъ, бываютъ вообще рѣдко; умѣренный же катаръ трубъ является, повидимому, довольно часто.

Анатомическія измѣненія бываютъ такія же, какъ при катарахъ слизистыхъ оболочекъ вообще. При остромъ катарѣ находятъ гиперемію, инъекцію, набуханіе и увеличенное отдѣленіе слизистой оболочки; при хроническомъ катарѣ слизистая оболочка становится снова глаже и принимаетъ аспидный цвѣтъ.

Выдѣленіе можетъ сдѣлаться гнойнымъ, но при долгомъ существованіи становится въ концѣ чисто серознымъ.

Воспаленіе легко распространяется на сосѣднія части брюшины, причемъ образуются многочисленныя брюшинныя сращения. Переходъ процесса на слизистую оболочку матки едва ли можетъ считаться доказаннымъ; такая особенность въ распространеніи обусловлена вѣроятно тѣмъ, что инфицирующий секретъ трубы изливается удобнѣе въ брюшную полость, чѣмъ въ матку.

Впрочемъ при медленномъ изліяніи простой катаральный секретъ производитъ лишь незначительное раздраженіе брюшины, выходъ же чрезъ Ostium abdominale гноя можетъ вызвать острый, скоротечный перитонитъ. Pyosalpinx — скопленіе гноя въ трубѣ — можетъ вести къ изъязвленію и даже къ прободенію въ брюшную полость, если предварительно не образовалась спайка съ другими органами. Förster наблюдалъ два подобныхъ случая. Wagner ¹⁾ видѣлъ это у одной беременной. Такого рода случаи видѣли также v. Dessauer ²⁾ и Wylie ³⁾. Прободеніе при сращеніи можетъ произойти въ толстую кишку, рѣже въ мочевой пузырь, кишечникъ или влагалище.

Припадки при Salpingitis бываютъ только въ томъ случаѣ, когда вслѣдствіе распространенія воспаленія, излітія секрета или разрыва

¹⁾ Monatsschr. für Geb. B. XIV. p. 436.

²⁾ Monatsschr. für Geb. B. XXVII. p. 60.

³⁾ Amer. J. of Obst. VI. p. 43.

дѣло доходить до перитонита. Распознаваніе поэтому или совсѣмъ бываетъ невозможно, или достигается слишкомъ поздно, хотя при благоприятныхъ условіяхъ опухшія трубы и должны бы были прощупываться.

Измѣненія положенія трубъ.

Смѣщенія трубъ бываютъ чрезвычайно часто, но почти постоянно вслѣдствіе другихъ аномалій, и имѣютъ поэтому лишь второстепенное значеніе.

Такъ это бываетъ при смѣщеніяхъ матки, наклоненіяхъ, искривленіяхъ и особенно при выпаденіи и выворотѣ ея. При грыжахъ полового канала первично перемѣщаются яичники и трубы, а за ними слѣдуетъ матка (подробности смотри при грыжахъ яичниковъ). Совсѣмъ особнякомъ стоитъ наблюденіе Berard'a¹⁾, причеиъ въ бедренной грыжѣ лежала одна опухшая труба безъ матки и яичника.

Особенно значительны бываютъ измѣненія трубъ при опухоляхъ матки и яичниковъ. При этомъ онѣ претерпѣваютъ не только измѣненія въ положеніи, но и въ формѣ, чрезвычайно вытягиваются въ длину и при разрастаніи опухоли даже могутъ быть совсѣмъ отдѣлены отъ матки.

Очень частую причину смѣщенія трубъ представляютъ периметрическія сращения, которыя оттягиваютъ трубы впередъ и назадъ, всего же чаще въ дугласово пространство, и здѣсь удерживаютъ ихъ. Почти всѣ эти смѣщенія безъ исключенія имѣютъ значеніе по отношенію къ фізіологическимъ процессамъ (зачатію), но иногда могутъ, особенно сращения и ложныя перепонки, обусловить и стриктуру банала.

Новообразованія трубъ.

Фибромы очень рѣдки и всегда очень незначительной величины. (Только Simpson²⁾ видѣлъ фиброму, выходящую изъ лѣвой трубы, величиною съ дѣтскую голову). Онѣ развиваются на протяженіи

¹⁾ L'experience. Avril 1839.

²⁾ Diseases of women. p. 541.

трубы въ стѣнкахъ ея или въ бахромкахъ *ostii abdominalis*. Практическаго значенія онѣ не имѣютъ; онѣ даже не служатъ про-свѣта трубы, потому что растутъ наружу.

Липомы также незначительной величины, встрѣчаются на нижнемъ краѣ трубы между пластинками *lig. lat.*; только въ исключительныхъ случаяхъ онѣ достигаютъ величины лѣснаго орѣха.

Кисты, очень часто появляющіяся на периферіи трубы, не имѣютъ никакого значенія, потому что бываютъ немногимъ больше горошины.

Гидатида Морганьи имѣетъ только эмбриологическое значеніе.

Ракъ первично никогда не бываетъ въ трубѣ и чрезвычайно рѣдко въ видѣ настоящаго метастаза. Сканцони ¹⁾ видѣлъ раковую инфильтрацію трубы при мозговикѣ праваго яичника. Поэтому раковое разрушеніе трубы бываетъ только въ томъ случаѣ, когда ракъ, распространяющійся съ яичника, брюшины или рѣже съ матки, захватываетъ и трубы, но даже и тогда онѣ долго остаются нетронутыми. Такъ при ракѣ яичника нерѣдко встрѣчаютъ трубу, лежащую въ раковыхъ массахъ и не пораженную новообразованіемъ.

Бугорчатка слизистой оболочки трубы, напротивъ, бываетъ менѣе рѣдко и относительно гораздо чаще въ видѣ первичнаго туберкулоза еще до половой зрѣлости.

Исходною точкою ея бываетъ слизистая оболочка брюшиннаго конца; она начинается при явленіяхъ катарра новообразованіемъ маленькихъ узелковъ на слизистой оболочкѣ. При этомъ каналъ наполненъ гнойными, а позже—творожисто-грязными массами. Туберкулезныя язвы тоже нерѣдко бываютъ на слизистой оболочкѣ трубъ. Позже, когда слизистая оболочка перерождается въ хрупкую, творожистую массу, трубы превращаются въ толстые, твердые наощупь каналы.

Новообразованіе можетъ перейти съ слизистой оболочки на мускулатуру и брюшину и даже можетъ обусловить прободеніе трубы. Она можетъ послѣдовательно захватить и слизистую оболочку матки.

Распознаваніе возможно только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, по крайней мѣрѣ при первичной бугорчаткѣ фаллопиевыхъ трубъ.

¹⁾ Krankh. d. weibl. Sexualorg. VI. Aufl. II. B. p. 79.

БОЛѢЗНИ ЯИЧНИКОВЪ.

Недостатки развитія.

Полный недостатокъ развитія (отсутствіе).

Kussmaul, Von dem Mangel u. s. w. der Gebärmutter. Würzburg 1859. p. 43. etc. — Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien. 1864. p. 328. — Rokitsansky, Allg. Wiener med. Woch. 1860. № 2--4. — Heschl, Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1862. № 20.

Отсутствіе обоихъ яичниковъ встрѣчается вмѣстѣ съ отсутствіемъ матки, такъ что въ подобномъ случаѣ, строго говоря, мы имѣемъ дѣло съ индивидуумами безполыми (Kussmaul). Объ отсутствіи одного изъ яичниковъ при однорогой маткѣ мы уже упоминали при изложеніи недостатковъ ея развитія.

Отсутствіе одного изъ яичниковъ можетъ быть какъ врожденнымъ, такъ и приобрѣтеннымъ, если вслѣдствіе зародышеваго воспалительнаго процесса или вслѣдствіе поворота вокругъ своей оси придатки матки съ одной стороны отшнуровываются отъ остальнаго полового аппарата. Если это происходитъ въ раннемъ періодѣ, то они могутъ всосаться и исчезнуть безслѣдно; эти придатки могутъ также прирости къ другимъ мѣстамъ, или же, какъ въ случаѣ, изслѣдованномъ Heschl'емъ, у трехнедѣльнаго зародыша, превратиться въ кистовидное новообразованіе. Въ подобныхъ случаяхъ весь половой аппаратъ остается нормальнымъ, только съ одной стороны придатки какъ бы отрѣзаны.

Зачаточное развитіе.

При различнаго рода уродствахъ матки, при совершенномъ отсутствіи ея, недоразвитіи, при маткѣ двураздѣльной и зародышевой, встрѣчается также и недоразвитіе яичниковъ. Послѣдніе при этомъ могутъ быть въ различномъ состояніи. На низшей степени развитія они состоятъ только изъ стромы безъ очертанія Граафовыхъ пузырьковъ, хотя въ подобномъ случаѣ, строго говоря, нельзя признать полъ индивидуума за женскій, потому что Граафовы пузырьки только содержащіе яйца дѣлаютъ яичникъ женскою половою железю.

Въ другихъ случаяхъ есть слѣды не вполне развитыхъ или

погибшихъ пузырьковъ, какъ приводитъ W. Merkel¹⁾. Въ высшей степени интересный случай зачаточно-развитыхъ яичниковъ описалъ обстоятельно Eppinger²⁾. Около двойнаго дѣтороднаго мѣша (матки), въ зачатотномъ развитіи, находились два, величиною съ голову зонда и съ конопляное зерно, яичника, которые характеризировались маленькими перерожденными, но различаемыми пузырьками. Въ зачаточныхъ яичникахъ могутъ встрѣчаться также отдѣльные, хорошо развитые пузырьки.

Одностороннее зачаточное развитіе при однорогой маткѣ встрѣчается вмѣстѣ съ зачаточнымъ развитіемъ другой стороны.

Увеличеніе числа яичниковъ.

Grohe³⁾ и Klebs⁴⁾ представили по одному наблюденію случаевъ существованія трехъ яичниковъ (два на одной сторонѣ).

Гиперемія и геморрагія.

Яичники въ продолженіе извѣстнаго періода подвержены физиологической гипереміи, которая въ исключительныхъ случаяхъ можетъ быть значительна и продолжительна, но не представляетъ особеннаго значенія, пока не переходитъ въ кровоизліяніе или въ воспаленіе.

Съ разрывомъ Граафовыхъ пузырьковъ хотя можетъ быть не всегда соединено кровоизліяніе, но оно обыкновенно происходитъ и образуетъ центръ желтаго тѣла (Corpus luteum). Въ исключительныхъ случаяхъ бывають иногда такіа значительныя кровоизліянія въ пузырькѣ, что могутъ образовать настоящія кровяныя кисты, или же, если лопнувшій пузырекъ представляетъ свободный выходъ крови, то происходитъ кровоизліяніе въ брюшную полость. Такое кровоизліяніе можетъ быть 1) непосредственно смертельнымъ, 2) вызвать смертельный перитонитъ, 3) образовать въ брюшной по-

¹⁾ Beiträge zur pathologischen Entwicklungsgeschichte etc. D. I. Erlangen 1856. p. 17.

²⁾ Prager Vierteljahrschr. 1873. 4. p. 2.

³⁾ Wiener Medicinalhalle 1863. № 43.

⁴⁾ Monatsschr. f. Geb. B. 23. p. 405.

лости инкапсулированное кровяное гнездо и 4) послужить къ образованию Haematocele retrouterina.

Кровяная киста яичника можетъ развиваться изъ пузырька, когда онъ не разрывается, что можетъ случиться при ненормальномъ утолщеніи albugineae, или вслѣдствіе покрытія ея ложными перепонками; тоже самое произойдетъ, если мѣсто разрыва закроется кровянымъ сгусткомъ, или же если кровоизліяніе наступитъ при закрытомъ уже отверстіи.

Подобныя кисты обыкновенно достигаютъ величины лѣснаго орѣха, иногда бываютъ и величиною съ кулакъ. Болѣе частымъ исходомъ бываетъ постепенное отвердѣніе и отчасти всасываніе; но можетъ произойти и разрывъ съ вышеупомянутыми послѣдствіями, или же мѣшокъ можетъ перейти въ нагноеніе.

Весьма рѣдко бываютъ значительныя промежуточныя кровоизліянія въ строму, но небольшія геморрагіи, особенно при острыхъ заболѣваніяхъ крови, встрѣчаются часто.

Schultze ¹⁾ видѣлъ кровяную опухоль праваго яичника у мертворожденнаго ребенка, которая, повидимому, постепенно увеличивалась; кровь разрушила самую теанъ яичника.

Кровяная опухоль яичника по признакамъ не можетъ быть отличена отъ другихъ опухолей, которыя достигаютъ умѣренной величины, и поэтому установить распознаваніе на основаніи только объективнаго изслѣдованія невозможно. Особенное значеніе представляетъ способность ея быстро увеличиваться и уменьшаться, если удастся наблюдать, чего не бываетъ съ другими опухолями.

Если происходитъ разрывъ, то за нимъ слѣдуютъ вышеупомянутые исходы, по которымъ также только въ исключительныхъ случаяхъ можно судить объ источникѣ кровоизліянія.

Воспаленіе яичника, Oophoritis.

Chéreau, Mém. pour servir à l'étude des mal. des ovaires. Paris 1844. — Tilt, Diseases of menstruation and ovarian inflamm. London 1850. — Raciborsky, Gaz. des hop. Nov. 1856.—Gailard, Gaz. des hop. Juillet-October 1869.—Schultze, Jenaische Z. f. Med. u. Nat. I. 1864 p. 279.—Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. Wien 1864. p. 378.—Duncan, Edinburgh med. J. Sept. 1874. p. 193.—Slavjansky, Arch. f. Gynaek. B. III. p. 183.

¹⁾ Monatschr. f. Geb. B. 11. p. 170.

Мы не будем описывать здѣсь самую частую форму воспаления яичниковъ—послѣродовую.

Причины и происхожденіе.

Слѣдуетъ различать двѣ формы воспаления яичниковъ,—паренхиматозную или фолликулярную, при чемъ воспаляется собственно ткань желѣзы — Граафовы пузырьки, и интерстиціальную, или воспаление соединительно-тканной стромы.

Воспаленіе желѣзистой части, Граафовыхъ пузырьковъ, по изслѣдованіямъ Славянскаго бываетъ весьма часто; такъ, оно встрѣчается при острыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, причѣмъ бываютъ воспаления и другихъ желѣзъ. Это воспаление само по себѣ конечно не имѣетъ никакого гинекологическаго значенія; важно оно только въ томъ отношеніи, что, при высокой степени развитія, можетъ кончиться разрушеніемъ всѣхъ пузырьковъ и такимъ образомъ повести къ бесплодію.

Кромѣ того, паренхиматозная форма присоединяется къ воспаленію сосѣдней серозной оболочки, какъ напр. при периметритѣ и перитонитѣ; но и въ этихъ случаяхъ она имѣетъ только второстепенное значеніе, потому что измѣненія въ брюшинѣ несравненно значительнѣе и опаснѣе.

Интерстиціальная форма, внѣ послѣродоваго періода, встрѣчается чрезвычайно рѣдко; она бываетъ также слѣдствіемъ перитонита, а иногда образуется при остановкѣ менструацій.

Патологическая анатомія.

При паренхиматозной формѣ находятъ Граафовы пузырьки воспаленными и, если воспаленіе перешло съ брюшины на яичникъ, то поражаются главнымъ образомъ пузырьки, лежащіе ближе къ периферіи. При острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ воспаляются напротивъ прежде всего несозрѣвшіе пузырьки, а потомъ процессъ распространяется и на вполне развитые.

Клѣтки *membranae granulosaе* представляются въ періодѣ мутнаго набуханія, позднѣе—мелкозернисто-распавшимися; равнымъ образомъ перерождается и яйцо. Въ зрѣлыхъ пузырькахъ содержимое распавшихся клѣтокъ *membranae granulosaе* является сывороточно-мутнымъ; равнымъ образомъ воспаляется и слой стромы, окружающей пузырьки.

Интерстиціальное воспаление есть настоящее воспаление соединительной ткани. Соединительная ткань представляется гиперемизованною, набухшею, пропитанною жидкостью и инфильтрованной бѣлыми кровяными шариками, вышедшими изъ сосудовъ. Эта мелко-клеточная инфильтрація можетъ быть такъ значительна, что дѣло доходить до образованія абсцессовъ. Большею же частью воспаленіе оканчивается образованіемъ рубцовой ткани. Если воспаленіе значительно, то оно распространяется также и на пузырьки.

Припадки и исходы.

Объ особенныхъ существенныхъ припадахъ мы не имѣемъ возможности говорить, потому что воспаленіе яичниковъ присоединяется къ другимъ болѣе важнымъ и опаснымъ болѣзнямъ, какъ прибавочное заболѣваніе. Постоянная чувствительность заболѣвшаго яичника обусловливается участіемъ покрывающихъ его частей.

При паренхиматозной формѣ воспаленія, когда разрушаются всѣ пузырьки, послѣдствіемъ можетъ быть безплодіе. Но до сихъ поръ еще не доказано точно, трубчатые ли образованія, изъ которыхъ посредствомъ отшнуровыванія образуются пузырьки, способны долго сопротивляться, или же эти послѣдніе образуются вновь и у взрослой женщины изъ эпителія яичниковъ. *Koster* ¹⁾ говоритъ, что онъ находилъ у 32-хъ и 37-ми-лѣтнихъ родильницъ, а также и у 16-ти и 17-ти лѣтнихъ молодыхъ дѣвушекъ вдавленія эпителія въ строму, на днѣ которыхъ были первичные пузырьки, подъ этими же вдавленіями молодые пузырьки. Наблюденіе Славянскаго (трубчатые образованія, кисто-видно прерожденныя, при отсутствіи яицъ въ яичникѣ 30-лѣтней женщины) имѣетъ только значеніе образованія, оставшагося безъ дальнѣйшаго развитія ²⁾. Весьма вѣроятно, что воспаленные пузырьки могутъ перерождаться и въ кисты.

При интерстиціальной формѣ, если воспаленная соединительная ткань превращается въ рубцовую, пузырьки также могутъ быть раздавлены. Кромѣ того безплодіе можетъ произойти вслѣдствіе уплотненія периферическихъ слоевъ яичника, при чемъ послѣдніе не разрываются и такимъ образомъ препятствуютъ выходу яйца.

Вслѣдствіе интерстиціального воспаленія можетъ произойти абсцессъ. Если позволительно сдѣлать заключеніе изъ небольшого

¹⁾ Virchow-Hirsch'scher Jahresber. 1872. B. I. p. 52.

²⁾ Bull. de la soc. anatom. de Paris, Dec. 1873.

числа точныхъ наблюдений (не послѣродовыхъ), то абсцессы эти имѣютъ наклонность вскрываться въ мочевоѣ пузырь. West ¹⁾ видѣлъ вскрытіе въ пузырь и кишку, Mosler ²⁾ тоже въ мочевоѣ пузырь, Edis ³⁾ наблюдалъ абсцессъ яичника съ перфорациею въ брюшную полость у 12-ти лѣтней дѣвочки. Мы сами видѣли, при вскрытіи одной умершей отъ туберкулѣзнаго перитонита, инвольвированный абсцессъ, превратившій яичникъ въ опухоль величиною почти въ куриное яйцо, изъ которой при разрѣзѣ вытекала густая, похожая на сливки желтая жидкость. Уплотнѣлый абсцессъ былъ исходнымъ пунктомъ общаго туберкулѣзнаго зараженія (также и матери).

Воспаленіе яичника осложняется Periophorit'омъ, который часто бываетъ причиною его, вслѣдствіе чего образуются ложноперепончатая наслоенія и сращенія съ сосѣдними органами.

Распознаваніе.

Нѣкоторыми гинекологами воспаленіе яичника діагностицируется весьма часто на основаніи присутствія чувствительной опухоли сбоку матки. Мы того мнѣнія, что это зависитъ прежде всего отъ периметрита, и если даже яичникъ лежитъ въ самой опухоли, то все таки болѣе важнымъ представляется воспаленіе брюшины. Самостоятельное и исключительное воспаленіе желѣзы можетъ быть только тогда діагностицировано съ извѣстною точностью, когда на нормальномъ мѣстѣ яичника ощупывается нѣсколько большая, кругловатая опухоль, чувствительная, причеиъ непосредственно окружающія ее части совершенно нормальны.

Точно также трудно распознаваніе абсцесса яичника. При помощи двойнаго изслѣдованія удается опредѣлить лишь опухоль яичника съ жидкимъ содержимымъ. На основаніи чувствительности весьма трудно отличить его отъ кисты, потому что съ одной стороны гнойникъ яичника можетъ быть едва чувствительнымъ, съ другой же могутъ также воспалиться и покровы кисты. Быстрый ростъ опухоли говоритъ въ пользу гнойнаго содержимаго. Но даже, если послѣ пробола и высасыванія, или же самопроизвольнаго вскрытія вѣрно можетъ быть опредѣлено присутствіе гнойнаго содержимаго, то всетаки трудно рѣшить, зависитъ ли оно отъ абсцесса яичника,

¹⁾ Lehrb. der Frauenkrankh. III. Aufl. p. 586.

²⁾ Monatsschr. f. Geb. B. 16. p. 133.

³⁾ London Obst. Tr. Vol. XIII. p. 99.

или отъ кисты, подвергшейся нагноенію. Появленіе болѣзни послѣ быстрой остановки менструаціи съ острымъ характеромъ и скорымъ теченіемъ говорить въ пользу перваго.

Леченіе.

При простомъ воспаленіи яичниковъ рѣдко представляется случай къ энергическому леченію. При сильной чувствительности нужно поступать, какъ при периметритѣ. Абсцессы слѣдуетъ опоражнивать, если возможно, посредствомъ прокола тонкимъ троакаромъ или аспираторомъ.

Хотя въ сущности воспаление яичника ограничивается только двумя формами: интерстиціальною и паренхиматозною, но мы присоединяемъ сюда еще параоофоритисъ — воспаление окружающей яичникъ клетчатки и ретрооофоритисъ — воспаление покрывающей яичникъ части брюшины. — Параоофоритъ, какъ анатомически, такъ и клинически весьма близко граничитъ съ параметритомъ, идущимъ по широкой связкѣ, а потому тамъ о немъ и будетъ говоритья подробнѣе. — Объ образованіи ложныхъ перепонокъ при ретрооофоритѣ сказано уже въ текстѣ. Эти перепонки часто отклоняютъ матку въ сторону и удерживаютъ ее сначала совершенно неподвижно; затѣмъ, вслѣдствіе растяженія ихъ, матка становится болѣе подвижною и иногда по истеченіи нѣкотораго времени снова устанавливается на прежнемъ мѣстѣ. — Если въ такихъ перемычкахъ разрываются сосуды, то иногда являются по временамъ отъ различныхъ причинъ кровоизліянія въ полость брюшины, влекуція за собою болѣе или менѣе ограниченныя перитониты, при чемъ кровоизліяніе можетъ инкапсулироваться; въ иныхъ случаяхъ исходомъ такого перитонита бываетъ смерть. — Извѣстно, что Вирховъ, какъ мы упомянули выше въ главѣ объ искривленіяхъ матки, одно время приписывалъ причину искривленій именно этимъ ложнымъ перепонкамъ.

Что касается до совокупности этихъ формъ, то сколько намъ извѣстно, и паренхиматозная и интерстиціальная форма весьма склонны осложняться ретрооофоритомъ. — Въ особенности мы наблюдали эту склонность при интерстиціальной формѣ. Параоофоритъ рѣдко присоединяется къ нимъ; но слѣдствіемъ его иногда является интерстиціальнѣй процессъ въ яичникѣ. Въ особенности часто бываетъ это послѣ родовъ.

Что касается до клиническихъ явленій, то хотя картина болѣзни при отдѣльныхъ формахъ воспаленія яичника не настолькоъ ясна, чтобы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можно было поставить безусловно вѣрную діагностику, однако при тщательномъ изслѣдованіи и наблюденіи теченія процесса можно съ большою вѣроятностью сдѣлать распознаваніе.— Мы укажемъ лишь на нѣкоторые наиболѣе выдающіеся отличительные признаки каждой формы, имѣющіе значеніе при дифференціальной діагностикѣ, при чемъ считаемъ нужнымъ оговориться, что эти признаки, какъ и самыя формы оофорита, весьма часто бываютъ смѣшанными, что значительно затрудняетъ дифференціальный діагнозъ.

Главными отличительными признаками паренхиматозной формы воспаленія бываетъ быстрота развитія и теченія воспаленія, овальная, рѣзко ограниченная форма опухоли, пониженіе (*luxatio*) яичника въ задній сводъ, при чемъ опухоль остается подвижною; боль, въ особенности при дотрогиваніи бываетъ значительна; обыкновеннымъ спутникомъ этой формы бываетъ меноррагія, а иногда и метроррагія.

Интерстиціальная форма развивается обыкновенно исподволь и теченіе ея бываетъ чаще подострое, иногда хроническое. Опухоль меньше, неравномѣрно—овальная, нерѣдко можно бываетъ прощупать *hylus*; опухоль по большей части не западаетъ въ заднее Дуглассово пространство, а лежитъ съ боку; если, какъ это бываетъ весьма часто, къ этой формѣ присоединяется періоофоритъ, то опухоль поднимается выше и становится даже трудно достижимою для пальца.—При наступленіи регулъ, которыя бываютъ необильны, другой яичникъ бываетъ обыкновенно такъ сильно гиперемированъ, что западаетъ въ заднее Дуглассово пространство и представляется значительно увеличеннымъ; по прекращеніи регулъ онъ нерѣдко остается все таки увеличеннымъ.—Такія измѣненія другого яичника при небольшомъ увеличеніи и высокомъ положеніи перваго весьма легко могутъ ввести въ ошибку, заставивъ предположить, что во второмъ яичникѣ развивается паренхиматозная форма, первый же, дѣйствительно больной яичникъ, отстунить на второй планъ. Такую викарную гиперемію и гипертрофію втораго яичника мы считаемъ, по нашимъ наблюденіямъ однимъ изъ самыхъ важныхъ отличительныхъ признаковъ этой формы оофорита.—Мы ниразу не наблюдали ея при паренхиматозной формѣ воспаленія.

Параоофоритъ отличается прежде всего неопредѣленностью границъ опухоли, которая нерѣдко бываетъ разлитой, бугристой и весьма разнообразнаго очертанія, хотя вообще кругловатой формы. Опухоль всегда лежитъ низко, легко прощупывается черезъ боковой, а иногда, и черезъ

задній сводъ; она неравномѣрно плотна, почти или совершенно неподвижна, болѣзнена при дотрогиваніи; регулы вначалѣ обыкновенно усиливаются, впоследствии, при оплотнѣніи опухоли, уменьшаются.—Опухоль часто распространяется на задній сводъ и переходитъ на противоположную сторону.—Въ началѣ, когда опухоль рыхла, отечна и разлитая, нѣтъ никакой возможности сказать, существуетъ ли въ данномъ случаѣ пареоофоритъ т. е. захваченъ ли опухолью яичникъ или нѣтъ. Черезъ нѣсколько дней, когда отекъ исчезнетъ, опухоль проясняется, является возможность установить болѣе вѣрную діагностику.

При періоофоритѣ, который какъ самостоятельную форму мы ни разу не наблюдали, опухоль поднимается вверхъ и становится труднодостижимою въ особенности по причинѣ чрезвычайныхъ болей при изслѣдованіи.—Своды рукава обыкновенно бываютъ вытянуты и надъ ними прощупывается вверху, какъ бы плоская твердая опухоль съ нерѣзкими границами, въ высшей степени чувствительная.—Регулы при этомъ часто не появляются или бываютъ въ очень маломъ количествѣ; обильными при этой формѣ мы ихъ ни разу не наблюдали.

Выше мы уже сказали, что очень часто формы воспаленія яичниковъ бываютъ перемѣшаны одна съ другою, а иногда одна составляетъ слѣдствіе и дальнѣйшее осложненіе другой. Сообразно этому измѣняются и клиническія явленія.—Если больная находится подъ наблюденіемъ съ самаго начала, то опредѣлить первичную форму страданія и послѣдовательную еще не такъ трудно. Но если больная является на исходѣ процесса, то такое опредѣленіе становится съ высшей степени труднымъ, чтобы не сказать невозможнымъ.—Анамнезъ тутъ не даетъ почти никакихъ данныхъ, а изслѣдованіе, доставляя только понятіе о наличныхъ данныхъ, не даетъ указаній на хронологическую связь ихъ.—Остается добиваться разъясненія вопроса путемъ исключеній и аналогіи.—При этомъ необходимо принять во вниманіе, что извѣстныя формы, именно періоофоритъ, никогда не являются первичными въ ряду заболѣваній.—Интерстиціальныи оофоритъ всего чаще осложняется періоофоритомъ, при чемъ клиническая картина напоминаетъ весьма близко хроническій воспалительный процессъ въ періодѣ обострѣнія.—Параоофоритъ зачатую является осложненіемъ флегмонозныхъ воспаленій тазовой и околоматочной глѣтчатки, а паренхиматозная форма воспаленія яичника развивается обыкновенно быстро и самостоятельно подъ вліяніемъ простуды, чрезмѣрнаго coitus и т. п. быстро и сильно дѣйствующихъ причинъ.

При всемъ томъ дифференціальная діагностика формъ оофорита отно-

сится къ гинекологическимъ тонкостямъ и въ очень рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть вполне точною.—Причина такой трудности распознаванія становится еще болѣе очевидною, если обратить вниманіе на то, что въ подобныхъ случаяхъ бываетъ еще необходимо исключить новообразовательныя страданія яичниковъ, которыя также зачастую осложняются воспалительными явленіями. Лимфотромбозъ, лимфангитъ, сальпингитъ, параметритъ и различныя новообразованія, развивающіяся по сосѣдству съ яичникомъ, также иногда могутъ представить явленія, близкія къ признакамъ оофорита.—Исключить эти страданія на основаніи клиническихъ признаковъ часто бываетъ не только трудно, но и совершенно невозможно. Въ такомъ случаѣ остается, не устанавливая окончательно діагноза, выждать, пока наблюденіе теченія болѣзни дастъ болѣе надежныя точки опоры для діагностики.

Ред.

Смѣщенія яичниковъ. Грыжи яичниковъ.

Déneux, Sur la hernie de l'ovaire. Paris. 1813. Mulert, Journal für Chirurgie 1850. IX. 3.—Loumagne, de la hernie de l'ovaire. Paris. 1869.—Englisch, Medicinische Jahrbücher. 1871 p. 335.—Mc. Cluer, Amer. J. of Obst. Vol. VI p. 613.

Паховая грыжа — *Hernia inguinalis*.

Причины и анатомія.

Паховыя грыжи въ большинствѣ случаевъ бываютъ врожденныя (изъ 27-и случаевъ, въ которыхъ кое-что объ этомъ упомянуто, Englisch нашель 17 врожденныхъ). Онѣ происходятъ вслѣдствіе образованія *processus vaginalis peritonei*, какъ у мужчинъ, который остается открытымъ и черезъ который, подобно мужскимъ яичкамъ, яичники выходятъ наружу въ большія губы. Поэтому паховыя грыжи нерѣдко бываютъ двойными (Englisch въ 24-хъ случаяхъ паховыхъ грыжъ нашель 9 двойныхъ, которыя по всей вѣроятности произошли одновременно). Это патологическое образованіе, аналогичное съ мужскимъ, происходитъ случайно при уродствахъ половыхъ органовъ, чаще же независимо отъ этого.

Приобрѣтенныя паховыя грыжи появляются легче всего въ послѣродовомъ періодѣ, если раньше уже существовала грыжа. Сообщаемый Loeper'омъ¹⁾ случай, а также и третій случай Englisch'a

¹⁾ Monatschr. f. Geb. V. 28. p. 453.

объясняются этимъ путемъ (травматическое происхождение грыжи на 8-мъ мѣсяцѣ беременности; грыжа яичника послѣ родовъ). При существованіи грыжеваго мѣшка яичникъ въ послѣродовомъ періодѣ легко можетъ сдѣлаться содержимымъ этого послѣдняго. Происхождение и приобретенной грыжи можетъ быть отчасти облегчено образованіемъ открытаго processus vaginalis peritonei. Смѣщенный яичникъ нерѣдко воспаляется. Englisch изъ 27-ми случаевъ 17 разъ нашелъ воспаленіе яичника, чему естественно служить причиною то обстоятельство, что воспаленіе этого органа обыкновенно даетъ возможность врачу впервые догадаться о существованіи грыжи; 5 разъ была киста яичника; 1 разъ — карцинома.

Признаки.

Яичникъ образуетъ единственное содержимое большей части грушевидныхъ грыжъ; онѣ обыкновенно врожденныя и неправильныя. Опухоль бываетъ величиною отъ лѣснаго орѣха до куриного яйца, рѣдко (при кистовидномъ перерожденіи) больше. Если опухоль мала, то большею частью имѣетъ сходство съ опухшими паховыми железами, на которыя похожа и по консистенціи. При давленіи она почти всегда чувствительна, обыкновенно не беспокоитъ больныхъ, иногда же бываетъ невыносима. Она можетъ подвергнуться воспаленію, которое или разрѣшается или переходитъ въ абсцессъ.

Распознаваніе.

Грыжа распознается по извѣстнымъ правиламъ. Содержимое ея — яичникъ — узнается по виду и консистенціи, а главнымъ образомъ по его связи съ маткою, если послѣднюю двигать пальцемъ или зондомъ. Очень часто смѣщенный яичникъ во время менструаціи припухаетъ видимымъ образомъ, при чемъ увеличивается и чувствительность.

Мы наблюдали случай паховой грыжи праваго яичника, при чемъ распознаваніе было несомнѣнно, такъ какъ лѣвый яичникъ, нормальный, ощупывался довольно глубоко взадъ, вправо же на мѣстѣ, соответствующемъ яичнику, нельзя было прощупать никакого тѣла, которое можно было бы принять за яичникъ. Но на этой же сторонѣ тянулись къ паховому каналу въ видѣ шнурковъ придатки матки (Tubae Lig. ovarii), а впереди ихъ, въ маленькомъ грыжевомъ мѣшкѣ лежало тѣло, величиною и видомъ похожее на яичникъ, которое

лишь при сильномъ давленіи было немного чувствительно (больная никогда не замѣчала опуханія его во время менструацій). Если, фиксируя это тѣло снаружи, двигали матку при двойномъ изслѣдованіи взади и влѣво, то вліяніе этого движенія на опухоль было ясно ощутимо; оно выскальзывало изъ-подъ пальцевъ кверху и внаружи, но не вправлялось обратно въ паховой каналъ; вправление снаружи тоже не удавалось.

Лечение.

Простое вправление большею частью невыполнимо; при врожденныхъ грыжахъ оно точно также рѣдко удается, какъ вправление яичекъ въ брюшную полость. Если нѣтъ никакихъ другихъ особенныхъ явленій, то можно ограничиться ношеніемъ вогнутого пелота для предохраненія яичника отъ вѣшнихъ вліяній.

При воспаленіи яичника употребляютъ противовоспалительныя средства; при появленіи нагноенія необходимо выпустить гной. Герниотомія съ вправленіемъ въ брюшную полость возможно лишь при приобретенныхъ грыжахъ, потому что при врожденныхъ вправление невозможно. — Neboch ¹⁾ и Loerer ²⁾ счастливо оперировали въ первомъ случаѣ.

Если боли очень сильны и становятся невыносимыми во время менструаціи, или мѣшаютъ всякой усиленной дѣятельности, то является вопросъ объ экстирпаціи, которая безусловно показуется при вистовидномъ перерожденіи. Она была произведена Pott'омъ ³⁾, Lassus ⁴⁾ Meadows ⁵⁾ Mc. Cluer ⁶⁾ и Deneux ⁷⁾ съ счастливымъ исходомъ, Holmes'омъ ⁸⁾ же, Guersant ⁹⁾ и Englisch'омъ ¹⁰⁾ съ смертельнымъ исходомъ.

Несравненно рѣже встрѣчаются другія грыжи яичника, чаще другихъ еще бедренныя (Englisch нашель между 38-ю грыжами яичниковъ 9 бедренныхъ), которыя относительно припадковъ, распознаванія и леченія аналогичны съ паховыми. Ихъ происхождение

¹⁾ Bull. de ther. 1845 avril und Arch. gen. de med. Sept. 1846.

²⁾ Monatsschr. f. Geb. B. 28 p. 453.

³⁾ Oeuvres chirurg. T. I. p. 492.

⁴⁾ Pathol. chirurg. Paris. 1806. II. p. 98.

⁵⁾ London. Obst. Tr. Vol. III. p. 438.

⁶⁾ l. c.

⁷⁾ l. c. при бедреной грыжѣ.

⁸⁾ Lancet 1864. Jan.

⁹⁾ Bull. de thérap. 1865. 28 zwei Mal.

¹⁰⁾ l. c. p. 340.

не трудно объяснить; онѣ никогда не бываютъ врожденными и никогда не встрѣчаются двойными.

При прочихъ грыжахъ смѣщеніе яичниковъ почти всегда менѣе значительно, въ особенности при сѣдалищной (*H. ischiadica*). При *Hernia abdominalis* смѣщеніе яичника происходитъ въ грыжевой мѣшокъ, образованный рубцемъ послѣ раненія (весаарское сѣченіе). *Kiwisch* ¹⁾ видѣлъ случай, гдѣ яичникъ и фаллопиевы трубы правой стороны выступали черезъ расширенное отверстіе для прохожденія сосудовъ въ *foramen ovale*.

Опущеніе яичниковъ.

Rigby, *Med. Times*. 6 Juli 1850. — *Veit*, *Krankh. d. weibl. Geschlechtsorgane*. Erlangen 1867. 2. Aufl. p. 468.—*Warner u. Storer*, *Boston. gyn. Journal*. Vol. VI. p. 324.

До настоящаго времени мало обращали вниманія на ненормально глубокое положеніе яичниковъ, встрѣчающееся весьма часто. Эта перемѣна мѣста зависитъ вѣроятно отъ увеличенной тяжести органа и въ особенности отъ ослабленія *ligamenti lati* пораженной стороны. Яичникъ при этомъ весьма чувствителенъ или вслѣдствіе первичнаго воспаленія, или вслѣдствіе поврежденій (давленіе со стороны матки и прямой кишки, при *coitus*, при ношеніи пессарія), которыя онъ претерпѣваетъ въ силу своего измѣненнаго положенія. Весьма рѣдко случается, чтобы оба яичника находились въ этомъ положеніи.

Низкое положеніе яичниковъ вызываетъ нѣкоторые припадки, особенно боли въ животѣ, являющіяся произвольно и усиливающіяся при *coitus* и твердыхъ испражненіяхъ. Иногда боль является въ видѣ пароксизмовъ, которые особенно увеличиваются при испражненіи.

Распознаваніе производится помощью двойного изслѣдованія, причемъ сбоку въ заднемъ влагалищномъ сводѣ ошупывается небольшая чувствительная опухоль весьма характеристической формы.

Терапевтическимъ путемъ трудно достигнуть излеченія. При болѣе сильномъ воспаленіи опустившагося яичника, одновременно съ назначеніемъ питательной и укрѣпительной діеты, показуется воз-

¹⁾ *Klin. Vorträge etc.* II. Aufl. B. II. p. 39.

держаніе отъ всякихъ вредныхъ вліяній — покой и даже кровопусканіе. Вмѣстѣ съ тѣмъ слѣдуетъ заботиться, чтобы испражненія на низъ были жидки и легко выдѣлялись. Если больная пополнѣетъ, то можно надѣяться, что опущеніе яичника уменьшится, что обыкновенно оправдывается, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда яичникъ приращенъ въ дугласовомъ пространствѣ.

О другой особенной перемѣнѣ мѣста яичника — «*объ осевомъ новоротѣ*», которая происходитъ чаще при опухоляхъ, мы будемъ говорить при кистомахъ яичника.

Новообразованія въ яичникахъ.

Кисты и кистозиды.

Изъ обширной литературы о кистахъ яичниковъ мы указываемъ здѣсь только тѣ сочиненія, которые касаются всего предмета вообще, между тѣмъ какъ статьи, относящіяся до анатоміи, распознаванія и отдѣльныхъ терапевтическихъ методовъ, мы укажемъ въ соответствующихъ мѣстахъ: Roederer, Progr. de hydrop. ovarii. Gott. 1762.—Bright, Guy's Hosp. Rep. VI.—Th. S. Lee, Von den Geschwülsten der Gebärmutter. Berlin. 1848. p. 133.—Martin, Eierstock-Wassersuchten. Jena. 1852. Baker Brown, On ovarian dropsy. London. 1862.—Spenser Wells, Diseases of the ovaries. London. 1872.—Peaslee, Ovarian tumours; their pathol. diagn. and treatment esp. by ovariectomy. New-York. 1872.—Atlee, gen and differ. diagnosis of ovarian tumours etc. Philadelphia and London 1873.

Причины и происхожденіе.

О происхожденіи кистъ въ яичникахъ намъ еще весьма мало извѣстно. При описаніи анатомическихъ условій ихъ развитія мы должны будемъ сослаться на тѣ выводы, которые можно сдѣлать путемъ рациональнымъ. Здѣсь мы хотимъ только замѣтить, что этиология водянки граафова пузырька совершенно понятна, но происхожденіе настоящихъ кистомъ намъ положительно неизвѣстно. Первое условіе развитія кистомъ — трубчатая образованія яичниковъ, — быть можетъ, всегда бываетъ врожденнымъ; ниже мы увидимъ, что частое присутствіе маленькихъ кистовидныхъ образованій у новорожденныхъ говоритъ въ пользу того, что хотя начало образованія этихъ опухолей есть явленіе врожденное и въ такомъ видѣ можетъ оставаться долгое время (почти до возраста половой зрѣлости), но дальнѣйшее развитіе ихъ происходитъ въ позднѣйшее время.

Scanzoni ¹⁾ говоритъ, что опухоли яичниковъ бываютъ особенно часто у хлоротическихъ женщинъ, и объясняетъ это тѣмъ, что у такихъ особъ менструальная гиперемія производитъ лишь опуханіе пузырька, не доводя его до разрыва. Это объясненіе однако удовлетворительно лишь для рѣдкихъ случаевъ водянки Граафова пузырька и не годится для кистомъ. Статистическія данныя представляютъ весьма мало точныхъ данныхъ для разъясненія этихъ образованій. Что касается возраста, то опредѣлить можно только время появленія первыхъ припадковъ. По наблюденіямъ Lee, Scanzoni, West и нашимъ изъ 348 случаевъ въ 297 начало образованія было 30 лѣтъ, въ 145 между 30 и 40, въ 70 между 40 и 50, въ 31 между 50 и 60, въ 3-хъ между 50 и 70 и въ 2-хъ между 70 и 80. Опухоли яичниковъ до возраста половой зрѣлости являются въ видѣ исключенія и относятся къ величайшимъ рѣдкостямъ. Такъ Wegscheider ²⁾ видѣлъ большую кистому у 12-ти-лѣтней дѣвочки, Goodrich ³⁾ у 8-ми-лѣтняго ребенка. Pooley ⁴⁾ видѣлъ разрывъ кисты у дѣвочки 3 лѣтъ и 2 мѣсяцевъ и Peaslee ⁵⁾ сдѣлалъ проволъ у 5-ти-лѣтней. Carr ⁶⁾ видѣлъ опухоль яичника у 3-хъ-лѣтняго ребенка, которая была замѣчена въ первый разъ когда ему было 15 мѣсяцевъ. Овариотомію производили также нѣсколько разъ у дѣтей, такъ Alcott ⁷⁾ дѣлалъ у 3-хъ-лѣтняго ребенка съ смертельнымъ исходомъ (еще чаще дѣлали ее при дермоидныхъ кистахъ). Сокрушеніе положительно не располагаетъ къ кистовидному перерожденію яичника, скорѣе воздержаніе можетъ считаться предрасполагающей причиною.

Въ практическомъ отношеніи безъинтересенъ вопросъ о частотѣ двусторонняго образованія кистъ. Scanzoni ⁸⁾ доказалъ неопровержимыми фактами—именно протоколами анатомическихъ вскрытій, что двустороннее заболѣваніе встрѣчается необыкновенно часто (изъ 99 случаевъ 49 одностороннихъ и 50 двустороннихъ) и вывелъ изъ этого весьма вѣское опроверженіе оvariотоміи.

¹⁾ Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. V. p. 170.

²⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. I. p. 35.

³⁾ Amer. J. of. med. sc. April 1873. p. 500.

⁴⁾ Amer. J. of. Obst V. p. 393.

⁵⁾ e. l. p. 396.

⁶⁾ Boston gynaec. Journal. VII. p. 259.

⁷⁾ Lancet Febr. 1872.

⁸⁾ Würzburger med. Z. 1865. B. VI, p. 1.

Опытъ однако также ясно доказываетъ, что значительныя кистовидныя перерожденія обоихъ яичниковъ встрѣчаются не такъ часто и что во второмъ яичникѣ рецидивы, требующіе повторенія оваріотоміи, являются относительно рѣдко. Такъ, Spenser Wells изъ 500 оваріотомій производилъ только 25 разъ двустороннюю, а число случаевъ, въ которыхъ операція производилась два раза у одной и той же больной, весьма ничтожно.

Статистическіе выводы Scanzoni и опыты оваріотомовъ сходятся въ томъ, что нерѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ и другой яичникъ не вполне здоровъ, и въ немъ встрѣчаются другія заболѣванія или зачатки кистовидныхъ перерожденій, однако эти зачатки въ большинствѣ случаевъ далѣе не развиваются, такъ что перерожденіе обоихъ яичниковъ въ большія кисты, равно какъ развитіе ихъ во второмъ яичникѣ по удаленіи перваго, почти не встрѣчается. Такой результатъ выходитъ непосредственно изъ статистики Scanzoni, потому что въ число двусторонняго заболѣванія были включены всевозможнаго рода патологическія измѣненія и между приведенными 99 случаями находится только 4, въ которыхъ съ обѣихъ сторонъ оказались кисты величиною почти съ куриное яйцо.

Патологическая анатомія.

Baillie, Anatomie des krankh. Baues. Anhang. Herausg. v. Sömmering. 1820. p. 155.—Hodgkin, Medico-chir. Transactions. Vol. 15.—Biermann, De hydropse ovarii. D. i. Gotting. 1846. — Frerichs, Ueber Gallert oder Colloidgeschwülste. Göttingen. 1847. — Rokitansky, Denkschrift über die Cyste. Denkschr. d. k. k. Akademie der Wissenschaften. Allgem. Wiener. med. Z. 1859. No. 34—35, Wiener med. Jahrb. 21. II. p. 132, Lehrb. d. pathol. Anat. 3. Aufl. III. p. 419 und Wochenbl. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1855. I. — Virchow, Das Eierstocks-Colloid. Verh. d. Berliner geb. Ges. B. III p. 197. — Führer, Deutsche Klinik. 1852.—Wilson Fox, Medico-chir. Transactions. Vol. 47. 1864. Förster, Handb. d. pathol. Anatomie. Leipzig. 1863. p. 380.—Spiegelberg, M. f. Geb. B. 14. p. 101. und 200.—Eichwald, Colloidartung der Eierstöcke. Würzb. med. Z. B. V. 1864. p. 270. — Klebs, Virchow's Archiv. B. 41. p. 4 und Handb. d. pathol. Anat. 4. Lief. Berlin 1873. p. 789.—Mayweg, Die Entwicklungsgeschichte der Cystengeschwülste des Eierstocks. D. i. Bonn. 1868. — Böttcher, Virchow's Archiv. B. 49. 1870. p. 298.—Waldeyer, Die Eierstockskystome. Archiv f. Gyn. B. I. p. 252. — Rindfleisch, Lehrb. d. pathol. Gewebelehre. 2. Aufl. 1861. p. 466.

При описаніи анатомическихъ условій образованія кистъ яичниковъ мы будемъ держаться въ сущности воззрѣнія на этотъ предметъ Валдейера

Генетически и гистологически, за исключеніемъ дермоидныхъ кистъ, описаніе которыхъ мы пока оставимъ, слѣдуетъ строго различать по крайней мѣрѣ два рода кистовидныхъ образованій въ яичникѣ, а именно *водянку граафова пузырька* и мѣшчатую опухоль—*кистому*.

Послѣднюю можно разсматривать какъ желѣзистое новообразованіе (Adenom) съ послѣдовательнымъ образованіемъ кистъ изъ желѣзистыхъ трубчатыхъ образованій, водянка же граафова пузырька, представляетъ такъ-сказать ретенціонную кисту (вслѣдствіе задержанія содержимаго) и стоитъ слѣдовательно въ одномъ ряду съ водянкой фаллопиевой трубы, съ гематометрой и др. Разница состоитъ только въ томъ, что въ послѣднихъ естественный выходъ былъ закрытъ, между тѣмъ какъ при водянкѣ граафова пузырька не произошло физиологическаго разрыва существующаго мѣшечка и поэтому пузырекъ увеличивается. Что изъ самыхъ граафовыхъ пузырьковъ могутъ образоваться кисты, было совершенно точно доказано Робитанскимъ ¹⁾, который во всѣхъ кистахъ величиною меньше боба, находилъ яйцо. Webb и Ritchie ²⁾ находили также яйца въ кистахъ.

Водянка пузырька (hydrops follicularis) состоитъ въ значительномъ накопленіи жидкости внутри пузырька. Отсюда естественно слѣдуетъ, что, смотря по возрасту, накопленіе должно быть различно относительно количества, чтобы можно было его назвать водянкой. У новорожденныхъ въ нормальномъ состояніи серозной жидкости въ пузырькѣ (liquor folliculi) еще не существуетъ; поэтому если у нихъ встрѣтится пузырекъ, растянутый жидкостью, то понятно, что мы будемъ имѣть дѣло съ водянкой граафова пузырька. Эти водяночные пузырьки лежатъ у новорожденныхъ болѣе въ центрѣ яичника. У взрослыхъ этого рода *кисты* также рѣдко достигаютъ большой величины (въ рѣдкихъ случаяхъ величины мужской головы). Онѣ могутъ встрѣчаться *одиночными*; въ другихъ же случаяхъ, вслѣдствіе повторенія того же процесса во многихъ граафовыхъ пузырькахъ, весь яичникъ можетъ превратиться въ одну громадную опухоль, которая при разрѣзѣ представить многокамерный *мѣшчатый видъ* (Waldeyer). Эти кисты имѣютъ гладкія стѣнки, безъ перегородокъ и содержимое ихъ—прозрачная, чистая, водянистая серозная жидкость.

¹⁾ Wochenbl. der Zeitschr. d. Ges. der wien. Aerzte. 1855.

²⁾ Spencer Wells, Diseases of the ovaries. London. 1872. p. 42.

Причина ихъ образованія заключается отчасти въ трудности разрыва стѣнокъ. Если пузырекъ фізіологически готовъ къ разрыву, то въ исключительныхъ случаяхъ этотъ разрывъ можетъ не произойти, или отъ того, что пузырекъ лежитъ не близъ свободной периферіи, а болѣе къ основанію яичника между пластинками широкой связки, или оттого, что поверхность яичника покрыта толстой перепонкою, образовавшеюся вслѣдствіе воспаленія, и потому не можетъ лопнуть. Во многихъ случаяхъ при этомъ пузырекъ конечно запусѣваетъ, но можетъ также случиться, что отдѣленіе продолжается и такимъ образомъ происходитъ киста. Вообще это явленіе рѣдко наблюдается; однако Chrobacъ ¹⁾ видѣлъ такую кисту пузырька, образовавшуюся послѣ воспаленія брюшины.

Въ другихъ случаяхъ, какъ это бываетъ въ особенности у новорожденныхъ, образованіе кисты зависитъ не столько отъ противодѣйствія разрыву, сколько отъ преждевременнаго и постепеннаго увеличенія отдѣленія въ пузырькѣ, причемъ онъ даже въ послѣдствіи не лопається, такъ какъ отдѣленіе увеличивается медленно, а мгновеннаго давленія, бывающаго при менструаціи, или вовсе не происходитъ или оно очень слабо.

Впрочемъ, какъ это доказалъ Rokitansky ²⁾, киста повидимому можетъ образоваться также изъ лопнушаго графова пузырька, слѣдовательно изъ corpus luteum, причемъ въ послѣдствіи по зарощеніи мѣста разрыва и по образованіи желтаго тѣла ядро послѣдняго подвергается кистовидному перерожденію. Мы также видѣли кисту желтаго тѣла величиной съ обыкновенный орѣхъ въ яичникѣ одной женщины, умершей вслѣдствіе кровотеченія при выкидышѣ: за стѣнкой кисты слѣдовалъ желтый слой corporis lutei и затѣмъ бѣлый покровъ яичника.

Настоящая *кистома яичника* представляетъ опухоль весьма разнообразнаго качества; для объясненія ея необходимо предварительно ознакомиться со способомъ ея образованія.

По Waldeyer'у кистома есть исключительно эпителиальная опухоль, т. е. образующаяся изъ настоящаго поверхностнаго железистаго эпителия, и образованіе ея происходитъ собственно изъ настоящей паренхимы яичника, т. е. изъ его железистаго вещества (яичникъ состоитъ изъ двухъ частей: изъ соединительнотканной

¹⁾ Wien. med. Presse. 1872. No. 42.

²⁾ Allg. Wiener med. Z. 1859. No. 34 und Lehrb. 5 Aufl. p. 48.

основы (Stroma) и изъ железистой паренхимы; послѣдняя образуется тѣмъ, что эпителий слизистой оболочки, покрывающій яичникъ, вдаётся на подобіе втулки въ соединительнотканную строму и образуетъ железистую трубку. Въ этихъ пфлюгеровскихъ трубчатыхъ образованияхъ посредствомъ перетяжки и видоизмѣненія эпителия образуются графовы пузырьки съ яичниками). Но кистомы образуются не изъ готовыхъ графовыхъ пузырьковъ, а изъ первыхъ степеней ихъ развитія—изъ желѣзистыхъ сумочекъ. Но таѣ какъ въ нормальномъ состояніи перетяжка желѣзистыхъ сумочекъ въ графовы пузырьки происходитъ повидимому въ весьма раннемъ періодѣ дѣтскаго возраста (у новорожденныхъ еще можно встрѣтить желѣзистыя сумочки), то мы должны предположить, или что новообразование желѣзистыхъ трубокъ происходитъ и въ позднѣйшемъ возрастѣ, или что оставшіяся недоразвитыми фетальныя желѣзистыя трубчатыя образования могутъ сохраняться въ яичникѣ, не развиваясь. Возможность новообразования въ позднѣйшемъ возрастѣ не можетъ быть оспариваема, хотя доказательствомъ этому служить всего одно только наблюденіе. Koster ¹⁾ нашелъ у 32 и 37ми-лѣтнихъ родильницъ, а также у 16 и 17ти-лѣтнихъ молодыхъ дѣвицъ вдавленія эпителия въ строму, на днѣ этихъ вдавленій зачаточныя яички, а подъ ними молодые пузырьки. Въ другомъ случаѣ желѣзистыя трубчатыя образования въ обыкновенномъ видѣ или нѣсколько кистовидно—перерожденные могутъ оставаться неизмѣненными до позднѣйшаго возраста, какъ это доказываетъ наблюденіе Славянскаго, который нашелъ въ яичникѣ 30-ти-лѣтней женщины желѣзистыя трубчатыя образования безъ яйца, хотя онѣ были отчасти кистовидно—перерождены; или же они могутъ въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, иногда передъ наступленіемъ половой зрѣлости, а чаще во время полного полового развитія, начать развиваться и превратиться въ настоящія желѣзистыя опухоли-кистомы. Мы желали обратить вниманіе на то, что по нашему убѣжденію кистома яичника есть болѣзнь врожденная не только въ томъ смыслѣ, что здѣсь сохраняются зачаточныя желѣзистыя трубчатыя образования, дающія поводъ къ развитію кистомы, но что маленькія кистомы величиною въ горошину уже бывають врожденными, что онѣ въ теченіе дѣтскаго возраста остаются

¹⁾ Virchow-Hirsch'scher Jahresber. über 1872. B. I. p. 52.

²⁾ Bull. de la soc. anatomique de Paris. Décembre. 1873 und Annales de gynécologie. Fevrier 1874. p. 126.

въ этомъ видѣ и только въ послѣдствіи развиваются. Маленькія кисты съ коллоиднымъ содержимымъ встрѣчаются въ яичникахъ поворожденныхъ такъ часто, что съ одной стороны изъ нихъ можно вывести всѣ случаи кистомъ яичниковъ, а съ другой въ виду того, что большія кисты у дѣтей встрѣчаются рѣдко, мы должны принять, что онѣ не развиваются до возраста половой зрѣлости, а во многихъ случаяхъ и позже (кисты съ коллоиднымъ содержимымъ мы встрѣчали даже у 28-ми-лѣтней дѣвушки).

И такъ кистомы образуются изъ желѣзистыхъ трубочекъ, причемъ клѣтки, лежація болѣе къ центру, размягчаются, растворяются и образуютъ содержимое кисты, а въ стѣнкахъ такимъ образомъ возникшей кисты образуютъ новыя желѣзистыя вдавленія. Эту простую схему объясняютъ всѣ дальнѣйшія разнообразныя формы кистомъ яичника. Первоначальная киста состоитъ слѣдовательно изъ *оболочки*, которая есть ничто иное, какъ строма яичника, изъ эпителия, выстилающаго внутренность кисты, прежняго эпителия желѣзистой сумочки, и изъ жидкаго содержимаго, которое есть отчасти простой трансудатъ изъ крови, а отчасти измѣнившаяся протоплазма эпителия.

Важнѣйшія измѣненія этой простой кисты обуславливаются въ сущности двумя обстоятельствами: слитіемъ нѣсколькихъ кистъ въ одну и дальнѣйшимъ разрастаніемъ стѣнки кисты.

Слитіе нѣсколькихъ кистъ въ одну происходитъ тогда, когда перегородка между какой-либо большою и маленькою кистой, вслѣдствіе давленія и роста ихъ, постепенно истончается. Наконецъ въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ образуется разрывъ и содержимое обеихъ кистъ сливается вмѣстѣ. Съ этого времени обѣ кисты находятся подъ одинаковымъ давленіемъ, сообщеніе между ними все увеличивается и наконецъ меньшая киста представляетъ только мѣшкообразное вытягиваніе большой, а вдающіяся внутрь плоскія перекладки представляютъ остатки прежней перегородки. Такимъ образомъ сливаются кисты постепенно, пока наконецъ образуется одна, т. е. однополостная киста. По Waldeyer'у эти послѣднія происходятъ всегда изъ слитія нѣсколькихъ кистъ; такъ что первоначальное состояніе есть слѣдовательно многополостная киста; однополостная составляетъ конечный продуктъ.

Другое измѣненіе претерпѣваетъ киста вслѣдствіе дальнѣйшаго разращенія ея стѣнокъ. Если разрастается эпителий, то образуются отростки наружу и новыя желѣзистыя трубчатая образова-

нія въ периферіи кисты; если разрастается болѣе значительно соединительная ткань стѣнки, то образуются петлевидныя разрастанія соединительной ткани, покрытыя эпителиемъ, т. е. сосочковыя опухоли, растущія внутрь кисты. Waldeyer различаетъ поэтому *Kystoma proliferum glandulare* и *Kystoma proliferum papillare*.

При *Kystoma proliferum glandulare* происходитъ новообразование множества маленькихъ желѣзъ въ стѣнкѣ кистомы, причемъ вновь образовавшіяся желѣзистыя сумочки, отверстіе которыхъ внутрь кисты закрывается, вслѣдствіе расширенія ихъ слѣпаго конца превращаются въ кисты. Изъ стѣнокъ этихъ кистовидно-перерожденныхъ сумочекъ образуются новыя сумки, которыя также въ свою очередь превращаются въ кисты, и такимъ образомъ въ стѣнкѣ кисты образуются массы желѣзистыхъ и кистовидныхъ новообразованій. Эти кисты открываются постепенно въ главную кисту и переходятъ въ нее, вслѣдствіе чего образуются самыя разнообразнѣйшія формы кистомы.

При *kystoma proliferum papillare* происходитъ преимущественно разрастаніе соединительной ткани. Снабженные сосудами узелки соединительной ткани выпячиваютъ эпителий внутрь кисты и образуютъ такимъ путемъ сосочковыя разрощенія, которыя покрываютъ внутреннюю оболочку кисты въ видѣ мельчайшихъ сосочковъ, а иногда выполняютъ всю полость кисты плотными папиллярными массами; такія папиллярныя разращенія могутъ быть иногда такъ значительны, что ими продырявливаются изнутри самыя стѣнки кисты.

Эти двѣ формы могутъ существовать одновременно и въ такомъ случаѣ происходятъ самыя разнообразныя картины.

На этомъ основаніи микроскопическое строеніе кистомъ яичника такъ разнообразно, что описать всѣ формы ихъ отдѣльно нѣтъ никакой возможности. Поэтому мы ограничимся описаніемъ самыхъ обыкновенныхъ формъ; а ихъ видоизмѣненія будутъ сами собою понятны изъ исторіи развитія этихъ опухолей.

Кистомы яичниковъ образуютъ опухоли самой разнообразной величины. Обыкновенно онѣ такъ велики, что едва помѣщаются въ полости живота, и могутъ образоваться въ одномъ или обоихъ яичникахъ. Онѣ образуютъ большіе однополостные или многополостные мѣшки и соединены посредствомъ ножекъ съ маткой. Въ этой ножекѣ заключаются *lig. ovarii*, вытянутая въ длину фаллопиева труба, часто сросшаяся съ кистой своимъ брюшиннымъ отверстіемъ, и обѣ пластинки широкой связки съ находящейся между ними вѣтчаткою.

Ножка иногда бывает длинная и тонкая, въ другихъ случаяхъ короткая и толстая. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ ножка переходитъ въ опухоль, встрѣчается иногда даже при очень большихъ кистахъ еще нормальная паренхима яичника. Вся опухоль окружена общей оболочкою кисты, внутри которой находится одна или нѣсколько кистъ и обыкновенно одна главная киста, на периферіи которой сидятъ прибавочныя. Постепенно эти послѣднія сливаются съ главной кистой, такъ что вообще число кистъ тѣмъ больше, чѣмъ моложе опухоль, а въ очень старыхъ опухоляхъ находится часто только одна полость кисты. Въ стѣнѣ главной кисты обыкновенно помѣщаются вновь образовавшіяся кисты, а папиллярныя разращенія, въ большей или въ меньшей степени развитыя, вдаются внутрь кисты.

Такъ какъ киста по происхожденію есть чисто желѣзистая опухоль то внутри ея иногда можетъ вовсе не происходить новообразованія кистъ и скопленія жидкости. Мы наблюдали таковой случай, гдѣ изъ опухоли величиною съ матку въ послѣдніе мѣсяцы беременности, при оваріотоміи, толстымъ траакомъ Veit'a не было извлечено ни одной капли жидкости, такъ какъ опухоль была тверда и состояла только изъ желѣзистыхъ новообразованій съ весьма незначительнымъ кистовиднымъ перерожденіемъ. Разросшееся желѣзистое вещество было впрочемъ такъ дрябло, что его легко можно было вычерпывать изъ опухоли рукою и такимъ образомъ уменьшить ея объемъ.

Содержимое кисты—тягучая жидкость, иногда весьма водянистая, а въ иныхъ случаяхъ такая густая, студенистая, что не вытекаетъ даже изъ надрѣза кисты. Цвѣтъ ея грязный, желтовато-зеленоватый или бурокрасный; иногда встрѣчается примѣсь крови. Эта коллоидная жидкость образуется изъ коллоидно-перерожденныхъ и затѣмъ растворенныхъ въ серозномъ трансудатѣ желѣзистыхъ клѣтокъ.

По Eichwald'у въ содержимомъ кисты встрѣчаются два ряда различныхъ веществъ. Вещества одного ряда можно всегда отличить отъ веществъ другаго; но отдѣльные члены одного и того же ряда различаются только тогда, когда не достаетъ нѣсколькихъ промежуточныхъ членовъ.

Одинъ изъ этихъ рядовъ есть рядъ слизистыхъ веществъ, другой—бѣлковыхъ веществъ. Въ содержимомъ большихъ (старыхъ) коллоидныхъ кистъ преобладаютъ вещества 2-го ряда; вещества слизистаго ряда въ содержимомъ молодыхъ кистъ.

Первый рядъ есть рядъ слизистыхъ веществъ, представляющій различныя видоизмѣненія. Первоначальная форма есть вещество коллоидныхъ шариковъ, слѣдовательно измѣненное содержимое клѣтокъ. Изъ него образуется муцинъ, который вслѣдствіе своей нераствори-

мости въ водѣ содержитсяъ въ кистахъ въ разбухшемъ состояніи. Муцинъ, при посредствѣ цѣлаго ряда промежуточныхъ продуктовъ переходитъ въ слизистый пептонъ, который чрезвычайно легко растворимъ въ водѣ, при чемъ его способность растворяться въ водѣ постепенно увеличивается, а свойство осаждаться изъ растворовъ кистотами исчезаетъ. Это вещество, которое получается при переходѣ муцина въ слизистый пептонъ, слѣдовательно болѣе или менѣе измѣненный муцинъ, называется коллоидомъ. Поэтому коллоидное перерожденіе есть ничто иное, какъ слизистый метаморфозъ

Муциновый рядъ представляется такимъ образомъ въ слѣдующемъ видѣ:

- | | |
|--|---|
| 1. Вещество коллоидныхъ шариковъ. Растворимо только въ разведенныхъ щелочахъ. | } Уксусною кислотою вполне въ дѣляются. |
| 2. Муцинъ. Также растворимый въ щелочныхъ земляхъ и разбухающій въ водѣ. | |
| 3. Коллоидное вещество. Растворимо отчасти въ холодной, но легче въ горячей водѣ. Отъ уксусной кислоты мутнѣетъ, но не даетъ настоящаго свертка. | |

4. Слизистый пептонъ. Необыкновенно легко растворимъ въ водѣ. Уксусной кислотой совсѣмъ не осаждается.

Другой рядъ бѣлковыхъ веществъ. Въ коллоидныхъ вистомахъ яичника бѣлокъ встрѣчается въ двухъ видоизмѣненіяхъ: въ свободномъ состояніи и въ видѣ патрональбумината. Первый свертывается при простомъ кипяченіи, послѣдній же только послѣ предварительнаго прибавленія кислоты. Первый, т. е. свободный альбуминъ, подвергается въ коллоидныхъ кистахъ постепенному превращенію въ бѣлочный пептонъ, тогда какъ патрональбуминатъ остается безъ измѣненія. Это превращеніе совершается постепеннымъ образомъ. Сначала онъ теряетъ способность свертываться при нагрѣваніи—превращается въ паральбуминъ. Затѣмъ онъ постепенно теряетъ способность осѣдаться отъ дѣйствія минеральныхъ кислотъ вообще—превращается въ *метальбуминъ*. Паральбуминъ и метальбуминъ не представляютъ однако опредѣленныхъ тѣлъ, но ихъ свойства присущи продуктамъ постепеннаго перехода свободного альбумина въ пептонъ.

Альбуминный рядъ по этому есть слѣдующій:

1. Альбуминъ (фибринъ).
- 2) Паральбуминъ.
3. Метальбуминъ.
4. Альбуминный пептонъ (фибриновый пептонъ).

Свойства отдѣльныхъ членовъ тѣ же, что и соответствующихъ членовъ муциноваго ряда. Они отличаются отъ нихъ содержаніемъ сѣры и способностью осѣдаться отъ дѣйствія танина и среднихъ металлическихъ солей.

Такъ какъ альбуминъ превращается въ пептонъ постепенно, то слѣдовательно здѣсь происходятъ явленія, совершенно сходныя съ пищеварительнымъ процессомъ.

При кипяченіи содержимое кисты даетъ различные результаты, что зависитъ отъ количества свободнаго бѣлка. Жидкость можетъ вовсе не мутиться, если весь бѣлокъ уже измѣнился, а по прибавленіи кислотъ она тотчасъ же мутится, такъ какъ натрональбуминатъ въ ней постоянно находится.

Обыкновенно большія кисты на нѣкоторыхъ мѣстахъ срастаются съ сосѣдними органами. Такъ какъ яичникъ покрытъ не плоскимъ брюшиннымъ эпителиемъ, а цилиндрическимъ эпителиемъ слизистой оболочки, то не можетъ срастаться съ брюшиною. Поэтому обыкновенно маленькія кисты, а иногда и очень большія соединены только съ маткою посредствомъ ножки, вообще же совершенно свободны. Сращения происходятъ только впоследствии, когда эпителий слизистой оболочки исчезаетъ, при чемъ киста можетъ срастись съ серозными поверхностями сосѣднихъ органовъ на значительномъ протяженіи.

Кисты претерпѣваютъ различныя измѣненія:

Кровоизліянія въ кисту происходятъ особенно легко въ папиллярной кистомѣ; здѣсь кровь сочится изъ богатыхъ сосудами сосочковъ. Кровь примѣшивается конечно къ содержимому кисты и видоизмѣняетъ его. Если кровотеченіе очень значительно, что случается чаще всего при перекручиваніи ножки, то киста быстро и значительно увеличивается ¹⁾.

Нерѣдко случается *воспаленіе кисты*, которое можетъ повлечь за собою воспаленіе брюшины или нагноеніе кистомы. Такое воспаленіе можетъ появиться произвольно, но обыкновенно оно происходитъ вслѣдствіе травмы или еще чаще отъ прокола кисты. Проколъ сопровождается нерѣдко воспаленіемъ, или вслѣдствіе своего травматическаго вліянія или вслѣдствіе кровотечения, а чаще всего по причинѣ вступленія воздуха въ кисту. Нагноеніе начинается съ соединительно-тканной стѣнки и давленіе въ нагноившейся кистѣ можетъ быть такъ велико, что происходитъ разрывъ ея или наружу, съ прободеніемъ приросшихъ къ кистѣ частей, или въ брюшную полость. Но смерть можетъ послѣдовать еще ранѣе отъ общаго перитонита или отъ потери соковъ.

Прободеніе кисты, кромѣ образованія абсцессовъ и омертвѣнія можетъ произойти и отъ другихъ причинъ ²⁾. Впервыхъ, киста мо-

¹⁾ Parry, Amer. J. of Obst. IV. p. 454.

²⁾ Spiegelberg, Archiv f. Gyn. B. I. p. 60 und Kroker, Uber die Urs. der spont. Perfor. der Ovariencysten. D. i. Breslau 1869.

жетъ лопнуть подъ вліяніемъ механическаго насилія; кромѣ того можетъ также прорваться вслѣдствіе разростанія сосочковъ въ *кистовомъ мышкѣ*. Эти послѣдніе могутъ давленіемъ вслѣдствіе своего роста истончить стѣнку и довести ее до прободенія и затѣмъ разрастаются въ брюшную полость. Klebs ¹⁾ описываетъ именно препаратъ перфорациі прямой кишки вслѣдствіе проростанія папиллярныхъ массъ изъ кистомы. Если нормальное содержимое кисты вытекаетъ въ полость брюшины или вростаютъ въ нее папиллярные наросты, то воспаление ея не всегда происходитъ, такъ какъ брюшина вслѣдствіе этого мало раздражается. Spiegelberg описываетъ одинъ необыкновенный случай, гдѣ стѣнка кисты была прорвана почти въ 30 мѣстахъ, безъ всякой видимой причины.

Въ случаяхъ такъ называемой трубно-яичниковой кисты ²⁾ происходитъ вѣроятно также прободеніе кисты въ приросшую фаллопиеву трубу. Это объясненіе намъ кажется всетаки лучше того, которое предлагаетъ Klob ³⁾; онъ полагаетъ, что бахромчатый конецъ трубы обхватывающей въ этомъ мѣстѣ яичникъ, во время лопанья графова пузырька не отдѣляется отъ него, такъ что пузырекъ и трубка образуютъ одну полость, въ которую изливается содержимое.

Изъ другихъ видоизмѣненій слѣдуетъ упомянуть еще о регрессивномъ метаморфозѣ. Онъ можетъ состоять въ:

Жировомъ перерожденіи эпителія, а также и соединительно-тканной стѣнки кисты, что бываетъ всегда въ видѣ мѣстнаго страданія, или въ:

Запустѣніи кисты. Давленіемъ содержамаго кисты могутъ уничтожиться какъ побочныя кисты, такъ равно и трубчатая желѣзистая образованія и тогда получается одна большая киста, ростъ которой останавливается.

Запустѣніе кисты можетъ также послѣдовать вслѣдствіе *перекручиванія яичниковой кисты* ⁴⁾ описаннаго въ первый разъ Ра-

¹⁾ Pathol. Anat. IV. Lief p. 795 und 806.

²⁾ Blasius, De hydropo ovariorum profuente. Hal. 1834. Richard, Bull. gén. de thérap. Febr. 28. 1857 und Mém. de la soc. de chir. 1853 III. p. 121. Labbé, Bull. de la soc. anat. de Paris. Mai 1857 Hennig, Mon. f. Geb. B. 28. p. 128 und Spenser Wells, l. c. p. 35.

³⁾ Pathol. Anat. der weibl. Sexualorg. p. 348.

⁴⁾ Wiener allg. med. Z. 1860. No. 2 etc. und Oesterr. J. f. prakt. Heilk. 1865. No. 7.

витанскимъ ¹⁾). Это явленіе, которое можно наблюдать при нормальныхъ яичникахъ, состоитъ въ поворотѣ кисты около своей оси, отчего ея ножка перекручивается. Вслѣдствіе этого происходитъ застой крови въ венахъ, который обусловливаетъ кровоизліяніе въ кисту. Вслѣдствіе такой внутренней геморрагіи можетъ послѣдовать смерть. Spencer Wells ²⁾ видѣлъ въ одномъ случаѣ такой исходъ вслѣдствіе того, что излившаяся кровь истекала черезъ труби и матку. Въ другихъ случаяхъ дѣло доходитъ до воспаленія или омертвѣнія кисты съ ихъ послѣдствіями. Можетъ однако также образоваться и заустѣніе кисты. Такъ какъ слѣдствіемъ перекручиванія можетъ быть совершенный отрывъ ножки, то отдѣлившійся яичникъ, обруженный ложными перепонками, помѣщается гдѣнибудь въ брюшной полости. Въ такомъ случаѣ изъ сосудовъ приросшихъ мѣстъ яичникъ можетъ получать вновь столько крови, что опять продолжаетъ расти.

Характеръ кистомы усложняется еще оттого, что къ ней присоединяются смѣшанныя опухоли. Такъ соединительно-тканная стѣнка кистомы можетъ состоять изъ эмбриональной соединительной ткани, изъ слизистой, — *Kystoma muco-matosum*; изъ соединительной ткани можетъ также развиться и саркоматозное разрастаніе, такъ что образуется злокачественная опухоль — *Kystoma Sarcomatosum* или *cystosarcoma*. Смѣшанная форма кистомы съ карциномою — *Kystoma carcinomatosum* происходитъ въ томъ случаѣ, когда внѣдряющіеся въ соединительную ткань желѣзистые отростки превращаются въ раковыя гнѣзда.

Waldeyer описываетъ случай накопленія песчанистыхъ известковыхъ конкрементовъ въ стѣнѣ кисты и предполагаетъ, что они первоначально отложились въ желѣзахъ (въ эпителиѣ или въ отдѣлимомъ) и что эти желѣзы разрушились.

Припадки.

Припадки сопровождающіе кистому весьма не постоянны и часто

¹⁾ Hardy, Lancet, 5. April. 1845. Van Buren, New-York. J. of med N. S. Vol. VI. p. 153. 1851. Wiltshire, Tr. of. the pathol. soc. of London. Vol. XIX. p. 295. Spencer Wells, London Obst. Tr. XI. p. 254 und Diseases of the ovaries p. 83. Barnes, London Obst. Tr Vol. XI. p. 201 und St. Thomas'Hosp. Reports. N. S. Vol. I. p. 355. Parry, Amer. J. of Obst. Vol. IV p. 454. Tait, Edinb. med. J. 1869. Dec. 503 Peaslee, Amer J of Obst. VI. p. 276. Walner, M. f. Geb. B. 32 p. 355. Atlee, Ovarian tumours. p. 188 und 191.

²⁾ l. c. p. 292.

въ теченіи долгаго времени бываютъ незначительны. Такъ не рѣдко опухоль бываетъ съ дѣтскую голову и болѣе, а больная и неподозрѣваетъ о ея существованіи, пока замѣтитъ ее какъ нибудь случайно или когда она станетъ беспокоить ее. Маленькія опухоли вызываютъ тогда только различныя припадки, когда бываютъ воспалительнаго происхожденія или осложняются воспаленіемъ, особенно же если при этомъ происходитъ смѣщеніе опухшаго яичника внизъ. Тогда появляются боли, какъ при периметритѣ, и образуется кругловатая и, если она не приросла, то довольно подвижная опухоль. Если воспаления нѣтъ, то значительныя припадки, обращающіе вниманіе больной, появляются всегда очень поздно.

Хотя вслѣдствіе кистоматознаго перерожденія появляются не правильности менструаціи, но не всегда одинаково. Чаше не правильности менструаціи появляются уже во время развитія болѣзни: такъ при заболѣваніи обоихъ яичниковъ бываетъ отсутствіе мѣсячныхъ кровей (аменоггоя); но и въ такомъ случаѣ регулы могутъ появляться, такъ какъ и при двустороннемъ заболѣваніи нормальная ткань яичниковъ еще можетъ существовать. Въ случаяхъ пораженія одного только яичника, бываютъ только измѣненія въ количествѣ и качествѣ, а также и остановка регулъ, (*suppressio*) но во многихъ случаяхъ менструація не измѣняется. ¹⁾

Весьма часто первые припадки появляются только тогда, когда опухоль такъ велика, что давитъ на заднепроходную кишку и на мочевой пузырь. Испраженія задерживаются механически, вслѣдствіе чего каловыя массы становятся густы и тверды, давятъ при прохожденіи на увеличенный яичникъ и такимъ образомъ способствуютъ его воспаленію и увеличенію. Припадки со стороны мочевого пузыря вызываются также давленіемъ и растяженіемъ. Нерѣдко является мгновенная невозможность удерживать мочу, между тѣмъ какъ уже долгое время существовалъ частый позывъ къ мочеиспусканію, но на него не было обращено вниманія. При дальнѣйшемъ теченіи припадки со стороны мочевого пузыря по большей части не исчезаютъ, хотя нѣсколько измѣняются.

Далѣе часто послѣ того, когда уже больная замѣтила опухоль, вслѣдствіе задержанія мочи или случайно, является ощущеніе тяжести въ тазу, боли въ крестцѣ и въ нижней части живота. Затѣмъ слѣдуютъ припадки вслѣдствіе давленія на нервы и сосуды, т. е.

¹⁾ West, Frauenkrankh. 3. Aufl. p. 650.

боли и хромота, чаще всего въ одной ногѣ, и по большей части двухсторонній отекъ. При этомъ затрудненія при испражненіяхъ становятся невыносимы.

Облегченіе этихъ припадковъ наступаетъ обыкновенно при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни въ то время, когда опухоль вслѣдствіе роста поднимается въ большой тазъ. Тогда можетъ наступить значительное облегченіе. Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда опухоль, вслѣдствіе приращеній въ Дугласовомъ пространствѣ, удерживается въ маломъ тазу, могутъ при этомъ появиться весьма серьезные припадки ущемленія опухоли. Stocks ¹⁾ сообщаетъ одинъ весьма интересный случай, гдѣ киста, величиною съ апельсинъ, лежала въ опухоли выпавшей заднепроходной кишки величиною съ кокосовый орѣхъ. Киста вмѣстѣ съ концомъ трубы была отрѣзана и выпаденіе исчезло.

Если опухоль, поднявшись въ большой тазъ, продолжаетъ расти, то вскорѣ появляются разнообразныя припадки: давленіе на нервы и сосуды, раздраженіе пузыря, растяженіе матки въ длину, растяженіе нижней части живота, разрывы Мальпигіевой сѣти, давленіе на кишечный каналъ, напоръ на грудобрюшную преграду, затрудненное дыханіе. Кромѣ того можетъ произойти задержаніе мочи вслѣдствіе давленія на мочеточники съ послѣдовательнымъ ихъ расширеніемъ и альбуминурія вслѣдствіе застоевъ въ брюшной полости.

Еще раньше появляются въ организмѣ общія явленія, особенно со стороны кишечнаго канала, которыя имѣютъ весьма важное практическое значеніе. Отчасти вслѣдствіе запоровъ, отчасти же вслѣдствіи вліянія болѣзни на весь организмъ, а въ позднѣйшее время также вслѣдствіе давленія опухоли на весь кишечный каналъ, происходятъ нарушенія пищеваренія, какъ-то: запоръ, отсутствіе аппетита, тошнота и рвота.

Часто припухаютъ груди, околососковый кругъ окрашивается въ темный цвѣтъ и появляется нѣчто въ родѣ отдѣленія молока.

Особенно вслѣдствіе разстройства пищеваренія организмъ достигаетъ высокой степени худобы, а при очень большихъ опухоляхъ, которыя выпираютъ наружу нижнія ребра и мечевидный отростокъ, смѣщаютъ сердце, сжимаютъ легкія, состояніе больной становится по истинѣ печальнымъ, особенно если при этомъ существуетъ еще отекъ нижнихъ конечностей. Образованіе срастаній

¹⁾ Brit med. I. 1. June 1872.

вслѣдствіе воспаленія брюшины дѣлаеть теченіе болѣзни еще болѣе мучительнымъ.

Безплодіе не всегда бываетъ при односторонней опухоли, хотя часто происходитъ вслѣдствіе давленія на трубы и матку. Даже при двухсторонныхъ кистахъ можетъ произойти зачатіе, если только въ яичникѣ еще остается функционирующая ткань.

Теченіе очень медленное, даже, какъ и выше было сказано, вѣроятно нѣкоторыя врожденныя маленькія кисты никогда не достигаютъ такой величины, чтобы можно было узнать о ихъ существованіи при изслѣдованіи. Въ большинствѣ случаевъ, когда кисты становятся такъ велики, что вызываютъ различныя припадки, онѣ растутъ безостановочно, иногда очень медленно, а въ иныхъ случаяхъ чрезвычайно быстро.



Фиг. 109.

Большая опухоль яичника по Bright'y.

Смерть вслѣдствіе самой опухоли есть поэтому обыкновенный исходъ. Она можетъ также послѣдовать вслѣдствіе случайнаго воспаленія брюшины, какъ это особенно часто случается при нагноеніи кисты, но чаще происходитъ при непрерывномъ увеличеніи опухоли, стѣсняющей легкія, затрудняющей дыханіе по причинѣ отека легкихъ, или вслѣдствіе водянки брюшины, плевры или околосердечной сумки.

Самопроизвольная остановка роста въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль уже достигла значительной величины, происходитъ конечно рѣдко и зависитъ по большей части отъ регрессивнаго метаморфоза стѣенокъ кисты. Инкапсулированіе плотными эссудативными массами можетъ также препятствовать дальнейшему росту, но такое плот-

ное инкапсулирование происходит только въ исключительныхъ случаяхъ, а потому такой исходъ бываетъ весьма рѣдко.

Самопроизвольное уменьшеніе или исчезаніе опухоли вслѣдствіе всасыванія, за исключеніемъ перекручиванія ножки, не доказано; всѣ случаи приводимые, какъ примѣры подобнаго рода всасыванія, не вполне доказательны ¹⁾).

Даже послѣ перекручиванія таковой исходъ бываетъ рѣдко, чаще же происходитъ воспаленіе и смерть.

Разрывъ кисты можетъ быть слѣдствіемъ весьма разнообразныхъ причинъ. Самопроизвольно происходитъ онъ въ маленькихъ кистахъ съ еще тонкими стѣнками (въ случаѣ, описанномъ Chroback'омъ ²⁾), послѣ разрыва кисты величиною въ орѣхъ образовалось смертельное воспаленіе брюшины); чаще при нагноеніи, а иногда вслѣдствіе растяженія излившеюся въ кисту кровью ³⁾. Разрывъ можетъ произойти также вслѣдствіе травматическихъ причинъ: такъ M'Millan ⁴⁾ сообщилъ одинъ случай, гдѣ, по разсказу больной, вслѣдствіе того, что черезъ нее переѣхалъ тяжелый экипажъ, киста лопнула и послѣдовало полное выздоровленіе. Излитіе содержимаго можетъ произойти:

1) *Въ брюшную полость*. Въ такомъ случаѣ можетъ образоваться острое смертельное воспаленіе брюшины, въ другихъ случаяхъ этого не бываетъ, или происходитъ только хроническое раздраженіе брюшины, вызывающее утолщеніе послѣдней и фибринозныя отложенія.

Если содержимое кисты очень густо, то послѣ разрыва истеченіе бываетъ такъ медленно, что больная его почти не замѣчаетъ. Въ случаѣ, сообщенномъ Menzel'емъ ⁵⁾, разрывъ съ постепеннымъ выступленіемъ студенистыхъ массъ произошелъ вѣроятно за нѣсколько мѣсяцевъ до смерти. Этотъ случай даетъ весьма важное діагностическое указаніе, такъ какъ при микроскопическомъ изслѣдованіи въ выступившихъ въ брюшную полость массахъ находились лимфоидныя клѣтки, между тѣмъ какъ въ содержимомъ оваріальной кисты ихъ не было.

¹⁾ West, Lehrb. d. Frauenkrankh 3. Aufl. p. 630.—Huss M. f. Geb. V. 9. p. 141 u. Baker Brownl c. p. 33.

²⁾ Wien. med. Pr. 1869. Nr. 14.

³⁾ Parry. Amer. J. of Obst. IV. p. 454.

⁴⁾ Edinburgh Obst. Tr. 1870. p. 152.

⁵⁾ Wien. med. Wochenschr. 1873. No. 37.

Обыкновенно прорывленное мѣсто опять закрывается и мѣшокъ наполняется снова. Ballard ¹⁾ сообщаетъ случай, гдѣ разрывъ кисты съ дѣтскую головку съ изліяніемъ въ брюшную полость повторялся въ извѣстные промежутки времени, послѣ чего киста опять постепенно наполнялась. Но въ исключительныхъ случаяхъ, какъ послѣ разрыва, такъ и послѣ прокола, вслѣдствіе спаденія кисты можетъ послѣдовать выздоровленіе. Изъ 71 случая собранныхъ Tilt'омъ, въ которыхъ произошелъ разрывъ, въ 30 послѣдовало выздоровленіе, въ 19 улучшение состоянія и въ 21 смерть. Bristowe ²⁾ сообщаетъ случай, въ которомъ сообщеніе сохранилось, выдѣленіе кисты продолжалось, такъ что вслѣдствіе постояннаго излітія въ брюшную полость содержимаго кисты образовалась брюшная водянка. Simpson ³⁾ предполагаетъ даже, что киста такимъ образомъ можетъ сдѣлаться стационарною, такъ какъ брюшина всасываетъ именно столько, сколько отдѣляетъ киста ⁴⁾.

2) *Въ кишечный каналъ.* Blazius ⁵⁾, Denman ⁶⁾ и Philippart ⁷⁾ видѣли послѣ этого излеченіе. Mm. Voivin ⁸⁾ нашла при вскрытіи, что овариальная киста вскрылась въ заднепроходную кишку. Жидкость отдѣлялась постоянно чрезъ прямую кишку и болѣзнь была принята за воспаленіе кишекъ (enteritis); каловыя массы попадали въ кисту. Тоже самое произошло и въ случаѣ, описанномъ Cooper Rose ⁹⁾.

3) *Въ маточный рукавъ;* объ этомъ приводитъ нѣсколько наблюденій Meissner ¹⁰⁾.

4) *Въ мочевой пузырь* ¹¹⁾.

5) *Чрезъ брюшную стѣнку наружу* и притомъ довольно часто чрезъ пупочное кольцо ¹²⁾.

¹⁾ Boston gynæc. J. Vol. III. p. 277.

²⁾ Transact. of the pathol. soc. Vol. V. p. 226.

³⁾ Diseases of women. p. 404.

⁴⁾ Palm, Würtemb. med. Correspondenzbl. 1871. No. 37. 27 Fälle von spontaner Ruptur.

⁵⁾ Klin. Z. f. Chir. B. I. N. 2. p. 836.

⁶⁾ Med. and physical J. Vol. II. p. 20.

⁷⁾ Presse med. Belg. 1871. No. 44.

⁸⁾ Mal. de l'utérus. T. II. p. 537. An. 1.

⁹⁾ London Obst. Tr. IX. p. 44.

¹⁰⁾ Frauenzimmerkrankh. B. 2. I. p. 318.

¹¹⁾ Cahen, Berl. klin. Wochenschr. 1869. No. 51.

¹²⁾ Meissner, l. c. p. 635.

Распознаванія.

Множество весьма важныхъ дифференціальныхъ діагностическихъ замѣчаній, дополненныхъ богатою казуистикою, можно найти въ вышеупомянутомъ сочиненіи Atlee. ¹⁾

Въ обыкновенныхъ, не осложненныхъ случаяхъ распознаваніе не представляетъ значительныхъ затрудненій, но при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ оно очень трудно и даже бываетъ невозможно. Дифференціальное распознаваніе кистъ отъ твердыхъ опухолей яичниковъ мы рассмотримъ при описаніи этихъ послѣднихъ.

При описаніи трудностей распознаванія мы раздѣлимъ кисты по ихъ величинѣ и *изложимъ сначала распознаваніе меньшихъ, величиною не болѣе дѣтской головки.*

Для гинекологическаго изслѣдованія кисты этой величины представляются рѣже, чѣмъ большія, потому что онѣ сопровождаются обыкновенно весьма незначительными припадками. Распознаваніе ихъ вообще не трудно. Съ боку возлѣ матки, спереди или сзади (иногда матка бываетъ сдвинута совсѣмъ въ сторону) находятъ круглую, совершенно ограниченную опухоль, соединенную съ маткой, но не тѣсно, а отдѣленную бороздкою или соединенную съ нею только посредствомъ ножки различной длины. Опухоль обыкновенно мягче на ощупь, чѣмъ другія, здѣсь встрѣчающіяся, и эластична, хотя по своей малой величинѣ не представляетъ настоящаго зыбленія. Опухоль, хотя и не вполне подвижна въ брюшной полости, но не безусловно неподвижна.

Для распознаванія обыкновенно достаточно двойнаго акушерскаго изслѣдованія; при особенно трудныхъ обстоятельствахъ ощупываніе черезъ прямую кишку половиною руки (введеніе цѣлой никогда не бываетъ нужно) можетъ дать довольно вѣрные результаты.

Распознаваніе обыкновенно легко, потому что эти малыя, не осложненные опухоли мало съ чѣмъ можно смѣшать.

Весьма трудно отличить ихъ однако отъ весьма рѣдкихъ впрочемъ кистъ широкихъ связокъ, которыя представляются совершенно такими же; по крайней мѣрѣ весьма рѣдко удается отыскать при этомъ кромѣ опухоли еще другое тѣло, похожее на нормальный яичникъ. По Atlee при этомъ выпущенное черезъ проколъ содержимое такъ характеристично по своей кристаллической прозрачно-

¹⁾ Изъ русскихъ сочиненій мы рекомендуемъ диссертацию Д-ра Добрынина о діагностикѣ кистъ яичника Спб. 1869 г. *Ред.*

сти, (какъ ключевая вода) и по отсутствію бѣлка, что по одному этому можно сказать, что имѣемъ дѣло съ кистой широкой связи. Кроме того, онѣ обыкновенно послѣ прокола исчезаютъ безслѣдно вслѣдствіе чрезвычайной тонкости стѣнокъ.

Смѣшать можно также съ опухолями трубъ, между которыми чаще встрѣчается водянка фаллопиевыхъ трубъ. — Если выдѣленіе скопилось въ одномъ какомъ нибудь ограниченномъ мѣстѣ фаллопиева канала, то дифференціальный діагнозъ очень труденъ, потому что опухоль въ этомъ случаѣ имѣетъ всѣ признаки кисты яичника; но водянка трубы бываетъ обыкновенно на извѣстномъ протяженіи, такъ что при ощупываніи представляется на подобіе кишки, слѣдовательно вытянутою и суживающеюся по направленію къ маткѣ; или же на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ трубѣ, ощупываютъ нѣсколько четкообразныхъ, другъ возлѣ друга лежащихъ опухолей.

Совершенно похожа на оваріальную кисту бываетъ водянка трубы лишь по достиженіи необыкновенной величины, такъ какъ опухоль въ этомъ случаѣ получаетъ довольно круглую форму. Въ случаѣ сообщенномъ Peaslee ¹⁾ была водянка лѣвой трубы; въ ней было 18 ф. содержимаго; и ее два раза прокалывали, принимая за опухоль яичника; при вскрытіи въ правой сторонѣ оказалась настоящая киста яичника.

Изъ фиброидовъ матки мы рассмотримъ только субперитонеальные, которые соединяются съ маткою посредствомъ стебля. Они вообще тѣснѣе соединены съ маткою, однако весьма подвижны и могутъ помѣщаться съ боку, немного впередъ или назадъ. Ихъ можно отличить въ этомъ случаѣ по одной ихъ консистенціи, которая, по крайней мѣрѣ у этого рода фиброидовъ, рѣдко бываетъ нетвердая. Присутствіе другихъ фиброидовъ на маткѣ говоритъ съ вѣроятностію, хотя не съ достовѣрностію, въ пользу того, что и изслѣдуемая опухоль—того же характера. Такъ называемый маточный шумъ заставляеть сомнѣваться въ присутствіи оваріальной опухоли, такъ какъ онъ весьма рѣдко бываетъ. Кроме того и теченіе можетъ помочь распознаванію, потому что, если такіе стебельчатые субперитонеальные фиброиды и продолжаютъ расти, то несравненно медленнѣе увеличиваются въ объемѣ, чѣмъ кисты яичниковъ.

Съ параметрическими эксудатами небольшія кисты трудно смѣшать. Они имѣютъ несовсѣмъ правильную круглую форму, вдаются

¹⁾ New-York med. J. 1870. s. Brit a. for. med chir. Review. July, 1871. p. 252.

глубоко въ влагалище или лежать вверху и въ сторонѣ въ fossa iliaca кромѣ того, они прикрѣплены къ подлежащимъ тканямъ и никогда не представляютъ такой подвижности, какъ киста. Чувствительность здѣсь не имѣетъ значенія, потому что застарѣлыя эксудаты ея не имѣютъ, а кисты могутъ быть болѣзненны.

Легче можно смѣшать ее съ интраперитонеальными эксудатами. Хотя анамнезъ и представляетъ необходимыя данныя, но одинъ рѣшить сомнѣнiе въ распознаванiи не можетъ, такъ какъ и киста можетъ образоваться при перитонитическихъ явленiяхъ и быть довольно чувствительною. Эксудаты почти никогда не имѣютъ рѣзкихъ, опредѣленныхъ границъ и шарообразной формы кисты; они кромѣ того мало подвижны и консистенцiя ихъ различная; потому эксудатъ мягокъ, тѣстообразенъ на ошупь, тогда какъ киста упруга, эластична и флукуируетъ. Окончательно вопросъ можетъ быть рѣшенъ дальнѣйшимъ теченiемъ, такъ какъ киста продолжаетъ расти, а эксудатъ уменьшается, или если и увеличивается, то не иначе, какъ при появленiи новыхъ явственныхъ воспалительныхъ явленiй.

Небольшiя опухоли кишечнаго канала, какъ-то: каловыя массы въ кишкахъ, Typhlitis, Perityphlitis, ракъ слѣпой кишки и т. п. обыкновенно не даютъ повода къ ошибкѣ, такъ какъ имѣютъ совершенно иную консистенцiю, лежатъ выше и при излѣдованiи обыкновенно можно доказать, что онѣ не имѣютъ никакой связи съ половымъ аппаратомъ. Кромѣ того, анамнезъ и прочiя болѣзненные явленiя представляютъ характеристическiя отличiя. Опухоли, образуемыя каловыми массами, отличаются тѣмъ, что вдавленiя отъ пальцевъ на нихъ остаются и послѣ слабительныхъ онѣ исчезаютъ.

Загрудненiя при распознаванiи бываютъ несравненно больше, если киста осложнена периметритомъ.

Если эксудатъ значительный, то можетъ такъ окружить нормальный или увеличенный яичникъ, что о существѣ опухоли вовсе нельзя будетъ судить.

Особенно трудно бываетъ распознаванiе въ тѣхъ случаяхъ, когда киста вслѣдствiе перитонеальныхъ эксудатовъ срастается плотно съ маткой или прикрѣплена въ Дуглассовомъ пространствѣ. Если она плотно приращена къ маткѣ, то ее можно легко принять за субперитонеальный или интерстициальный фиброидъ. Въ послѣднемъ случаѣ полость матки при излѣдованiи зондомъ представляется ненормальной величины; отъ субперитонеальнаго же фиброида киста отличается одной консистенцiею; но и этотъ признакъ не мо-

жать быть безусловно вѣрнымъ, такъ какъ киста, окруженная воспалительными новообразованіями, можетъ быть очень твердою на ощупь. Поэтому, при этихъ обстоятельствахъ, распознаваніе невозможно безъ помощи пробнаго прокола.

Весьма трудно распознаются и тѣ случаи, гдѣ приросшая въ Дугласовомъ пространствѣ киста продолжаетъ расти, и вызываетъ *припадки ущемленія* и послѣдовательное воспаление брюшины.

При дифференціальной діагностикѣ въ такомъ случаѣ слѣдуетъ имѣть въ виду слѣдующія страданія:

1) Интраперитонеальный эксудатъ, инкапсулированный въ Дугласовомъ пространствѣ. Онъ можетъ шарообразно выпятить Дугласово пространство книзу, кверху же представляетъ болѣе разлитыя границы и направляется часто въ сторону подвздошной ямины. Если киста покрыта большимъ количествомъ эксудата, то представляетъ тѣже свойства и тогда бываетъ трудно опредѣлить, состоитъ ли эта плотная опухоль позади матки изъ одного только перитонеальнаго эксудата, или этотъ послѣдній округляетъ кисту.

2) Haematocele retrouterina. Кровяная опухоль имѣетъ совершенно тѣже свойства, какъ и большія инкапсулированныя массы эксудата въ Дугласовомъ пространствѣ.

3) Ущемленные фиброиды матки, осложненные воспаленіемъ брюшины. Если эксудатъ такъ обилень, что характеристическая консистенція фиброида или кисты исчезаетъ, то свойство опухоли съ достовѣрностью опредѣлить нельзя. Во всѣхъ этихъ случаяхъ *проколъ*, который ни въ какомъ случаѣ не приноситъ вреда, даетъ важныя указанія, потому что доставляетъ характеристическое содержимое кисты, или серозный гнойный эксудатъ, или кровь, или ничего.

4) Заворотъ (retroflexio) беременной матки съ явленіями ущемленія. Это состояніе, по случаю большой чувствительности, опредѣляется только подъ хлороформомъ, посредствомъ двойнаго изслѣдованія, при кистахъ тѣло матки имѣетъ приблизительно нормальное положеніе, а при ретрофлексіи его на обыкновенномъ мѣстѣ не находятъ.

Неменьшія затрудненія другаго рода, могутъ представиться въ томъ случаѣ, если опухоль достигаетъ значительной величины, при чемъ увеличиваются и самыя затрудненія при распознаваніи.

Мы здѣсь не касаемся случаевъ, которые вообще довольно часто даютъ поводъ къ неправильному распознаванію, т. е. такъ назы-

ваемых ложныхъ опухолей живота. Эти опухоли могутъ образоваться вслѣдствіе раздутія кишечнаго канала газами, или наполненія каломъ, или вслѣдствіе ожирѣнія сальника, кишекъ, подбрюшинной влѣтчатки; при этомъ обыкновенно значительно увеличивается животъ и ощущается присутствіе въ немъ какъ бы опухоли. Эти состоянія такъ же, какъ и спазмодическія сокращенія отдѣльныхъ мускуловъ живота у истерическихъ женщинъ, могутъ быть смѣшаны съ брюшными опухолями и распознаются всего лучше подъ хлороформомъ.

Если ощупываніе обнаруживаетъ присутствіе жидкости въ брюшной полости, то прежде всего слѣдуетъ опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ свободною жидкостью въ брюшной полости, слѣдовательно съ брюшной водянкѣю или съ кистой т. е. съ мѣшкомъ, содержащимъ жидкость.

Это изслѣдованіе только въ исключительныхъ случаяхъ представляетъ затрудненія, обыкновенно же оно очень легко.

Уже при простомъ осмотрѣ живота бросается въ глаза характеристическая форма его, при брюшной водянкѣ, при чемъ животъ бываетъ плоскій и выдается по обѣимъ сторонамъ, киста же выдается посрединѣ живота.

Ощупываніемъ также часто возможно различить оба состоянія, потому что киста, если она упруга, ощупывается въ видѣ ограниченной опухоли, представляющей ясную эластичность или зыбленіе. Если заставить больную измѣнить положеніе, то мѣсто зыбленія при брюшной водянкѣ измѣнится значительно, при кистѣ же почти не измѣняется.

Но если киста имѣетъ тонкія стѣнки и если они мягки, не напряжены, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ постукиванію, которое вообще при брюшной водянкѣ даетъ по бокамъ тупой звукъ, а по срединѣ барабанный, такъ какъ кишки плаваютъ въ жидкости, а при большихъ кистахъ эти явленія бываютъ наоборотъ. Кроме того, жидкость при брюшной водянкѣ при перемѣнѣ положенія больной измѣняетъ свое мѣсто, между тѣмъ какъ киста или вовсе не мѣняетъ своего мѣста или отклоняется весьма немного.

Какъ ни легко вообще различить эти два состоянія, но по нѣкоторымъ причинамъ можно впасть при этомъ въ опасную ошибку. Во первыхъ, при брюшной водянкѣ, если больная лежитъ съ очень поднятою верхнею частью туловища, то мѣсто выше лоннаго соединенія, иногда до самаго пупка, можетъ давать тупой звукъ, кото-

рый становится тимпаническимъ, какъ только большая приметъ болѣе горизонтальное положеніе. Далѣе, при очень значительной брюшной водянкѣ, середина живота можетъ давать тупой звукъ оттого, что при значительномъ растяженіи живота брыжейка удерживаетъ кишки подъ водою. Эти случаи отличаются впрочемъ тѣмъ, что при поверхностномъ постукиваніи оказывается тупой звукъ, а при болѣе глубокомъ, вслѣдствіе удаленія жидкости, является тимпанической.

Съ другой стороны, при брюшной водянкѣ въ боковыхъ частяхъ живота можно найти кишечный тонъ, особенно въ правомъ боку, если соесум и colon сильно растянуты газами, а иногда, какъ это случалось Meadows'у¹⁾, и съ обѣихъ сторонъ, если кишечныя петли удерживаются здѣсь приращеніями. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ можетъ и киста обнаружить перитонеальныя явленія брюшной водянки, если она сообщается съ кишечнымъ каналомъ и въ нее попали кишечныя газы или если при проколѣ въ нее попалъ воздухъ²⁾.

Также трудно бываетъ распознаваніе, если, какъ то нерѣдко случается послѣ предшествовавшаго прокола, тонкостѣнная киста чрезвычайно вяла. Въ такомъ случаѣ содержимое кисты представляется какъ жидкость брюшной водянки.

Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ обращаться къ анамнезу, такъ какъ для существованія такой значительной водянки должна быть серьезная причина (бугорчатка, или ракъ брюшины, порокъ сердца, болѣзнь почекъ или печени). Циррозъ печени, обуславливающей брюшную водянку въ значительной степени, распознается весьма трудно. Пороки сердца и болѣзни почекъ сопровождаются, кромѣ брюшной водянки, еще отеками другихъ частей; при всемъ томъ намъ случилось видѣть при болѣзни сердца чистый асцитъ безъ отека нижнихъ конечностей, который былъ принятъ за кисту яичника.

Отличительныя признаки жидкостей, получаемыхъ при пробномъ проколѣ, мы подробнѣе разсмотримъ ниже.

Если на основаніи вышеизложеннаго мы можемъ убѣдиться, что въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ опухолью, состоящею изъ жидкости, заключенной въ мѣшокъ, то вѣроятнѣе всего это будетъ киста, такъ какъ другого рода ограниченныя скопленія жидкостей встрѣчаются значительно рѣже.

1) Medic. Times. March. 4. 1871. p. 245.

2) Atlee, Ovarian tumours. Philadelphia. 1873. p. 67.

Смѣшать въ такомъ случаѣ кисту возможно:

1) Съ инкапсулированную перитонеальную жидкостью. Конечно, небольшія количества жидкаго эксудата, какія нерѣдко встрѣчаются инкапсулированными при воспаленіи брюшины, отличить отъ кисты вообще нетрудно; но при бугорчаткѣ и ракѣ брыжжейки и брюшины могутъ образоваться большія опухоли, похожія на кисты яичниковъ.

Для отличительнаго распознаванія служить въ этомъ случаѣ анамнезъ и общее состояніе, такъ какъ при бугорчаткѣ будетъ страданіе и другихъ органовъ и лихорадка. Чувствительность здѣсь также имѣетъ свое значеніе, хотя она можетъ быть незначительна или ее вовсе не будетъ.

Кромѣ того, инкапсулированные эксудаты имѣютъ болѣе разлитыя границы, чѣмъ опухоли яичника, окруженныя кистой стѣнкой и потому не такъ рѣзко оцупываются. Они представляются часто въ видѣ опухолей на передней стѣнѣ живота, такъ что при постукиваніи подъ ними лежащія кишки, даютъ кишечный звукъ чрезъ слой жидкости. При ракѣ брюшины или сальника ощущаются иногда лежащія въ эксудатѣ раковые узлы, но именно эти случаи представляютъ чрезвычайное сходство съ бугроватыми, многополостными кистами, осложненными значительною брюшною водянкою. Къ этимъ случаямъ мы еще разъ возвратимся.

Что и здѣсь въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ пробному проколу, доказываютъ три случая, сообщенные Routh'омъ ¹⁾, въ которыхъ ракъ, осложненный асцитомъ, принимали за кисту яичника. Другой подобный случай наблюдали Lücke и Klebs ²⁾.

2) Съ переполненнымъ мочевымъ пузыремъ, который легко узнать по его особенной, выдающейся формѣ и введеніемъ катетра.

3) Съ другими кистами нижней части живота, скорѣе всего съ *Водянкой почекъ*. Дифференціальныи діагнозъ этой опухоли составляетъ самый опасный подводный камень, такъ какъ она, если очень велика, то представляетъ при наружномъ изслѣдованіи совершенно ту же картину болѣзни. Оттого казуистика ошибокъ при распознаваніи велика ³⁾.

¹⁾ Obst. J. of Great. Brit. April 1874. p. 13.

²⁾ Virchow's. Archiv. B. 41, p. 8.

³⁾ Johnson, Monthly med. chir. J. 1816; Rayer, Maladies des reins. Paris. 1841. III. p. 487; Kirsten, Mon. f. Geb. 1863. Suppl. H. zu B. 21. p. 125; Dumreicher, Woch. d. Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1864. p. 104; Co-

Отличительные признаки здѣсь будутъ слѣдующіе:

Почечная водянка, подобно всѣмъ опухольямъ, развивающимся позади брюшины, лежитъ позади кишекъ, кисты же яичниковъ отодвигаютъ эти послѣднія въ сторону. Конечно это не относится ко всѣмъ случаямъ, такъ какъ очень большіе гидронефритическія опухоли могутъ также оттѣснить кишки въ сторону, а спереди кисты яичника можетъ иногда помѣщаться петля кишки ¹⁾). Узнать, что кишка лежитъ передъ опухолью, бываетъ трудно и въ томъ случаѣ, когда прижатая, несодержащая воздуха петля кишки не даетъ тимпанического звука. По Spencer Wells'у можно ощущать ея сокращенія, переминая между пальцами, или слышать въ ней кишечные шумы, или наконецъ вдуть въ нее воздухъ чрезъ прямую кишку. Simon предлагаетъ вводить въ прямую кишку длинную эластическую трубку, которая при оваріальныхъ кистахъ будетъ лежать сзади, а при почечной водянкѣ спереди опухоли.

Толстыя кишки при большихъ опухольяхъ, выходящихъ изъ правой почки, занимаютъ обыкновенно такое положеніе, что Colon ascendens прилегаютъ къ внутреннему краю опухоли, а при опухоли изъ лѣвой почки colon descendens лежитъ впереди въ поперечномъ направленіи.

При изслѣдованіи per vaginam кисты яичниковъ лежатъ вообще ближе къ тазовому входу, хотя, если онѣ очень велики, могутъ лежать очень высоко.

Присутствіе гноя, бѣлка или крови въ мочѣ говоритъ вообще въ пользу водянки почекъ.

Изслѣдованіе половиною руки или всею рукою, черезъ прямую кишку, если оно удобоисполнимо по величинѣ опухоли, можетъ указать весьма точно ея зависимость или независимость отъ половыхъ органовъ.

Въ иныхъ случаяхъ даже пробный проколъ не разрѣшаетъ сомнѣнія, потому что составныя части мочи могутъ не находиться въ содержимомъ старыхъ гидронефритическихъ опухолей.

per Rose, Med. Times. May 1868. p. 591, Lancet May 23, 1868; Martini Deutsche Klinik. 1868. No 1; Krause-Baum, Langenbeck's Archiv. B. 7 p. 219; Heller, Deutsches Archiv f. klin. Med. V p. 267; Wheeler, Boston gyn. J. Vol. V. p. 199 u. 264; Schetelig, Arch. f. Gyn. B. I p. 416; Spencer Wells, I. c. p. 208.

¹⁾ Schetelig, Arch. f. Gyn. B. I p. 426.

Близко къ этимъ опухолямъ въ діагностическомъ отношеніи подходятъ опухоли отъ эхинококковъ въ почкахъ ¹⁾ и въ подбрюшинной соединительной ткани ²⁾. Даже проколъ, который даетъ возможность узнать содержимое мѣшка эхинококковъ, ввелъ въ заблужденіе въ Spiegelberg'овскомъ случаѣ, потому что троакаръ попалъ въ абсцессъ, который образовался между пузырьмъ эхинококковъ и капсулой изъ соединительной ткани.

Также и другія кисты брюшной полости, описанныя *Montet* ³⁾ подъ именемъ *Cystes hydatiques de la paroi abdominale anterieure* и *West*'омъ ⁴⁾ подъ именемъ кистъ, встрѣчающихся между пластинками салника, могутъ легко ввести въ ошибку, такъ какъ такіе рѣдкіе случаи обыкновенно не принимаются въ расчетъ.

4) Съ мягкими интерстиціальными фибромами или еще легче съ фибро-кистозидными опухолями матки или широкихъ связокъ ⁵⁾.

Всѣ опухоли, выходящія изъ матки, лежатъ къ ней ближе, чѣмъ овариальныя кисты и обыкновенно широко расходятся впереди ея. Если матка лежитъ впереди опухоли, то ея отношеніе къ этой послѣдней въ большинствѣ случаевъ возможно опредѣлить; однако большая киста яичника можетъ быть такъ тѣсно прижата къ маткѣ, что будетъ казаться какъ бы составляющею съ нею одну массу, или наконецъ, вполнѣдствіи между ними могло образоваться обширное сращеніе. Но и въ этихъ случаяхъ матка претерпѣваетъ относительно небольшое измѣненіе. Весьма рѣдко въ такихъ случаяхъ бываетъ она оттѣснена еверху и полость ея увеличена, что при маточныхъ опухоляхъ бываетъ обыкновенно. Трудно опредѣлить отношеніе матки къ опухоли, если она лежитъ позади послѣдней; даже изслѣдованіе половиною руки чрезъ прямую кишку не всегда разъясняетъ дѣло; но и здѣсь значительныя измѣненія положенія матки взадъ и вверхъ и отсутствіе подвижности ея отдѣльно отъ опухоли дѣлають вѣроятнымъ происхожденіе опухоли изъ матки.

¹⁾ Spiegelberg, Arch. f. Gyn. B. I. p. 146.

²⁾ Spiegelberg, Arch. f. Gyn. B. III. p. 272 u Spencer Wells, l. c. p. 151.

³⁾ Gaz. hebdomadaire, 3 Mai. 1872. No 18.

⁴⁾ Lehrb. der Frauenkrankheiten. III. Aufl. p. 669.

⁵⁾ О дифференціальной діагностики въ этихъ случаяхъ смотри: Spencer Wells, Medico-chir. Transact. Vol. IV. u l. c. p. 183; Kidd, Dublin J. of med. sc. Jan. 1872. p. 39; Péan, s. Péan et Urdu, hystérotomie. Paris. 1873. p. 117.

Ощупываніе опухоли имѣеть также важное значеніе. Маточныя фиброзыя опухоли на ощупь обыкновенно тверже или въ нихъ замѣтно по крайней мѣрѣ преобладаніе плотныхъ составныхъ частей надъ жидкими. При кистахъ яичниковъ такія плотныя составныя части ощупываются рѣдко въ тазу. Проколъ цисто-фибромы или ничего не доставляетъ, или весьма немного чистой или смѣшанной съ кровью сукровицы, потому что жидкость помѣщается въ небольшихъ промежуткахъ ткани. Большія количества желтоватой жидкости добываются лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Эта послѣдняя имѣеть по указаніямъ Atlee ¹⁾ еще ту характеристическую особенность, что по большей части свертывается подобно крови. Ея удѣльный вѣсъ равенъ почти 1020.

Анамнезъ тутъ имѣеть также важное значеніе, потому что цисто-фибромы обыкновенно сопровождаются маточными кровотечениями ²⁾.

5) Съ увеличенной вслѣдствіе растяженія полости маткой, слѣдовательно съ беременностью, съ гематометрой и съ подслизистыми или интерстиціальными, вдающимися въ полость фибромами. Въ этихъ случаяхъ необходимо узнать, увеличена ли сама матка; такъ какъ при кистѣ возлѣ опухоли находится нормальная или мало измѣненная матка. Послѣднее можетъ быть трудно выполнимо, если матка лежитъ позади опухоли. Легче всего исключить гематометру путемъ анамнеза и другихъ способовъ изслѣдованія. При беременности слѣдуетъ стараться отыскать сердцебіеніе, опредѣлить части тѣла и движенія младенца; далѣе, состояніе влагалища и рукавной части при беременности весьма характерны и наконецъ маточный шумъ при кистахъ яичника слышится во всякомъ случаѣ очень рѣдко. При пузырьчатомъ заносѣ или при мертвогниломъ плодѣ эти признаки безъ сомнѣнія исчезаютъ, но все прочее приводитъ къ заключенію, что опухоль есть сама увеличенная матка. Фибромы, вдающіяся въ полость матки, всегда сопровождаются кровотечениями, а субмукозныя характеризуются изглаживаніемъ шейки. Если интерстиціальная фиброма растетъ болѣе внаружи, то въ такомъ случаѣ

¹⁾ l. c. p. 154, 262 u. 464.

²⁾ Для разъясненія діагностическихъ ошибокъ этихъ двухъ опухолей смотри: Kumar, Wiener med. Presse. 1867. p. 703; Stilling. Deutsche Klinik. 1868. p. 89; Germann und Simon, s. Grenser, Ovariectomie p. 103; Lee, New-York med. Record. Jan. 1870. p. 495; Tapphorn, Deutsche Klinik. 1871. 30; Packard, Amer. J. of med. sc. Octobre 1871. p. 433; Roberts, Lancet, 25. Nov. 1871. p. 517; Mc. Guire, Med. Times. 1. April 1872.

примѣнимо все, сказанное о дифференціальной діагностикѣ въ прежнемъ отдѣлѣ.

6) *Внѣматочная беременность*. И здѣсь также данныя относительно сердцебіенія и частей младенческаго тѣла представляютъ самое важное значеніе, такъ что если младенецъ мертвъ и плодный пузырь растянуть, то распознаваніе можетъ представить весьма большія затрудненія, въ особенности если анамнезъ не даетъ никакихъ данныхъ. О сходствѣ опухоли яичника, осложненной развитой брюшной водянкою, съ внѣматочною беременностью, мы еще будемъ говорить.

7) *Съ опухолями печени*. Измѣненіе положенія печени, и именно поворотъ ея по поперечной оси, при чемъ она опускается глубоко внизъ или, такъ называемая, блуждающая печень ¹⁾, едва ли можетъ быть смѣшана съ опухолью яичника, такъ какъ опухоль при этомъ идетъ сверху и совершенно независимо отъ половыхъ органовъ.

Собственно изъ опухолей печени наибольшую важность представляютъ эхинококки, потому что опухоли эти могутъ достигнуть такой величины, что помѣщаются надъ тазовымъ входомъ. Но и въ этихъ случаяхъ анамнезъ показываетъ, что опухоль росла сверху внизъ, а изслѣдованіе—что она тѣсно соединена съ печенью и участвуетъ вмѣстѣ съ нею въ дыхательныхъ движеніяхъ. Двойное изслѣдованіе, или изслѣдованіе *per gestum* половиною руки обнаруживаетъ при этомъ нормальное состояніе половыхъ органовъ.

Ракъ печени съ кистою яичника трудно смѣшать. Кисты желчнаго пузыря достигаютъ рѣдко такой величины, чтобы представлять, какъ въ случаѣ *Simpson'a* ²⁾, діагностическія затрудненія.

8) *Съ опухолями селезенки*. Онѣ такъ характеристичны, что при тщательномъ изслѣдованіи ихъ нельзя не узнать. Опухшая селезенка ощупывается въ видѣ гладкой, упругой опухоли, лежащей совершенно влѣво; во всякомъ случаѣ, если при положеніи на спинѣ она можетъ перемѣщаться и заходить за среднюю линію, то при положеніи на лѣвомъ боку, отклоняется совершенно влѣво. При этомъ она граничитъ справа острымъ краемъ, иногда совершенно ровнымъ, а иногда съ выемкою (*hylus*). Онѣ ощупывается въ видѣ остраго, кзади круто заворачивающагося края. Такого рода граница вправо при овариальныхъ кистахъ не встрѣчается. Опухоль подвижна и ее можно,

¹⁾ Meissner, Schmidt's Jahresb. В. 141, p. 107 u. Winkler, Arch. f. Gyn. В. 4. p. 145.

²⁾ Diseases of women. Edinburgh 1872. p. 432.

какъ мы это сами видѣли, нижнимъ тупымъ концомъ вдвинуть въ малый тазъ ¹⁾.

9) *Съ подвижною почкой* ²⁾. Эта послѣдняя можетъ подать поводъ къ ошибкѣ, если она, какъ мы видѣли въ одномъ-случаѣ, который былъ намъ присланъ для оваріатоміи, значительно увеличена и такъ смѣщена, что доходитъ до передней брюшной стѣнки и лежитъ плотно надъ тазовымъ входомъ. Для дифференціальной діагностики достаточна особенная форма опухоли, и отсутствіе связи ея съ половыми органами, что узнается двойнымъ изслѣдованіемъ. Кромѣ того, почка весьма подвижна и можетъ быть безъ затрудненія вправлена на свое мѣсто вправо отъ позвоночника (весьма рѣдко приходится имѣть дѣло съ лѣвой почкою). Распознаваніе облегчается еще тѣмъ, что посредствомъ опцупыванія снаружи и постукиванія поясничной области можно убѣдиться, что область почки пуста.

10) *Съ липомами или фибромами брыжжейки или брюшины*. Этого рода опухоли могутъ быть чрезвычайно похожи на оваріальныя кисты, если достигаютъ значительной величины, что впрочемъ рѣдко бываетъ. Однако Bailey ³⁾ видѣлъ при вскрытіи двѣ необыкновенныя липомы, изъ которыхъ одна вѣсила 15, а другая—22 ф. Spencer Wells ⁴⁾ такъ же сообщаетъ подобные случаи. Cooper Forster ⁵⁾ наблюдалъ опухоль, которая вѣсила даже 55 ф.

Въ заключеніе мы хотимъ обратить вниманіе на то, что когда брюшная опухоль достигнетъ крайней величины, то исчезаетъ всякая возможность вѣрной діагностики, кромѣ изслѣдованія посредствомъ прокола. Опухоль, въ такомъ случаѣ, откуда бы она ни происходила, такъ плотно, тѣсно и на такомъ большомъ протяженіи сростается со всѣми сосѣдними органами, что не только при жизни, но и на трупѣ бываетъ очень трудно опредѣлить, идетъ ли она изъ яичника, или изъ печени, какъ это намъ пришлось видѣть при вскрытіи.

¹⁾ Ошибки видѣли: Hecker, Klin. d. Geb. V. II. p. 221 u. Sullivan. Boston gyn. J. Vol. IV. p. 275.

²⁾ Fritz, Archives de méd. 1859. V. II. p. 158 u. 301; West, Frauenkrankheiten. 3. Aufl. p. 670. Anm.; Rollett, Pathol. u. Ther. d. beweglichen Niere. Erlangen 1866; Jago, Medical Times. 1872. Vol. II. p. 1160; Howitz, Brit. a. for. med. chir. Review. October 1873. 521.

³⁾ Amer. J. of. Obst. Vol. VI, p. 38.

⁴⁾ l. c. p. 146.

⁵⁾ Pathol. Transact. Vol. 19.

Особенныя трудности могутъ представиться въ случаяхъ осложненныхъ. Сюда относятся:

1) *Кистома яичника и брюшная водянка*. Незначительныя количества асцитической жидкости находятъ весьма часто при кистахъ яичниковъ. Это обыкновенно просматривается при изслѣдованіи и не измѣняетъ діагностики. Иное дѣло, если брюшная водянка развита значительно. Если опухоль яичника при этомъ относительно мала, то ее можно вовсе не распознать; если же она большой величины или если это сложная кистома съ бугристыми возвышеніями на периферіи, то при ощупываніи получается совершенно особенная картина. Въ такомъ случаѣ въ скопившейся въ полости живота жидкости ощупываются бугристыя, легкоподвижныя опухоли, весьма напоминающія мелкія младенческія части или раковыя узлы въ асцитической жидкости. Распознаваніе производится въ такомъ случаѣ по вышензложеннымъ способамъ.

2) *Кистома яичника и беременность*. Признаки второй половины беременности такъ вѣрны и доступны изслѣдованію, что распознаваніе не представляетъ никакихъ затрудненій; но въ первой половинѣ беременности увеличенная матка, лежащая позади кисты яичника, можетъ быть легко просмотрѣна; если же при изслѣдованіи окажется вторая опухоль, то ее легко принять за второй заболѣвшій яичникъ. Даже Spencer Wells'у случилось при оваріатоміи проколоть беременную матку, принятую имъ за второй яичникъ. При распознаваніи весьма важно имѣть постоянно въ виду возможность такого осложненія.

Въ заключеніе намъ остается еще отвѣтить на слѣдующій вопросъ: какимъ образомъ опредѣлить, который яичникъ страдаетъ, или не поражены-ли оба?

При большихъ опухоляхъ это весьма трудно; впрочемъ это опредѣленіе не имѣетъ большого значенія, во первыхъ потому, что въ большинствѣ случаевъ безразлично, какая сторона поражена, во вторыхъ потому, что всегда слѣдуетъ имѣть въ виду двустороннее перерожденіе.

При опредѣленіи стороны, которой принадлежитъ пораженный яичникъ, весьма важное значеніе имѣетъ положеніе кишекъ, потому что вообще со стороны больнаго яичника кишечныя петли отѣснены назадъ, такъ что при покойномъ положеніи на спинѣ, кишечный тонъ слышенъ на большомъ протяженіи на сторонѣ здороваго яичника. Смѣщеніе матки тоже имѣетъ значеніе, потому вообще

можно принять, что, если матка оттѣснена въ одну сторону, то опухоль выходитъ изъ другой. Но это не всегда вѣрно. Такъ Martin ¹⁾ наблюдалъ случай, гдѣ опухоль, лежавшая явственно въ лѣвой сторонѣ, принадлежала смѣщенному правому яичнику.

Интересно знать, не поражены-ли обѣ стороны? И на этотъ вопросъ, при значительной величинѣ опухоли, отвѣтить бываетъ часто невозможно, потому что при внутреннемъ изслѣдованіи этого обыкновенно опредѣлить нельзя, а наружное можетъ ввести въ ошибку. Такъ, позади совершенно одиночной по виду опухоли, можетъ лежать другой пораженный яичникъ, или при полостной односторонней кистомѣ при изслѣдованіи получается иногда впечатлѣніе, какъ будто существуютъ двѣ совершенно отдѣльныя опухоли. Поэтому за двустороннее страданіе мы имѣемъ право признать только такіе случаи, когда ощупываются двѣ опухоли, между которыми явственно проходить борозда.

Меньше затрудненій представляетъ вопросъ: *имѣемъ-ли мы дѣло съ однополостною кистой, или съ сложною опухолью.* Въ первомъ случаѣ, такъ какъ это будетъ ретенціонная киста граафова пузырька, опухоль бываетъ небольшой величины и сопровождается менѣе значительными припадками общаго расстройтва, чѣмъ кистомы. При этомъ она совершенно шарообразна или нѣсколько овальна и зыбленіе распространяется весьма явственно по всей опухоли. Последнее однако встрѣчается и при многополостныхъ кистахъ съ весьма тонкими промежуточными стѣнками или перегородками, но опухоль въ этомъ случаѣ не имѣетъ равномерной круглой формы. Очень большія кисты бываютъ рѣдко однополостными, но при чрезвычайно большихъ опухоляхъ маленькія придаточныя кисты при главной кистомѣ теряютъ конечно свое значеніе.

Во всѣхъ случаяхъ, когда распознаваніе брюшной опухоли затруднительно, весьма полезно ранѣе операціи произвести *проколъ кисты и изслѣдованіе ея содержимаго* ²⁾. Это можно исполнить различнымъ образомъ.

1) Простымъ *пробнымъ проколомъ*. Такъ какъ чрезъ обыкновенный пробный троакаръ густое, тягучее содержимое кисты часто

¹⁾ Boston Gyn. Journal. vol. V. p. 268.

²⁾ Spiegelberg, M. f. Geb. B. 34. p. 384, Arch. f. Gyn. B. III. p. 271 u. Volkmann's Samml. klin. Vort. No. 55 p. 435, Waldeyer, Arch. f. Gyn. B. I. p. 266.

не вытекаетъ и такъ какъ при авидопейрастикѣ получается весьма мало жидкости, то проколъ слѣдуетъ соединить съ высасываніемъ содержимаго кисты.

Это послѣднее производится или помощію аспиратора Dieulafoy или помощію простаго подкожнаго шприца, предложеннаго Walker'омъ ¹⁾. Иглу, находящуюся въ соединеніи со шприцомъ, вкалываютъ въ опухоль и посредствомъ поршня всасываютъ жидкость въ трубку шприца.

Простой проколъ кисты вполне безопасенъ, потому что отверстіе прокола такъ мало, что по удаленіи иглы, содержимое кисты въ брюшную полость обыкновенно не вытекаетъ. Однако иногда это можетъ случиться при кистѣ съ очень напряженными стѣнками, какъ это видѣлъ Peaslee ²⁾.

2) Прободеніемъ (paracentesis). Для этого берутъ троакаръ потолще, чтобы чрезъ него могла истекать коллоидная жидкость и прокалываютъ кожу такимъ образомъ, какъ мы это подробнѣе опишемъ при леченіи.

Этотъ способъ имѣетъ то преимущество, что при помощи его получается весьма большое количество жидкости, которую можно точно изслѣдовать во всѣхъ отношеніяхъ. Кромѣ того, при этомъ можно получить весьма важные результаты, если послѣ опорожненія кисты тотчасъ же вновь произвести изслѣдованіе. Если опухоль исчезла совершенно, то это доказываетъ, что тутъ была простая брюшная водянка, потому остатки кисты можно всегда ощупать. Только при простой водянкѣ граафова пузырька и при кистахъ широкихъ связокъ кистой мѣшокъ имѣетъ такія тонкія стѣнки, что послѣ полнаго опорожненія нельзя бываетъ ощупать никакихъ остатковъ кисты.

3) *Пробнымъ проколомъ живота помощію ланцета*; этотъ способъ выгоденъ особенно тогда, когда требуется доказать присутствіе или отсутствіе большого количества асцитической жидкости. Ланцетъ вкалываютъ въ бѣлую линію (linea alba) медленно и весьма осторожно, чтобы проколотъ лишь одни брюшные покровы, не тронувъ кистой стѣнки. Какъ только возлѣ ланцета покажется жидкость, тотчасъ вставляютъ серебряную трубочку и даютъ жидкости вытечь. Изслѣдованіе этой жидкости, а также предпринимаемое по удаленіи

¹⁾ Thomas. Diseases of women. 3. ed. p. 663.

²⁾ Amer. J. of Obst vol. VI. p. 103.

водянки гинекологическое изслѣдованіе даетъ весьма важныя результаты.

Полученную этими способами жидкость подвергаютъ химическому и микроскопическому изслѣдованію и тогда бываетъ возможно окончательно рѣшить, откуда она происходитъ.

Жидкость, происходящая изъ кистомы, обыкновенно весьма характеристична уже по виду. Тягучая, темная коллоидная жидкость съ значительнымъ специфическимъ вѣсомъ (1018—1024) встрѣчается почти исключительно при оваріальныхъ кистомахъ. Химическое изслѣдованіе обнаруживаетъ присутствіе большого количества бѣлка, также паральбумина и метальбумина, которые узнаются по способу, предложенному Waldeyer'омъ ¹⁾.

При изслѣдованіи подъ микроскопомъ осадка, бывающаго обыкновенно въ значительномъ количествѣ (его мало только при водянкѣ граафова пузырька), находятъ цилиндрической эпителий или вполне сохранившимся, или въ состояніи жироваго, коллоиднаго перерожденія и распада.

Асцитическая жидкость имѣетъ меньшій специфическій вѣсъ (1010—1015) и содержитъ меньше бѣлка. Въ діагностическомъ отношеніи весьма важно, что въ жидкости, выставленной на воздухъ въ теченіи 12 — 48 часовъ, осаждается студенистый фибриновый сгустокъ, слѣдовательно въ ней проявляется способность произвольно свертываться, тогда какъ этого, повидимому, не происходитъ въ кистой жидкости даже въ томъ случаѣ, если въ кисту произошло кровоизліяніе. Паральбуминъ и метальбуминъ въ асцитической жидкости, повидимому, не встрѣчаются.

Эти весьма характерныя различія относятся однако только къ настоящей брюшной водянкѣ; по крайней мѣрѣ во второмъ ниже нами приведенномъ случаѣ, изслѣдованіе эксудата при хроническомъ воспаленіи брюшины обнаружило поразительное сходство съ кистой жидкостью. Полученный при проколѣ эксудатъ, въ которомъ находилось множество фибриновыхъ сгустковъ, имѣлъ, по изслѣдованіямъ Gogur'a, специфическій вѣсъ 1023, и изъ бѣлковыхъ тѣлъ заключалъ въ себѣ немного алкалиальбумината, паральбуминъ (мало) и много серумальбумина. Эксудатъ, собранный при оваріотоміи, имѣлъ по изслѣдованіямъ Hilger'a специфическій вѣсъ 1038 и содержалъ кромѣ слѣдовъ муцина большое количество паральбумина и немного серумальбумина.

¹⁾ Arch. f. un. B. I, p. 268.

Подъ микроскопомъ находятъ амёбодныя клѣточки, но никогда не находятъ цилиндрическаго эпителія.

При *почечной водянкѣ* находятъ характерныя составныя части мочи, которыхъ впрочемъ не бываетъ въ старыхъ почечно водяночныхъ мѣшкахъ. Такъ Schetelig ¹⁾ нашелъ, при специфическомъ вѣсѣ 1018, совершенное отсутствіе мочевины и креатинина, серумальбуминъ и муцинъ въ небольшомъ количествѣ, паральбумина много.

Содержимое мѣшковъ *эхинококковъ* характеризуется весьма малымъ специфическимъ вѣсомъ и отсутствіемъ или весьма незначительными слѣдами бѣлка. При химическомъ изслѣдованіи находимъ виноградный сахаръ и инозитъ, подъ микроскопомъ Scolices или по крайней мѣрѣ крючки, иногда даже кусочки характеристической перепонки пузырей.

Въ *фиброцистоидахъ* находятъ, если проколъ вообще доставляетъ жидкость, по Atlee, желтую жидкость, съ специфическимъ вѣсомъ 1020, которая подобно крови на воздухѣ тотчасъ свертывается.

По указаніямъ того же автора, жидкость, получаемая изъ кистъ широкой связки, необыкновенно прозрачна, чиста и имѣетъ специфическій вѣсъ отъ 1004—1009. Кромѣ паральбумина бѣлокъ обыкновенно не встрѣчается; подъ микроскопомъ видно едва нѣсколько эпителиальныхъ клѣточекъ.

Надрѣзъ съ діагностическою цѣлью. Эксплораторное вскрытіе. Въ случаяхъ, гдѣ діагнозъ остается сомнительнымъ, но припадки заставляютъ прибѣгнуть къ производству оваріотоміи, весьма полезно начать операцію въ видѣ эксплораторнаго вскрытія.

Съ этою цѣлью, приготовивъ все необходимое для оваріотоміи, начинаютъ операцію маленькимъ надрѣзомъ, вскрываютъ брюшную полость, послѣ чего въ разрѣзъ вводятъ палецъ съ цѣлью распознаванія. Если это и теперь не удастся, то выпораживаютъ помощію троакара содержимое кисты и изслѣдуютъ тогда вторично введенными въ брюшную полость чрезъ рану пальцами, при чемъ ощупываютъ матку, яичники и ножеу опухоли.

Если при этомъ оказывается, что удаленіе опухоли невозможно, то брюшную стѣнку зашиваютъ и выздоровленіе при этомъ бываетъ такъ же часто какъ и при парацентезѣ; если же опухоль можно удалить, то тотчасъ приступаютъ къ оваріотоміи.

¹⁾ Arch. f. Gyn. V. I. p. 416.

Предсказаніе.

Хотя быть можетъ не всѣ зародыши кистъ способны къ дальнѣйшему развитію, но можно считать несомнѣннымъ, что киста, достигшая такой величины, что заставляетъ больную обратиться за помощью, почти безъ исключенія будетъ продолжать безостановочно свой ростъ и рано или поздно будетъ угрожать жизни опасностью тѣмъ или другимъ вышесказаннымъ путемъ.

Такъ какъ кисты яичника сами собою исчезаютъ крайне рѣдко, то на нихъ слѣдуетъ смотрѣть какъ на весьма опасное страданіе, которое обыкновенно само по себѣ неизбѣжно ведетъ къ смерти; быстрота теченія конечно весьма различна.

Леченіе.

Профилактически мы едва ли можемъ что сдѣлать, потому что условія происхожденія кистомы яичниковъ намъ положительно неизвѣстны, а ретенціонныя кисты граафовыхъ пузырьковъ образуются такъ рѣдко, что едва ли стоитъ говорить объ ихъ профилактикѣ.

Большія кисты ни терапевтическими, ни діететическими способами не только не излечиваются, но нельзя даже пріостановить ихъ развитія, хотя въ иныхъ случаяхъ и удается немного задержать ихъ ростъ.

Меньше всего довѣрія заслуживаютъ внутреннія такъ называемыя разрѣшающія средства, каковы: іодъ, бромъ, ртуть и ея препараты. Ихъ вліяніе на эти опухоли ничѣмъ не доказано и потому нужно остерегаться, чтобы большими дозами ихъ не разстроить общаго питанія.

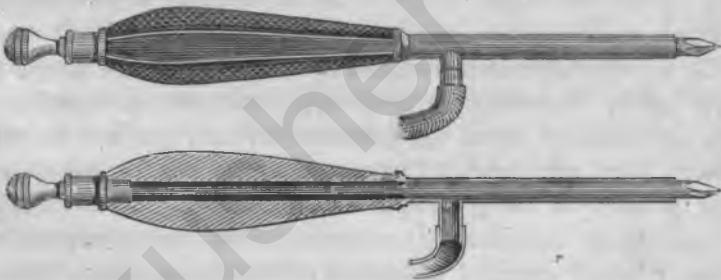
Всѣ проносныя, мочегонныя и потогонныя также не въ состояніи задержать роста; первыя же, такъ какъ вызываютъ пищеварительныя разстройства, прямо противопоказаны.

Нѣкоторое значеніе однако представляетъ діететика, потому что болѣе быстрый или медленный ростъ, по крайней мѣрѣ отчасти, зависитъ отъ образа жизни больной. Частыя половыя возбужденія, возбуждающая пища, горячительныя напитки, при одновременно существующемъ воспаленіи матки и ея сосѣднихъ органовъ, значительно ускоряютъ теченіе болѣзни; напротивъ, употребленіе укрѣпляющей, но не возбуждающей пищи и простой, правильный образъ жизни замедляютъ ея развитіе. Воспаленія различныхъ органовъ полового

аппарата, осложняющія опухоль, слѣдуетъ лечить противовоспалительными средствами; такъ весьма полезно, для уменьшенія вліянія менструальной гипереміи, не за долго до регуль и послѣ нихъ производить кровоизвлеченіе помощію скарификацій влагалищной части. Такимъ путемъ можно по крайней мѣрѣ надѣяться немного приостановить ростъ и теченіе болѣзни сдѣлать болѣе хроническимъ.

Далѣе самое важное заключается въ томъ, чтобы уменьшить, насколько возможно, сопутствующія разстройства. Для этой цѣли нужно прежде всего стараться предотвратить увеличеніе содержимаго живота, причемъ необходимо обратить вниманіе на правильное, по возможности частое отдѣленіе мочи, правильное пищевареніе и свободное испражненіе, чтобы предохранить кишечный каналъ отъ переполненія.

Если опухоль, лежащая еще въ маломъ тазу, вызываетъ припадки ущемленія, то, если нѣтъ срощеній, слѣдуетъ стараться приподнять ее въ большой тазъ.



Фиг. 110. Троакарь Томпсона.

Самую дѣйствительную палліативную помощь оказываетъ опорожненіе содержимаго кисты.

Такимъ образомъ мы приходимъ къ изложенію ¹⁾ *оперативнаго леченія*, которое можно употребить не только съ палліативной цѣлью, но и для радикальнаго излеченія. Мы рассмотримъ сначала оперативныя пособія, употребляемые при яичниковыхъ опухоляхъ за исключеніемъ овариотоміи, причемъ сначала опишемъ технику производства этихъ операцій и затѣмъ уже сравнимъ значеніе и показаніе каждой операціи отдѣльно.

1) *Проколъ*. Для прокола кисты слѣдуетъ брать троакарь, предохраняющій вхожденіе воздуха, потому что вхожденіе его, случаю-

¹⁾ Fock, Mon. f. Geb. V. 7. p. 332.

щеся въ концѣ операціи простымъ троакаромъ, влечетъ за собою нагноеніе кисты. Этой цѣли удовлетворяетъ представленный на рис. 110 троакваръ Томпсона ¹⁾.

Проколъ чрезъ брюшныя покровы дѣлають, по опорожненіи мочевого пузыря посредствомъ катетера, при положеніи больной въ постели отчасти на боку. Операція въ сидячемъ положеніи не представляетъ преимуществъ; напротивъ, при этомъ часто бывають обмороки.

Мѣстомъ прокола слѣдуетъ выбирать обыкновенно среднюю линію (*linea alba*), потому что здѣсь самое тонкое мѣсто и вѣрнѣе всего можно избѣгнуть кровотеченія. Если зыбленіе на бѣлой линіи неясно, то выбираютъ другое мѣсто, гдѣ флукуація яснѣе. Значительныхъ кровотеченій можно всегда избѣгнуть, такъ какъ большія подкожныя вены здѣсь всегда видны и въ болѣе или менѣе толстыхъ артеріяхъ ощущается пульсація. Убѣдившись вторичнымъ постукиваніемъ, что подъ брюшной стѣнкой нѣтъ кишки, сильно вкалываютъ троакваръ въ опухоль. Такъ какъ конецъ его труднѣе всего проникаетъ черезъ кожу, то весьма полезно передъ проколомъ на мѣстѣ укола сдѣлать надрѣзъ ланцетомъ.

По извлеченіи стилета содержимое кисты вытекаетъ чрезъ каучуковую трубку Томпсоновскаго троакара, въ приготовленный сосудъ. Если уже большая часть содержимаго вытекла, то конецъ трубки долженъ быть погруженъ въ жидкость, чтобы при глубокомъ выдыханіи не могъ въ кисту попасть воздухъ. Чтобы опорожнить кисту по возможности совершенно, стягивають подъ конецъ нижнюю часть живота и когда жидкость не вытекаетъ болѣе, извлекають троакваръ. На рану накладываютъ кусокъ пластыря въ формѣ мальтійскаго креста.

Проколъ чрезъ влагалнице производятъ какъ простой проколъ въ исключительныхъ случаяхъ, именно: когда опухоль съ этой стороны бываетъ всего доступнѣе, какъ это можетъ случиться при маленькихъ опухоляхъ, присосихъ въ Дугласовомъ пространствѣ; въ такомъ случаѣ вкалываютъ троакваръ въ ту часть кисты, которая больше всего вдается во влагалнице и выпускають жидкость.

Проколъ чрезъ прямую кишку оставленъ, потому что не представляетъ никакихъ выгодъ и способствуетъ входенію кишечныхъ газовъ въ опорожненную опухоль.

2) *Проколъ съ послѣдующимъ дренажемъ* можно также дѣлать

¹⁾ Med. Times. March. 27. 1858.

со стороны живота и со стороны рукава. При этомъ поступаютъ какъ при простомъ проколѣ; можно для этого взять простой троакаръ и по опорожненіи содержимаго кисты, ввести чрезъ трубочку троакара эластическій катетеръ или каучуковую дренажную трубку, которую и оставить лежать въ полости кисты. Накопляющееся въ кистѣ содержимое постепенно вытекаетъ, а если оно начинаетъ разлагаться, то кисту можно вылооскать.

Подъ именемъ *Ovariocentesis vaginalis* Noeggerath ¹⁾ предложилъ нѣсколько усложненный способъ. Вставивши зеркало Simpson'a, онъ вскрываетъ влагалище и брюшину до кисты, и когда стѣнка послѣдней вставится въ рану, онъ ее прокалываетъ, расширяетъ отверстіе прокола и сшиваетъ вмѣстѣ края отверстія влагалища и кисты.

3) *Проколъ можно соединить съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ іода* или другихъ раздражающихъ жидкостей, съ цѣлью произвести выполненіе или сращеніе стѣнокъ кисты. При этомъ дѣлаютъ сначала проколъ обыкновеннымъ образомъ и затѣмъ впрыскиваютъ въ кисту извѣстную жидкость или непосредственно черезъ трубочку троакара или черезъ проведенный сквозь нее эластическій катетеръ. Жидкость оставляютъ въ кистѣ въ теченіи 5—10 минутъ, причемъ осторожнымъ давленіемъ и измѣненіемъ положенія стараются привести жидкость въ соприкосновеніе со всеми частями кистой стѣнки; затѣмъ даютъ ей вытечь или высасываютъ изъ кисты помощью шприца или аспиратора по возможности всю. Наконецъ, вынимаютъ и трубочку; многіе однако совѣтуютъ оставлять эту послѣднюю въ отверстіи и повторять впрыскиваніе.

Для инъекцій употребляютъ различныя іодистыя жидкости, предлагаемыя для впрыскиваній и въ другія кисты. Boinet ²⁾ первый употреблявшій весьма часто этотъ способъ, впрыскиваетъ *Tinct. Iod.* и *Aqua ana 100,0* и *Kali jodat. 4,0*.

Такъ какъ наблюденіе показало, что послѣ разрыва кисты съ изліяніемъ содержимаго въ брюшную полость, можетъ наступить полное выздоровленіе, то пробовали это явленіе произвести искусственно, устройвъ постоянное сообщеніе между кистой и брюшной полостью.

Simpson прокалывалъ кисту четырехграннымъ троакаромъ, для того, чтобы сдѣланное отверстіе вновь не закрывалось. Vacker Brown поступилъ еще смѣлѣе: онъ сдѣлалъ надрѣзь брюшныхъ покрововъ,

¹⁾ Amer. J. of Obst. II. p. 1.

²⁾ Bull. de therap. Août 1852 und Gaz. heblom. 1856. No. 47.

проколомъ кисту, притянулъ ее къ ранѣ, вырѣзалъ изъ нея кусокъ, и затѣмъ обратно опустилъ въ брюшную полость.

Изъ всѣхъ этихъ способовъ *простой проколъ*, особенно если позаботиться о предотвращеніи доступа воздуха, есть самый безопасный. Во всякомъ случаѣ онъ почти всегда оказываетъ лишь палліативную помощь, такъ какъ пораженная киста обыкновенно вновь наполняется и притомъ часто чрезвычайно быстро, иногда же довольно медленно. Это вторичное наполненіе кисты истощаетъ больныхъ вслѣдствіе того, что бѣлковыя соединенія содержимаго кисты извлекаются изъ организма, такъ что если киста снова быстро наполнится и потребуются повторные одинъ за другимъ проколы, то силы больной падаютъ чрезвычайно быстро. Такія вредныя послѣдствія простаго прокола слѣдуетъ всегда имѣть въ виду; при всемъ томъ, помимо діагностическаго значенія, ради котораго его часто предпосылаютъ оваріотоміи, этотъ проколъ довольно часто бываетъ необходимъ какъ палліативная мѣра. Къ проколу можно прибѣгнуть всегда съ спокойной совѣстью, такъ какъ по наблюденію Spencer Wells'a шансы на успѣхъ при оваріотоміи вслѣдствіе такого прокола отнюдь не уменьшаются и такъ какъ смертельный исходъ при этомъ бываетъ крайне рѣдко; напротивъ, случается, что такимъ проколомъ достигается радикальное излеченіе. Спаденіе и сморщиваніе кисты можетъ легче всего произойти въ ретенціонной кистѣ граафова пузырька.

Случаи радикальнаго излеченія послѣ простаго прокола наблюдали Thoman ¹⁾, Southam ²⁾, Spencer Wells ³⁾ и Chrobak ⁴⁾. Упадокъ силъ и смерть видѣлъ Telford ⁵⁾, смерть отъ истощенія видѣлъ Burns ⁶⁾.

Воспрепятствовать вторичному наполненію кисты пробовали посредствомъ методическаго сжиманія нижней части живота. Особенно горячо предлагалъ этотъ способъ Baker Brown. Но даже при очень сильномъ, методическомъ и продолжительномъ сжиманіи, которое обременительно, неприятно и тяжело для больныхъ, результаты настолько сомнительны, что этотъ способъ всѣми оставленъ.

¹⁾ Wiener med. Presse. 1868. No. 29.

²⁾ Lancet, 30. October 1869.

³⁾ l. c. p. 271.

⁴⁾ Wiener med. Presse. 1872. No 42.

⁵⁾ Dublin J. of med. sc. May 1866. p. 453.

⁶⁾ Philadelphia med. report. No. 15. 1871.

4) *Проколъ черезъ стѣнки живота съ послѣдующимъ дренажемъ* также болѣе не употребляется, потому что гнойное ихорозное отдѣленіе кистоваго мѣшка, образующееся подѣ вліяніемъ воздуха, не можетъ быть вполне удалено изъ кисты. Содержаніе кисты въ чистотѣ, крайне при этомъ необходимое, требуетъ необыкновенно тщательнаго и продолжительнаго ухода, при чемъ во всякомъ случаѣ угрожаетъ опасность распространенія воспаления кистой стѣнки на брюшину или зараженія организма разложившимся содержимымъ. Къ этому способу можно прибѣгнуть только въ случаѣ нагноенія кисты, при чемъ овариотомія по какой нибудь причинѣ обазывается неудобноисполнимой, а проколъ чрезъ влагалище невозможенъ.

Гораздо удобнѣе и цѣлесообразнѣе проколъ съ послѣдующимъ дренажемъ *per vaginam*, потому что отверстіе въ этомъ случаѣ образуется въ самой нижней части кисты, такъ что застои ихорознаго отдѣленія въ кистѣ значительно уменьшается. Но такъ какъ большія кисты яичниковъ лежатъ обыкновенно такъ высоко, что подступъ со стороны влагалища къ нимъ труденъ, то этотъ способъ предлагается только въ нѣкоторыхъ удобныхъ случаяхъ, именно если киста приросла въ дугласовомъ пространствѣ. Въ подобныхъ случаяхъ этотъ способъ еще болѣе пригоденъ, потому что овариотомія вслѣдствіе сращеній въ маломъ тазу здѣсь противопоказана. Излеченіе послѣ прокола чрезъ влагалище видѣли Henckel ¹⁾, Schwabe ²⁾, Kiwisch ³⁾, Schnetter ⁴⁾, Corliss ⁵⁾ и Tillaux ⁶⁾.

Проколъ съ іодистымъ впрыскиваніемъ, несмотря на хорошіе результаты, которыхъ достигъ G. Braun ⁷⁾, слѣдуетъ оставить, потому что онъ не всегда безопасенъ, представляетъ весьма шаткіе шансы на успѣхъ, и примѣнимъ рациональнымъ образомъ лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ. Такъ какъ іодистую смѣсь впрыскиваютъ только въ одну кисту и поэтому при благопріятномъ исходѣ уничтожаютъ только одну кисту, то цѣль достигается только при однополостныхъ опухоляхъ, которыя встрѣчаются весьма рѣдко и гдѣ даже простой проколъ вызываетъ спаденіе кисты; съ другой-же сто-

¹⁾ Med. chir. Anm. 7. Samml. Berlin. 1760. p. 26.

²⁾ Hufeland's Journ. f. prakt. Heilk. 1841. December p. 89.

³⁾ Prager Viertely. B. X. p. 90.

⁴⁾ Verh. d. Würzb. phys. med. Ges. 1854. B. V. H. 1.

⁵⁾ Philadelphia med. a. surg. Rep. Jan. 16. 1869.

⁶⁾ Gaz. hebdom. 21. Mars. 1875.

⁷⁾ Fürst, Wien. med. Pr. 1869. № 18—23.

роны и оваріотомія даетъ здѣсь хорошіе результаты. Но такъ какъ не слѣдуетъ упускать изъ виду опасности іодныхъ впрыскиваній, происходящей вслѣдствіе отравленія іодомъ (если іодъ нарочно или по невозможности высосать его обратно остался въ мѣшкѣ), воспаленія и нагноенія кисты или вслѣдствіе послѣдовательнаго воспаленія брюшины, или наконецъ вслѣдствіе прониканія іода изъ проколотовой кисты въ брюшную полость и образующагося отъ этого воспаленія брюшины, то при однополостныхъ кистахъ слѣдуетъ вообще предпочитать простой проколъ какъ менѣе опасный, и если онъ не доставляетъ желаемаго результата, то лучше прибѣгнуть къ оваріотоміи, какъ къ болѣе надежному и едва ли болѣе опасному средству. При многополостныхъ кистахъ проколъ съ іодными впрыскиваніями употреблять не слѣдуетъ; за исключеніемъ развѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ оваріотомія оказывается окончателно невозможною.

Образованіе сообщенія между кистой и брюшной полостью также совершенно справедливо не встрѣтило сочувствія, потому что этотъ способъ не вполне безопасенъ и шансы на успѣхъ при этомъ въ высшей степени сомнительны.

Мы должны упомянуть еще объ одной операціи, которую первый предложилъ и выполнилъ Le Dran въ 1737 г. ¹⁾ именно вскрытіе брюшныхъ покрововъ и стѣнки кисты и сшиваніе краевъ раны кисты съ краями раны брюшныхъ покрововъ. Большая открытая рана ведетъ тогда во внутрь кисты. Такъ какъ эта операція влечетъ за собой больше опасности, чѣмъ оваріотомія, то къ ней прибѣгаютъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ хотѣли произвести оваріотомію, но не могли по какимъ либо причинамъ окончить.

Какихъ результатовъ можно достигнуть помощію электролиза — рѣшить будущее. Весьма поразительно однако же излеченіе одной кисты, достигнутое Fieber'омъ ²⁾ этимъ способомъ и подтвержденное С. Braun'омъ.

Весьма важное и рѣшительное значеніе для радикальнаго излеченія кистъ приобрѣла въ послѣднее десятилѣтіе оваріотомія.

Въ Мартѣ настоящаго года въ Хирургической Клиникѣ Медико-Хирургической Академіи Профессоръ Корженевскій произвелъ подобную операцію посредствомъ надрѣза брюшныхъ покрововъ и передней стѣнки кисты. Киста была величиною въ 1¹/₂ человѣческихъ головы и сращена

¹⁾ Mém. de l'acad. de chir. vol. II. p. 431.

²⁾ Wiener med. Presse. 1871. No. 15.

на значительномъ пространствѣ съ кишками, сальникомъ и другими брюшными органами такъ, что черезъ рану невозможно было проникнуть до матки. Эти сращенія были заранѣе опредѣлены и операторъ не имѣлъ въ виду произвести оваріотомію по обыкновенному способу, а памѣренъ былъ оперировать именно этимъ путемъ—инцизіи. Операція удалась совершенно и была окончена въ 1^{1/4} часа, при чемъ на края раны брюшныхъ покрововъ было наложено всего 24 шва.

Въ первые же дни киста быстро стала уменьшаться; лихорадка не поднималась выше 39°. Киста постоянно оставалась наполненною водою и ежедневно прополаскивалась, а въ послѣдствіе въ полость ея былъ вспрыснутъ іодный растворъ, причемъ температура повысилась до 40°, вслѣдствіе чего былъ сдѣланъ проколъ свода рукава черезъ кисту и проведенъ дренажъ; послѣ этого лихорадка прекратилась и больная къ концу Іюня выздоровѣла совершенно. Она была представлена въ акушерское отдѣленіе Общества Петербургскихъ врачей въ засѣданіе 6 Ноября 1875, гдѣ мы ее видѣли лично. На мѣстѣ разрѣза, заткнувшагося плотными рубцами, видно вдавленіе покрововъ живота. Больная чувствуетъ себя хорошо и занимается прежнею работою, (См. Прот. Общ. Пр. Врачей 6 Ноября 1875.)

Операція была произведена повидимому вполне по способу Le Dugan, который произвелъ ее еще въ 1737 г; но въ данномъ случаѣ она была заранѣе безусловно индицирована, а не служила исходомъ неудавшейся оваріотоміи; кромѣ того при послѣдующемъ леченіи киста оставалась постоянно наполненною водою и прополаскивалась, чего при прежнихъ оваріотоміяхъ по этому способу дѣлано не было. На дняхъ, т. е. въ Ноябрь того же года Пр. Корженевскій произвелъ еще другую такую же оваріотомію при такихъ же условіяхъ невозможности производства полной оваріотоміи; больная умерла. *Ред.*

Оваріотомія.

Кромѣ прежде приведенной литературы смотри еще: Lizars, Observ. on extraction of diseased ovaria. Edinburgh 1825. Uebersetzt Weimar. 1826.—Clay, Cases of the perit. section for the exst. of dis. ov. London 1842.—Simon, Scanzoni's Beitr. z. Geb. B. III. p. 99.—Dutoit, Die Ovariectomie in England, Deutschland und Frankreich. Würzburg 1864.—Koeberlé, Sur le traitement des kystes de l'ovarie par l'ovariectomie. Paris 1865.—Spencer Wells, Diseases of the ovaries Vol. I. London 1865. Deutsch von Küchenmeister. Leipzig 1866.—Krassowsky, De l'ovariectomie. St.-Petersbourg. 1868.—Grenser, Die Ovariectomie in Deutschland. Leipzig 1870.

Исторія.

Овариотомія, т. е. вырѣзываніе яичника, переродившагося въ кисту, не имѣетъ ничего общаго съ экстирпаціей нормальныхъ яичниковъ, которая нерѣдко производится не только на животныхъ съ цѣлью утучненія, но иногда и у женщинъ. Такъ говорятъ, что лидійскіе цари имѣли прислужницами въ своихъ гаремахъ женскихъ евнуховъ; о Гигесѣ рассказываютъ, что онъ приказывалъ кастрировать своихъ наложницъ. Рассказываютъ, что въ недавнее время одинъ венгерскій пастухъ кастрировалъ свою дочь тѣмъ же способомъ, который онъ употреблялъ у свиней, съ цѣлью умѣрить чрезмѣрную ея похотливость.

Уже въ концѣ XVII столѣтія дѣланы были попытки вырѣзыванія перерожденныхъ въ кисты яичниковъ посредствомъ лапаротоміи. Но Ephraim Mc. Dowell, въ Кентуки, былъ первый, который въ декабрѣ 1809 года произвелъ настоящую овариотомію у одной Ms. Crawford. Этотъ случай окончился благополучно и оперированная умерла только въ 1841 году 79 лѣтъ отъ роду. Всего Mc. Dowell произвелъ эту операцію 13 разъ, изъ нихъ выздоровленіе вполне подтверждено въ 8 случаяхъ.

Слава Mc. Dowell'я, какъ перваго дѣйствительнаго овариотомиста, не можетъ быть оспариваема, хотя въ литературѣ и встрѣчается нѣсколько случаевъ, такъ сказать, случайныхъ овариотомій.

Такъ напр. Kirkland рассказываетъ въ одномъ сочиненіи, появившемся въ Лондонѣ въ 1786 г., что у одной женщины, которой онъ сдѣлалъ проколъ по причинѣ брюшной водянки, чрезъ незакрывавшееся отверстіе прокола вышла киста, которую онъ вытянулъ и такимъ образомъ вылечилъ больную.

Менѣе всѣхъ изобрѣтателемъ овариотоміи можетъ считаться Laumonier изъ Руана, такъ какъ произведенная имъ въ 1776 г. операція состояла въ вскрытіи тазоваго абсцесса у одной родильницы, при чемъ онъ отрѣзалъ и удалилъ здоровый яичникъ и брюшинный конецъ фаллопиевой трубы.

Способъ Mc. Dowell'я былъ принятъ съ недоверіемъ, такъ какъ страхъ вскрытія и раненія брюшной полости былъ такъ великъ, что даже искуснѣйшіе хирурги, какъ Dieffenbach и др., считали эту операцію невозможною и даже непозволительною. Въ Америкѣ ему послѣдовали Nathan Smith въ 1822, потомъ Atlee, Peaslee, Sims, Storer и др.; въ Англіи и Шотландіи Lizars 1825, Granville 1827,

потомъ въ особенности Clay, Backer Brown, Spencer Wells, Tyler Smith и мн. др. Въ Германіи: Chrysmar (1819) въ Исни (Württemberg) первый произвелъ эту операцію въ 3 случаяхъ (въ одномъ удачно); за нимъ слѣдовали Quittenbaum, Dieffenbach, Bühring, Langenbeck, Martin, Stilling, Nussbaum, Billroth, Spiegelberg, Veit и т. д.

Во Франціи производилась оваріотомія, за исключеніемъ единичныхъ случаевъ, только съ 1862 года, когда началъ оперировать Koeberle и Nelaton поѣхалъ въ Англію съ цѣлью изучить эту операцію на мѣстѣ. Кромѣ ихъ очень много оваріотомій сдѣлалъ Pean, и притомъ весьма успѣшно.

Множество операцій съ благопріятнымъ исходомъ поставили оваріотомію на ряду съ прочими хирургическими операціями. Оваріотомія, произведенная на основаніи точныхъ показаній и по правиламъ современной техники, принадлежитъ къ числу самыхъ большихъ хирургическихъ операцій; ею достигается радикальное излеченіе болѣзни, инымъ путемъ неизлечимой, при чемъ предсказаніе во всякомъ случаѣ лучше, чѣмъ при большей части другихъ большихъ хирургическихъ операцій.

Прежде чѣмъ мы перейдемъ къ описанію техники операціи, считаемъ нужнымъ изложить ея показанія. Такъ какъ оваріотомія во всякомъ случаѣ есть операція опасная для жизни, то на нее можно рѣшиться только въ такомъ случаѣ, когда опухоль причиняетъ значительныя, трудно переносимыя страданія. Эти послѣднія зависятъ почти исключительно отъ ея величины. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ, именно когда она приращена въ маломъ тазу, появляются довольно рано тягостныя и опасныя припадки. Въ этихъ-то именно случаяхъ, вслѣдствіе сращеній въ маломъ тазу, и противопоказуется обыкновенно оваріотомія, а проколъ per vaginamъ съ послѣдующимъ дренажемъ представляетъ лучшіе шансы. Поэтому оваріотомію слѣдуетъ предпринимать почти исключительно только при большихъ опухоляхъ; но и при этомъ въ оваріотоміи слѣдуетъ приступать только тогда, когда опухоль продолжаетъ расти и своей величиной производитъ значительныя расстройства и если при томъ не существуетъ какихъ либо особенныхъ противопоказаній. Простой проколъ можно всегда безъ вреда предпослать оваріотоміи; онъ покажется во многихъ случаяхъ даже для діагностической цѣли, всякіе же другіе способы леченія лучше всего оставить.

Въ подобныхъ случаяхъ оваріотомія показана, такъ какъ, иначе

больная должна во всякомъ случаѣ погибнуть; кромѣ того, не слѣдуетъ слишкомъ долго медлить съ назначеніемъ операціи, потому что съ увеличеніемъ опухоли падаютъ силы больной, а вмѣстѣ съ тѣмъ и шансы на успѣхъ операціи.

Противопоказана операція вообще при страданіяхъ другихъ важныхъ органовъ, которыя сами по себѣ угрожаютъ опасностью жизни; далѣе она противопоказана при раковомъ перерожденіи яичниковъ, потому что, если распознаваніе было сдѣлано вѣрно, то можно быть увѣреннымъ, что процессъ пойдетъ далѣе и о радикальномъ излеченіи въ такомъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи.

Самое важное противопоказаніе въ практическомъ отношеніи составляютъ приращенія въ маломъ тазу. Если они значительны, то ихъ удаленіе сопряжено съ большими раненіями. Трудно остановить кровотеченія, а также и поврежденія прямой кишки, мочевого пузыря и мочеточниковъ могутъ быть неизбежны. При этихъ условіяхъ оваріотоміи слѣдуетъ избѣгать тѣмъ болѣе, что именно при существованіи срощенія въ маломъ тазу, образованіе постояннаго отверстія въ влагалище вполне безопасно.

Насколько невыгодны для оваріотоміи сплошныя срощенія въ маломъ тазу, настолько безопасны срощенія въ верхней части брюшной полости съ сальникомъ и брюшиной; по Spencer Wells'у предсказаніе въ такихъ случаяхъ отнюдь не ухудшается.

За противопоказаніе считаютъ нѣкоторыя также нагноеніе кисты и причиняемое опухолью воспаленіе брюшины. Это совершенно несправедливо, можно даже сказать, что тутъ именно и покажется оваріотомія.

Воспаленіе и нагноеніе внутренней стѣнки кисты своими послѣдствіями грозитъ жизни такую опасность, что здѣсь является крайняя необходимость удалить причину этой опасности, — нагноившуюся кисту. Опытъ также показалъ, что при нагноеніи кисты, даже въ самыхъ опасныхъ случаяхъ, иногда даже у умирающихъ больныхъ, можно достигнуть радикальнаго излеченія. Казуистика операціи при этихъ условіяхъ чрезвычайно интересна: Veit ¹⁾ оперировалъ неудачно, Keith ²⁾ съ удачнымъ исходомъ, Freund ³⁾ оперировалъ въ 2-хъ случаяхъ удачно, изъ которыхъ въ первомъ въ

¹⁾ Schröder, Berl. klin. W. 1867. No. 40. I.

²⁾ Lancet, 8 Juli 1865.

³⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. V. II. H. 1 p. 50.

тоже время было воспаление брюшины. Pridgin Teale ¹⁾ дѣлалъ проколъ при помощи аспиратора, зачѣмъ послѣдовало нагноеніе и образование газовъ; хотя оваріотомія производилась при отчасти омертвѣвшей кистѣ, но выздоровленіе все-таки послѣдовало. Въ случаѣ Holmes'a ²⁾ киста также нагноилась послѣ прокола; оваріотомія однакоже, не смотря на существовавшія тазовыя сращения, имѣла благоприятный исходъ. John Clay ³⁾ достигъ посредствомъ оваріотоміи выздоровленія даже у такой больной, которая вслѣдствіе воспаления кисты послѣ прокола уже была близка къ смерти.

Нѣтъ никакихъ основаній принимать воспаление брюшины за противоположаніе, такъ какъ можно прямо сазать, что воспаление брюшины здѣсь обусловлено опухолью яичника, а потому самое рациональное леченіе перитонита въ такомъ случаѣ должно состоять въ удаленіи причины, то есть въ экстирпаціи кисты. Вслѣдствіе опасности перитонита оваріотомія является здѣсь часто спасительною операціею. Даже предсказаніе въ этихъ случаяхъ не совсѣмъ неблагоприятно.

Воспаленіе брюшины происходитъ чаще всего вслѣдствіе разрыва опухоли. Spenser Wells ⁴⁾ видѣлъ въ 24 случаяхъ, имъ оперированныхъ при воспаленіи брюшины, что въ 9 послѣдовало выздоровленіе. Kütke ⁵⁾ и Tibbits ⁶⁾ оперировали неудачно, а Трасу ⁷⁾ съ удачнымъ исходомъ. Мы также оперировали два раза при существующемъ воспаленіи брюшины.

Оба случая представляютъ столько интереса, что мы ихъ намѣрены сообщить хотя вкратцѣ.

Дѣвица 40 лѣтъ явилась въ заведеніе какъ бы въ концѣ беременности, съ цѣлью разрѣшенія недѣли черезъ четыре. Она родила уже одинъ разъ 16 лѣтъ тому назадъ и послѣ тифа, имѣла въ теченіи 7 лѣтъ неправильныя регулы. При изслѣдованіи оказалось, что животъ былъ такъ великъ, какъ въ концѣ беременности, но при этомъ ясно можно было убѣдиться въ присутствіи кисты яичника, лежащей передъ маткою. Она была явственно эластична, но не представляла зыбленія. На всей передней поверхности опухоли можно было ощущать крепитацию, а при аускультации былъ слышенъ ясный шумъ

¹⁾ Brit. a. for. med. chir. Review. April. 1874. p. 504.

²⁾ Medico-chir. Fr. vol. LV. London 1872.

³⁾ Lancet, 7. September 1872.

⁴⁾ l. c. p. 79.

⁵⁾ Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1871. Afd. I № 453.

⁶⁾ Med. Times. March. 28. 1874.

⁷⁾ Brit. med. J. 1872. Vol. II, p. 454.

трения. Въ теченіи слѣдующихъ 10 дней, хрустение и шумъ трения постепенно исчезли, а въ замѣнъ ихъ появились признаки подостраго перитонита (чувствительность, свободный экссудатъ и лихорадка).

Овариотомія была произведена по способу Lister'a. При этомъ обнаружилось, что опухоль спереди на всемъ протяженіи срощена съ переднею брюшною стѣнкою, однакоже срощенія были такъ слабы, что легко удалялись рукою. Гиперемированная и мѣстами гаморрогическая наружная поверхность опухоли, сильно инфицированные и воспаленныя кишечныя петли и обильный экссудатъ доказывали интензивность воспаленія. Послѣ прокола опухоли не вытекло ни одной капли чрезъ троагоръ Veit'a, и оказалось, что она представляла настоящую желѣзистую опухоль безъ образованія большихъ кистовыхъ полостей. Но фибринозные осадки на внутренней поверхности были такъ дряблы, что ихъ можно было отчасти удалить рукою и такимъ образомъ хотя немного уменьшить опухоль.

Въ первые дни послѣ операціи существовали еще явственные признаки раздраженія брюшины, но съ пятаго дня вздутіе живота стало уменьшаться, и больная выздоровѣла.

Этотъ случай интересенъ въ діагностическомъ отношеніи особенно потому, что шумъ трения доказывалъ образованіе срощеній, а исчезновеніе этого шума указывало на то, что спайка была хотя и не плотная, но во всякомъ случаѣ сплошная, что и подало поводъ къ немедленному производству операціи.

Второй случай была женщина 36 лѣтъ, одинъ разъ родившая, которой, по случаю бывшей въ тоже время брюшной водянки, былъ дѣланъ пять разъ проколъ. Въ шестой разъ, въ нашемъ присутствіи, при проколѣ была получена буроватая тягучая жидкость, представлявшая свойства обыкновеннаго содержимаго коллоидныхъ кистъ. По изслѣдованіямъ v. Gogur'a, она имѣла буроватый цвѣтъ, довольно значительно флуоресцировала, и была вязкой, тягучей консистенціи. Реакція чисто щелочная, специфическій вѣсъ 1023. Изъ бѣлковыхъ веществъ она содержала щелочной альбуминатъ (Alkaliaalbuminat), паральбуминъ (мало) и много серумальбумина.

Послѣ прокола въ животѣ, еще значительно увеличенномъ, ощущалась многополостная киста яичника, равнявшаяся, по величинѣ, маткѣ въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Чрезъ влагалище прощупывали матку высоко приподнятою вверху и весь влагалищный сводъ былъ равномерно выполненъ упругими, чувствительными на ошупь массами.

На основаніи этого изслѣдованія и по свойству выдѣленнаго проколомъ содержимаго, опредѣлена многополостная киста яичника, которой наибольшая полость была опорожнена при проколѣ.

По причинѣ значительнаго, стараго, плевритическаго экссудата, который сжималъ все лѣвое легкое, и по причинѣ значительныхъ срощеній въ маломъ тазу, овариотомія была сначала оставлена, но въ послѣдствіи, по усиленной просьбѣ больной, однакоже произведена.

При этомъ оказалось, что выдѣлившаяся при проколѣ жидкость выходила изъ свободной брюшной полости. Брюшина была особеннымъ образомъ измѣнена, въ родѣ того, какъ описываетъ Friedreich ¹⁾ и Bäumlér ²⁾, при особой формѣ хроническаго перитонита, которая произошла также послѣ повторенныхъ проколовъ при брюшной водянкѣ.

Peritoneum parietale былъ превращенъ, вслѣдствіе отложенія бѣловатыхъ фибринозныхъ, мѣстами бугорчатыхъ массъ, въ твердый слой, толщиною въ 1 сантиметръ. Фибриновые сгустки плавали также свободными въ жидкости брюшной полости и скопились массами въ маломъ тазу. Сальникъ темно-бурого цвѣта, весь покрытъ толстыми бьющимися сосудами; кишки красно-бурого цвѣта, съ небольшимъ палетомъ. По удаленіи опухоли, брюшная полость была нѣсколько разъ промыта слабымъ растворомъ карболовой кислоты и клочки фибрина по возможности удалены. Послѣ прокола Дугласова пространства, брюшная рана была соединена. Послѣдняя, по причинѣ толстой и неподатливой брюшины, приподнималась въ видѣ гребня отъ лоннаго соединенія къ пупку.

Послѣ операциі общее состояніе было хорошо, пульсъ 76. Но съ третьяго дня оно стало хуже: рана въ верхней части разошлась и изъ нея выдѣлялась жидкая, зловонная жидкость. Больная умерла на восьмой день.

При вскрытіи оказался безцвѣтный плевритическій эскудатъ лѣвой стороны, распавшійся и зловонный. Въ брюшной полости также довольно обильное количество гноевидной, зловонной жидкости. Всѣ peritoneum parietale утолщенъ вслѣдствіе хроническаго воспалительнаго процесса и фибринозныхъ отложеній, которые отчасти отдѣлились. Всѣ прочіе органы брюшной полости, особенно печень и селезенка, покрыты толстой, набухшей брюшиной.

Въ діагностическомъ отношеніи этотъ случай интересенъ потому, что перитонеальная жидкость представляла совершенное сходство съ содержимымъ кисты и, кромѣ того, плотныя фибринозныя массы, опустившіяся въ малый тазъ, заставили предполагать значительныя срощенія въ маломъ тазу.

Овариотомія можетъ быть вполне спасительною операциею, въ случаѣ мгновеннаго увеличенія кисты вслѣдствіе кровоизліянія въ ея полость, причемъ наступаютъ явленія острой анеміи и перитонита. Spencer Wells ³⁾ въ двухъ случаяхъ, въ которыхъ ему приходилось оперировать при подобныхъ обстоятельствахъ, явился слишкомъ поздно, когда смерть уже почти наступила. Wiltshire ⁴⁾ однако удалось спасти свою больную помощью овариотоміи.

¹⁾ Virchow's Archiv. B. 58, p. 25.

²⁾ e. I. B. 59, p. 156.

³⁾ l. c. p. 264.

⁴⁾ Pathol. Pr. of London. Vol. XIX. p. 295.

Сопутствующее воспаленіе брюшины распознается обыкновенно по чувствительности живота, возвышенной температурѣ и по постепенно накапливающемуся въ брюшной полости эксудату.

При нагноившихся кистахъ бываетъ также чувствительность, но она ограничивается самой кистой. Пульсъ частъ и малъ, температура показываетъ вечернія повышенія. При этомъ киста растетъ быстро и вслѣдствіе значительнаго напряженія необыкновенно тверда на ощупь. Также поразительно при этомъ чрезвычайно быстрое исхуданіе больныхъ.

Распознаваніе срощеній вообще довольно трудно. Легче всего распознать срощеніе въ маломъ тазу, которыя во всякомъ случаѣ представляютъ гораздо большее значеніе. Если тазовой входъ представляется выполненнымъ равномернo твердыми массами, плотно прилегающими къ боковой стѣнкѣ таза и тѣсно соединенными съ маткою, вслѣдствіе чего она остается неподвижною, то слѣдуетъ предполагать существованіе сплошныхъ срощеній съ маткой и съ сосѣдними органами; ненормально высокое положеніе и значительное увеличеніе ея полости указываетъ вообще на срощеніе опухоли съ маткою, такъ какъ ножка обыкновенно настолько длинна, что матка остается въ нормальномъ положеніи, но если при этомъ матка вообще подвижна и тазовой входъ не выполненъ плотными эксудатами, то и въ такомъ случаѣ не слѣдуетъ отказываться отъ оваріотоміи.

Съ другой стороны, если матка лежитъ глубоко, легко подвижна и нормальной величины и если въ тазовомъ входѣ ощупывается только нижній сегментъ опухоли, то можно исключить присутствіе въ маломъ тазу плотныхъ срощеній. Эти же признаки служатъ и для опредѣленія длины ножки: въ послѣднемъ случаѣ она длинна, а при вышесказанныхъ признакахъ коротка.

Распознаваніе срощеній въ брюшной полости гораздо труднѣе, но зато они не такъ важны. Чтобы узнать, встрѣтятся ли при операціи срощенія или нѣтъ, нужно обратить вниманіе на анамнезъ. Если опухоль образовалась безъ воспалительныхъ явленій, медленно, и при дальнѣйшемъ ростѣ незамѣтно поднялась въ большой тазъ, то даже при большихъ опухоляхъ можно не встрѣтить срощеній; если же напротивъ въ теченіи болѣзни были явственные явленія раздраженія брюшины, то слѣдуетъ предполагать срощенія.

Ощупываніе даетъ также нѣкоторыя данныя, такъ какъ если срощеній съ передней брюшной стѣнкой не существуетъ, то брюшные покровы подвижны надъ опухолью. Но при большомъ напря-

женіи опухоли этотъ признакъ можетъ быть не ясно выраженъ, а относительно сращеній въ задней части таза онъ не имѣетъ значенія. Если при ощупываніи ощущается хрустѣніе или слышнень при аускультации шумъ тренія, то можно съ увѣренностью исключить существованіе болѣе плотныхъ сращеній; но слѣдуетъ однако разсчитывать, какъ это доказываетъ первый нашъ случай, что сращенія эти образуются.

Производство операціи.

Прежде чѣмъ приступить къ самой операціи, слѣдуетъ обдуманно и разумно сдѣлать всѣ нужныя приготовленія.

Вопервыхъ, слѣдуетъ производить операцію въ здоровыхъ помѣщеніяхъ, слѣдовательно лучше всего въ частныхъ домахъ или по крайней мѣрѣ въ небольшихъ госпиталяхъ, въ которыхъ нѣтъ никакихъ заразительныхъ болѣзней. Комната должна быть большая, свѣтлая, съ хорошей вентиляціей и по возможности безъ лишней мебели. Постель надо устроить по возможности проще: всего удобнѣе желѣзная кровать съ волосянымъ матрацомъ и нѣсколько подушекъ. Весьма полезно поставить рядомъ двѣ одинаковыя кровати, чтобы оперированную удобно и безъ затрудненій можно было переложить на другую постель.

Весьма желательно имѣть понятливую, заботливую, опытную и расторопную сидѣлку, которая могла бы измѣрять температуру тѣла и вводить катетеръ.

Если больная не привыкла къ комнатѣ, то слѣдуетъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, подъ видомъ леченія, дать ей свыкнуться съ помѣщеніемъ и образомъ жизни. Spencer Wells обращаетъ еще особенное вниманіе на то, чтобы у больныхъ, которыя выдѣляютъ слабо концентрированную мочу, приступать къ операціи не ранѣе, какъ по восстановленіи правильнаго и достаточнаго мочеотдѣленія, посредствомъ употребленія литія.

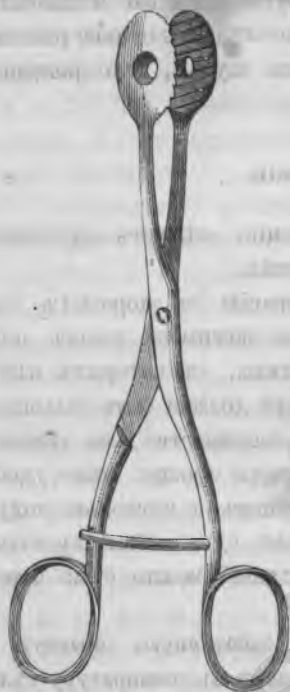
Чтобы опредѣлить индивидуальныя отклоненія температуры и пульса рекомендуется за нѣсколько дней до операціи дѣлать правильныя измѣренія утромъ и вечеромъ.

Комната, въ которой будетъ производиться операція, должна быть достаточно нагрѣта, но въ ней не должно быть жары; насыщеніе воздуха водяными парами, которому англичане прежде придавали большее значеніе, Spencer Wells отвергаетъ.

Операціонный столъ ставится противъ окна, чтобы съ боку его стоящій операторъ могъ пользоваться полнымъ освѣщеніемъ; онъ долженъ быть не слишкомъ широкъ, потому что на широкомъ столѣ оперировать весьма неловко. На столъ кладутся матрацы, а на нихъ больная, которую тутъ же и хлороформируютъ.

Какъ анестезирующее средство Spencer Wells предлагаетъ хлорометилъ; онъ употреблялъ его въ 280 случаяхъ при овариотомии и всегда съ отличнымъ успѣхомъ. Рвота и бредъ, бывающія обыкновенно при хлороформѣ, чрезвычайно рѣдко случаются при хлорометилѣ.

Инструменты, даже тѣ, которые рѣже употребляются, должны заранѣе лежать на особомъ столѣ возлѣ операціоннаго.



Фиг. 111.
Щипцы Нелатона для захватыванія кисты.

Инструменты для обыкновенныхъ неосложненныхъ операцій нужны немногіе: острый брюшистый скальпель для вскрытія брюшныхъ повротовъ, желобоватый зондъ для расщепленія брюшины, пинцеты, двойные мюзеевскія щипцы, или зубчатые щипцы Nelaton'a (см. фиг. 111) для захватыванія стѣнки кисты, весьма толстый троакаръ для опорожненія кисты, клампъ или жомъ для удержанія ножи въ ранѣ; затѣмъ перевязочные пинцеты, иглы и самый лучшій шелкъ

различной толщины. Въ болѣе трудныхъ случаяхъ нужно еще каленое желѣзо въ видѣ тонкихъ, острыхъ прижигателей, клампъ съ дурнымъ проводникомъ теплоты. для производства отжиганія, проволочный экразеръ и, смотря по обстоятельствамъ, еще другіе инструменты.

Троакаръ лучше употреблять предложенный Spencer Wells'омъ, который захватываетъ кисту крючками снаружи, или троакаръ Veit'a, въ которомъ крючки выскакиваютъ изнутри (ф. 112).

Жомовъ предложено множество. Отъ хорошаго жома требуется, чтобы онъ удерживалъ крѣпко даже маленькіе предметы, но сжимающія пластинки его не должны рѣзать. Давленіе не должно быть различной силы на обоихъ концахъ, какъ въ жомахъ устроенныхъ на

подобіе циркуля (см. ф. 113), но обѣ пластинки его должны сходиться параллельно и жомъ не долженъ производить слишкомъ широкое давленіе на ножку. Этимъ требованіямъ всего лучше удовлетворяетъ жомъ Atlee ¹⁾ котораго пластинки сходятся параллельно,



Фиг. 112.

Троакаръ Veit'a съ крючками, выходящими изнутри, для захватыванія кистевой стѣнки

а выступающія иглы не допускаютъ расширенія ножки, и жомъ употребляемый въ послѣднее время Spencer Wells'омъ, которымъ ножка сжимается концентрически. См. фиг. 113 прежній, фиг. 114 новый жомъ Spencer Wells'a ²⁾.

Жомъ, употребляемый для прижиганія каленымъ желѣзомъ, такъ называемый «cautery clamp», служитъ для остановки кровотока въ мѣстахъ срощеній и изъ ножки. При этомъ какъ ножка, такъ и срощенія захватываются предварительно въ жомъ, затѣмъ опухоль отжигается каленымъ желѣзомъ и послѣ того отдѣльные сосуды прижигаются острымъ клювовиднымъ прижигателемъ. Чтобы сильный жаръ не дѣйствовалъ глубоко, что особенно важно при срощеніяхъ съ кишками, поверхность жома должна быть обложена дурнымъ проводникомъ теплоты, напр. слоновой костью. Жомъ защищаетъ другія части и остановка кровотока здѣсь гораздо вѣрнѣе, чѣмъ при простомъ прижиганіи, потому что сосуды раздавливаются жомомъ на значительномъ протяженіи.

Изложимъ теперь технику операціи, при чемъ прежде опишемъ производство операціи въ простомъ неосложненномъ случаѣ.

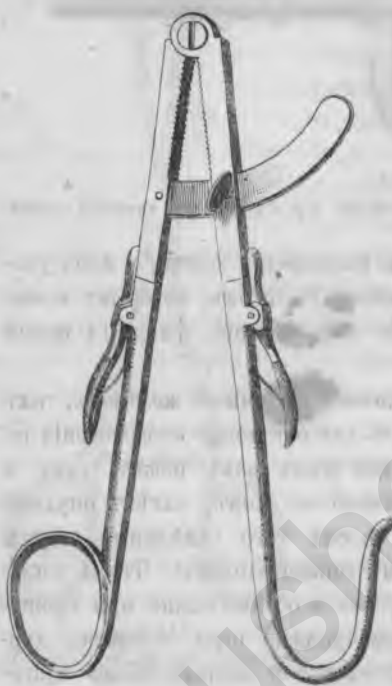
Овариотомія производится на больной, лежащей на операціонномъ столѣ въ спокойномъ положеніи на спинѣ. Всѣ остальные положенія, какъ то: полусидячее (Spiegelberg) или боковое (Nussbaum), ко-

¹⁾ Amer. J. of med. sc. April 1871. p. 353.

²⁾ Другіе жомы предложены еще Storer (Boston gyn. J. Vol. I. p. 212. III. p. 7 und IV. p. 265), Lazarewitch (Boston gyn. J. Vol. III. p. 85), Dawson (Amer. J. of Obst. IV. p. 304).

торыя даются съ цѣлью воспреятствовать попаданію содержимаго кисты и крови въ брюшную полость, не нужны, неудобны и способствуютъ выпаданію кишекъ.

Англичане прикрываютъ оперируемую вполнѣ цѣлесообразно гуттаперчевымъ покрываломъ, въ которомъ для живота прорѣзано большое круглое отверстіе. Края этого отверстія приклеиваются лип-



Фиг. 113.

Прежній жомъ Spencer Wells'a. Рукоятки могутъ быть сняты.



Фиг. 114.

Новый жомъ Spencer Wells'a. Рукоятки могутъ быть сняты, такъ что ножки образуютъ одно сжимающее кольцо (см. фиг. 115).

кимъ пластыремъ къ животу; такимъ образомъ жидкость изъ брюшной полости и изъ кисты, а также и кровь стекаютъ, на стороны и больная защищена отъ сырости.

По опорожненіи пузыря катетеромъ, операторъ становится по правую сторону больной и разрѣзаетъ скальпелемъ брюшныя покровы на бѣлой линіи. Надрѣзъ вначалѣ — особенно если извѣстно, что опухоль содержитъ мало плотныхъ частей, — дѣлается малый, около 7 — 14 ст. длины, потому что если впоследствии окажется, что онъ недостаточенъ, то его можно удлинить. Разрѣзъ ведутъ такъ, чтобы

его нижній уголь оканчивался приблизительно на 5 ст. надъ лобовымъ соединеніемъ. Брюшная стѣнка рѣжется постепенно, при чемъ ея поверхностные слои разъединяются отдѣльными свѣченіями. Сначала лежитъ наружная кожа, потомъ подкожная соединительная ткань съ жировой подстилкою (*panniculus adiposus*), которая, какъ извѣстно, можетъ имѣть различную толщину, если затѣмъ вскрыта рыхло соединенная съ брюшиной фасція, то глазамъ представляется натянутая брюшина.

Прежде вскрытія брюшной полости слѣдуетъ позаботиться объ остановкѣ кровотеченія. Оно обыкновенно очень незначительно и останавливается перевязкою малыхъ порѣзанныхъ вѣтвей *art. epigastricae*, а большія кровоточащія вены, если пораненіе ихъ неизбежно скручиваются или также перевязываются.

Теперь приподнимаютъ брюшину зубчатымъ пинцетомъ, дѣлаютъ въ ней небольшое отверстіе, и вскрываютъ по желобоватому зонду во всю длину наружнаго отверстія.

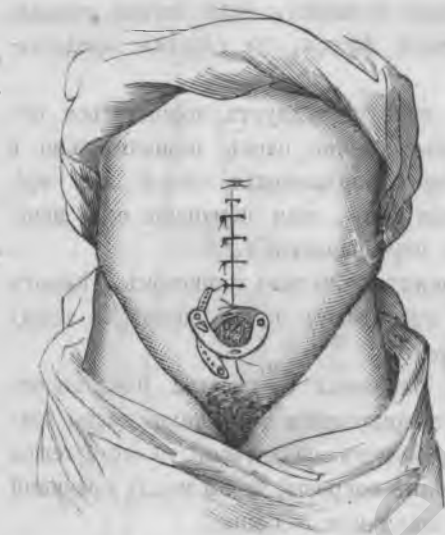
Представляющаяся въ ранѣ синеватая блестящая поверхность кисты прокалывается толстымъ троакаромъ и содержимое кисты выпораживается. Когда опухоль начнетъ спадаться, то ассистенты должны плотно прижимать брюшные покровы, чтобы между брюшной стѣнкою и кистой не выпали кишки или сальникъ.

Если киста достаточно опорожнена, то ее постепенно вытягиваютъ черезъ рану помощію троакара или музейевскихъ щипцовъ или щипцовъ Нелатона (см. ф. 111), что удается обыкновенно безъ затрудненій, если она пуста и нѣтъ срощеній. Во время вытягиванія вытекаетъ остальное содержимое, такъ что спавшаяся полость кисты, если она совершенно извлечена, находится въ связи съ органами малаго таза только посредствомъ ножки.

Непосредственно подъ кистою накладывается жомъ плотно вокругъ ножки, такъ чтобы надъ нимъ оставалась небольшая часть ножки (если отрѣзать кисту непосредственно надъ жомомъ, то ножка изъ него можетъ выскользнуть).

Если во время операціи въ брюшную полость не попало ни крови, ни содержимаго кисты, то, убѣдившись введеніемъ двухъ пальцевъ въ нижнюю часть полости живота въ нормальномъ состояніи матки и другого яичника, накладываютъ швы, при чемъ иглы проводятъ чрезъ всю толщу брюшныхъ покрововъ и захватываютъ брюшину, что весьма важно. Шовъ начинаютъ съ нижней части брюшной раны, затѣмъ ножку, заключенную въ жомъ, притягиваютъ къ этому

шву и тотчасъ же надъ нею накладываютъ другой шовъ. Остальная часть раны соединяется обыкновеннымъ образомъ. Если между швами кожа расходится то накладываются поверхностные швы между глубокими. Брюшная рана такимъ образомъ совершенно закрывается и въ нижнемъ углу раны лежитъ удерживаемая жомомъ ножка (см. ф. 115).



Фиг. 115.

Брюшная рана послѣ операціи. Въ нижнемъ углу раны лежитъ охватенная жомомъ ножка.

Этимъ операція обанчивается; рану покрываютъ компрессомъ питаннымъ масломъ и фланелевымъ бинтомъ.

Но нерѣдко теченіе операціи бываетъ не такъ просто, вслѣдствіе различныхъ осложненій, которыя могутъ весьма затруднить ея производство.

Прежде всего можетъ встрѣтиться затрудненіе при разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ въ распознаніи брюшины. Это можетъ случиться:

1) При значительномъ количествѣ асцитической жидкости; когда разрѣзъ достигъ брюшины, то эта послѣдняя можетъ быть выпячена въ рану асцитическою жидкостью на подобіе стѣнки кисты.

2) Если вслѣдствіе хроническаго перитонита воспаленная и утолщенная брюшина не можетъ быть распознана.

3) Если брюшина и кистовая стѣнка въ мѣстѣ надрѣза плотно между собою срослись. Въ такихъ случаяхъ можно фасцію принять за брюшину, а брюшину за стѣнку кисты и полагая, что брюшина уже вскрыта, начать ее отсепаровывать отъ передней брюшной стѣнки. Это обстоятельство во всякомъ случаѣ не выгодно, хотя Шпигельбергъ видѣлъ въ одномъ случаѣ, что разъединенныя поверхности могутъ сростись; поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ лучше вскрыть представляющійся пузырь, будетъ ли это киста или брюшина. Если дѣйствительно вскрыта киста, то вреда отъ этого не будетъ, потому что вслѣдствіе плотнаго соединенія между верхней поверхностью кисты и брюшиною содержимое кисты не можетъ попасть въ брюш-

ную полость, а сращения, тѣмъ болѣе сплошныя, можно весьма легко разъединить и по опорожненіи кисты. Если же приэтомъ существовала водянка, то и безъ того такъ слѣдовало бы поступить.

Если оказывается, что сращения существуютъ на всемъ протяженіи разрѣза, то его удлиняютъ съ цѣлью найти мѣсто, гдѣ киста и брюшина не сращены, и съ этого мѣста начинаютъ разъединеніе сращения.

Разъединеніе сращеній производится такимъ образомъ, что если они не плотны, то разъединяются просто рукой, проведенною между кистой и брюшною стѣнкою. Даже силовныя сращения могутъ быть такимъ образомъ разъединены безъ особаго затрудненія.

Если существуютъ отдѣльныя болѣе плотныя сращения, особенно на задней стѣнкѣ кисты, то ихъ оставляютъ не трогая до опорожненія кисты.

При разъединеніи болѣе плотныхъ сращеній нужно обращать вниманіе на то, чтобы не отдѣлить часть брюшины и сальника, а тѣмъ болѣе кишекъ; лучше оставить на этихъ мѣстахъ кусочки кистой стѣнки; плотно приросшія части сальника можно въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрѣзать, но тогда естественно нужно заботиться объ остановкѣ кровотечения; однако же лучше и ихъ отсепаровать отъ наружной поверхности кисты.

Если многополостная киста вполне не опорожняется троакаромъ, то стараются трубкою его проколоть перегородку и проникнуть въ сосѣднія полости кисты. Если это не удается и опухоль остается большою, то прокалываютъ остальные кисты другимъ или тѣмъ же самымъ троакаромъ, въ послѣднемъ случаѣ нужно конечно позаботиться, чтобы изъ отверстія перваго прокола содержимое кисты не попало въ брюшную полость.

Весьма желательно, чтобы можно было вытянуть кисту чрезъ маленькій разрѣзъ, потому что при большой ранѣ предсказаніе значительно ухудшается. Spencer Wells въ 500 оваріотоміяхъ при разрѣзѣ до 6 дюймовъ имѣлъ смертность 23,4, а болѣе 6 дюймовъ 40 %! Съ другой же стороны слѣдуетъ остерегаться насильственнаго извлеченія опухоли, потому что ущемленные края брюшной раны плохо заживаютъ; лучше по этому удлинить разрѣзъ къ пупку а въ случаѣ надобности и выше слѣва отъ пупка (по причинѣ lig. teres печени).

Во время постепеннаго извлеченія опухоли существующія сращения натягиваются и теперь должны быть уничтожены.

Всего лучше, если отъ верхней поверхности висты можно отсепаровать ихъ пальцами, ногтями или рукояткою скальпеля. Если это не удастся, то ихъ перерѣзають и кровоточащіе центральные концы прижигаютъ или перевязываютъ.

Если въ срощеніяхъ проходятъ лишь незначительные сосуды, то ихъ можно пережечь ножевиднымъ каленымъ желѣзомъ или раскаленную платиновую проволокою, если же въ нихъ проходятъ болѣе толстые сосуды, то ихъ прижигаютъ на «cautery clamp», но и при этомъ способѣ остановка кровотечения не вполне надежна. Прижженные части опускають обратно въ брюшную полость, если онѣ не кровоточатъ, и болѣе объ нихъ не заботятся. Если на перерѣзанныя срощенія паложены лигатуры en masse или сосуды отдѣльно перевязаны, то, если ихъ нельзя помѣстить вблизи раны, лучше коротко обрѣзать лигатуры и опустить. Объ участи прижженныхъ мѣсть и лигатуръ въ брюшной полости мы будемъ еще говорить при перевязкѣ ножки.

Нерѣдко сальникъ, покрывающій висту въ видѣ передника сплошь срастается съ нею на большомъ протяженіи. Въ такомъ случаѣ при отдѣленіи сальника отъ висты долженъ неизбѣжно произойти разрывъ и значительное раненіе его свободного края, а потому въ этихъ случаяхъ всего лучше поступить съ сальникомъ также, какъ съ ножкой, т. е. укрѣпить его въ верхнемъ углу брюшной раны. Его можно захватить въ жомъ или вшить. Серозная поверхность сальника срастется тогда съ раною брюшины. Способъ Gusserow'a, который въ одномъ случаѣ оставилъ сальникъ свободно висящимъ снаружы, причемъ послѣдній, не подвергшись омертвѣнію, постепенно втянулся обратно въ брюшную полость, зачѣмъ послѣдовало выздоровленіе, едва ли заслуживаетъ подражанія.

При извлеченіи опухоли, нужно ее крѣпко держать, чтобы своей тяжестью она не произвела поврежденія ножки или существующихъ срощеній.

Способы перевязки ножки.

Съ ножкой, состоящей изъ Ligamentum latum, фаллопьевой трубы, Lig. ovarii и обыкновенно изъ Lig. rotundum и содержащей значительно развитые сосуды, особенно вены, поступаютъ различнымъ образомъ.

Прежніе хирурги, какъ напр. Mc. Dowell и Clay, накладывали

вокруг ножки лигатуру, затѣмъ опускали ее обратно въ брюшную полость и выводили лигатуры чрезъ нижній уголъ раны наружу. Нижняя часть раны оставалась открытою для удаленія лигатуръ и остатка ножи, а также и для стока отдѣлимаго изъ раны.

Этотъ способъ по справедливости оставленъ, хотя нельзя отвергать, что Clay и Koeberlé достигали при помощи его отличныхъ результатовъ. Curtis ¹⁾ и Storer ²⁾ въ послѣднее время также оставляли часть раны открытою.

Въ настоящее время употребляется или такъ-называемый экстраперитонеальный способъ, состоящій во вшиваніи ножки въ брюшную рану, такъ что брюшная полость остается совершенно закрытою и мѣсто отсѣченія кисты лежитъ внѣ брюшины; или интраперитонеальный способъ, причѣмъ ножка по отжиганіи или наложеніи лигатуры опускается въ брюшную полость, которая окончательно закрывается.

Экстраперитонеальный способъ былъ въ первый разъ выполненъ въ 1841 году Stillingom'омъ въ Касселѣ ³⁾ а интраперитонеальный въ 1821 году Nathan Smith'омъ въ Балтиморѣ.

Экстраперитонеальный способъ.

При этомъ способѣ накладываютъ вокругъ ножки жомъ, крѣпко его замыкаютъ и опухоль отрѣзаютъ такъ, что небольшая часть ее остается надъ жомомъ. Чтобы этотъ выстоящій кусокъ не загниль, его смазываютъ хлористымъ желѣзомъ, и онъ засыхаетъ.

Вмѣсто жома употребляются и другіе внѣбрюшные способы, такъ Koeberlé укрѣплялъ ножку серпѣдами (serpenoend); ему подражали Scanzoni и Neugebauer. Другіе вшивали ножку въ рану или укрѣпляли посредствомъ продѣтой черезъ нее иглы. Во всякомъ случаѣ наружное укрѣпленіе ножки всего вѣрнѣе и всего удобнѣе производится помощію жома.

Интраперитонеальный способъ.

Здѣсь дѣло состоитъ собственно въ томъ, чтобы отыскать способъ, навѣрно предупреждающій послѣдовательное кровотеченіе и

¹⁾ Boston gyn. J. Vol. IV. p. 201.

²⁾ с. I. p. 258 und Vol. V. p. 144.

³⁾ Holscher's Annalen. 1841. p. 261 u. 393.

не производящій въ то же время въ ножкѣ измѣненій, могущихъ вызвать мѣстное воспаление.

Въ этомъ отношеніи конкурируютъ отжиганіе и лигатура.

Каленое желѣзо предлагаетъ особенно Baker Brown, гальвано-каустіку—Spiegelberg.

Опасеніе, что струпь послѣ отжиганія, оставленный въ брюшной полости можетъ возбудить перитонитъ, намъ кажется не совсѣмъ основательнымъ; скорѣе онъ, какъ показываютъ результаты различныхъ операторовъ и опыты на животныхъ Spigelberg'a, Waldeyer'a ¹⁾ и Масловскаго ²⁾ инкапсулируется вслѣдствіе органическаго воспаления.

Гораздо основательнѣе упрекъ, что отжиганіе ненадежно предупреждаетъ послѣдовательное кровотеченіе, особенно изъ большихъ сосудовъ, а перевязка большихъ сосудовъ въ соединеніи съ пережиганіемъ ножки можетъ причинить серьезныя опасности, потому что при этихъ условіяхъ часть, отдаленная лигатурою, можетъ весьма легко загнить.

На этомъ основаніи слѣдуетъ предпочесть лигатуру, особенно предложенную Tyler Smith'омъ. Ножку перевязываютъ всю цѣликомъ, или лучше отдѣльными частями, и особо большіе сосуды, коротко обрѣзаютъ лигатуры и опускаютъ. Лигатуры легко заживаютъ ³⁾, отчасти даже какъ показываетъ одинъ случай Bantock'a ⁴⁾, всасываются, и кровотеченіе вѣрнѣе останавливается, чѣмъ при прижиганіи. Кровотеченія, которыя какъ кажется не рѣдко (по Spencer Wells'у въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ) появляются даже послѣ наступившаго заживленія изъ остатка ножки и могутъ обусловить образованіе кровяной опухоли (haematocoele), совершенно не зависятъ отъ способа, такъ какъ бывають менструальнаго происхожденія.

Съ цѣлью уменьшенія раздраженія брюшины остаткомъ ножки при перевязкѣ, Масловскій ⁵⁾ предложилъ, подъ именемъ серозно пластическаго способа, часть брюшины отсепаровать отъ вырѣзаемой опухоли въ видѣ лоскутовъ и покрыть ими культу передъ опущеніемъ. Можно рекомендовать также для упоробленія лигатуры *кетута*.

¹⁾ Virchow's Arch. B. 44. p. 69.

²⁾ Berl. klin. Woch. 1868. No. 18.

³⁾ Spiegelberg и Waldeyer l. c.

⁴⁾ London Obst. Tr. Vol. XIV. p. 2.

⁵⁾ Medic. Centralbl. 1868. No. 56.

Употребленіе экразера, которымъ также отдавливали ножку, отнюдь не представляется надежнымъ относительно кровотеченія; онъ такъ раздавливаетъ ткани, что не можетъ быть рекомендованъ.

Simpson употреблялъ Акупрессуру, свое родное дѣтище, и здѣсь для интраперитонеальнаго укрѣпленія ножки и остановки кровотеченія, но едва ли найдетъ раздражителей.

Скручиваніе сосудовъ, предложенное Beebe ¹⁾, весьма мало надежное средство.

Во всѣхъ отношеніяхъ экстрAPERITONEальный способъ имѣетъ такіа осязательныя преимущества, что, если ножка не очень коротка и широка, то употребленіе жома заслуживаетъ наибольшей рекомендаціи. При этомъ ножка лежитъ внѣ брюшной полости, и потому относительно воспаленія ея, нагноенія и кровотеченія всегда могутъ быть притяты мѣры; во всякомъ случаѣ не опускается въ брюшную полость на произволь судьбы. Напряженіе матки, если ножка не коротка, вообще не значительно.

Но жомъ имѣетъ и свои невыгоды. Такъ, если какая нибудь кишечная петля случайно лежитъ вокругъ ножки, то можетъ сдѣлаться непроходимой и кромѣ того въ нижнемъ углу раны, гдѣ укрѣплена ножка, нерѣдко образуются грыжи.

Употребленіе жома еще менѣе представляетъ выгоды при короткой ножкѣ, такъ какъ укрѣпленіе ножки въ нижнемъ углу раны при этомъ соединено съ напряженіемъ матки и ея сосѣднихъ органовъ. Въ такомъ случаѣ появляются сильныя боли и раздраженіе брюшины и даже бываетъ столбнякъ.

Такимъ образомъ на основаніи наблюденій оказывается, что при длинной ножкѣ слѣдуетъ предпочитать внѣбрюшинный способъ съ жомомъ; если же ножка коротка, то всего лучше перевязать ее отдѣльными частями (большіе сосуды кромѣ того особо) лигатурами изъ кетгута, коротко обрѣзать послѣднія и опустить въ брюшную полость. Отжиганіе само по себѣ не вызываетъ повидимому воспаленія брюшины; но не вѣрно предохраняетъ отъ кровотеченія, а въ соединеніи съ лигатурой можетъ, какъ видно, сопровождаться весьма опасными послѣдствіями.

Заслуживаетъ дальнѣйшей разработкѣ рекомендуемый въ новѣйшее время способъ Miner'a въ Буффало ²⁾, который онъ описываетъ

¹⁾ Amer. J. of med. sc. April 1871. p. 353.

²⁾ Amer. J. of med. sc. October 1872. p. 391.

подъ именемъ «Ovariotomy by enucleation». Miner исходитъ изъ того положенія, что сосуды распространяются только по поверхности кисты, а въ стѣнку кисты собственно вѣдряются только капиллярные сосуды. Поэтому въ томъ мѣстѣ, гдѣ ножка переходитъ на кистовую стѣнку, онъ проникаетъ въ толщу послѣдней и вылучиваетъ опухоль, при чемъ расширение ножки, содержащее сосуды, онъ отдѣляетъ отъ поверхности кисты. Такимъ же образомъ онъ поступаетъ и съ сращениями, вслѣдствіе чего операція выходитъ почти безкровною и опасности послѣдовательнаго кровотеченія не представляется ¹⁾).

Способъ при двухстороннемъ страданіи яичниковъ.

По удаленіи опухоли ощупываютъ другой яичникъ, и если онъ здоровъ, оставляютъ его конечно въ покоѣ.

Если же онъ также перерожденъ въ значительную опухоль, то его вырѣзаютъ тѣмъ же путемъ, какъ и первый. Съ ножкою поступаютъ такимъ же образомъ. Если она длинна и ее легко вытянуть въ брюшную рапу, то захватываютъ ее въ другой жомъ или, перевязавъ ее по частямъ, прикрѣпляютъ ее къ первому жому. Если же вторую ножку нельзя вывести въ рану, то съ нею поступаютъ какъ при интраперитонеальномъ способѣ.

Трудно рѣшить вопросъ, какъ слѣдуетъ поступать, если во второмъ яичникѣ оказывается лишь начало кистовиднаго перерожденія.

Съ одной стороны угрожаетъ рецидивъ, который можетъ обусловить повтореніе операціи и подвергнуть больную опасности во второй разъ.

Съ другой же стороны удаленіе втораго яичника значительно увеличиваетъ опасность произведенной операціи, какъ это видно изъ наблюденій Spencer Wells'a, который при простой овариотоміи имѣлъ смертность 24, 44%, а при двусторонней 44%. Кромѣ того слѣдуетъ замѣтить, что удаленіе одного вполне перерожденнаго яичника весьма разнится отъ эвстирпаціи обоихъ, изъ коихъ одинъ

¹⁾ По методу Miner'a оперировали Knight, Amer. J. of med. sc. 1872. p. 434, Logan, e. l. July 1873. p. 122, Burnham, Boston med. a. surg. J. July 1873, Mursick, Amer. J. of med. sc. January 1874. p. 119 съ благоприятнымъ, Craig, Amer. J. of med. sc. Jan. 1874. p. 286 съ неблагоприятнымъ исходомъ.

хотя и пораженъ, но еще функционируетъ, потому что въ такомъ случаѣ больная становится уже бесполою. На этомъ послѣднемъ основаніи представляется значительная разница операціи у женщины послѣ климактерическаго возраста, или въ періодѣ половой зрѣлости. Съ первой изъ нихъ можетъ быть сравнена молодая женщина, потерявшая регулы, такъ какъ въ этомъ случаѣ можно принять, что у нея и другой яичникъ такъ перерожденъ, что не содержитъ уже функционирующей ткани.

Если же больная еще менструируетъ и если второй яичникъ не превышаетъ нормальной величины въ трое или въ четверо, то удаленіе его противопоказано.

Мы уже выше сказали, что рецидивъ въ этомъ случаѣ не составляетъ явленія неизбежнаго даже и въ томъ случаѣ, если остающійся яичникъ содержитъ маленькія кисты. По этому мы, можетъ быть, только напрасно потревожили бы этотъ яичникъ. Но если бы рецидивъ дѣйствительно образовался, то опасность повторенія операціи едва ли больше, чѣмъ увеличеніе опасности, обусловливаемое удаленіемъ втораго яичника при первой операціи.

Весьма поучителенъ въ этомъ отношеніи одинъ случай сообщенный Spencer Wells'омъ Въ 1864 году онъ дѣлалъ оваріотомію у одной 19-лѣтней дѣвушки. По удаленіи перерожденнаго праваго яичника онъ замѣтилъ, что лѣвый былъ почти вдвое больше нормальнаго и содержалъ двѣ маленькія кисты величиною съ вишню. Послѣ нѣкотораго колебанія онъ оставилъ этотъ яичникъ и опорожнилъ только кисты. Оперированная выздоровѣла, вышла замужъ въ Августѣ 1865 года и до іюля 1871 благополучно родила 4 раза.

Матка тоже иногда можетъ быть увеличена, особенно если умышленно или печально пришлось оперировать беременную женщину. Предсказаніе при этомъ почти не ухудшается и беременность протекаетъ по большей части вполне нормально. Въ другихъ случаяхъ матка представляется увеличенною вслѣдствіе интерстиціальнахъ или подслизистыхъ фиброидовъ. Нужно остерегаться попытки удалить ихъ даже тогда, когда они соединены съ маткою посредствомъ ножки, потому что обыкновенно они растутъ очень медленно или даже остаются въ одномъ положеніи, а удаленіе ихъ значительно увеличиваетъ опасность оваріотоміи.

По удаленіи опухоли и перевязкѣ ножки по одному изъ выше-сказанныхъ способовъ, приступаютъ къ «туалету брюшины», который во всѣхъ случаяхъ, гдѣ въ брюшную полость попали посто-

роннія вещества (содержимое кисты, кровь), имѣеть весьма важное значеніе. Большими чистыми губками очищаютъ замаранныя кишечныя петли, переднюю и заднюю поверхности матки и заднюю стѣнку полости живота вверхъ до почекъ, и особенно тщательно тѣ мѣста, гдѣ были сращения. Чтобы изъ краевъ брюшной раны кровь не потекла въ брюшную полость, Spencer Wells кладетъ между краями раны кусокъ губки и оставляетъ его тамъ до тѣхъ поръ, пока не наложены швы.

Наложеніе швовъ производится лучше всего такъ: продѣваютъ хорошую шелковую нитку въ двѣ прямыя или немного согнутыя иглы и прокалываютъ каждую иглою изнутри наружу брюшныя стѣнки, захвативъ вмѣстѣ и брюшину. Когда всѣ швы наложены вновь очищаютъ поверхность раны и затягиваютъ узлы. Ножка вшивается довольно плотно, но не настолько, чтобы была сдавлена.

Если при толстыхъ брюшныхъ покровахъ кожа въ ранѣ еще расходится, то накладываютъ еще поверхностные швы между глубокими.

Захватываніе брюшины въ шовъ весьма важно, потому что только въ такомъ случаѣ обѣ серозныя поверхности будутъ соприкасаться на всемъ протяженіи. Онѣ слипаются другъ съ другомъ очень скоро (уже черезъ 24 часа послѣ операціи находили ихъ при вскрытіи склеившимися) и такимъ образомъ брюшная полость закрывается.

Для перевязки служатъ компрессы налитыя масломъ и фланель. Сближеніе краевъ раны липкимъ пластыремъ обыкновенно бываетъ не нужно, но можетъ случиться, при сильномъ метеоризмѣ, что слабо затянувшаяся рана вновь раскроется. Полоски пластыря лучше всего укладываются такъ, чтобы онѣ лежали на томъ мѣстѣ кровати, гдѣ должна приходиться поясница больной. Длиныя полоски липкаго пластыря располагаются близко одна возлѣ другой; на нихъ кладутъ оперируемую и затѣмъ оба конца каждой полосы перекрещиваются на передней брюшной стѣнкѣ.

Послѣдовательное леченіе.

Послѣдовательное леченіе чисто симптоматическое. Если больная послѣ операціи ослабѣла, если конечности охладѣли, то кладутъ теплыя бутылки къ ногамъ и даютъ ей вина. Если она безпокойна или появляются сильныя боли, то употребляютъ морфій подѣ кожу или опій въ клистирѣ. Приблизительно черезъ каждыя 6 часовъ

вводить катетеръ, чтобы избавить оперированную отъ безпокойства мочиться самой. Швы снимають постепенно, начиная съ 3 до 5 дня.

Жомъ съ укрѣпленною въ немъ ножкою отпадаетъ обыкновенно на 7—10 день; рѣдко онъ отдѣляется на 3—4 день, а иногда даже на 14 день и позже. Раннее произвольное отпаденіе или искусственное удаление жома не благопріятно, потому что тогда остатокъ ножки втягивается глубоко въ рану, а въ первые дни можетъ даже уйти въ брюшную полость.

Опасность послѣ операціи завистъ въ особенности отъ слѣдующихъ причинъ:

Прежде всего должно опасаться кровотеченія, которое можетъ произойти изъ ножки или изъ бывшихъ сросченій. Кровотеченіе изъ ножки при экстраперитонеальномъ способѣ легко остановить прижиганіемъ хлористымъ или каленымъ желѣзомъ; но внутреннее кровотеченіе изъ опущенной ножки и изъ сросченій весьма неблагопріятно, потому что въ такомъ случаѣ прикладываніе льда на нижнюю часть живота приносить весьма мало пользы и если кровотеченіе продолжается, то ничего болѣе не остается, какъ раскрыть рану и отыскать источникъ кровотеченія.

Воспаленіе брюшины также весьма опасно, но если приняты были мѣры противъ септического зараженія и если во время операціи не попало въ полость брюшины никакихъ раздражающихъ (differenten) жидкостей, то оно бываетъ обыкновенно ограниченнымъ. Спайка брюшной раны можетъ образоваться въ самое короткое время безъ всякихъ припадковъ, даже безъ лихорадки и безъ боли. При развитіи травматическаго перитонита слѣдуетъ поступать обыкновеннымъ образомъ, употребляя опиумъ, пивки и ледъ.

Гораздо худшее значеніе представляетъ перитонитъ, образовавшийся вслѣдствіе гнилостнаго зараженія. Съ цѣлью избѣжать этого непріятнаго осложненія слѣдуетъ быть крайне внимательнымъ относительно чистоты рукъ, инструментовъ и всѣхъ употребляемыхъ вещей и озаботиться тщательнымъ очищеніемъ брюшной полости отъ всякихъ выдѣленій и жидкостей, которыя легко могутъ загнивать. Остатокъ ножки, заключенный въ жомъ и въ ближайшіе дни послѣ операціи можетъ загнить и причинить опасность зараженія. Чтобы гнойное отдѣленіе изъ нея не затекло въ брюшную полость, слѣдуетъ плотно укрѣпить швами ножку въ брюшной ранѣ, а мертвъшій остатокъ ея поливать хлористымъ желѣзомъ, чтобы изсушить его.

Весьма важно, удалять изъ брюшной полости накапливающееся послѣ операціи выдѣленіе, которое можетъ разлагаться. Это легко выполнимо при операціи по способу Clay и Koeberlé, при чемъ посредствомъ лигатуръ, serrenoeud или введенныхъ стеклянныхъ трубокъ поддерживается сообщеніе ножи съ нижнимъ угломъ раны, такъ что выдѣленія можно удалять посредствомъ высасыванія. Но этотъ способъ нельзя рекомендовать именно потому, что тутъ не существуетъ полного обмыванія брюшной полости.

Промывать брюшную полость чрезъ рану, для удаленія разлагающихся внутри брюшной полости жидкостей, сначала предлагалъ Peaslee ¹⁾, а затѣмъ Sims ²⁾ еще болѣе развилъ эту идею. Считая причиною наибольшаго числа смертныхъ случаевъ послѣ оваріотоміи септихемию и принимая всякую красноватую жидкость въ брюшной полости за смертоносную, онъ совѣтуетъ при оваріотоміи всегда вводить трубочку въ самую глубокую часть Дугласова пространства, дать истокъ содержимому и возможность введенія въ брюшную полость жидкостей.

Но мнѣніе Sims'a слишкомъ односторонне; потому что мы хотя и вполне согласны съ тѣмъ, что зараженіе есть самая частая причина смерти (мы думаемъ, что лучшіе результаты у англичанъ отчасти зависятъ отъ того, что случайныя осложненія ранъ въ Англіи встрѣчаются рѣже); но зараженіе не всегда развивается исключительно изъ перитонеального эксудата и не всегда устраняется удаленіемъ послѣдняго; да кромѣ того небольшое количество красноватой суеровицы и фибринозныхъ сгустковъ не представляютъ такой опасности, какъ думаетъ Sims.

Во всякомъ случаѣ возможность удалить накопившійся послѣ операціи интраперитонеальный эксудатъ представляетъ важное значеніе. Безъ большихъ затрудненій и опасности это удастся только въ томъ случаѣ, если объ этомъ позаботиться во время самой операціи. Если это было упущено изъ виду, то удаленіе эксудата путемъ оперативнымъ представляетъ большія затрудненія, потому что тогда нужно или вновь раскрыть закрывшуюся уже рану или сдѣлать проколъ черезъ Дугласово пространство. Проколъ этого послѣдняго тогда только возможенъ и безопасенъ когда оно вдается въ влагалище въ видѣ опухоли; но такъ какъ это бываетъ только

¹⁾ Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 300 и Ovarian tumours p. 509.

²⁾ Ueber Ovariotomie. Deutsch von Beigel. Erlangen. 1873.

въ томъ случаѣ, когда эксудатъ уже инкапсулированъ, а проколъ въ такомъ случаѣ уже не представляетъ крайней необходимости, то перфорация Дугласова пространства во время самой оваріотоміи представляетъ гораздо большія преимущества. Поэтому проколъ безусловно показанъ, по крайней мѣрѣ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ основаніе рассчитывать на образованіе значительнаго перитонеального эксудата, вслѣдствіе напримѣръ существующаго уже раздраженія брюшины или значительныхъ сращеній.

Самый безопасный способъ образованія стока для отдѣленій изъ полости брюшины есть простой проколъ Дугласова пространства или введеніе трубки черезъ проколъ изъ брюшной полости во влагалище. Но простое прободеніе не дѣйствительно, потому что рана скоро зарастаетъ, а опытъ показалъ, что конецъ трубки, лежащей въ брюшной полости, весьма скоро закрывается вслѣдствіе воспалительныхъ сращеній, отъ чего сообщеніе съ брюшной полостью прекращается. Поэтому если нужно непременно дать истокъ выпоту и производить прополаскиваніе брюшной полости, то еще во время операціи слѣдуетъ провести по Mursick'у ¹⁾ крѣпкую шелковую нитку или по Nussbaum'у ²⁾ дрепажную трубку чрезъ всю брюшную полость такъ, чтобы одинъ конецъ прошелъ чрезъ нижній уголъ раны наружу, а другой чрезъ Дугласово пространство въ влагалище. Тогда можно во всякое время промывать брюшную полость водою или слабымъ растворомъ карболовой кислоты около 36°Ц.

Гораздо рѣже бываетъ смертельный исходъ вслѣдствіе ущемленія кишекъ въ ранѣ или посредствомъ ножки. Смерть въ этомъ случаѣ можно предупредить образованіемъ каловой фистулы или искусственнаго задняго прохода. Мы видѣли въ одномъ случаѣ, оперированномъ Veit'омъ ³⁾, на 22 день послѣ операціи смерть послѣ прободенія кишекъ вслѣдствіе того, что сальникъ былъ сращенъ съ брюшиною, лѣвой брюшной стѣнкой и близъ лежащей поверхностью кисты; такъ какъ отдѣленная отъ кисты часть сальника была укрѣплена въ нижнемъ углу раны, то между этой частью и той, которая была сращена съ брюшиною, образовалось такое растяженіе кишекъ въ двухъ противоположныхъ направленіяхъ, что послѣдовало прободеніе.

¹⁾ Amer. J. of med. sc. January 1874 p. 119.

²⁾ Bayerisches ärztl. Intelligenzbl. 1874. No. 3.

³⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1868. No. 21.

Предсказаніе при операціи весьма различно; оно зависит прежде всего отъ состоянія силъ больной, простоты или сложности опухоли, а также отъ ловкости и опытности оператора. Оно благоприятно вообще, чѣмъ при другихъ большихъ хирургическихъ операціяхъ, какъ напр. большихъ ампутаціяхъ, экзартикуляціяхъ и резекціяхъ, что доказываютъ результаты многихъ операторовъ. Такъ Spencer Wells имѣлъ изъ 500 оваріотомій 128 смертныхъ случаевъ и 372, слѣдовательно 74, 4⁰/₁₀₀, выздоровленій; Keith изъ послѣднихъ 100 случаевъ имѣлъ 84 случая выздоровленія.

Инструментовъ, а также различныхъ видоизмѣненій въ отдѣльныхъ приемахъ при производствѣ оваріотоміи—этой модной, такъ сказать, операціи—съ каждымъ годомъ является такое множество, что перечисленіе ихъ крайне трудно, да и для руководства не представляетъ крайней необходимости. Поэтому, оставляя какъ литературу, такъ и технику этой операціи въ томъ видѣ, какъ она изложена въ текстѣ, мы скажемъ только, по возможности вкратцѣ, объ исторіи этой операціи въ Россіи и о способѣ производства ея нашимъ русскимъ оваріотомистомъ профессоромъ А. Я. Крассовскимъ.

Сколько намъ извѣстно, въ Россіи въ первый разъ эта операція была произведена въ 1827 г. въ хирургической клиникѣ бывшаго вилленскаго университета профессоромъ Севериномъ Галензовскимъ. Собственно говоря, это была не оваріотомія, а incisio брюшныхъ покрововъ и стѣнки кисты. Встрѣтивъ обширныя сращения, операторъ ограничился введеніемъ большаго свертка корпии въ полость кисты съ цѣлью произвести слищивое воспаленіе стѣнокъ ея. Больная выздоровѣла. Затѣмъ оваріотомія была произведена въ Харьковѣ въ 1846 г. профессоромъ Ванцетти, а въ 1849 г. въ Гельсингфорсѣ профессоромъ Гаартманомъ; въ обоихъ случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ. Далѣе, въ 1862 году эта операція была произведена профессоромъ Крассовскимъ въ его клиникѣ въ первый разъ съ счастливымъ исходомъ. Затѣмъ уже производили ее весьма многіе хирурги и гинекологи; такъ, профессоръ Грубе въ Харьковѣ въ 1864 г., д-ръ Иковицъ въ Тамбовѣ въ томъ же году, проф. Шимановскій въ Кіевѣ, д-ръ Склифасовскій въ Одессѣ, Кіевѣ и Петербургѣ произвелъ эту операцію 16 разъ *), д-ръ Каде и д-ръ

*) Профессоромъ Склифасовскимъ сдѣлано 16 оваріотомій, изъ нихъ выздоровѣло 12, умерло 4.—Внутрибрюшной способъ заживленія вошки употреблялся въ 8—умерло 3 и въябрюшной въ 8—умерло 1. Двѣ изъ этихъ оваріотомій еще не опубликованы; свѣденія сообщены намъ лично пр. Склифасовскимъ.

Масловскій въ Петербургѣ, проф. Короваевъ въ Кіевѣ, д-ръ Фробень, проф. Киттеръ и проф. Корженевскій въ Петербургѣ, проф. Глицинскій и Гиршгофтъ въ Варшавѣ, д-ръ Горвиць, д-ръ Гриневальдъ, д-ръ Ливень, д-ръ Соколовскій, мы и многіе другіе. Каждый изъ вышеупомянутыхъ произвелъ эту операцію въ нѣсколькихъ отдѣльныхъ случаяхъ, а нѣкоторые всего по одному разу. Профессоромъ Крассовскимъ съ 1862 года по настоящее время, слѣдовательно въ 13 лѣтъ, произведено всего 78 оваріотомій: въ этомъ-то, по нашему мнѣнію, и заключается услуга послѣдняго русской медицинѣ. Онъ не ограничился одною или нѣсколькими операціями, а убѣжденный въ бесполезности прокола и другихъ способовъ и глубоко проникнутый идеею пользы этой операціи и возможности усовершенствованія способовъ ея производства, онъ настойчиво продолжалъ оперировать, несмотря на многіе неблагопріятные случаи; не ограничиваясь какимъ-либо однимъ способомъ, онъ пробовалъ то тотъ, то другой. Естественнымъ слѣдствіемъ такой задачи, въ основаніи которой лежала извѣстная, опредѣленная идея, было то, что на эту операцію стали смѣтрѣть у насъ уже не какъ на курьезъ или хирургическій фокусъ, а какъ на дѣло, достойное подражанія и строгаго послѣдовательнаго изученія: явился цѣлый рядъ учениковъ и не учениковъ проф. Крассовскаго, взявшихъ за дальнѣйшее производство этой операціи — образовалась школа оваріотомистовъ. Отцомъ и родоначальникомъ этой школы у насъ въ Россіи, по нашему мнѣнію, долженъ быть названъ проф. Крассовскій. Что бы ни говорили, а съ его легкой руки, какъ говорится, операція привилась въ Россіи и стала на ряду съ прочими большими операціями.

Процентъ смертности его операцій дѣйствительно довольно значителенъ, особенно сравнительно съ другими оваріотомистами: Спенсеръ Вельсомъ, Кеберле и др., но если обратить вниманіе на то, что при своихъ операціяхъ проф. Крассовскій никогда не держался одного какого-либо способа, а всякій разъ пробовалъ то тотъ, то другой изъ новѣйшихъ и рекомендованныхъ, что онъ оперировалъ лишь большія кисты и не останавливался передъ значительными срощеніями, діагностицированными до операціи, то нѣтъ ничего удивительнаго, что при такомъ родѣ экспериментальнаго изученія этой операціи онъ долженъ былъ терять много больныхъ, доставляя тѣмъ громадную пользу своимъ слушателямъ и ученикамъ, которые могли въ такомъ случаѣ вполне наглядно оцѣнить тотъ или другой способъ производства операціи и отнести къ этому дѣлу критически.

Изъ 78 оперированныхъ выздоровѣло 39 и умерло 39, слѣдова-

тельно смертность = 50%. Изъ этого числа одностороннихъ оваріотомій было 59; выздоровѣло 33, умерло 26. Двухстороннихъ было 13; выздоровѣло 5, умерло 8. Парціальныхъ оваріотомій было 6; выздоровѣло 1, умерло 5. Здѣсь слѣдуетъ обратить вниманіе на относительно хорошіе результаты при двухсторонней оваріотоміи: у Спенсеръ Вельса при одностороннихъ оваріотоміяхъ смертность была 24, 44%, при двухстороннихъ же 44%, т. е. почти вдвое бѣльшая; у проф. Красовскаго при простыхъ 44%, а при двухстороннихъ 61,5%, т. е. въ 1½ раза болѣе.

Изъ числа 59 одностороннихъ оваріотомій въ 36 случаяхъ были удалены опухоли праваго, а въ 23 лѣваго яичника; изъ первыхъ выздоровѣло 25, умерло 11; изъ вторыхъ выздоровѣло 8, умерло 15. Изъ тѣхъ же 59 одностороннихъ оваріотомій кисты оказались со срощеніями на большемъ или меньшемъ протяженіи въ 39 случаяхъ; изъ нихъ выздоровѣло 20, умерло 19. Процентъ смертности при 20 опухоляхъ безъ срощеній былъ значительно меньше, именно выздоровѣло 15, умерло 5.

Что касается до двухстороннихъ оваріотомій, то въ 10 случаяхъ опухоли были со срощеніями; изъ нихъ выздоровѣло 3, умерло 7; въ 3 случаяхъ опухоли были безъ срощеній; выздоровѣло 2, умерло 1.

Изъ всѣхъ 78 кистъ было: коллоидныхъ 66, выздоровѣло 34, умерло 32; серозныхъ 9, выздоровѣло 4, умерло 5; дермоидныхъ 3, выздоровѣло 1, умерло 2.

Изъ этой таблицы видно, что главное вліяніе на процентъ смертности оказывали срощенія кистъ съ сосѣдними частями.

Способы отдѣленія кисты и заживленія ножки были испытаны слѣдующіе:

а) *Отжиганіе ножки* было употреблено въ 36 случаяхъ односторонней оваріотоміи, причемъ выздоровѣло 25, умерло 11; въ 7 случаяхъ двухсторонней оваріотоміи, причемъ выздоровѣло 2, умерло 5.

б) *Отжиганіе съ послѣдовательнымъ наложеніемъ лигатуръ* было употреблено при 8 одностороннихъ оваріотоміяхъ, выздоровѣло 4, умерло 4; при 3 двухстороннихъ, выздоровѣло 1, умерло 2

в) *Лигатуры по отнятіи кисты рѣзущими инструментами* были употреблены въ 10 случаяхъ односторонней оваріотоміи: выздоровѣло 3, умерло 7; и въ 3 случаяхъ двухсторонней: выздоровѣло 2, умерло 1.

г) *Вибрюшинный способъ укрѣпленія ножки* далъ слѣдующіе результаты: изъ 5 случаевъ односторонней оваріотоміи выздоровѣло 1, умерло 4.

Эти данныя прямо противорѣчатъ выводамъ автора руководства и многихъ другихъ оваріотомистовъ, предпочитающихъ виѣбришинный способъ отжиганію ножки по причинѣ боязни послѣдовательнаго кровотоchenія изъ ножки. Если при этомъ принять во вниманіе, что случаевъ смерти отъ послѣдовательнаго кровотоchenія изъ ножки, при удаленіи ея посредствомъ каленнаго желѣза, былъ всего одинъ, то, на основаніи статистики проф. Красовскаго, слѣдуетъ признать способъ отжиганія за лучший и менѣе опасный, чѣмъ всѣ другіе, конечно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ примѣнимъ, т. е. въ отсутствіи значительнаго расширенія сосудовъ ножки. Мы считаемъ нужнымъ прибавить, что отжиганіе ножки производится проф. Красовскимъ сперва en masse, — а затѣмъ клювовиднымъ прижателемъ онъ касается еще отверстій отдѣльныхъ сосудовъ.

Инструменты проф. Красовскимъ употребляются слѣдующіе: брюшинный бистури, ножницы Бекеръ-Броуна, искривленные по краю, 3 троакара, имѣя придуманные, различной толщины (см. рис. Б и Г), 2 торсіонныхъ пинцета, оваріотомпескіе пинцеты Бекеръ-Броуна, щипчики Диффенбаха для кровоточащихъ сосудовъ, жомъ Мержеевскаго (рис. X), гемостатическіе пинцеты Кеберле, призматическіе и клювовидные прижигатели, пицетъ со шпильками для удержанія ножки при осмотрѣ ея струпа, придуманный авторомъ; иглы Стартина, лигатуры шелковыя, пеньковыя и по преимуществу металлическія и перевязочный аппаратъ. Кромѣ того, онъ имѣетъ всегда въ запасѣ пуговчатый бистури, желобоватый зондъ для оваріотоміи, экразеръ, Serre-pneud Кеберле и оливковидное и цилиндрическое желѣзо для прижиганія.

При операциі проф. Красовскій совѣтуетъ имѣть 5 помощ-



Рис. X.
Жомъ Д-ра Мержеевскаго.

никовъ. Первый изъ нихъ становится съ лѣвой стороны больной, противъ оператора, слѣдитъ за каждымъ дѣйствіемъ оператора, осушаетъ рану, накладываетъ лигатуры, приподнимаетъ брюшину при вскрытіи, накладываетъ и завязываетъ шнурокъ при укрѣпленіи троакара въ стѣнкѣ кисты для образованія ручки, удерживаетъ кисту по извлеченіи ея наружу, выправляетъ кишки, сальникъ и пр., прикладываетъ губки на указываемыя мѣста, помогаетъ сшивать рану, перевязывать и т. п. Вблизи его помѣщается фельдшеръ или акушерка, въ распоряженіи которыхъ находятся чистыя, теплыя губки, сохраняемыя въ горячей водѣ. Второю помощникъ удерживаетъ обѣими руками животъ сверху, стоя съ правой стороны больной; въ случаѣ выпаденія кишекъ или сальника, онъ отнимаетъ руки, приподнимаетъ края раны, а операторъ или первый помощникъ выправляетъ выпавшія части. Третій помощникъ удерживаетъ животъ снизу, помѣщаясь съ лѣвой стороны больной. Въ случаѣ излітія жидкости при вскрытіи брюшной полости, онъ принимаетъ ее губками или въ сосудъ; послѣ прокола кисты онъ держитъ сосудъ для стока ея содержимаго; главная же дѣятельность его начинается въ то время, когда первый помощникъ занятъ удерживаніемъ извлеченной кисты съ остаткомъ содержимаго; тутъ онъ замѣняетъ этого послѣдняго. Четвертый помощникъ распоряжается инструментами; пятый (фельдшеръ) заботится о приготовленіи прижигателей.

Производство операціи, для ясности изложенія, лучше раздѣлить на пять моментовъ: 1) вскрытіе брюшной полости, 2) опорожненіе и извлеченіе кисты, 3) удаленіе кисты, 4) сшиваніе раны и 5) перевязка. Для болѣе нагляднаго изображенія этихъ моментовъ, мы взяли изъ атласа извѣстной книги проф. Красовскаго «Объ оваріотоміи, 1868 г. Спб.» рисунки, въ высшей степени точно и вѣрно изображающіе весь ходъ операціи, и прилагаемъ здѣсь въ уменьшенномъ видѣ главнѣйшіе изъ нихъ. Такъ какъ производство операціи изложено въ текстѣ, то мы ограничимся лишь объясненіемъ рисунковъ, причемъ укажемъ на особенности въ производствѣ операціи проф. Красовскаго.

Рисунокъ А изображаетъ вскрытіе брюшины въ ранѣ брюшныхъ покрововъ, сбоку изображенъ зубчатый пинцетъ для захватыванія брюшины.

Рисунокъ Б изображаетъ расширеніе раны вверхъ кривыми ножницами Бекеръ-Броупа, которыя особо изображены еще сбоку. Этимъ оканчивается первый моментъ операціи.

Рисунокъ В. Проколъ стѣнки кисты толстымъ кривымъ троакаромъ и опорожненіе ея содержимаго. Вверху изображенъ способъ введе-

Рис. 11



Рис. 12



Рис В



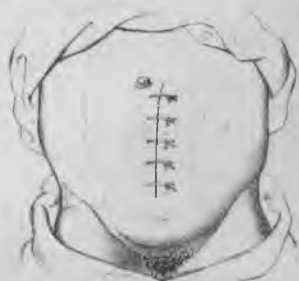
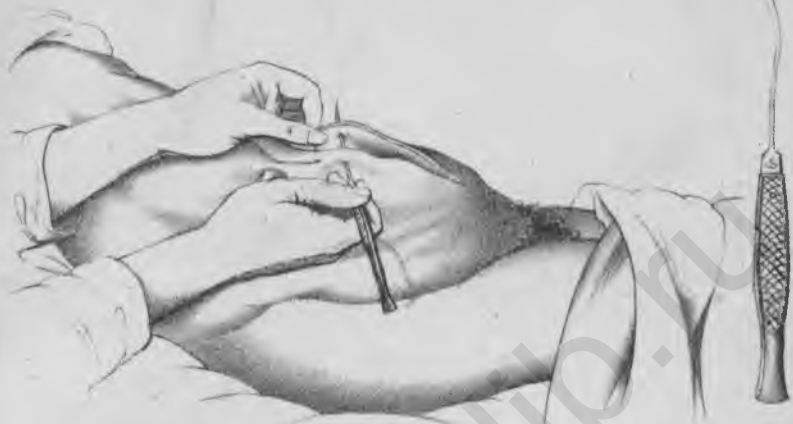
Рис Т





рис В. Я. Рейнгардт.

Рис. E



нія руки въ брюшную полость для отдѣленія существующихъ сросченій съ переднею брюшною стѣнкою. Этимъ оканчивается второй моментъ операціи.

Рисунокъ Г. Справа изображены кишки, выпавшія при опорожненіи кисты; второй помощникъ приподнимаетъ, по способу проф. Красовскаго, края брюшной раны для вправленія выпавшихъ кишечныхъ петель. Лѣвѣе изображенъ его способъ образованія рукоятки для удерживанія кисты. вмѣсто Нелатоновскихъ или Мюзеевскихъ щипцовъ онъ употребляетъ тотъ же троакаръ, прободая имъ на разстояніи 3—4 поперечныхъ пальцевъ отъ перваго прокола нѣсколько извлеченную уже стѣнку кисты изнутри наружу; затѣмъ онъ приподнимаетъ немного трубку и помощникъ туго перевязываетъ подъ нею складку кисты крѣпкимъ шнуркомъ, вслѣдствіе чего дальнѣйшее истеченіе содержимаго окончателно прекращается и образуется родъ рукоятки, за которую мѣшокъ кисты, если онъ не приросенъ и стѣнки его не дряблы, легко можетъ быть извлеченъ.

Рисунокъ Д. Здѣсь изображенъ способъ введенія руки для освобожденія проросшей кисты и извлеченія ея, причемъ другою рукою операторъ вытягиваетъ кисту за рукоятку, образованную троакаромъ. Справа изображенъ другой способъ захватыванія кисты: если стѣнки кистоваго мѣшка дряблы и рвутся подъ пальцами, то операторъ проникаетъ рукою въ полость кисты, захватываетъ пальцами за попавшіяся въ ней перегородки и такимъ образомъ извлекаетъ кисту (способъ Нуссбаума). Внизу изображенъ способъ отдѣленія кисты посредствомъ отжиганія. Помощникъ удерживаетъ извлеченную кисту, а операторъ захватываетъ ножку въ жомъ Бекеръ-Броуна, на разстояніи около 2—3 см. отъ стѣнки кисты; затѣмъ, подложивъ вокругъ ножки влажную корпію для защиты покрововъ живота отъ ожоги и перегнувъ часть ножки выше ущемленія черезъ подвижную пластинку жома, операторъ отжигаетъ пилообразными движеніями ножку призматическимъ каленымъ желѣзомъ. Иногда, вслѣдствіе толщины и сочности ножки, приходится перемѣнить желѣзо нѣсколько разъ. Сбоку изображенъ жомъ Бекеръ-Броуна, который проф. Красовскій употреблялъ въ первое время, и призматическій прижигатель. Этимъ оканчивается третій моментъ операціи.

Рисунокъ Е изображаетъ шиваніе раны по способу Бекеръ-Броуна, причемъ игла проводится черезъ всю толщину покрововъ и черезъ брюшину. Сбоку изображена игла Стартина. Ниже изображенъ способъ шиванія въ подробности: на рис. 1 слѣва игла проведена черезъ покровы живота и проникаетъ черезъ обѣ губы раны; на рис. 2 въ ушко иглы

вдѣвается лигатура; на рис. 3 лигатура проведена черезъ всю рану и игла удалена; на рис. 4 края раны сближаются и концы лигатуры отклоняются въ одну сторону; на 5 рис. лигатура скручена. Еще ниже изображенъ видъ раны брюшныхъ покрововъ съ скрученными пятью лигатурами при внутребрюшномъ способѣ, т. е. конецъ четвертаго момента операціи. Въ самомъ низу изображено наложеніе повязки по Кеберле. Рана покрывается сухою, иногда напитанною масломъ правильною корпіею, животъ покрывается фланелью и все это удерживается полосками изъ холста или балеякоря, прикрѣпленными къ боковымъ частямъ живота помощью коллодіума. Вся повязка удерживается широкимъ брюшнымъ поясомъ. Этимъ оканчивается послѣдній пятый моментъ операціи.

Что касается до инструментовъ, которыми проф. Красовскій пользуется для производства, то, кромѣ вышеупомянутыхъ, онъ употребляетъ нѣкоторые, имъ самимъ придуманные: трубки троакаровъ его изогнуты дугообразно и снабжены краномъ; по толщинѣ онѣ трехъ калибровъ: № 1—4 мм. въ діаметрѣ, № 2—8 мм. и № 3—16 мм. Кромѣ того, онъ употребляетъ свой большой пинцетъ съ тупыми зубцами на внутренней поверхности щечекъ для удержанія ножки кисты, по отжиганіи послѣдней каленымъ желѣзомъ при осмотрѣ струпа. Для снятія лигатуръ въ глубокихъ полостяхъ онъ употребляетъ иногда свою трубочку (рис. у), толщиною въ воронье перо, длиною 15 снт. Стѣнки конца *d* этой трубки загнуты внутрь подъ прямымъ угломъ такъ, чтобы осталось отверстіе съ рѣжущими краями, пропускающее свободно лигатуру. На другомъ концѣ трубки *c* насажена неподвижная гайка, съ помощью которой трубку можно удобно вращать около продольной оси при перерѣзываніи узла.

Рѣжущій конецъ этой трубки представленъ особо. Продѣвъ одинъ конецъ лигатуры сквозь трубку черезъ сказанное отверстіе, доводятъ ее до самаго узла лигатуры и, натягивая одинъ конецъ лигатуры, а другой поручивъ помощнику, нѣсколькими вращатель-



Рис. у.

Трубочка Пр. Красовскаго для снятія лигатуръ въ глубокихъ полостяхъ.

ными движениями перетирають узелъ лигатуры и вслѣдъ за этимъ удаляютъ трубку вмѣстѣ съ концомъ лигатуры, а помощникъ извлекаетъ другой конецъ лигатуры. На рис. Z представленъ способъ примѣненія рѣзущей трубки для снятія лигатуръ въ глубокихъ полостяхъ: *a*—петля лигатуры съ узломъ, наложенная въ этомъ случаѣ на сращеніе кисты съ ободочною кишкою, *ac*—конецъ лигатуры, проведенной

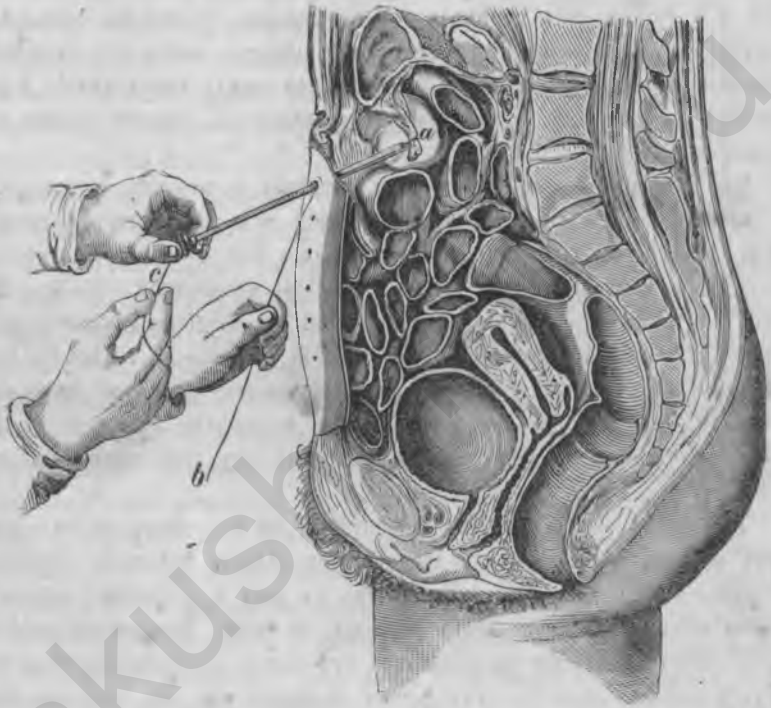


Рис. Z.

Способъ употребленія этой трубки.

черезъ трубку, удерживаемый правою рукою оператора; *ab*—конецъ лигатуры, находящійся виѣ трубки, удерживаемый помощникомъ. Жомъ, обыкновенно употребляемый имъ, придуманъ д-ромъ Мержеевскимъ (рис. X). Онъ сдѣланъ изъ стали и состоитъ изъ неподвижной вѣтви *ga*, изогнутой колѣнообразно и прикрѣпленной къ рукояткѣ помощью винта *g*, и изъ подвижной пластинки *b*, привинченной къ стержню *c*. Помощью этого послѣдняго, пластинка *b* придвигается своею шероховатою поверхностью до плотнаго соприкосновенія къ такой же поверхности *hh* вѣтви

gah. На части *hh* находится мельхиоровая съемная пластинка, служащая для помѣщенія на ней отжигаемой части и точкою опоры для прищипгателя. На пластинкѣ *b* устроены два выдвижные шпилька *ee*, снабженные у основанія пружинами. Шпильки при сближеніи шероховатыхъ поверхностей, т. е. при полномъ закрытіи инструмента уходятъ внутрь пластинки *b* и при раскрытіи снова выдвигаются. Они служатъ для удержанія ущемленныхъ тканей при ослабленіи жома. Обѣ эти пластинки *gah* и *b* могутъ быть снимаемы и замѣняемы такими же меньшихъ размѣровъ. Примѣненіе этого жома очень просто: ножка или сращеніе, предназначенныя къ отжиганію, помѣщаются между неподвижною и подвижною пластинками и инструментъ закрывается, сильно сжимая захваченныя ткани.

Мы почерпнули вышеупомянутыя свѣдѣнія о способѣ производства и статистическихъ данныхъ для овариотоміи изъ слѣдующихъ сочиненій проф. Красовскаго: 1) *Colloide Entartung des link. ovarium etc.* St.-Petersb. Med. Zeitschr. 1863. Hft. 3. 2) Семь овариотомій. В.-Мед. Ж. 1867. 3) Обѣ овариотоміи etc. Спб. 1868. 4) *Ovariotomy partial.* Мед. Вѣст. 1870. 5) 40 овариотомій. В.-Мед. Ж. 1874—75 г. Кромѣ того авторомъ сообщены намъ въ рукописи всѣ данныя касательно тѣхъ овариотомій, которыя еще не опубликованы и выйдутъ въ свѣтъ въ не продолжительномъ времени, за что приносимъ ему искреннюю благодарность.

Изъ всѣхъ этихъ случаевъ овариотоміи, ни въ одномъ не былъ сдѣланъ проколъ свода съ цѣлью дренированія полости брюшины. Хотя это нововведеніе въ настоящее время очень въ ходу и нѣкоторые овариотомисты иначе и не производятъ операций, но проф. Красовскій повидимому имѣетъ основаніе удерживаться отъ этого. Причины вѣроятно будутъ изложены лишь въ слѣдующемъ трактатѣ его объ этой операциіи вмѣстѣ съ выводами, добытыми имъ на практикѣ, и съ критическою оцѣнкою различныхъ способовъ и видоизмѣненій въ производствѣ этой операциіи.

Считаемъ излишнимъ упомянуть здѣсь объ одномъ случаѣ естественнаго дренажа брюшной полости при овариотоміи, произведенной нами въ прошломъ году.

Прасковья Яковлева 40 лѣтъ, крестьянка тверской губерніи, средняго роста, худощавая, родила 6 разъ; при третьей беременности родила двойню; послѣдніе роды были 4 года назадъ; занималась полевыми работами. Полтора года тому назадъ потеряла регулы, причемъ въ лѣвой сторонѣ нижней части живота у нея стала развиваться опухоль. Черезъ 7 мѣсяцевъ, лѣтомъ менструація возвратилась, но къ осени

снова исчезла. Выросшая опухоль въ животѣ настолько мѣшала ей работать, что она рѣшилась ѣхать въ Петербургъ для пользованія. 6 апрѣля 1875 года она поступила въ Калининскую городскую больницу.

При изслѣдованіи у нея оказалась киста, величиною съ голову взрослого человѣка, эластичная, вполне подвижная какъ въ верхнемъ отдѣлѣ, такъ и въ нижнемъ отрѣзкѣ. Въ верхней части кисты съ правой стороны выдавались два твердоватые бугра, непосредственно связанные съ опухолью. Окружность живота 90 снт., высота опухоли надъ лобкомъ 20 снт., поперечникъ ея 17 снт. Влагалищная часть, мало измѣненная, смѣщена влѣво, дно и тѣло матки отклонено вправо. Матка совершенно подвижна и не связана непосредственно съ опухолью. Въ правой сторонѣ черезъ сводъ ясно прощупывается яичникъ почти нормальной величины. Опухоль совершенно подвижна, соединена съ маткою широкою и довольно короткою ножкою, которая напрягается при передвиженіи опухоли. Определена киста лѣваго яичника безъ значительныхъ прирощеній и, по согласію и просьбѣ самой больной, предложено произвести оваріотомію 15 апрѣля, но по причинѣ появившихся регулъ операція была отложена.

24 апрѣля 1875 года была нами произведена оваріотомія подъ хлороформомъ. Разрѣзъ покрововъ живота былъ сдѣланъ по бѣлой линіи въ 8 снт. длины. Содержимое кисты оказалось коллоидное, полупрозрачное. Рана была расширена до 10 снт.; киста оказалась безъ прирощеній и выдѣлена свободно; но ножка была шириною въ 9 снт. и короткою, съ очень толстыми сосудами, изъ которыхъ двѣ вены были толщиною въ мизинецъ. Отжиганіе ножки было поэтому противопоказано и мы рѣшились наложить лигатуры à demeure, раздѣливъ всю ножку на 3 лопасти. Варикозныя расширенія венъ ножки мы рѣшились удалить вмѣстѣ съ кистой, а потому остатокъ ножки оказался еще короче. При опущеніи уже перевязанной ножки однако появилось кровотеченіе, вѣроятно вслѣдствіе потягиванія за концы лигатуръ; поэтому ножка вновь выведена наружу и такъ какъ она была очень коротка, то мы рѣшились наложить ниже прежнихъ лигатуръ еще одну общую на всю толщу ножки, которая такимъ образомъ и была опущена въ полость брюшины. Лигатуры были употреблены шелковыя. Затѣмъ рана и полость брюшины очищены теплыми губками, наложено 2 глубокихъ и 3 поверхностныхъ шва и рана перевязана по способу Кеберле. Операція продолжалась 1 ч. 20 м., причѣмъ употреблено 2¹/₂ унца хлороформа.

Все время послѣ операціи температура больной не превышала 37,7°. Въ вечеру въ день операціи появилась рвота, вѣроятно вслѣдствіе хло-

роформа, но вскорѣ прекратилась при глотаніи льда. Слѣдующіе два дня больная провела въ удовлетворительномъ и безлихорадочномъ состояніи. На третій день изъ половыхъ частей показалось отдѣленіе кровянистой, серозной жидкости, которое продолжалось 8 дней и по временамъ бывало довольно обильно—до 2 унцій въ сутки. На третій день въ этой вытекающей жидкости мы нашли шарики гноя, разрушенныя кровяныя тѣльца, детритъ и частицы распавшихся тканей, причемъ жидкость издавала гнилостный запахъ, какъ при пuerperальномъ эндометритѣ. Пятна на бѣлѣ отъ этого выдѣленія были двухконтурныя, съ окрашенною серединою буроватаго цвѣта и съ порошкообразнымъ осадкомъ кофейнаго цвѣта. При изслѣдованіи на седьмой день операциі мы нашли наружный маточный зѣвъ пріоткрытымъ, матку нѣсколько увеличенною, но нечувствительною въ срединѣ таза, а съ лѣвой стороны подлѣ нея и въ непосредственной связи съ нею опухоль въ яйцо, упругую и чувствительную, по мѣсту соответствующую перевязанной ножкѣ кисты. При легкомъ надавливаніи на эту опухоль во время изслѣдованія двойнымъ способомъ, изъ матки вытекала та жидкость, о которой мы упомянули выше, и при первомъ же изслѣдованіи ея вытекло до $\frac{1}{2}$ унца. На основаніи этого изслѣдованія и крайней короткости ножки, мы пришли къ заключенію, что эта жидкость вытекала изъ окружности ножки черезъ отверстіе фаллопиевой трубы въ матку, а оттуда въ рукавъ и наружу. Такимъ образомъ фаллопиева труба служила намъ дренажною трубкою. Все время послѣ операциі до окончательнаго выздоровленія больная ни разу не лихорадила. На восьмой день швы были сняты, причемъ оказалось, что рана зажила на всемъ протяженіи за исключеніемъ наружной кожи въ верхнемъ углу. Полное заживленіе всей раны послѣдовало на двѣнадцатый день, а на пятнадцатый больная встала съ постели.

Такъ какъ вообще овариотомія есть операциа весьма опасная, то многіе операторы ставятъ условіемъ для назначенія времени операциі—механическія расстройства въ отправленіяхъ организма: запоры, затрудненіе дыханія и пр. На основаніи этого они оперируютъ кисты только тогда, когда послѣднія достигнутъ значительной величины. Намъ было сдѣлано предъ самой операциею такое замѣчаніе однимъ изъ почтенныхъ хирурговъ, удостоившихъ своимъ присутствіемъ эту операцию. Это замѣчаніе не удержало однакоже насъ отъ производства операциі по слѣдующимъ причинамъ: кисты, сколько извѣстно, всегда, разъ начавши расти, постоянно и неудержимо продолжаютъ увеличиваться, но при этомъ, вслѣдствіе тѣхъ или другихъ обстоятельствъ, весьма часто при-

соединяется воспалительный процессъ, слѣдствіемъ котораго являются приращенія кисты, ухудшающія исходъ операціи, которая во всякомъ случаѣ неизбежна. Киста у нашей больной росла и притомъ довольно быстро, особенно въ послѣдніе шесть мѣсяцевъ; мало того, опухоль настолько беспокоила больную и мѣшала ей работать, что заставила ее пріѣхать въ Петербургъ, искать помощи и немедленно рѣшиться на предложенную операцію. Имѣя передъ собою кисту безъ видимыхъ срощеній, при относительно порядочномъ общемъ состояніи больной, и опираясь на желаніе самой больной подвергнуться операціи, мы считали себя въ правѣ немедленно приступить къ операціи.

Содержимое кисты—коллоидная полупрозрачная масса съ небольшими осадками кристалловъ холестерина. Выпущенное количество ея вѣсило 8 ф., мѣшокъ кисты вѣсилъ $2\frac{1}{2}$ ф., слѣдовательно вся киста вѣсила $10\frac{1}{2}$ фунтовъ.

По изслѣдованію прозектора д-ра Чошина, вырѣзанная опухоль составляла коллоидную кисту лѣваго яичника, величиною съ голову взрослого человѣка. На поверхности ея незамѣтно никакихъ слѣдовъ приращеній—всюду гладкая сухожильная поверхность. При опухоли находится лѣвая труба, отрѣзанная повидимому въ мѣстѣ самаго ея выхода изъ матки, длиною около 12,5 снт., съ неповрежденною бахромкою и хорошо сохраненною, но растянутою *fimbria ovarica*; широкая связка, также растянутая, съ очень толстыми варикозными расширеніями венъ. Яичниковая связка очень толстая и длинная отрѣзана также повидимому близь самаго тѣла матки. При этихъ частяхъ находится небольшой участокъ кѣтчатки съ брюшиною съ лѣваго бока матки. Внутренность кисты много-и крупно-полостная; стѣнки полостей частью гладкія, фиброзныя, частью трабекулярныя; перегородки болѣе или менѣе высокія и въ видѣ складокъ составляютъ остатки бывшихъ стѣнокъ кисты. Мѣстами, преимущественно въ нижней половинѣ опухоли, встрѣчаются еще уцѣлѣвшія, не слившіяся въ общую полость, вторичныя кисты въ видѣ полупрозрачныхъ пузырьковъ въ лѣсной орѣхъ и болѣе, наполненныя коллоиднымъ веществомъ. Въ верхней половинѣ мѣшка процессъ кистовиднаго измѣненія болѣе и совершеннѣе законченъ, чѣмъ въ нижней его половинѣ.

Ред.

Овариотомія черезъ влагалище.

Thomas ¹⁾ предлагаетъ въ удобныхъ случаяхъ маленькія овариальныя опухоли удалять чрезъ влагалище. При этой «vaginal ovariotomy» Дугласово пространство вскрывается со стороны влагалища, киста прокалывается, затѣмъ кистой мѣшокъ извлекается, перевязывается, обрѣзывается, а ножка вправляется обратно.

Дермоидныя кисты.

Kohlrausch, Muller's Arch. 1843. p. 365.—Steinlein, Zeitschr. f. rat. Medicin. B. IX. p.146.—Lebert, Prager. Viertelj. 1858. 4. p. 25.—Heschl, Prager. Viertelj. 1860. 4. p. 36.—Klob, Pathol Anat. d. weibl. Sex. p. 365.—Pommier, Quelques considér, sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. Strasbourg. 1864.—Waldeyer, Archiv. f. Gyn. B. I. p. 304.

Причины.

Присутствіе въ овариальныхъ опухоляхъ составныхъ частей наружной кожи съ волосами, зубами и костями уже съ давнихъ поръ возбуждало вниманіе врачей. Прежде смотрѣли на эти случаи какъ на неполную яичниковую беременность, происшедшую вслѣдствіе оплодотворенія или безъ этого послѣдняго.

Эти не нормальныя образованія объяснены лишь въ новѣйшее время: His ²⁾ сначала высказалъ мнѣніе, принятое и Hensen'омъ ³⁾, что зародышевые мочевые протоки (Urnierengang) образуются внѣдреніемъ роговой пластинки, но затѣмъ отказался отъ него. Въ новѣйшее время His ⁴⁾ измѣнилъ свой взглядъ и полагаетъ, что первоначальное образованіе дѣтородныхъ органовъ происходитъ изъ His'овскаго осевого цилиндра (Axenstrang), въ образованіи котораго принимаетъ участіе и верхній зародышевый слой, и выходитъ главнымъ образомъ изъ роговаго слоя, съ чѣмъ согласенъ и Waldeyer ⁵⁾. Отсюда становится вполне понятнымъ, какимъ образомъ изъ частей верхняго слоя, не потребленныхъ на образованіе яичника, проис-

¹⁾ Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 186 и Diseases of women. p. 724.

²⁾ Arch. f. mikrosk. Anatomie. I. p. 160.

³⁾ с. I. p. 502.

⁴⁾ Unters. über die erste Anlage des Wirbelthierleibes. I. Leipzig. 1868. p. 225.

⁵⁾ Eierstock u. Ei. p. 111.

ходятъ образованія наружныхъ покрововъ, а изъ частей средняго слоя, которыя также участвовали во внѣдреніи осевого цилиндра — жирная клѣтчатка, кости, зубы и т. д.

По этому мнѣнію начало образованія дермоидныхъ кистъ происходитъ эмбриональнаго. Дальнѣйшее образованіе начинается обыкновенно по достиженіи половой зрѣлости, а въ исключительныхъ случаяхъ еще раньше. Такъ Mears ¹⁾ у ребенка 6 лѣтъ и 8 мѣсяцевъ и Spencer Wells ²⁾ у 8-лѣтняго вырѣзывали дермоидныя кисты съ благополучнымъ исходомъ помощью оваріотоміи.

Патологическая анатомія.

Эти опухоли бываютъ по большей части не велики, съ апельсинъ, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ онѣ достигаютъ величины головы взрослога человѣка.

Онѣ характеризуются тѣмъ, что внутренняя поверхность ихъ выстлана образованіемъ, совершенно аналогичнымъ съ наружною кожею. Внутри эти кисты представляютъ поверхность гладкую, испещренную отдѣльными возвышеніями и даже настоящими бугорками, которые по своему строенію очень похожи на эпидермисъ. На этой поверхности лежатъ толстыя ороговѣвшіе слои мостовиднаго эпителия, клѣтки котораго, содержащія ядра, плоскія и наконецъ круглыя, слѣдуютъ совершенно въ томъ же порядкѣ, какъ это встрѣчается въ наружной кожѣ до Мальпигіевой сѣтки. Подъ эпидермисомъ находится на *cutis* соединительная ткань, которая хотя не всегда, но обладаетъ сосочками, расположенными впрочемъ не такъ правильно, какъ въ *cutis* наружныхъ покрововъ. Но всегда подъ *cutis* находится жировой слой, соответствующій *panniculus adiposus*, за которымъ слѣдуетъ наружная соединительно-тканная оболочка кисты.

Сходство этого образованія съ наружною кожею становится еще рѣзче тѣмъ, что въ ней образуются волоса, которые вырастаютъ изъ явственныхъ волосовыхъ сумочекъ. Въ эти волосовые сумочки, а также и на свободную поверхность кожи откырываются иногда волосяно развитыя сальныя желѣзы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ попадаютъ даже потовыя желѣзы.

Изъ этихъ сальныхъ и потовыхъ желѣзъ, какъ доказываетъ весьма

¹⁾ Philadelphia med. T. 1. Nov. 1871. No. 27.

²⁾ Obst. Journ. of Great Britain. April 1874. p. 69.

наглядно опухоль, которую изслѣдовалъ Friedländer ¹⁾, могутъ образоваться вторичныя кисты; а именно изъ первыхъ ретенціонныя кисты, вслѣдствіе накопленія ороговѣвшихъ клѣточекъ, а изъ вторыхъ кисты, выстланныя мерцательнымъ эпителиемъ съ серозно-слизистымъ содержимымъ, которыя, выростая до величины кулака, выпячиваютъ дермоидную стѣнку кисты внутрь.

Волоса обыкновенно бываютъ длинны по большей части рыжеватаго или свѣтлаго цвѣта. Ихъ находятъ въ содержимомъ кисты часто свалавшимися въ большомъ количествѣ, въ видѣ клубковъ. Мы сами видѣли пучекъ волосъ величиною съ кулакъ.

Содержимое кисты состоитъ изъ жировой кашеобразной массы, которая образуется изъ отпавшихъ эпителиальныхъ клѣтокъ и отдѣлимаго салныхъ желѣзъ. Въ немъ находятся также кристаллы холестерина, часто въ такомъ значительномъ количествѣ, что все содержимое блеститъ. Vamberg ²⁾ нашель въ содержимомъ кисты щавелевую кислоту, большое количество тирозина и лейцина, образовавшагося, вѣроятно, отъ разрушенія эпителия, мочевины и, вѣроятно, ксантинъ или ему подобное тѣло.

Кромѣ этихъ образований, находятъ нерѣдко въ дермоидныхъ кистахъ зубы и кости.

Кости образуются въ соединительной ткани различныхъ формъ, которыя однако представляются въ видѣ атрибутовъ настоящихъ костей. Онѣ бываютъ въ видѣ альвеолярныхъ отростковъ или челюстей, когда въ нихъ находятся зубы. Эти послѣдніе представляютъ нормальное строеніе зубовъ, хотя обыкновенно въ рудиментальной формѣ. Иногда они бываютъ безъ эмали. Въ музеѣ Ракитанскаго находится препаратъ, на которомъ молочный зубъ, начиная отъ корня до коронки атрофированъ растущимъ постояннымъ зубомъ. Зубы впрочемъ встрѣчаются также свободно сидящими въ соединительной ткани, причемъ коронка выдается въ полость кисты или они совершенно окружены соединительною тканью. Ихъ можетъ быть очень много; такъ въ случаѣ, описанномъ Schpabel'емъ ³⁾ въ трехъ костяхъ было болѣе 100 зубовъ разныхъ сортовъ, а Paget нашель даже 300.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ на внутренней стѣнкѣ кисты встрѣ-

¹⁾ Virchow's Arch. B. 56. p. 365.

²⁾ Observ. aliquot de ovarii tumor. D. i. Berol. 1864 p. 15.

³⁾ Würtemb. Correspondenzbl. 1844. 10.

чается сѣрое мозговое вещество и незначительное количество поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ.

Кромѣ того встрѣчаются осложненія настоящихъ кистомъ дермоидными. Такіе случаи описаны Eichwald'омъ ¹⁾, Martin'омъ ²⁾, Kreis'омъ ³⁾ и одинъ весьма точно изслѣдованный гистологически Flesch'омъ ⁴⁾. Мнѣніе Flesch'a, что кистомы постепенно переходятъ въ дермоидныя кисты, едва ли можетъ быть принято. Противъ этого говоритъ самая рѣдкость совмѣстнаго существованія тѣхъ и другихъ, что даетъ поводъ считать ихъ скорѣе осложненіями. Въ случаѣ сообщенномъ Rommier ⁵⁾ была двусторонняя дермоидная киста, при чемъ лѣвая была осложнена ракомъ. Heschl ⁶⁾ также нашелъ ракъ въ стѣнкѣ дермоидной кисты.

Припадки и теченіе.

Дермоидныя кисты остаются по большей части безъ измѣненія, въ такомъ случаѣ при жизни бываютъ по большей части неузнаваемы. Въ иныхъ случаяхъ они начинаютъ съ извѣстнаго времени быстро развиваться, и тогда растутъ довольно быстро, сопровождаясь едническими припадками, совершенно похожими на припадки кистомъ.

Иногда онѣ вскрываются въ сосѣдніе органы, чаще всего въ прямую кишку или мочевоу пузырь. Въ послѣднемъ случаѣ въ мочѣ находятъ атероматозныя массы, волоса и даже кусочки костей. Въ случаѣ Blick и Winge ⁷⁾ киста по всей вѣроятности выросла въ мочевоу пузырь, вскрылась и выпятилась своею внутреннею стѣнкою въ пузырь такъ что наконецъ представляла опухоль, покрытую волосами, вдающуюся въ видѣ полипа въ мочевоу пузырь и причинявшую значительныя страданія. Затѣмъ онѣ могутъ вскрываться чрезъ брюшныя стѣнки, и весьма рѣдко чрезъ влагалище. Прободеніе въ брюшную полость съ смертельнымъ исходомъ къ счастью бываетъ также весьма рѣдко.

¹⁾ Würzburger med. Zeitschr. 5. p. 422.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1872. No. 10.

³⁾ Correspondenzbl. schweiz. Aerzte. 1872. No. 100.

⁴⁾ Verhandl. der physikal-med. Gesellsch. in Würzburg. 1872. B. 3. p. 111.

⁵⁾ l. c. p. 39.

⁶⁾ l. c. p. 58.

⁷⁾ Schmidt's Jahrb. 1871. B. 151. p. 294.

Вскрытіе можетъ произойти одновременно въ нѣсколько органовъ. Larrey ¹⁾ видѣлъ прободеніе чрезъ брюшные покровы и въ пузырь; сюда, безъ сомнѣнія, относится также описанный Greenhalgh'омъ ²⁾ случай яичниковой беременности заносомъ, гдѣ полость висты сообщалась съ прямою кишкою пузыремъ и пупкомъ.

До прокола такая киста можетъ быть принята за овариальную кистому, потому что всѣ признаки и даже консистенція будутъ тѣ же, что и при кистомѣ съ коллоиднымъ содержимымъ.

Лечение то же что и при кистомѣ. Овариотомія показана при быстромъ ростѣ опухоли.

Твердыя опухоли яичниковъ.

Фибромы.

Th. S. Lee, Von den Geschwülsten der Gebärmutter. Berlin 1848. p. 259—Kiwisch, Klin. Vortr. II. 2. Aufl. 1852. p. 188. — Rokitansky, Lehrb. d. pathol. Anat. 3. Aufl. 3. B. p. 423 — Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. p. 339. — Virchow, Geschwülste. III. 1. p. 222. — Scanzoni. Krank. d. weibl. Sexualorg, 2. B. 4. Aufl. 1867. p. 127.—Ingham, Amer. J. of Obst. VI. p. 106.—Spencer Wells, Diseases of the ovaries. 1872. p. 49.—Leopold, Archiv f. Gyn. B. VI. H. 2.

Фиброиды встрѣчаются не часто въ яичникѣ, но могутъ, хотя рѣдко, достигнуть громадной величины. Simpson имѣлъ препаратъ въ 56 ф. вѣсу, Spiegelberg ³⁾ описываетъ фиброму (скорѣе фибросаркому) яичника, достигшую колоссальной величины. Нижняя часть живота равнялась 103 снт. въ окружности, наибольшій объемъ равнялся 150 снт., опухоль вѣсила 30 килограммовъ. Опухоль была весьма богата сосудами, весьма толстыми, которые свободно переходили съ брюшной стѣнки на опухоль; при проколѣ опухоли изъ отверстія прокола выпалъ одинъ изъ такихъ сосудовъ толщиною въ тонкій шнурокъ.

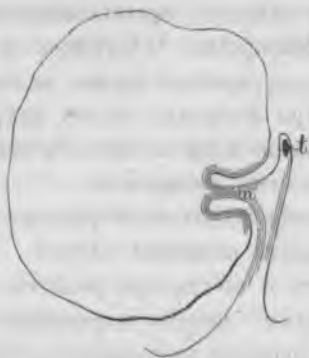
Фибромы яичниковъ развиваются не такъ, какъ маточныя, изъ одного опредѣленнаго мѣста, и не такъ бываютъ ограничены, а потому и не такъ легко вылуциваются; напротивъ, они скорѣе представляютъ равномерную гипертрофію яичника, при чемъ сохра-

¹⁾ Spencer Wells, l. c. p. 65.

²⁾ Lancet. II. 22. Nov. 1870. p. 741.

³⁾ Monatsschr. für Geb. B. 28. p. 415.

няется какъ форма, такъ и нормальное соединеніе его съ широкою связкою. Последнее представляетъ особенное значеніе въ отношеніи кистомъ. Разница въ способъ соединенія всего лучше видна на схематическихъ рисункахъ Leopold'a. Фиг. 116 представляетъ фиброму, которая посредствомъ короткаго но широкаго mesovarium (m) соединяется съ задней поверхностью широкой связки. Труба (t),



Фиг. 116.

Образованіе ножки при фибромахъ яичника. *t* труба, *m* Mesovarium.



Фиг. 117.

Образованіе ножки при кистахъ яичника. *t* труба.

проходящая въ связкѣ сохраняетъ свою нормальную подвижность. При кистомѣ напротивъ (см. ф. 117) яичникъ растягивается въ круглую опухоль, на которую непосредственно переходятъ обѣ пластинки широкой связки, такъ что и труба (*t*) плотно прилегаетъ къ кистѣ. Слѣдовательно при кистахъ ножка образуется изъ самой широкой связки, при твердыхъ же опухоляхъ она образуется изъ короткаго и широкаго mesovarium, вдающагося въ hylus. Въ весьма исключительныхъ случаяхъ впрочемъ и кисты, и твердыя опухоли могутъ такъ глубоко вдаваться въ основаніе широкой маточной связки, что ножки совсѣмъ не существуетъ.

Въ остальномъ фибромы яичниковъ ничѣмъ обыкновенно не отличаются по наружному виду отъ маточныхъ фиброидовъ. Встрѣчаются ли въ яичникѣ чистые фибромы или фиброміомы, еще неизвѣстно, такъ какъ рѣшеніе вопроса, выходитъ ли фиброидъ изъ матки или изъ яичника, даже на трупѣ можетъ быть въ высшей степени трудно. Фибромы, выходящія изъ матки, могутъ имѣть совершенно такое же положеніе, какъ овариальные, причемъ яичникъ можетъ быть такъ атрофированъ давленіемъ или такъ спаяться съ опухолью, что составить какъ бы часть послѣдней. По этому еще неизвѣстно, вы-

ходятъ ли настоящія фибромы только изъ матки, а чистыя фибромы изъ яичниковъ. Virchow утверждаетъ, что фибромы встрѣчаются въ яичникахъ, но что гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ нихъ бываетъ очень мало.

Весьма рѣдко встрѣчаются фибромы разомъ въ обонхъ яичникахъ.

Waldeyer ¹⁾ видѣлъ фиброидъ яичника, представлявшій почти вполне остеонидное строеніе, а Kleinwächter ²⁾ сдѣлалъ кесарское сѣченіе по причинѣ костной опухоли, которой лишь малая часть сохраняла фиброидное строеніе. При фиброидѣ могутъ находиться и кисты; въ такомъ случаѣ обыкновенно фиброма бываетъ осложнена кистовидно-перерожденнымъ графовымъ пузырькомъ.

Rokitansky и Klob описали развитіе небольшихъ фибромъ изъ corpus luteum; Jenks ³⁾ также наблюдалъ подобный случай

Припадки бываютъ тѣ же, какъ и всегда при развитіи опухоли въ маломъ тазу, и не представляютъ ничего характеристичнаго.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ фибромы нагнаиваются. Такіе случаи видѣли Kiwisch и Safford Lee ⁴⁾. Rokitansky ⁵⁾ видѣлъ гнойное распаденіе фиброида величиною съ гусиное яйцо, происшедшее послѣ родовъ.

Точное распознаваніе едва ли возможно. По вышеописаннымъ признакамъ можно опредѣлить происхожденіе опухоли изъ яичника, но дифференціальная діагностика этихъ опухолей отъ маточныхъ фиброидовъ во всякомъ случаѣ весьма затруднительна. Если можно убѣдиться, что опухоль выходитъ изъ яичника, то отъ кисты ее можно отличить по твердости, малой подвижности и медленному росту; а отъ раба—по медленности роста и ограниченности.

Предсказаніе лучше, чѣмъ при другихъ опухоляхъ яичника, потому что ростъ ихъ обыкновенно очень медленный, а иногда опухоль остается все время безъ измѣненія. Но оостѣненіе также можно считать хорошимъ исходомъ.

Леченіе должно быть чисто симптоматическое. Овариотомію, которая здѣсь опаснѣе, чѣмъ при кистомахъ, слѣдуетъ производить

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. 2. p. 440.

²⁾ Arch. f. Gyn. B. 4. p. 171.

³⁾ Amer. J. of Obst. Vol. VI. p. 107.

⁴⁾ l. c. p. 261.

⁵⁾ l. c. p. 424.

только тогда, когда она показана, вследствие чрезвычайной величины опухоли.

Ракъ ячника.

Förster, Verh. d. Würzburg. phys. med. ges. B. X. p. LXXIV. — Klob. Pathol. Anat. d. weibl. Sex. 1864. p. 369. — Waldeyer, Arch. f. Gyn. B. I p. 307. — Thomas, Amer. J. of Obst. IV. p. 76. — Spencer Wells, Diseases of the ovaries 1872. p. 54. — Leopold. Arch. f. Gyn. B. VI. H. 2.

Причины.

Первичный ракъ ячника (о послѣдовательномъ, который не представляетъ спеціального интереса, мы говорить не будемъ), встрѣчается весьма рѣдко и поражаетъ чаще оба ячника. Онъ встрѣчается не особенно часто у пожилыхъ женщинъ, но свойственъ напротивъ, какъ кажется болѣе молодымъ и можетъ являться даже ранѣе возраста половой зрѣлости.

Патологическая Анатомія.

Карциномъ въ ячникѣ встрѣчается въ двухъ различныхъ формахъ. Впервыхъ онъ является въ видѣ разлитой инфильтраціи стромы, такъ что весь ячникъ представляетъ роговую массу, обруженную брюшиною и сохраняющую форму ячника. Такого рода перерожденіе ячника можетъ достигнуть величины головы взрослою человѣка.

Гораздо рѣже бываетъ, что въ здоровой вообще ткани ячника образуются одинъ или два рабовыхъ узла, которые увеличиваясь, превращаютъ ячникъ въ бугристую опухоль.

Кромѣ того встрѣчаются канцероидныя формы, образующіяся во многихъ случаяхъ изъ капиллярныхъ разращеній кистъ, и являющіяся иногда и независимо отъ послѣднихъ. Онѣ разрастаются въ полость брюшины и, подвергаясь распаденію, вызываютъ смертельный перитонитъ.

Первоначальное развитіе карцинома ячника сводится на эпителиальные элементы желѣзокъ, слѣдовательно фолликулы или ихъ зачатки.

Но такъ какъ и настоящія кистомы, какъ желѣзистыя образованія, обуславливаются пролифераціею и проростаніемъ эпителия въ строму, то не удивительно, что могутъ встрѣчаться переходныя и смѣшанныя формы, которыя можно назвать *Kystoma carcinomatosum*.

Такие случаи видѣли Bruch ¹⁾, Spiegelberg ²⁾, Wagner ³⁾ и мы сами на обоихъ сторонахъ у одной сумасшедшей.

Карцинома яичника всегда значительно раздражаетъ брюшину, такъ что обыкновенно образуется водянка, а нерѣдко и мѣстныя острия воспаленія брюшины. Въ иныхъ случаяхъ присутствіе обильнаго эксудата, утолщенія и развитіе сосудовъ брюшины явственно указываютъ на хроническій перитонитъ.

Карцинома, особенно при образованіи ограниченныхъ узловъ, легко переходитъ на сосѣдніе органы и распространяется черезъ ножку на тазовую вѣтчатку или прободаетъ эпителий слизистой оболочки яичника и образуетъ грибовидныя разрощенія въ брюшную полость.

Признаки.

Въ началѣ бываютъ тѣже явленія, какія свойственны и доброкачественнымъ опухолямъ яичника. Но затѣмъ слѣдуетъ быстрый ростъ опухоли съ припадками хроническаго перитонита и состояніе больной значительно ухудшается, пока наконецъ послѣдуетъ смерть отъ воспаленія брюшины, маразма, суженій кишекъ и т. п.

Распознаваніе-

Въ началѣ можно опредѣлить только твердую опухоль яичника, причемъ двухстороннее страданіе говоритъ обыкновенно въ пользу рака и противъ фибромы. Но ухудшеніе общаго состоянія и накопленіе жидкости въ брюшной полости вскорѣ наводитъ на подозрѣніе о ракѣ. Отекъ нижнихъ конечностей появляется также весьма рано. Далѣе опухоль весьма чувствительна и сопровождается самостоятельными болями. Если при этомъ опухоль быстро растетъ при ухудшеніи общаго состоянія и увеличеніи брюшной водянки, то распознаваніе едва-ли будетъ ошибочно. Въ обоихъ случаяхъ чистой карциномы яичника, которые мы наблюдали, было весьма характеристично то, что при существованіи явной опухоли яичника, повообразование перешло съ основанія опухоли на тазовую вѣтчатку, вслѣдствіе чего опухоль стала неподвижною.

Леченіе.

Такъ какъ оваріотомія можетъ быть показана развѣ только въ

¹⁾ Zeitschr. f. rat. Medicin. B. 8. p. 125.

²⁾ Monatsschr. f. Geb. B. 14. p. 200.

³⁾ Arch. d. Heilk. V. p. 92.

самомъ началѣ, когда діагнозъ злокачественнаго страданія еще не можетъ быть поставленъ, то остается по возможности уменьшать страданія больныхъ исключительно симптоматическимъ путемъ, пока смерть не положитъ конца этимъ страданіямъ.

Саркома яичника.

Wilks, Pathol. Transactions. London. X. p. 146. — Virchow, Geschwülste. I. p. 369.—Hertz, Virchow's Archiv. B. 36. p. 97.—Szurminski, Diss. inaug. Breslau 1872.—Lobeck, Winkel, Berichte u. Studien etc. Leipzig 1874. p. 353.—Beigel, Krankh. d. weibl. Geschlechts. Erlangen 1874. p. 440.—Leopold, Arch. f. Gyn. B. VI. H. 2.

Саркома встрѣчается въ яичникѣ чрезвычайно рѣдко въ видѣ веретенообразно-клетчатой саркомы и притомъ по большей части съ обѣихъ сторонъ. Она развивается изъ соединительно-тканной стромы яичника, которая и въ нормальномъ состояніи содержитъ маленькія короткія веретенообразныя клетки. Особенно сильно бываютъ развиты сосуды, такъ что опухоль принимаетъ кавернозный видъ. Большія графовы пузырьи также разрастаются при этомъ и саркома можетъ осложниться кистомою. Встрѣчаются и еще болѣе сложныя формы опухолей. Такъ Spiegelberg¹⁾ описалъ Myosarcoma carcinomatodes, саркоматозное перерожденіе въ слизистой основной ткани, мѣстами съ явственными эпителиальными ячейками.

Саркоматозная опухоль, образующая, подобно фибромѣ, равномерную гипертрофію яичника, можетъ достигнуть значительной величины, хотя опухоль, описанная Clemens'омъ²⁾ подъ именемъ медулярной саркомы, имѣвшая 80 ф, вѣсу, едва ли сюда относится.

Теченіе повидимому очень быстрое и предсказаніе такъ же неблагоприятно, какъ при ракѣ.

Распознаваніе очень трудно. Быстрый ростъ, раннее появленіе брюшной водянки и чувствительность указываютъ только на злокачественность опухоли вообще, причѣмъ отсутствіе метастазовъ и нѣсколько большая подвижность говоритъ противъ рака.

Леченіе здѣсь то же, что и при ракѣ. Надежды на радикальное излеченіе здѣсь повидимому больше, вслѣдствіе того, что саркома не распространяется такъ на соединительную ткань.

¹⁾ Monatsschr. f. Geb. B. 30. p. 380.

²⁾ Deutsche Klin. 1873. No. 3.

Папиллома яичника.

Gusserow und Eberth. Vibchow's Archiv. B. 43. p. 14.—Klebs, Handbuch d. pathol. Anat. 4. Aufl. 1873. p. 794.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ съ верхней поверхности яичника развивается сосочковое новообразованіе въ видѣ цвѣтной калусты, состоящее изъ цилиндрическаго или многослойнаго плоскаго эпителия и сильно развѣтвляющееся. Въ чрезвычайно интересномъ случаѣ, сообщенномъ Gusserow'ымъ и Eberth'омъ, такая опухоль обусловила значительную брюшную водянку съ прободеніемъ пупка и выпада-ніемъ кишки.

Бугорчатка яичника

встрѣчается, повидимому, чрезвычайно рѣдко и не имѣетъ никакого практическаго значенія ¹⁾.

БОЛѢЗНИ МАТОЧНЫХЪ СВЯЗОКЪ И ОКОЛО ЛЕЖАЩИХЪ ЧАСТЕЙ БРЮШИНЫ.

Болѣзни круглыхъ связокъ.

Rau, Neue Zeitschr. der G. B. 28. p. 289.

Круглыя связки составляютъ продолженіе поверхностнаго мышечнаго слоя матки, почему и принимаютъ въ страданіяхъ матки самое близкое участіе.

Онѣ получаютъ особенное значеніе при опредѣленіи неправильностей образованія, такъ какъ указываютъ границу между рогами матки и фаллопиевыми трубами. Ихъ не бываетъ съ одной стороны или съ обѣихъ, когда не бываетъ матки и трубъ.

Онѣ также принимаютъ участіе въ увеличеніи матки. Это всего яснѣе наблюдается при беременности, когда онѣ, гипертрофируясь, превращаются въ твердые канатики, которые прощупываются по бокамъ матки, особенно у первородящихъ, у которыхъ онѣ способны сокращаться.

¹⁾ Klob, Pathol. Anatom. d. weibl. Sev. p. 372 u. Spencer Wells, l. c. p. 64.

Практическое значеніе представляют собственно только опухоли круглыхъ связокъ, такъ какъ могутъ быть смѣшаны съ грыжами. Варикозныя расширенія венъ круглыхъ связокъ узнаются легче, хотя Voivín и Duges ¹⁾ указываютъ случай, гдѣ значительная варикозность обѣихъ круглыхъ связокъ, была принята за двухстороннюю паховую грыжу.

Гораздо легче можно впасть въ ошибку при hydrocele lig. rotundi.

Hydrocele lig. rotundi.

Regnoli. Archives génér. 2. série. t. V. 1834.—Sacchi, Oesterreich Jahrb. 1833. B. 14.—Polant, Prager Vierteljahresschrift. 1845. I, p. 125.—Bends, Hosp. Moddelelser, B. V. H. 3. 1853.—Aubenas, Des tumeurs de la vulve. Thèse. Strasbourg. 1860. p. 44.—Hart, Amer. J. of Obst. Vol. IV, p. 15.—Hennig, Zeitschr. f. Med., Chir. u. Geb. 1868. No 6.

Кромѣ простаго опуханія вслѣдствіе отека одѣвающей круглую связку соединительной ткани, который описывается также подъ именемъ hydrocele, различаютъ двѣ формы: одну внѣбрюшинную и другую внутребрюшинную. Первая образуется въ настоящемъ Gubernaculum Hunteri (позднѣе lig. rotundum у женщинъ), или въ видѣ новообразованія кисты, или же, если, какъ утверждаетъ С. Н. Weber, Gubernaculum есть первоначально полый каналъ, то вслѣдствіе незаростанія канала.

Вторая форма образуется вслѣдствіе того, что у женщинъ въ псевдоцитальныхъ случаяхъ образуется также настоящій processus vaginalis peritonei, который чрезъ паховой каналъ проходитъ въ венеричу бугру. Если онъ облитерируется только у внутренняго паховаго кольца, то первоначально интраперитонеальная полость канала можетъ превратиться въ hydrocele. Мы сами видѣли случай, гдѣ серозное содержимое уходило при давленіи обратно въ брюшную полость и гдѣ, слѣдовательно, существовало сообщеніе processus vaginalis съ брюшною полостью.

Hydrocele представляетъ мягкую, прозрачную опухоль величиною съ яйцо, которую нерѣдко смѣшивали съ грыжей и производили грыжесѣченіе.

¹⁾ Atlas, Pl. 32, Fig. 3.

Периметритъ или тазовой перитонитъ и параметритъ (Perimetritis seu Pelveoperitonitis et Parametritis).

Grisolle, Archives, génér. de med. III. Sér. T. IV. 1839. — Marchal de Calvi, Des abcès phlegmoneux intrapelviens. 1844. — Nonat, Gaz. des hôp. 1850. No. 25 и 1859. No. 125 и Traité prat. des mal. de l'uterus etc. Paris. 1860. p. 232 и 710.—Valleix, Union méd. 1853. No. 125.—Gallard, Gaz. des hôp. 1855. No. 128 и Annales de Gynécologie Février 1874. — Becquerel, Maladies de l'uterus. Paris. 1859. T. I, p. 438. — Bernutz et Goupil, Archives génér. 1857. Mars-April. I. p. 285 и 419 и Clinique méd. II. p. 1 и Bernutz, Archives de Tocologie. Mars. 1874.—Aran, Bulletin de thérap. 1859. Juillet-Août и Leçons cliniques p. 653. — Bennet, On inflammation of the uterus. London. 1853. p. 225.—Peaslee, Edinburgh med. J. Juli 1855. — Ch. Bell, Edinb. med. J. Oct. и Dec. 1856 и Januar 1857.—Simpson, Med. Times, July-August 1859, Edinb. monthly J. December 1852, Sel. Obst. Works 1871. p. 811.—Matthews Duncan, A practical treatise on perimetritis and parametritis. Edinb. 1868.—Klob, Wiener med. Woch. 1862. No. 48 и 49 и Pathol. Anat. d. weibl. Sex. p. 392. — Noeggerath, Die latente Gonnorrhoe im weibl. Geschl. Bonn 1872.—Brown, Amer. J. of med. sc. July 1872. p. 56. — Smith, Boston gyn. J. Vol. VII. p. 113. — Aitken, Edinburgh Obst. Tr. Vol. II. p. 77. — Spiegelberg in Volkmann's Samml. klin. Vortr. No. 71.

Объ отношеніи периметрита—воспаленія тазовой части брюшины, и потому правильнѣе pelveometritis, —есть параметриту — воспаленію соединительной ткани, лежащей подъ брюшиною, было много споровъ, и, какъ всегда въ подобныхъ обстоятельствахъ, многіе авторы такъ сильно стояли за одну изъ этихъ формъ, что вполне отвергали существованіе другой. Особенно оживленные споры велись во Франціи, гдѣ за pelveoperitonitis особенно стояли Bernutz, Goupil и Aran, а за parametritis—Nonat и Simpson въ Англии.

Вопросъ этотъ рѣшить не совсѣмъ легко, такъ какъ сдѣлать совершенно точную діагностику на живой женщинѣ очень трудно, а вскрытія при этой болѣзни случаются чрезвычайно рѣдко. Кроме того, даже и при вскрытіи рѣшеніе вопроса бываетъ затруднительно, потому что интраперитонеальные экссудаты могутъ быть покрыты новообразованной перепонкой, которая имѣетъ большое сходство съ брюшиною.

Мы, какъ это выяснится впоследствии, того мнѣнія, что parametritis есть воспаленіе клетчатой ткани, происходящее вслѣдствіе зараженія гнилостными веществами, поэтому весьма часто появляю-

щееся въ послѣродовомъ періодѣ, и довольно рѣдко внѣ этого состоянія, а perimetritis есть мѣстное воспаленіе брюшины, которое можетъ быть вызвано и дѣйствительно вызывается самыми разнообразными причинами.

Умалчивая о пuerперальныхъ воспаленіяхъ, мы намѣрены рассмотреть оба эти страданія въ отдѣльности, причемъ сперва будемъ говорить о периметритѣ, который внѣ послѣродоваго періода встрѣчается повсякомъ случаѣ чаще и притомъ гораздо важнѣе, а затѣмъ о параметритѣ.

Perimetritis, Pelveoperitonitis.

Причины.

Пельвиперитонитъ можетъ быть вызванъ цѣлымъ рядомъ самыхъ разнообразнѣйшихъ причинъ. Такъ, онъ можетъ образоваться, какъ это часто случается въ послѣродовомъ періодѣ, изъ parametritis, вслѣдствіе дальнѣйшаго распространенія воспаленія.

Особенно часто является онъ, какъ осложненіе цѣлаго ряда заболѣваній матки. Такъ весьма легко онъ присоединяется къ Metritis и Endometritis. Затѣмъ онъ образуется при растяженіяхъ матки, какъ напримѣръ при гематометрѣ и фиброидахъ, далѣе при измѣненіяхъ положенія матки, особенно при выворотѣ и выпаденіи, а также при искривленіяхъ и наклоненіяхъ. Далѣе развивающіяся злокачественныя новообразованія матки обусловливаютъ всегда периметритъ.

Рѣже образуется Pelveoperitonitis вслѣдствіе воспаленія или незначительнаго увеличенія яичниковъ. Но обыкновенно появляется вслѣдъ за разрывомъ малыхъ кистъ яичника или абсцессовъ, а также вслѣдствіе кровоизліяній изъ лопнувшихъ вепъ или Граафова пузырька, если при этомъ было значительное кровотеченіе. При очень большихъ опухоляхъ яичниковъ онъ представляетъ весьма обыкновенное осложненіе.

Нерѣдко периметритъ начинается отъ фаллопиевыхъ трубъ. Это происходитъ при увеличеніи и новообразованіяхъ этихъ органовъ, или при вытеканіи крови изъ Ostium abdominale, особенно же часто при воспаленіи слизистой оболочки трубъ, при чемъ, или воспалительный процессъ отъ Ostium abdominale распространяется на сосѣдную брюшину, или продукты воспаленія—катарральный секретъ и гной—изливаются чрезъ Ostium abdominale. Такииъ путемъ обра-

зается часто pelveoperitonitis при трипперѣ, чему уже прежде Ver-nutz придавалъ большое значеніе, а въ послѣднее время Noeggerath и Giles ¹⁾ частое появленіе pelveoperitonitis у публичныхъ женщинъ и благоприятное теченіе его приписываетъ также трипперу ²⁾.

Noeggerath въ Нью-Йоркѣ считаетъ трипперъ у мужчины неизлечимымъ и думаетъ, что онъ, хотя повидимому и излечивается, но остается скрытымъ и обыкновенно заражаетъ женщину. Эта послѣдняя получаетъ воспаленіе слизистой оболочки отъ входа влагалища до яичника. N. строго проводитъ этотъ взглядъ. На сдѣланныя замѣчанія, что послѣ этого при частотѣ триппера у мужчинъ (по вычисленіямъ его и Ricord'a 80%) всѣ женщины должны быть больны, онъ возражаетъ: „Онѣ и дѣйствительно всѣ больны. Дѣло дошло до того, что молодыя дѣвицы боятся вступать въ бракъ, потому что знаютъ, что всѣ ихъ знакомыя послѣ того заболѣвали и уже не выздоравливали“. По его мнѣнію гоноррея у женщинъ появляется въ видѣ остраго периметрита (также какъ въ пузэрпері), рецидивирующаго периметрита, хроническаго периметрита и воспаленія яичниковъ. Катарръ трубъ играетъ при этомъ главную роль, такъ какъ вслѣдствіе мгновеннаго излитія лишь нѣсколькихъ капель секрета, вслѣдствіе сокращенія трубъ, образуются разнообразнѣйшія формы периметрита до остраго, быстро убивающаго, воспаленія брюшины. Безплодіе также весьма обыкновенно бываетъ слѣдствіемъ скрытой гонорреи и если произойдетъ зачатіе, то затѣмъ часто слѣдуетъ выкидышъ, преждевременные роды и периметритъ во время беременности и послѣ родовъ.

Безъ сомнѣнія, опасенія N. преувеличены, но мы считаемъ долгомъ подтвердить, что хроническія воспаленія половыхъ органовъ: катарръ влагалища, Endometritis, Metritis и периметритъ дѣйствительно весьма часто происходятъ вслѣдствіе триппернаго зараженія.

Конечно мы сомнѣваемся въ безусловномъ существованіи всякій разъ катарра трубъ и такомъ рѣшительномъ этиологическомъ значеніи его относительно периметрита при гонорреѣ. Мы того мнѣнія, что часто эндометритъ обуславливаетъ метритъ, а этотъ послѣдній осложняется периметритомъ.

Pelveoperitonitis можетъ также происходить вслѣдствіе расстройства менструаціи, во первыхъ при дисменорреѣ и затѣмъ при быстрой остановкѣ мѣсячныхъ (suppressio). Но въ послѣднемъ случаѣ острое воспаленіе матки и ея покрова есть конечно явленіе первичное, а suppressio—только первый припадокъ заболѣванія.

Трауматическія поврежденія могутъ также обуславливать воспа-

¹⁾ Brit. med. Journal 1871. p. 539.

²⁾ Смотри еще Macdonald, Edinb. med. J. June. 1873. p. 1086.

лені серозной оболочки таза. При этомъ рѣже оказываютъ вліяніе толчки въ нижнюю часть живота или случайны поврежденія, чѣмъ врачебныя приемы, особенно кровавыя операціи, введеніе зондовъ, внутриматочныхъ пессаріевъ и т. п. Совокупленіе также считаютъ за трауму, вызывающую периметритъ, однако сомнительно, заключается ли причина въ такихъ случаяхъ въ трипперномъ зараженіи, хотя бы это было у молодыхъ замужнихъ женщинъ или у проституткоуь.

Въ заключеніе мы должны обратить вниманіе на то, что процессы, сопровождающіеся, совершенно независимо отъ половой сферы, хроническимъ воспаленіемъ брюшины, могутъ также вызвать хроническое воспаленіе и тазовой серозной оболочки. Къ такимъ процессамъ относятся туберкулезныя и карциноматозныя новообразованія брюшины или сальника. Въ отношеніи дифференціальной діагностики они имѣютъ громадное гинекологическое значеніе.

Bernutz представляетъ слѣдующую таблицу относительно этиологии въ 99 случаяхъ pelveoperitonit'a, которая впрочемъ имѣетъ весьма ограниченное значеніе.

43 периметрита произошло послѣ родовъ.

28 послѣ триппернаго зараженія.

28 менструальнаго происхожденія.

8 травматическихъ		3 послѣ excessus in venere,
		2 послѣ сифилитическихъ страданій шейки,
		2 послѣ введенія зонда,
		1 послѣ рузавнаго душа.

Патологическая анатомія.

Периметритъ представляетъ воспаленіе тазовой части брюшины, которое можетъ достигнуть различной степени.

При легкихъ формахъ воспаленія не остается никакихъ измѣненій страдавшихъ частей или являются только незначительныя отложенія и утолщенія брюшины.

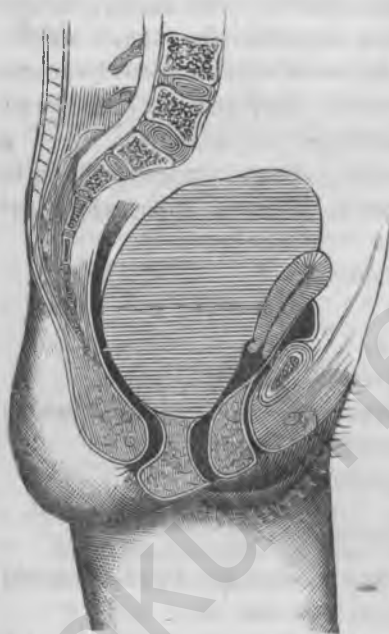
Но весьма часто вслѣдствіе образованія ложныхъ перепонъ происходятъ срощенія между отдѣльными органами малаго таза. Такъ труба и яичники бывають часто смѣщены, по большей части вздѣ и приростають къ маткѣ или брюшинѣ задней стѣнки таза. Матка также весьма часто бываеть прирощена вздѣ, въ сторону и рѣже впередъ. Всякая часть тазовой брюшины можетъ также сростись съ вышележащими органами особенно съ кишками и сальникомъ.

Эти сращения бывают иногда чрезвычайно тонки и нѣжны, такъ что соединяютъ органы на подобіе паутины. Въ другихъ случаяхъ образуются толстыя и широкія ложныя перепонки, перекинутыя въ видѣ мостика съ одного органа на другой, или лежащія въ видѣ пленокъ на маткѣ и ея сосѣднихъ органахъ. Если образуется нѣсколько слоевъ такихъ ложныхъ перепонокъ одинъ на другомъ, то между ними могутъ накопляться значительныя количества желтоватой серозной жидкости. Подобное явленіе можетъ произойти, когда Дугласово пространство отдѣляется ложною перепонкою отъ полости брюшины. Въ промежуткахъ между отдѣльными

ложными перепонками и въ такихъ пространствахъ отдѣленныхъ ими, можетъ выдѣляться этими перепонками тонкая, желтоватая серозная жидкость, вслѣдствіе чего образуются совершенныя кисты. Онѣ лежатъ въ такомъ случаѣ въ Дугласовомъ пространствѣ и при продолжающемся выдѣленіи могутъ растянуть его, какъ при Наематоселе, въ очень большую опухоль (см. фиг. 118). Они могутъ находиться и на всякомъ другомъ мѣстѣ и образуютъ въ такомъ случаѣ между перепонками серозныя скопленія желтаго цвѣта, нѣсколько плоской формы, которыя однако при продолжающемся выдѣленіи становятся болѣе круглыми и могутъ быть приняты за кисты.

Если периметрить значительнѣе, то продуктъ его—жидкій серозный или плотный фибринозный экссудатъ, а въ болѣе трудныхъ случаяхъ даже гнойный экссудатъ—изливается въ полость брюшины.

Экссудатъ этотъ скопляется въ самыхъ нижнихъ частяхъ брюшной полости, стекаетъ въ Дугласово пространство и здѣсь представляется въ различномъ видѣ. Пока онъ жидокъ, то относительно наполненія Дугласова пространства вполне замѣняетъ кишечныя петли. Если пузырь и заднепроходная кишка пусты (см. ф. 53 на стр.



Фиг. 118.
Pelveoperitonitis serosa Дугласова пространства.

190), то между задней стѣнкой матки и передней прямой кишки образуется большое пространство, которое въ нормальномъ состояніи наполнено бываетъ кишечными петлями, а въ данномъ случаѣ эксудатомъ, который однакоже тяжелѣе кишекъ и потому послѣднія плаваютъ надъ нимъ. Пока эксудатъ жидокъ, то при наполненіи мочевого пузыря или прямой кишки, по мѣрѣ сближенія матки и заднепроходной кишки, онъ тотчасъ удаляется въ остальную часть брюшной полости и по этой причинѣ при двойномъ способѣ изслѣдованія его также трудно прощупать, какъ и пустыя кишки въ Дугласовомъ пространствѣ, потому что и тотъ и другія ускользаютъ отъ оцупывающаго пальца. Такимъ образомъ Дугласово пространство наполняется жидкимъ эксудатомъ настолько, насколько допускаютъ это мочевой пузырь и прямая кишка. Когда эксудатъ сгущается, отвердѣваетъ, — картина измѣняется. Тогда онъ остается на своемъ мѣстѣ и такъ какъ не ускользаетъ болѣе, то конечно можетъ быть прощупанъ пальцами (см. ф. 45). Совершенно такимъ же представляется жидкій эксудатъ инкапсулированный вверху такъ, что не можетъ болѣе возвращаться въ брюшную полость. Въ этомъ случаѣ, если послѣ инкапсулированія выпотѣніе въ заключенномъ пространствѣ продолжается, происходитъ еще другое явленіе. Такъ какъ при этомъ стѣнки этой полости сильно растягиваются, дно Дугласова пространства вытягивается книзу, прямая кишка сдавливается, а матка прижимается напередъ къ лонному соединенію, то образуется значительная, упругая замочная опухоль, которая представляетъ тѣже свойства, какъ кровяная опухоль при Haematocoele (см. ф. 118).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда Дугласово пространство приращено, а возлѣ него въ инкапсулированномъ пространствѣ продолжается выпотѣніе, то опускаются внизъ и вытягиваются другія части брюшины, такъ какъ нормальная брюшина растягивается легче, чѣмъ плотныя ложныя перепонки. При этихъ обстоятельствахъ образуются сбоку и даже спереди матки опухоли спускающіяся глубоко внизъ и принимающія совершенно такое же положеніе, какъ параметрическіе эксудаты.

Если брюшинный эксудатъ очень обилень, то можетъ выполнить всю нижнюю часть брюшной полости, такъ что достигнетъ черезъ дно матки до пузыря и даже до передней брюшной стѣнки, кишки же будутъ плавать поверхъ его. Но и тогда онъ можетъ еще инкапсулироваться или весаться.

Что касается исходовъ этихъ разнообразныхъ формъ продук-

товъ периметрига, то простыя воспалительныя утолщенія брюшины а равно и сращения, въ большинствѣ случаевъ остаются безъ измѣненій; хотя, повидимому, сращения между отдѣльными органами иногда истончаются и растягиваются и даже, можетъ быть, въ иныхъ случаяхъ совершенно всасываются.

Желтые серозные эксудаты въ промежуткахъ ложныхъ перепонъ и въ Дугласовомъ пространствѣ могутъ оставаться въ одномъ и томъ же состояніи, но къ нимъ могутъ еще присоединиться кровоизліянія и кромѣ того послѣдовательное нагноеніе. Въ иныхъ же случаяхъ вполнѣдствіи происходитъ всасываніе.

Фибринозные и гнойные эксудаты подвергаются обыкновенно болѣе или менѣе совершенному всасыванію по прекращеніи воспаления, но могутъ также долгое время оставаться въ видѣ инкапсулированныхъ гнойниковъ или превратиться въ тазовые абсцессы, которые при неблагоприятныхъ обстоятельствахъ могутъ вскрыться и вызвать общее воспаленіе брюшины.

Обыкновенно вскрытіе абсцесса происходитъ наружу или во внутренніе органы. Если абсцессъ направляется наружу, то онъ вскрывается въ паховомъ сгибѣ между внутреннимъ и наружнымъ паховыми отверстіями. Онъ можетъ однако вскрыться и сбоку задняго прохода и въ верхней внутренней части бедра и даже чрезъ *foramen obturatorium*. Рѣдко происходитъ вскрытіе чрезъ *foramen ischiacium* и чрезъ сѣдалищныя мышцы. Очень большіе абсцессы могутъ вскрыться надъ гребешкомъ подвздошной кости или еще выше на спинѣ.

Вскрытіе внутрь происходитъ чаще *per rectum*, затѣмъ *per vaginam*, и лишь случайно въ мочевоѣ пузырь. Весьма рѣдко происходитъ вскрытіе въ брюшную полость съ мгновеннымъ смертельнымъ исходомъ или съ послѣдовательнымъ общимъ перитонитомъ. Чрезвычайно рѣдко вскрывается абсцессъ въ матку.

Встрѣчаются также нѣсколько одновременныхъ вскрытій: такъ Duncan сообщаетъ случай одновременнаго вскрытія въ *rectum* и въ пузырь. Simpson ¹⁾ также видѣлъ послѣ такого вскрытія абсцесса образованіе ректовезикальной фистулы (чрезвычайно рѣдкое явленіе у женщины). Другая такая же фистула, которую онъ наблюдалъ ²⁾, проходила чрезъ яичникъ. Кромѣ этихъ Simpson сообщаетъ слу-

¹⁾ Sel. obst. and gyn. Works. Edinburgh 1871. p. 812.

²⁾ e. I. p. 816.

чая двойнаго прободенія, въ которыхъ произошли пузырьно-маточные и маточно-кишечные свищи.

Какъ послѣдовательное измѣненіе матки при периметритѣ, Klob ¹⁾ наблюдалъ жировое перерожденіе наружнаго слоя мышцъ, подобное тому, какое бываетъ въ мускулатурѣ сердца при перикардитѣ.

Признаки и теченіе.

Периметритъ, который есть ничто иное, какъ мѣстное воспаленіе брюшины, можетъ являться въ острой и хронической формѣ.

Хроническая форма образуется при многихъ страданіяхъ матки, обуславливающихъ постоянное раздраженіе брюшнаго покрова. Такъ при Haematometra, при фиброидахъ, при измѣненіяхъ положенія матки, при ракѣ, при дисменорреѣ, также при увеличеніи фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ. Воспаленіе матки и излитіе гноя или крови чрезъ Ostium abdominale трубы сопровождается не всегда острымъ, а напротивъ гораздо чаще хроническимъ воспаленіемъ тазовой части брюшины. По этому при зараженіи трипперомъ является обыкновенно пельвиоперитонитъ.

Теченіе болѣзни въ этихъ случаяхъ совершенно хроническое. Больныя никогда не представляютъ остраго и лихорадочнаго страданія и всегда могутъ опредѣлить начало своей болѣзни съ точностью. Рѣдко не бываетъ никакихъ припадковъ, даже болей въ животѣ; иногда единственнымъ признакомъ начинающейся болѣзни бываетъ частый позывъ къ мочеиспусканію. Гораздо чаще больныя чувствуютъ себя вообще нехорошо съ самаго начала, хотя остаются на ногахъ. Продолжительныя боли въ нижней части живота, весьма беспокоящія ихъ, невозможность работать, постоянные запоры или продолжительные поносы, не перестаютъ съ самаго начала болѣзни. Вслѣдствіе расстройства отпавленій кишечнаго канала и часто полнаго отсутствія аппетита больныя сильно худѣютъ.

Какъ при хроническомъ метритѣ, такъ и при хроническомъ периметритѣ происходятъ весьма рѣдко временныя ухудшенія, которыя часто, хотя не всегда, связаны съ временемъ менструаціи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, страданія бываютъ чрезвычайно незначительны, и состоятъ даже при значительныхъ сращеніяхъ въ маломъ тазу только во временныхъ боляхъ нижней части живота,

¹⁾ l. c. p. 397.

которыя усиливаются лишь при значительномъ напряженіи брюшнаго пресса, при чемъ матка измѣняетъ свое положеніе.

Совокупленіе при хроническомъ периметритѣ причиняетъ также очень часто сильныя боли; это происходитъ отчасти вѣроятно потому, что подѣ влияніемъ болѣе сильной гипереміи существующая чувствительность усиливается; но главнымъ образомъ причину слѣдуетъ искать въ травматическомъ влияніи, и растяженіи сросшейся матки. Всего яснѣе выражается эта причина при глубокомъ положеніи матки въ тазу. Мы наблюдали подобный случай, при чемъ явленія вагинизма, при полной проходимости входа рукава, объясняли только происхожденіемъ отъ матки.

Нерѣдко появляется pelveoperitonitis въ совершенно острой формѣ. Это чаще всего случается при пuerперальныхъ формахъ, которыя мы здѣсь не разсматриваемъ; за тѣмъ вообще во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ является продолженіемъ первичнаго параметрита, слѣдовательно въ особенности послѣ нѣкоторыхъ способовъ леченія, напр. впрыскиваній, прессованныхъ губокъ, зондированія, внутрематочныхъ пессаріевъ и послѣ нѣкоторыхъ кровавыхъ операцій. Кроме того острый периметритъ можетъ образоваться при Endometritis и Metritis и особенно часто вслѣдствіе значительныхъ изліяній гноя или крови изъ брюшнаго отверстія фаллопиевыхъ трубъ. По этому и при трипперныхъ страданіяхъ нерѣдко появляются острия формы воспаленія. Простуда, особенно во время регуль, можетъ также вызвать периметритъ при явленіяхъ suppressionis mensium.

Болезнь въ этомъ случаѣ представляетъ картину остраго мѣстнаго воспаленія брюшины. При ознобѣ и ощущеніи холода, часто даже и безъ этого, температура поднимается, пульсъ учащается, и въ нижней части живота появляются сильныя боли и значительная чувствительность при давленіи. Можетъ также появиться сильное вздутіе живота (meteorismus) и рвота.

При изслѣдованіи, въ первое время заболѣванія животъ бываетъ такъ чувствителенъ, что произвести точное гинекологическое изслѣдованіе невозможно. При изслѣдованіи per vaginam, кромѣ возвышенной температуры разрыхленной слизистой оболочки и пульсаціи во влагалищѣ, никакихъ другихъ измѣненій найти невозможно. Пульсація во влагалищѣ ни въ какомъ случаѣ не составляетъ спеціальнаго признака какой нибудь особой болѣзни, на что слѣдуетъ обратить вниманіе, такъ какъ Nonatъ считаетъ ее характеристическимъ явленіемъ при флегмонозныхъ опухоляхъ, напротивъ, она встрѣ-

чается всего чаще при опухоляхъ матки и ея сосѣднихъ органовъ (беременность, фиброиды, оваріальныя опухоли и т. д.), затѣмъ при воспаленіи матки и ея придатковъ, (Metritis, Peri-и parametritis).

Течение остраго пелвиперитонита представляетъ слѣдующія видоизмѣненія. Нерѣдко поражаетъ воспаленіе всю брюшину съ исходомъ свойственнымъ общему перитониту, всего чаще, слѣдовательно, смертельнымъ. Воспаленіе можетъ также ограничиться, такъ что остаются только измѣненія имъ произведенныя, или оно переходитъ въ хроническое состояніе, обусловливающее продолжительное страданіе и нерѣдко возвратъ остраго воспаленія.

Если острый періодъ периметрита прошелъ, или воспаленіе съ самаго начала было хроническимъ, то при изслѣдованіи оказываются весьма интересныя и разнообразныя явленія, смотря по происшедшимъ измѣненіямъ.

Если патологическія измѣненія ограничиваются одними отложеніями и утолщеніями брюшины, то пока воспаленіе не вполне исчезло, при двойномъ изслѣдованіи оказывается ограниченная чувствительность при давленіи, хотя впоследствии нельзя найти никакихъ дальнѣйшихъ измѣненій.

Срощенія и ложныя перепонки, если не очень толсты, сами по себѣ не прощупываются, но узнаются по ихъ вліянію. Это бываетъ особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда доступныя ощупыванію и подвижныя органы малаго таза становятся неподвижными, какъ это чаще бываетъ съ маткою или съ яичниками. Присутствіе срощеній узнается при изслѣдованіи иногда потому, что мягкіе органы, какъ напр. кишечныя петли или сальникъ, которыя обыкновенно не прощупываются, потому что уходятъ изъ подъ пальца, будучи фиксированы прирощеніями, становятся ощутимыми для пальца.

Въ такомъ случаѣ высоко въ тазовомъ входѣ ощущается неясное сопротивленіе въ видѣ мягкой разлитой опухоли, положеніе и величину которой точно опредѣлить невозможно. Консистенція опухоли измѣняется весьма значительно, смотря по наполненію кишекъ. Если они наполнены газами, то ощущается неясное сопротивленіе, и при двойномъ изслѣдованіи, хотя опухоль и не прощупывается, пальцы не сходятся между собою такъ, какъ обыкновенно. Если прирощенныя кишечныя петли наполнены каломъ, то прощупываются большія разлитыя опухоли, которыхъ величину и границы опредѣлить нельзя. Нужно замѣтить, что эти опухоли, образуемыя кишками, сросшимися съ половыми органами, очень характеристичны. Кипшки въ

этихъ случаяхъ ощущаются только потому, что связаны срощеніями съ дѣтородными органами и не ускользаютъ изъ подъ ощущающихъ пальцевъ.

Серозные выпоты между ложными перепонками ощущаются также какъ и настоящіе эксудаты.

Эти послѣдніе, какъ выше сказано, пока они находятся въ брюшной полости въ жидкомъ состояніи, не ощущаются, какъ и свободная асцитическая жидкость, потому что при прикосновеніи удаляются. Дѣло измѣняется, если ускользанію изъ подъ пальца препятствуютъ отвердѣніе его или инкапсулированіе. Какъ скоро это произошло, то при двойномъ изслѣдованіи, можно ощупать эксудатъ въ видѣ опухоли, величина, положеніе и границы которой точно опредѣляются. Интраперитонеальные эксудаты встрѣчаются вообще обыкновенно въ Дугласовомъ пространствѣ, потому что эта часть брюшной полости, какъ при стояніи, такъ и при положеніи на спинѣ лежитъ ниже, вслѣдствіе чего здѣсь и скопляется эксудатъ. Отвердѣвшій или инкапсулированный эксудатъ образуетъ здѣсь заматочную опухоль различной величины, которая, если выпотѣніе въ инкапсулированномъ пространствѣ продолжается, можетъ достигнуть огромной величины. (см. ф. 118).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда Дугласово пространство закрыто вслѣдствіе прежде существовавшихъ воспалительныхъ процессовъ, или если инкапсулированныя полости образовались въ другихъ мѣстахъ, то интраперитонеальныя опухоли помѣщаются сбоку возлѣ матки. Эти эксудаты лежатъ въ началѣ всегда высоко, такъ что, изслѣдуя только чрезъ влагалище, ихъ нельзя достигнуть; иногда они лежатъ даже выше малаго таза и съ боку въ Fossa iliaca. Они по большей части не очень велики и представляются отчасти плоскими. Если въ такой замкнутой полости, лежащей сбоку матки, продолжается выпотѣніе, то опухоль, увеличиваясь, оттягиваетъ *leg. latum* впередъ или назадъ, а дно, образуемое брюшиною, внизъ. Вслѣдствіе этого образуются опухоли, которыя, находясь сбоку матки, могутъ опускаться глубоко въ малый тазъ, и представлять свойства параметрическихъ эксудатовъ. Даже на трупѣ онѣ могутъ быть смѣшаны съ послѣдними, такъ какъ ложную перепонку можно принять за брюшину, а часть брюшины отдавленной глубоко внизъ, за новообразованную стѣнку абсцесса. *Excavatio vesicouterina* весьма рѣдко бываетъ выпячена въ такомъ видѣ внизъ.

Исходы эксудативнаго периметрита также различны. Полное всасываніе при внутрeбрюшннхъ срощеніяхъ и эксудатахъ происхо-

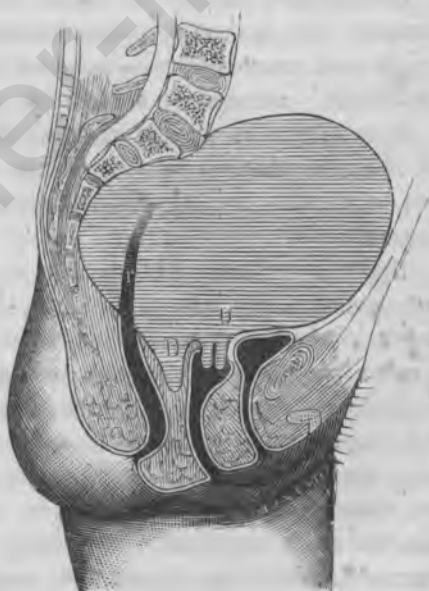
дить во всякомъ случаѣ очень рѣдко; всегда остаются по крайней мѣрѣ сращения между органами, такъ что измѣненія положенія и извѣстная неподвижность органовъ малаго таза остается постоянною. Иногда однако эти сращения такъ истончаются и растягиваются понемногу, что нормальное положеніе органовъ снова восстанавливается, и вмѣстѣ съ тѣмъ и ихъ подвижность.

Безплодіе бываетъ довольно частымъ слѣдствіемъ периметрита. Оно обуславливается перетяжкой или суженіемъ фаллопьевыхъ трубъ, сдавленіемъ яичниковъ экссудатомъ и измѣненіемъ положенія матки. Если наступаетъ зачатіе, то сращения даже значительныя и плотныя, уступаютъ вліянію медленно растущей матки. Лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, когда они черезчуръ плотны, матка не можетъ развиваться дальше и происходитъ выкидышъ.

Вліяніе сращеній на положеніе матки выражается обыкновенно тѣмъ, что она бываетъ притянута въ ту же сторону и долго остается въ такомъ положеніи, но во многихъ случаяхъ, вслѣдствіе постепеннаго растяженія сращеній, а иногда и разрыва ихъ, матка снова становится подвижною.

Подобно первичнымъ сращениямъ и экссудаты, подвергающіеся полному всасыванію, оставляютъ спайки между отдѣльными органами. Эти экссудаты, по всосаніи жидкихъ частей, могутъ оставаться въ теченіе многихъ лѣтъ безъ измѣненія, будучи какъ бы исключены изъ общаго обмѣна веществъ. Въ другихъ случаяхъ они распадаются на гной и абсцессъ подвергается различнымъ вышеописаннымъ исходамъ.

Интраперитонеальные экссудаты обыкновенно не достигающіе значительной величины, могутъ однакоже въ



Фиг. 119.

Значительный интраперитонеальный экссудатъ, отвердѣвшій въ самой нижней части брюшной полости. *U*, матка, положеніе и величину которой въ экссудатѣ нельзя опредѣлить. *D* Дугласово пространство, наполненное экссудатомъ. *R* Rectum, проходящая въ срединѣ экссудата.

исключительныхъ случаяхъ быть весьма значительны; въ такомъ случаѣ они не отклоняютъ матеу въ противоположную сторону, какъ параметрическіе эксудаты, но будучи въ началѣ жидки и отвердѣвая вполнѣдствіи, они выполняютъ нижнюю часть полости живота такъ плотно и равномерно, что верхняя часть малаго таза представляется какъ бы налитой твердою массою. Въ такомъ случаѣ эксудатъ всюду доходитъ до стѣнокъ таза и такъ охватываетъ матеу со всѣхъ сторонъ, что ее нельзя ощупать отдѣльно, а весь входъ таза бываетъ такъ запруженъ, что въ отвердѣвшей массѣ остается только одно узкое отверстіе для прямой кишки. (см. ф. 119).

Наонецъ, мы должны замѣтить, что въ случаяхъ, гдѣ периметритъ образовался вслѣдствіе распространенія воспаления съ тазовой клѣтчатки, интра—и экстра-перитонеальные эксудаты часто встрѣчаются вмѣстѣ.

Распознаваніе.

Периметритъ вообще не трудно распознать, такъ какъ чувствительность при давленіи, распространяющаяся при свѣжемъ воспаленіи по всей нижней части брюшины или сосредоточенная на одномъ мѣстѣ, составляетъ вѣрнѣйшій признакъ воспаления брюшины.

Если острое воспаленіе прошло, то чувствительность при давленіи все таки остается еще въ теченіе долгаго времени, на основаніи чего, а также и послѣдующихъ явленій воспаления, можно сдѣлать распознаваніе.

Простыя срощенія распознаются по ненормальной подвижности или приращенію матеи или одного изъ яичниковъ на опредѣленномъ мѣстѣ. Болѣе значительныя срощенія ощупываются весьма часто въ видѣ шнуровъ болѣзненныхъ при дотрогиваніи

Труднѣе распознать срощенія кишекъ съ дѣтородными органами. Ихъ скорѣе всего можно смѣшать съ простыми накопленіями каловыхъ массъ въ кишкахъ, потому что и эти послѣднія обуславливаютъ также неподвижность кишки и представляются такимъ образомъ въ видѣ опухолей. Въ пользу срощенія говоритъ мѣстная чувствительность при давленіи и ненормальная упругость, остающаяся даже послѣ совершеннаго опорожненія кишки.

На признаки эксудатовъ мы уже обратили вниманіе при описаніи припадковъ. Они такъ характеристичны, что эксудаты можно смѣшать лишь съ немногими другими опухолями. Ихъ чувствительность, полная неподвижность и отчасти неправильная форма опредѣ-

ляются по большей части весьма легко. Совершенно старые эксудаты, нечувствительные, отчасти сдѣлавшіеся подвижными и соединенные съ маткою какъ бы ножкою, могутъ быть смѣшаны съ фиброидами или опухолями яичниковъ. Ихъ можно отличить, за исключеніемъ анамнеза, особенно по неправильному виду и по консистенціи, которая превосходить даже плотность фиброидовъ, такъ какъ старые эксудаты тверды какъ дерево.

Объ отличіи заматочнаго эксудата отъ *Haematocele retrouterina* мы скажемъ при описаніи этой послѣдней.

Весьма трудно иногда бываетъ рѣшить, лежитъ ли эксудатъ внутри или внѣ брюшины, слѣдовательно, периметрическій-ли онъ или параметрическій. Обыкновенно различія между этими опухолями весьма рѣзки. При параметритѣ можно легко ощупать опухоль чрезъ влагалище, если только она не лежитъ въ *Fossa iliaca*; при этомъ она находится съ боку матки или плотно къ ней прилегая, или отдѣленная явственною бороздою. Весьма рѣдко лежатъ онѣ спереди или сзади матки. При периметритѣ опухоль бываетъ обыкновенно заматочною и вдается иногда глубоко во влагалище. Если она лежитъ сбоку, то обыкновенно такъ высоко, что, изслѣдуя только чрезъ влагалище, ее нельзя ощупать.

Но, какъ выше было сказано, ограниченные внутребрюшинные эксудаты, вслѣдствіе выпячиванія брюшины глубоко впизъ, могутъ значительно вдаваться въ влагалище и по положенію своему и величинѣ совершенно походятъ на внѣбрюшинные эксудаты. Даже послѣ вскрытія абсцесса обыкновенно нельзя съ точностью рѣшить, былъ-ли это внутребрюшинный или внѣбрюшинный абсцессъ. Дифференціальное распознаваніе затрудняется еще тѣмъ, что при первомъ параметритѣ брюшина можетъ быть захвачена эксудатомъ, причемъ надъ ней будетъ лежать периметрическій, а подъ ней параметрическій эксудатъ.

Если при проколѣ флукуирующаго тазоваго эксудата получается жидкая серозная жидкость, то мы безъ всякаго сомнѣнія имѣемъ дѣло съ периметритомъ.

Предсказаніе.

Периметритъ болѣзнь весьма опасная, потому она можетъ повлечь за собою общее воспаленіе брюшины. Опасность бываетъ значительнѣе при острой формѣ. Но и хроническій периметритъ, не легко переходящій въ общій перитонитъ, иногда вслѣдствіе разрыва хро-

щений или кровотечений изъ послѣднихъ, можетъ имѣть слѣдствіемъ распространеніе воспаленія.

Кровотеченія изъ срощеній могутъ также въ нѣкоторыхъ случаяхъ обусловить образованіе кровяной грыжи.

Далѣе периметритъ обусловливаетъ измѣненія въ положеніи матки и другихъ органовъ таза и вслѣдствіе того дисменоррею, бесплодіе и прочія послѣдствія неправильныхъ положеній матки.

Вслѣдствіе срощеній съ кишками могутъ произойти растяженія и суженія кишекъ съ ихъ послѣдствіями.

Абсцессы также очень опасны, не только вслѣдствіе возможности вскрытія въ брюшную полость, что происходитъ вообще рѣдко, сколько оттого, что, составляя воспалительное гнѣздо, абсцессъ каждую минуту можетъ вызвать общее воспаленіе брюшины. Это послѣднее можетъ также произойти отъ того, что вслѣдствіе вскрытія въ кишку, въ полость абсцесса могутъ попадать испраженія и газы, какъ это доказываютъ два случая Дункана, вопреки мнѣнію Дюкюитрена.

Леченіе.

Говорить подробнѣе о профилактическомъ леченіи, которое состоитъ въ избѣжаніи всѣхъ вышеупомянутыхъ причинъ периметрита, мы не считаемъ нужнымъ.

Острый периметритъ, какъ мѣстное воспаленіе брюшины, слѣдуетъ лечить обыкновеннымъ строго противовоспалительнымъ способомъ, т. е. внутрь давать опій, чтобы успокоить кишки, пузырь со льдомъ на животъ, и при сильныхъ боляхъ ставить пъявки къ паховымъ областямъ.

Если при этомъ леченіи воспаленіе утихаетъ, лихорадка уменьшается, то кромѣ заботы объ испраженіяхъ, что достигается клистирами и легкими слабительными, нуженъ лишь абсолютный покой.

Если при хроническомъ периметритѣ появляется болѣе сильная чувствительность, то бываютъ полезными скарпификаціи влагалищной части, не исключая даже случаевъ и не осложненныхъ хроническимъ метритомъ. Согрѣвающие такъ-называемые приснитцовскіе компрессы на нижнюю часть живота и тепловатая сидячія ванны около 28°R. дѣйствуютъ иногда чрезвычайно успокоительно.

Если болѣзнь перешла въ хроническую, то тѣми же компрессами, долгое время прикладывая ихъ на ночь, болѣе теплыми сидячими ваннами (съ осторожностью) и употребленіемъ Іодистаго калия мо-

жно бываетъ достигнуть хотя въ послѣдствіи довольно полнаго всасыванія. При этомъ вообще нужно заботиться объ опорожненіи кишечнаго канала.

Даже совершенно старые эксудаты, которые многіе годы оставались въ одномъ положеніи, при этомъ леченіи нерѣдко всасываются, покрайней мѣрѣ отчасти; или они вступаютъ по крайней мѣрѣ въ общій обмѣнъ веществъ, вслѣдствіе искусственнаго возбужденія, являющагося при употребленіи соленыхъ ваннъ изъ которыхъ вообще предпочитаютъ содержащія Іодъ и Бромъ, слѣдовательно въ особенности Крейцнахскія и Munster am Stein, Tölz, Hall въ сѣверной Австріи, Sodenthal bei Aschaffenburg и т. д.

Абсцессы, слѣдуетъ вскрывать только въ такомъ случаѣ, когда они выдаются наружу. Заживленіе ихъ происходитъ трудно, потому что полость, образованная ложными перепонками, представляетъ обыкновенно твердыя стѣнки, которыя трудно сростаются и долгое время отдѣляютъ гной.

Даже абсцессы, вскрывшіеся въ кишку, могутъ существовать долгое время, причѣмъ небольшое сообщеніе съ кишками по временамъ спадается, а при наполненіи полости гнойника гноемъ, снова открывается, вслѣдствіе чего время отъ времени происходитъ выдѣленіе гноя въ кишку.

Параметритъ (Parametritis)

Причины.

Какъ выше уже сказано, мы смотримъ на параметритъ, «pelvic cellulitis» англичанъ, какъ на воспаленіе тазовой влѣтчатки, происходящее собственно послѣдовательно вслѣдствіе всасыванія гнилостныхъ веществъ. Поэтому параметритъ въ послѣдующаго періода встрѣчается вообще весьма рѣдко, чаще всего вслѣдствіе различныхъ способовъ мѣстнаго леченія въ рукавѣ и на маточной шейкѣ. Такъ параметритъ можетъ быть обусловленъ всякою кровавою операціею, а также расширеніемъ канала шейки прессованными губками, причѣмъ на поврежденныхъ мѣстахъ слизистой оболочки можетъ произойти всасываніе гнилостныхъ веществъ. Это можетъ произойти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ эпителий разрушается и подлежащая соединительная ткань всасываетъ септическія вещества.

Часто травматическія причины, безъ послѣдовательнаго зараженія раны, влекутъ за собою не параметритъ а периметритъ.

Патологическая анатомія.

Параметритъ есть phlegmone, острогнойный отекъ Пирогова, тазовой клѣтчатки, слѣдовательно въ особенности около верхней части влагалища, между пластинками широкихъ связокъ, и оттуда направляющійся въ fossa iliaca и до почекъ; рѣдко встрѣчается выпотъ между маткою и пузыремъ или между пузыремъ и передней стѣнкой живота; воспаленіе не легко распространяется и на упругую соединительную ткань, соединяющую брюшину съ тѣломъ матки.

При этомъ флегмонозномъ процессѣ происходитъ пропитываніе соединительной ткани студенистымъ, клейковатымъ, фибринознымъ экссудатомъ, въ видѣ болѣе или менѣе значительной мелкоклѣтчатой инфильтраціи. Въ рѣдкихъ случаяхъ гнойныхъ шариковъ бываетъ такъ много, что они скопляются и образуютъ гнойники.

Эти параметрические абсцессы подвергаются тѣмъ же исходамъ, какъ и периметрические; и когда вскрытіе произошло, то часто бываетъ трудно рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ внѣбрюшиннымъ или внутрѣбрюшиннымъ гнойникомъ, что впрочемъ въ практическомъ отношеніи не имѣетъ большаго значенія, такъ какъ и периметрические абсцессы отдѣляются отъ брюшной полости весьма плотными ложными перепонкамн. Повидимому параметрические абсцессы легче вскрываются наружу въ паховой области, а периметрические чаще во внутренніе органы.

Подъ именемъ Parametritis chronica atrophicans Freund ¹⁾ описалъ особенную форму хроническаго параметрита, составляющую во многихъ случаяхъ анатомическій субстратъ истерическихъ явленій, которую онъ рѣзко отдѣляетъ отъ пuerperальнаго параметрита. При этомъ образуется воспалительная гиперплазія тазовой клѣтчатки съ исходомъ въ рубцованіе. Происходящее вслѣдствіе этого суженіе венъ обуславливаетъ неправильности въ кровообращеніи и въ концѣ концовъ значительную атрофію тазовой клѣтчатки и всего полового канала, такъ что у женщины въ 30 лѣтъ половые органы представляются въ такомъ видѣ, какъ у 50-ти-лѣтней.

Припадки этой болѣзни состоятъ въ боляхъ въ глубинѣ таза. taedium coitus и болѣе всего въ истерическихъ явленіяхъ.

Причиною считаетъ Freund чрезмѣрное раздраженіе половыхъ нервовъ и потерю соковъ.

¹⁾ Manatsschr. f. Geb. B. 34 p. 380 и Verh. der Rostocker Naturforscher vers. 1871. p. 63.

Припадки и теченіе.

Параметритъ появляется почти исключительно въ острой формѣ, также какъ и *pelveoperitonitis*. Онъ бываетъ часто экзудативнымъ.

Онъ начинается слѣдовательно вдругъ лихорадкою, иногда съ ознобомъ, и сопровождается высокою температурою и значительно учащеннымъ пульсомъ.

Весьма рѣдко начало его остается незамѣченнымъ. Появляется недомоганіе, вялость, отсутствіе аппетита, въ тазу чувствуются боли и при изслѣдованіи оказывается экзудатъ.

Боль вызывается участіемъ въ воспаленіи или покрайней мѣрѣ сопутствующимъ раздраженіемъ брюшины. Нерѣдко являются боли въ одной изъ нижнихъ конечностей, вслѣдствіе давленія экзудата на нервы; приэтомъ весьма характерно положеніе ноги, которая бываетъ согнута и бедро приведено къ животу. Признаками опухоли въ тазу являются еще боли въ крестцѣ, боли при испраженіи и разстройства со стороны мочевого пузыря.

При изслѣдованіи съ боку матки находятъ экзудатъ или плотно къ ней прилегающій, нѣкоторымъ образомъ выходящій изъ бокового края ея, но почти всегда отдѣленный отъ нея явственною бороздою или же лежащій совсѣмъ отдѣльно отъ нея и нерѣдко простирающійся вверхъ до *fossa iliaca*. Если инфильтрація незначительна и постепенно переходитъ въ здоровую соединительную ткань, то ощущается только разлитая набухлость сбоку матки. Если же инфильтратъ былъ довольно значительный и процессъ ограниченъ, то находятъ ограниченную опухоль, которая обыкновенно *per vaginam* вполне доступна и иногда даже совершенно выпячиваетъ боковой сводъ влагалища. Часто поражена бываетъ одна только сторона, а нерѣдко и обѣ. Подвижною опухоль бываетъ очень рѣдко, и то въ незначительной степени, развѣ только въ томъ случаѣ, когда она вполне ограничена и плотно прилегаетъ къ маткѣ, но и тогда она бываетъ подвижною только до нѣкоторой степени вмѣстѣ съ маткою, въ видѣ ея придатка.

Величина и объемъ экзудата весьма различна. Иногда бываетъ лишь легкое набуханіе широкой связки или небольшія чувствительныя отложенія въ видѣ узелковъ по бокамъ матки, въ другихъ же случаяхъ вся верхняя часть таза какъ бы налита экзудатомъ.

Консистенція опухоли сначала при болѣе значительной чувствительности довольно мягкая. Если острый процессъ оконченъ, то

она становится тверже и можетъ при окончательномъ отвердѣніи достигнуть наконецъ твердости дерева. Если появляется нагноеніе, то опухоль становится снова чувствительною и болѣе мягкою въ окружности, какъ-бы отечною, пока наконецъ сдѣлается упругою и флукуирующею.

Характеристическое мѣсто параметрическаго эксудата бываетъ, какъ сказано, сбоку матки. Лишь весьма рѣдко образуется эксудатъ притомъ въ незначительной степени, позади маточной шейки, между нею и верхней частью задней стѣнки влагалища съ одной стороны и дномъ дугласова пространства съ другой. Еще рѣже встрѣчаются параметрическія опухоли подъ *excavatio vesico-uterina* или подъ мѣстомъ перехода брюшины съ пузыря на переднюю стѣнку живота.

Теченіе въ большинствѣ случаевъ бываетъ хроническое, причемъ воспалительный процессъ ограничивается и эксудатъ подвергается затвердѣнію или всасыванію; опасность однако же заключается въ томъ, что воспалительный процессъ можетъ распространиться на брюшину, покрывающую пораженную соединительную ткань, и образуется общее воспаленіе брюшины. При птензивности инфекціи можетъ произойти даже омертвѣніе воспалительной соединительной ткани.

Обыкновенно однакоже воспаленіе ограничивается, лихорадка спадаетъ, чувствительность уменьшается и эксудатъ, прежде довольно мягкій, не рѣзко ограниченный, становится тверже и съ ясными контурами. Обыкновенный исходъ въ такомъ случаѣ состоитъ въ томъ, что опухоль постепенно всасывается, при значительныхъ эксудатахъ съ явленіями сопутствующей гектической лихорадки, и исчезаетъ безслѣдно. Въ другихъ случаяхъ опухоль остается твердою какъ дерево, безъ измѣненій и можетъ занять весь тазъ; иногда же часть ея въ послѣдствіи всасывается.

Если наступитъ нагноеніе, то снова появляется лихорадка съ ремиттирующимъ типомъ, при чемъ опухоль увеличивается, становится чувствительнѣе и абсцессъ вскрывается или наружу, или въ полый органъ.

Положеніе матки измѣняется различнымъ образомъ. При большихъ эксудатахъ матка отклоняется въ противоположную сторону; позднѣе при всасываніи она отклоняется постепенно въ сторону эксудата и здѣсь остается на нѣкоторое время, пока постепенно опять достигнетъ своего нормальнаго положенія и подвижности.

Распознаваніе.

Параметритъ распознается только по эксудату, такъ какъ чувствительность зависитъ отъ раздраженія брюшины, лежащей надъ воспаленной соединительной тканью.

Опредѣлить присутствіе воспалительнаго эксудата вообще трудно, но отличить внѣбрюшинный эксудатъ отъ внутрeбрюшиннаго дѣло вообще далеко не легкое. При діагностикѣ периметрита мы достаточно подробно говорили объ этомъ.

За исключеніемъ вышесказаннаго, параметрическіе эксудаты всего легче можно смѣшать съ фиброидами матки, но тутъ существеннымъ признакомъ служить по большей части не круглая, а, напротивъ болѣе плоская форма ихъ, происхождение, чувствительность и недостаточная подвижность. Консистенція ихъ также различна: эксудаты въ началѣ и даже послѣ вскрытія абсцесса бываютъ мягче фиброидовъ, а по наступленіи затвѣрденія гораздо тверже послѣднихъ. Течение представляетъ также характерныя отличія. Эксудаты отвердѣваютъ и уменьшаются постепенно; увеличиваются только при лихорадочныхъ явленіяхъ и усиленной чувствительности и притомъ не такъ постепенно и равномерно, какъ фиброиды. Но если воспалится глубоко лежащій фибриодъ, то распознаваніе становится труднымъ.

Еще труднѣе смѣшать эксудаты съ опухолями яичниковъ, такъ какъ они лежатъ глубже, неподвижны и также, за исключеніемъ нагноенія, обладаютъ иною консистенціею. Если же яичниковая опухоль прикрѣплена неподвижно сбоку близко къ маткѣ и воспалена, то распознаваніе значительно затрудняется.

Отъ внѣматочной маточной беременности, которая случайно можетъ развиваться на томъ же мѣстѣ, эксудатъ отличается теченіемъ.

Предсказаніе.

Параметритъ самъ по себѣ болѣзнь не опасная, но на исходъ его положиться нельзя, такъ какъ въ основаніи его лежатъ инфекция и при распространеніи его на брюшину или при другихъ послѣдствіяхъ зараженія можетъ наступить смертельный исходъ.

Если воспаление ограничилось, то предсказаніе вполне благоприятно, потому что въ такомъ случаѣ при благоприятныхъ обстоятельствахъ всегда наступаетъ всасываніе и полная *restitutio in integrum*.

Лечение.

О профилактикѣ, которая состоитъ въ избѣжаніи инфекціи, мы не станемъ здѣсь распространяться подробнѣе.

При свѣжемъ параметритѣ, пока процессъ не распространился на брюшину, нуженъ лишь одинъ покой. Можно назначить легкія слабительныя для опорожненія кишечнаго канала. Весьма хорошо дѣйствуетъ прикладываніе т. наз. Присницовскихъ компрессовъ на животъ.

Если чувствительность исчезла и опухоль сдѣлалась твердою, то слѣдуетъ способствовать всасыванію ея сидячими ваннами изъ теплой воды или крейднахскаго маточнаго разсола и внутреннимъ употребленіемъ іодистаго калія. Этими средствами, а также минеральными іодистыми и бромистыми ваннами, часто достигается всасываніе значительныхъ и застарѣлыхъ эсудатовъ, если не вполнѣ, то по крайней мѣрѣ отчасти. Англичане особенно выхваляютъ наружное употребленіе мушекъ.

Если образовалось нагноеніе, то нѣтъ нужды особенно заботиться объ отысканіи абсцесса, такъ какъ нарывъ, во всякомъ случаѣ, вскроется не въ брюшную полость, а обыкновенно въ другомъ болѣе удобномъ мѣстѣ, и вскрыть его слѣдуетъ только тогда, когда онъ станетъ вполнѣ доступнымъ.

Къ сказанному выше о параметритѣ мы нашли нужнымъ прибавить нѣсколько словъ касательно патологіи и діагностики.

Мы никакъ не можемъ согласиться съ авторомъ, что параметритъ вообще есть по преимуществу форма послѣродовая, находящаяся въ непосредственной связи съ инфекціею. Инфекціонная форма параметрита, въ основаніи которой лежитъ лимфотромбозъ и лимфангоитъ, есть дѣйствительно почти исключительная послѣродовая форма этого воспаленія, но не есть единственная форма параметрита вообще. Параметритъ, пареофоритъ, тазовое phlegmone, какъ и всякое флегмонозное воспаленіе, есть разлитое воспаленіе клетчатки, могущее развиваться какъ подъ влияніемъ инфекціи, такъ и подъ влияніемъ другихъ причинъ, и сохраняющее всегда характеръ и свойства флегмонознаго воспаленія. При немъ можетъ развиваться и дѣйствительно развивается какъ лимфотромбозъ, такъ и флеботромбозъ съ воспаленіемъ оболочекъ этихъ сосудовъ и безъ него, но этотъ тромбозъ есть въ такомъ случаѣ явленіе послѣдователь-

ное; при септическомъ же, послѣродовомъ параметритѣ этотъ тромбозъ есть явленіе первичное, за которымъ слѣдуетъ въ окружающей клѣтчаткѣ цѣлый рядъ воспалительныхъ явленій, представляющихъ общую клиническую картину флегмонознаго воспаления. Такимъ образомъ въ септическомъ параметритѣ закупорка сосудовъ предшествуетъ явленіямъ воспаления клѣтчатки, въ флегмонозномъ она является подъ конецъ воспаления, какъ слѣдствія послѣдняго.

Эти двѣ формы параметрита представляютъ значительныя различія, какъ въ теченіи, такъ и въ исходахъ.

Первый, септический, по преимуществу, хотя не исключительно послѣродовой параметритъ, являющійся иногда безъ рѣзкихъ лихорадочныхъ явленій, какъ бы подкрадывающійся втихомолку, по большей части рано ограничивается и его увеличеніе не всегда совпадаетъ съ возвышеніемъ лихорадки. Напротивъ, лихорадка иногда значительно уменьшается съ увеличеніемъ вокругъ матки параметрической опухоли.—Понятно, что въ такомъ случаѣ мѣстная задержка сокообращенія уменьшается и притокъ гнилостныхъ веществъ въ кровь, вслѣдствіе чего стихаетъ лихорадка, и наоборотъ. Такіе параметриты, ограничиваясь и отвердѣвая, впоследствии могутъ подвергнуться всасыванію, при чемъ, по разрѣшеніи отечной, воспалительной набухлости въ окружающей клѣтчаткѣ, становятся весьма ощутительными тѣ закупоренные стволы лимфатическихъ и венозныхъ сосудовъ, которые послужили причиною воспаления. Эти тромбозированные сосуды прощупываются въ видѣ шнурковъ разной величины и въ различныхъ направленіяхъ, въ видѣ горошинъ, иногда въ видѣ сѣти, и въ этомъ видѣ остаются очень долго, не подвергаясь ни малѣйшимъ измѣненіямъ. Въ иныхъ случаяхъ они съ теченіемъ времени нагнаиваются и превращаются въ абсцессы или подвергаются другимъ измѣненіямъ; въ нѣкоторыхъ же повидимому происходитъ разрѣшеніе, конечно, путемъ возстановленія просвѣта сосуда, при чемъ всегда развивается лихорадочное состояніе, иногда весьма значительное.—Такія лихорадочныя движенія на 12-й, 15-й, 20 й день—явленіе довольно обыкновенное при послѣдовательныхъ параметритахъ, при чемъ прежде существовавшая опухоль исчезаетъ весьма быстро.—Переходъ въ затвердѣніе, и притомъ разлитое, почти не бываетъ.

Флегмонозный, не септический параметритъ всегда появляется съ лихорадкою, которой сила и интензивность всегда вполне соотвѣтствуютъ экстензивности и интензивности мѣстнаго процесса.—Лихорадка стихаетъ лишь съ ограниченіемъ воспаления.—При септическихъ же параметритахъ высота лихорадки обыкновенно не соотвѣтствуетъ ни ин-

тензивности, ни экстензивности мѣстнаго процесса.—Утреннія и вечернія колебанія температуры въ первомъ случаѣ постоянны и правильны: при септическихъ всякая правильность этихъ колебаній исчезаетъ—температура выше то вечеромъ, то утромъ, то середи дня.—Въ теченіи воспаления въ первомъ случаѣ средняя суточная температура внѣ повышеній всегда держится выше нормы: во второмъ нерѣдко она стоитъ на высотѣ нормальной температуры.—Въ первомъ случаѣ колебанія частоты и полноты пульса всегда идутъ параллельно съ колебаніями температуры: во второмъ между пульсомъ и температурой почти постоянно существуетъ разладъ.—Флегмонозные параметриты, какъ вообще флегмонозные воспаления, ползучи, не скоро ограничиваются и захватываютъ въ сосѣдней клѣтчаткѣ участки за участкомъ: септичекіе скорѣе ограничиваются, а если начинаютъ распространяться, то больная быстро умираетъ при явленіяхъ септихемиі.

Мы лишь вкратцѣ обрисовали характеръ этихъ двухъ формъ параметрита, не вдаваясь подробнѣе въ разборъ и объясненія различныхъ клиническихъ явленій, не упомянувъ даже о тѣхъ, болѣе или менѣе извѣстныхъ, измѣненіяхъ въ тканяхъ, которыя показываетъ микроскопъ, на томъ основаніи, что подробное изложеніе этихъ формъ завлекло бы насъ слишкомъ далеко за предѣлы руководства.

И та и другая форма могутъ, конечно, развиваться какъ послѣ родовъ, такъ и внѣ этого состоянія. Чисто флегмонозная форма однакоже повидимому, чаще встрѣчается внѣ послѣродоваго состоянія, септическая—наоборотъ. Мы отнюдь не можемъ сказать, на основаніи нашихъ наблюденій, чтобы первая форма была рѣдкою; напротивъ, такой параметритъ встрѣчается не особенно рѣдко и даже въ видѣ тяжелыхъ формъ разлитаго воспаления тазовой клѣтчатки. Еще въ самомъ недавнемъ времени намъ пришлось наблюдать больную, страдавшую диффузнымъ параметритомъ, перешедшимъ въ нагноеніе, причемъ гной пробилъ себѣ путь сперва въ прямую кишку, затѣмъ въ мочевой пузырь и наконецъ наружу въ брюшную стѣнку, которая была нами вскрыта надъ Пупартовою связкою. Больная, пролежавъ въ постелѣ около 4 мѣсяцевъ, теперь поправляется, хотя еще не совсѣмъ здорова. Ее видѣлъ проф. Крассовскій, приглашенный нами на консультацію и наблюдавшій ее нѣкоторое время въ нашемъ отсутствіи.

Считаемъ не лишнимъ прибавить, что когда эта больная значительно поправилась и могла уже ходить, то у нея вдругъ послѣ coitus образовался параличъ нижнихъ конечностей. Индуктивный токъ, употребленный нами нѣсколько разъ, принесъ ей нѣкоторую, хотя неболь-

шую пользу. Мы посовѣтовали нашей больной пользоваться воздухомъ и кататься въ экипажѣ, для чего ее нужно было снести на креслѣ внизъ съ четвертаго этажа, гдѣ она жила. При этой переноскѣ, въ самомъ низу лѣстницы, кресло сломалось, больная упала, ушиблась и оцарапала лицо до крови, но вслѣдствіе испуга вдругъ вскочила на ноги и бѣгомъ побѣжала по лѣстницѣ домой въ четвертый этажъ, не придерживаясь даже за перила. Вслѣдъ за этимъ параличъ исчезъ совершенно. Мы не разъ впрочемъ видѣли такой исходъ истерическихъ параличей.

Въ заключеніе мы намѣрены еще сказать нѣсколько словъ о дифференціальной діагностикѣ пара—и периметрита. Мы совершенно согласны съ авторомъ, что эти два вида воспаленія часто бываетъ трудно разграничить съ одной стороны потому, что нерѣдко они существуютъ совмѣстно, съ другой—по шаткости и неясности клиническихъ явленій. Намъ кажется однакоже, что боль при дотрогиваніи, которую авторъ приписываетъ почти исключительно периметриту, существуетъ почти при всякомъ болѣе значительномъ параметритѣ и зависитъ отъ гипереміи брюшины. Мы полагаемъ, что болѣе существеннымъ признакомъ присоединяющагося периметрита можно считать тимпаническій звукъ, получаемый при постукиваніи той или другой части нижняго отдѣла живота и рефлкторныя явленія, выражающіяся тошнотою, рвотою и т. п. При нельвиперитонитѣ мы всегда получали тимпаническій звукъ вверху подъ ребрами, до 6-го ребра и выше, тогда какъ область живота давала повсюду нормальный кишечный звукъ. Такое явленіе нами наблюдалось особенно часто при послѣродовыхъ формахъ воспаленія тазовой влѣтчатки и задней части брюшины, что подтверждалось вскрытіями. Затѣмъ высота опухоли въ тазу, трудность достигнуть ея черезъ рукавъ, плоская, ровная форма эксудата свойственны периметру; тогда какъ низкое положеніе въ уровень съ маточною шейкою или ниже ея, бугроватость и вообще неправильность формы и консистенціи опухоли служатъ признаками параметрита. Наконецъ, перемѣна въ положеніи матки, по нашему мнѣнію, служитъ лучшимъ діагностическимъ признакомъ: при параметритѣ она сперва отклоняется въ сторону, противоположную опухоли, затѣмъ, при всосаніи послѣдней, она отклоняется снова въ ея сторону; при периметритѣ она вообще стоитъ высоко и отклоняется въ сторону эксудата, гдѣ и остается все время, а иногда и на всю жизнь въ случаѣ образованія плотныхъ и толстыхъ ложныхъ перепонокъ. Поэтому, хотя съ перваго раза часто бываетъ трудно сказать что либо о видѣ воспаленія, но дальнѣйшее наблюденіе

больной и характерныя клиническія явленія почти всегда даютъ возможность сказать имѣемъ-ли мы дѣло съ пара- или периметритомъ.

Ред.

Haematocele retrouterina.

Viguès (Nélaton), Des tumeurs sanguines etc. Thèse. Paris. 1850. — Nélaton, Gaz. des hôp. 1851. No. 16 u. No. 143—145; 1852 No. 12 u. 16 и 1853. No. 100.—Fénerly, De l'hématocèle retro-utérine. Thèse. Paris 1855 — Laugier, Gaz. des hôp. 1855. No. 27.—Gallard, Union méd. No. 134. 1855 и archives génér. Oct.-Dec. 1860—Gallard etc Bulletin de la soc. anatom de Paris. Avril. 1858 p. 157. — A. Voisin, De l'hématocèle rétro utérine. Thèse. Paris 1858. Deutsch von Langenbeck. Göttingen 1862.—Bernutz et Goupil, Clinique méd. T. I. Paris. 1860.—Trousseau, L'Union med. 1861. No. 153—155.—Engelhardt, De l'hématocèle retro-utérine. Thèse. Strasbourg. 1856—Puesh. Journal de Bruxelles. XXXI. p. 44. Juillet-Nov. 1860.—Dolbeau, Med. Times. Febr a March. 1873. — M. Duncan, Edinb. med. J. 1862.—Tuckwell, On effusion of blood in the neighbourhood of the uterus etc. Oxford and London 1863 — Barnes, St. Thomas Hospital Reports. 1870 — Meadows, London Obst. Tr. XIII. p. 140 u. p. 170 и Amer. J. of Obst. Vol. VI. 1874. p. 659.—Snow-Beck, London Obst. Tr. XIV. p. 260.—Lee, Amer. J. of Obst. Vol. VI. p. 193.—Credé, M. f. Geb. B. 9. p. 1. — Ott, Die periuterinen und retrovag. Blutergüsse. D. i. Tübingen 1864.—Breslau, Schweiz. Z. f. Heilk. 1863. B. II. p. 297.—Ferber, Schmidt's Jahrb. 1864. B. 123. p. 223. B. 135. p. 321. und 1870. B. 145. p. 39. — Roedelheimer, Würtemb. Correspondenzbl. 1867. No. 12 u. 13.—Schröder, Krit. Unters. über d. Diagn. d. Haemat. retr. etc. Bonn 1866 und Berl. klin. Woch. 1868. No. 4 u. s. w.—Olshausen, Arch. f. Gyn. B. I. p. 24 —Küchenmeister, Prager med. Viertelj. 1870. B. I. p. 31, B. II p. 45.—Weber, Berl. klin. Woch. 1873. No. 1.—Frankel, Prager Viertelj. 1872. 4 p. 46.

Понятіе о происхожденіи

Нелатонъ въ 1850 году первый описаль подъ именемъ кровяной грыжи особую болѣзненную форму, состоящую въ образованіи упругой кровяной опухоли въ Дугласовомъ пространствѣ, отдавливающей матку къ лонному соединенію. Впослѣдствіи названіе это было значительно обобщено и всякую кровяную опухоль въ тазу стали называть кровяною грыжею (Haematocele), а наконецъ, а всякое кровоизліяніе въ брюшную полость (Barnes напр. при разрывѣ матки,) стали называть интраперитонеальной кровяною грыжею. Такое обобщеніе должно было, безъ сомнѣнія, уничтожить и самую особенность картины болѣзни; что, въ самомъ дѣлѣ, общаго между Нае-

matocеле Nelaton'a и свободнымъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость, влекущимъ за собою быстрый смертельный исходъ. Такъ какъ Нелатоновская кровяная опухоль представляетъ опредѣленную, рѣзко очерченную картину болѣзни, имѣющую большое практическое значеніе, то, во избѣжаніе всякихъ недоразумѣній, необходимо подъ названіемъ *Haematocèle retrouterina*, понимать кровяную опухоль въ Дугласовомъ пространствѣ, оттѣсняющую матку впередъ. Мы намѣрены замѣтить при этомъ, что для отличія мы называемъ всѣ экстраперитонеальныя кровоизліянія тромбомъ или *Haematam'ю*.

Кровяная грыжа встрѣчается рѣдко у женщинъ вообще здоровыхъ; значительное большинство изъ нихъ рожали и страдали пупереральными болѣзнями, особенно периметритомъ. Обыкновенно этому предшествуютъ и неправильности менструаціи. Кровяная грыжа образуется всего чаще въ періодъ наибольшей половой дѣятельности приблизительно между 25—35 годами.

Мы не входимъ пока въ разсмотрѣніе причинъ кровоизліянія, такъ какъ должны прежде изложить патологическую анатомію кровяной грыжи, и въ особенности источникъ кровоизліянія.

Что касается частоты кровяной грыжи, то взгляды геникологовъ на этотъ счетъ чрезвычайно расходятся, что само собою уже указываетъ на трудность распознаванія. Мы того мнѣнія, что кровяная грыжа есть болѣзнь рѣдко встрѣчающаяся и вполне убѣждены, что и мнѣніе Scanzoni, будто онъ въ теченіи 20 лѣтней практики видѣлъ только двѣ кровяныя грыжи, и мнѣніе Seyfert'a (болѣе 5⁰/₀ всѣхъ больныхъ), и Olshausen'a (4⁰/₀) одинаково основаны на ошибочныхъ наблюденіяхъ. Если причислить сюда тѣ случаи, гдѣ мы наблюдали лишь послѣдствія по всей вѣроятности бывшей кровяной грыжи, то эта форма составитъ почти 0,7⁰/₀ всѣхъ случаевъ, слѣдовательно на 1000 больныхъ придется 7 кровяныхъ грыжъ.

Патологическая анатомія.

Haematocèle intraperitonealis образуетъ всегда ограниченную инкапсулированную опухоль, лежащую позади матки въ Дугласовомъ пространствѣ. Для образованія кровяной грыжи необходимо изолированіе ея отъ остальной брюшной полости, потому что свободныя кровоизліянія въ брюшную полость никогда не образуютъ упругой опухоли, оттѣсняющей матку, но свободно излившаяся кровь образуетъ скопище лишь въ самой низколежащей части брюшной полости,

которая впоследствии ограничивается воспалительными новообразованиями.

Упругая, отъсняяющая вперед матку опухоль может образоваться двоякимъ путемъ:

Она образуется, если еще до кровоизліянія существовала полость, отдѣленная отъ остальной части брюшной полости ложными перегородками, т. е. полость со спавшимися стѣнками, на подобіе полости плевры; слѣдовательно, если задняя стѣнка касается передней стѣнки прямой кишки, то Дугласово пространство представляется закрытымъ сверху. Если такимъ образомъ изъ какой нибудь точки ниже этого мѣста спайки произойдетъ кровотеченіе, то кровь изольется въ ограниченное пространство, растянеть его стѣнки и образуетъ упругую опухоль, отъсняяющую вперед матку. Къ этой категоріи кровавыхъ грыжъ относятся случаи, гдѣ кровоизліяніе происходитъ въ существующую уже заматочную опухоль, съ жидкимъ содержимымъ. Въ такомъ случаѣ, вслѣдствіе кровоизліянія, опухоль сильно растягивается и содержимое составляетъ сукровица или гной, смѣшанный съ кровью.



Фиг. 120.

Haematocele retrouterina intraperitonealis. Н кровавая опухоль.

2) Кровавая грыжа может образоваться и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ Дугласово пространство до кровоизліянія не было изолировано. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, откуда бы ни происходило кровоизліяніе, образованіе упругой опухоли, отъсняяющей матку, происходитъ не тотчасъ, но пока кровь жидка и не заключена въ ограниченное пространство, въ нижней части брюшной полости образуется кровавое скопище надъ которымъ плаваютъ кишечныя петли. Это кровавое скопище измѣняетъ свое мѣсто одновременно вмѣстѣ съ измѣненіемъ положенія больной, но во всякомъ случаѣ наполняетъ постоянно область Дугласова пространства, потому она какъ при стояніи, такъ и при лежаніи нахо-

дится ниже прочих частей. Но нужно замѣтить, что кровь, пока она жидка и не инкапсулирована, наполняет Дугласово пространство также, какъ и кишечныя петли, т. е. когда мочевоѣ пузыря и прямая кишка пусты и стѣнки ихъ не соприкасаются, то между ними скопляется извѣстное количество крови; но какъ скоро при наполненіи пузыря и прямой кишки емкость Дугласова пространства уменьшается, то часть крови или вся она удаляется въ брюшную полость. Тоже самое происходитъ и при изслѣдованіи пальцемъ, т. е. жидкую кровь также трудно ощупать въ видѣ опухоли какъ и свободныя кишечныя петли, лежащія въ Дугласовомъ пространствѣ.

Если кровь свернется или инкапсулируется, то, такъ какъ она уже не можетъ удалиться, образуетъ ощутимую заматочную опухоль, но не представляетъ вполнѣ характерной картины кровяной грыжи. Опухоль будетъ значительною, если во время отвердѣванія ея пузырь и прямая кишка были пусты, между тѣмъ какъ при наполненіи обоихъ органовъ ихъ будетъ разъединять только тонкій слой крови.

Отъ настоящей haematocеле отличается эта кровяная опухоль тѣмъ, что ея стѣнки не туго напряжены, что она не оттѣсняетъ матки впередъ, и что она выполняетъ малый тазъ лишь настолько, насколько позволяютъ лежащія тутъ органы. Поэтому тутъ не существуетъ слѣдовательно главныхъ припадковъ кровяной грыжи, заключающихся въ давленіи, производимомъ опухолью на органы малаго таза. При кровоизліяніи въ брюшную полость образуется настоящая haematocеле только въ томъ случаѣ, когда кровоизліяніе происходитъ изъ глубоволежащаго мѣста, и при томъ очень медленно, или происходятъ повторныя кровоизліянія.

На этомъ основаніи первое кровоизліяніе въ брюшную полость происходитъ свободно, и никогда не представитъ картины haematocеле; если же излившаяся кровь, вслѣдствіе раздраженія брюшины, инкапсулировалась и кровотеченіе будетъ продолжаться или повторится вновь, то это новое кровоизліяніе, если оно происходитъ изъ точки лежащей ниже, будетъ уже не въ свободную брюшную полость, но въ инкапсулированное Дугласово пространство. Условія теперь стало быть будутъ тѣже, что и при первомъ изолированіи Дугласова пространства. Изливающаяся изъ сосудовъ кровь растягиваетъ новообразованную капсулу, сдавливаетъ rectum, выпячиваетъ дно Дугласова пространства внизъ и оттѣсняетъ матку къ лонному соединенію.

Если же напротив кровотечение послѣдуетъ изъ мѣста, лежащаго выше, то образуется не кровяная грыжа, а новое кровяное скопище надъ первымъ. Это условіе, что при haematocеле источникъ кровотеченія долженъ лежать ниже дна матки, заставляетъ причислить эту болѣзнь къ области гинекологіи, такъ какъ при этомъ кровотеченіе происходитъ изъ малаго таза.

Въ исключительныхъ случаяхъ, особенно при наклоненіи матки, первое кровотеченіе можетъ быть такъ обильно, что кровяное скопище совсѣмъ покроетъ дно матки и при воспаленіи брюшины, способствующемъ инкапсулированію кровоизліянія, образуются ложныя перепонки надъ дномъ матки въ пузырю или передней брюшной стѣнкѣ. Если затѣмъ кровотеченіе продолжается или появится вновь послѣ инкапсулированія, то образуется haematocеле, которая надъ маткой доходитъ до передней стѣнки живота ¹⁾

Разсмотримъ источники кровотеченій при haematocеле. Кровотеченіе, какъ мы сказали выше, должно происходить изъ органовъ малаго таза. Кровоизліянія изъ вышележащихъ частей въ брюшную полость могутъ быть смертельными, при чемъ и кровяной сгустокъ можетъ образоваться въ дугласовомъ пространствѣ, но при этомъ никогда не образуется настоящая haematocеле оттѣсняющая матку впередъ.

Поэтому при haematocеле кровотеченіе можетъ происходить: изъ фаллопиевыхъ трубъ, яичниковъ, широкихъ маточныхъ связозъ и изъ прочихъ частей серознаго покрова таза.

1) Кровотеченія изъ трубъ могутъ произойти:

при разрывѣ трубы вслѣдствіе трубной беременности, при чемъ обыкновенно происходитъ смертельное кровотеченіе или воспаленіе брюшины. Но если Дугласово пространство было ранѣе закрыто ложными перепонками или кровотеченіе происходитъ крайне медленно, такъ что излившаяся кровь инкапсулируется, а также если кровотеченіе остановилось и снова показалось послѣ инкапсулированія, то образуется замочная кровяная грыжа, какъ это доказываютъ нѣкоторыя вскрытія. Неудивительно, что такая причина можетъ существовать нерѣдко и что во многихъ случаяхъ она заключалась въ неузнанной беременности фаллопьевыхъ трубъ. Быть можетъ это бывало во многихъ случаяхъ, когда регулы нѣсколько разъ не показывались, и женщины сами себя считали беременными.

¹⁾ Martin Magron и Soulié Gaz. des hôp. 1861. N. 14.

Кровотеченія изъ трубъ происходятъ также нерѣдко при гематометрѣ. При этомъ, какъ извѣстно, первоначально кровоизліяніе происходитъ въ фаллопьевъ каналъ, и изъ расширенной трубы кровь можетъ пролиться чрезъ брюшное отверстіе или чрезъ разрывъ въ брюшную полость. Haematocеле происходитъ впрочемъ при этомъ не часто, вѣроятно по тому, что при каждомъ изліяніи малыхъ количествъ крови изъ брюшнаго отверстія всякое кровоизліяніе инкапсулируется само по себѣ, такъ что вблизи трубныхъ отверстій образуется нѣсколько небольшихъ опухолей содержащихъ кровь.

Въ исключительныхъ случаяхъ можетъ также произойти кровотеченіе въ каналъ трубы и во время менструаціи и затѣмъ послѣдовательно въ брюшную полость. Но и въ такомъ случаѣ кровотеченіе обыкновенно бываетъ недостаточно для образованія haematocеле. Особено часто появляются такіа кровотеченія изъ трубъ послѣ оваріотоміи, изъ конца трубы, заключающагося въ ножкѣ, опущенной въ брюшную полость.

2) *Кровотеченія изъ яичниковъ* не бываютъ при нормальной овуляціи, потому что въ полость граафова пузырька или вовсе не происходитъ никакого кровотеченія или самое ограниченное. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченіе можетъ быть значительнымъ, или вовремя овуляціи можетъ лопнуть какою нибудь варикозно расширенный сосудъ яичника.

Рѣже, и то только при страданіяхъ яичника, происходитъ кровотеченіе внѣ періода овуляціи и всего легче при варикозномъ расширеніи сосудовъ, расположенныхъ на поверхности яичниковъ, или при размягченіи стромы воспалительнаго яичника вслѣдствіе гипереміи. Другія патологическія состоянія, особенно маленькія кисты, также обуславливаютъ кровотеченія.

Очень часто происходитъ кровотеченіе предварительно въ граафовъ пузырекъ, или въ небольшую кисту или въ строму яичника, причемъ образуется кровяная киста, а вслѣдствіе разрыва этой послѣдней происходитъ кровотеченіе въ брюшную полость.

3) *Кровотеченія изъ широкихъ маточныхъ связокъ* случаются рѣдко; но перитонеальный покровъ на толстыхъ маточныхъ венахъ, проходящихъ въ широкихъ связкахъ, бываетъ иногда такъ истонченъ, что, при разрывѣ ихъ, кровотеченія происходятъ въ брюшную полость.

4) *Кровотеченія изъ серозной оболочки таза* составляютъ не рѣдкую причину haematocеле. Въ этихъ случаяхъ происходитъ яв-

леніе совершенно аналагичное съ *Pachymeningitis haemorrhagica*, на что прежде всѣхъ обратили вниманіе 1) *Dolbeau* 2) и *Virchow* 3).

При мѣстныхъ пельвиоперитонитахъ богатая сосудами ложная перепонка можетъ съ одной стороны заслонить сверху Дугласово пространство, а за тѣмъ доставлять кровь для образованія *haematocele*.

Въ иныхъ случаяхъ кровотеченіе происходитъ уже въ существующую полость, наполненную серозною жидкостью, которая затѣмъ вълѣдствіе кровонзліянія растягивается еще больше. Прекрасный примѣръ подобной *Pelveoperitonitis serosa* съ послѣдовательнымъ кровонзліяніемъ изъ стѣнокъ полости сообщаетъ *Credé* 4). При проколѣ опухоли въ Дугласовомъ пространствѣ вытекла прежде свѣтлая серозная жидкость, затѣмъ смѣшанная съ кровью, а подъ вонецъ чистая кровь; при второмъ проколѣ, произведенномъ два дни спустя, показалась опять чистая кровь въ такомъ количествѣ, что операцію пришлось приостановить.

Если изъ этихъ различныхъ источниковъ можетъ произойти кровотеченіе во всякое время безъ особенныхъ причинъ, то въ присутствіи какихъ либо мѣстныхъ условій оно можетъ произойти еще легче. Въ этомъ отношеніи важное значеніе представляетъ наклонность вообще къ кровотечениямъ, особенно при страданіяхъ стѣнокъ сосудовъ, затѣмъ скорбутъ, корь, оспа и т. п. При остромъ отравленіи фосфоромъ, когда стѣнки сосудовъ подвергаются жировому перерожденію, происходитъ кровотеченіе въ тѣнь яичника и затѣмъ, послѣ разрыва послѣдняго, въ брюшную полость 5).

Тѣлесныя напряженія и душевныя потрясенія также могутъ обусловить разрывъ переполненныхъ сосудовъ.

Далѣе гиперемія органовъ малаго таза составляетъ мѣстную причину кровотеченій, какъ это бываетъ при простудѣ, вслѣдствіе прилива ко всѣмъ внутреннимъ органамъ и особенно при половыхъ возбужденіяхъ. Особенную важность представляетъ физиологическій приливъ при менструаціи. Въ своихъ исторіяхъ болѣзни французы нерѣдко приводятъ какъ причину кровонзліяній половое сношеніе во время регуль.

1) *Ferber*, Arch. f. physiol. Heilk. 1863. III. p. 431.

2) *Gaz. des hôp.* 1860. No. 35.

3) *Die krankh. Geschw.* 1863. B. I. p. 150.

4) *Monatsschr. f. Geb.* B. 9. p. 1.

5) *Wegner*, *Virchow's Arch.* B. 55, 1872. p. 12.

Признаки и теченіе.

Гематоцеле рѣдко появляется у женщинъ, совершенно здоровыхъ. Обыкновенно появленію ея за долго предшествуютъ различныя страданія.

Чаще всего еще за нѣсколько лѣтъ существуютъ припадки хроническаго периметрита, боли въ нижней части живота, въ крестцѣ и другіе припадки со стороны кишечнаго канала. Предшествуютъ также часто аномаліи менструаціи, особенно метроррагін, служація признакомъ хроническаго переполненія кровью органовъ малаго таза. Касательно значенія отсутствія регуль, бывающаго довольно часто, въ теченіи двухъ, трехъ предшествовавшихъ мѣсяцевъ, вслѣдствіе чего женщины часто считаютъ себя беременными, вопросъ остается нерѣшеннымъ. Мы выше уже сказали, что во многихъ изъ этихъ случаевъ весьма вѣроятно существовала трубная беременность, при чемъ разрывъ трубы вызвалъ образованіе кровяной грыжи.

Несмотря на подобнаго рода предшествующія страданія, гематоцеле во всякомъ случаѣ образуется мгновенно въ видѣ остраго заболѣванія. Лихорадка рѣдко сопровождается сильнымъ ознобомъ, обыкновенно же повторными маленькими ознобами, при чемъ температура не бываетъ значительно повышена, иногда даже вскорѣ послѣ начала болѣзни она снова приходитъ къ нормѣ.

Дальнѣйшіе припадки гематоцеле сводятся собственно къ тремъ категоріямъ: къ мѣстному перитониту, внутреннему кровотеченію и тазовой опухоли вслѣдствіе кровоизліянія.

Мѣстный перитонитъ можетъ быть весьма различной степени. Иногда на первый планъ выступаютъ перитонитическія боли, образуется значительный метеоризмъ и даже появляется рвота, тогда какъ въ другихъ случаяхъ не бываетъ никакихъ признаковъ не только остраго общаго, но даже и мѣстнаго перитонита; это случается въ особенности тогда, когда кровоизліяніе происходитъ въ ограниченную закрытую полость, но въ такомъ случаѣ, вслѣдствіе растяженія стѣнокъ этой полости, брюшина, такъ раздражается, что тотчасъ же появляются боли и значительная чувствительность при давленіи. Чувствительность эта обнаруживается при изслѣдованіи нижней части брюшинной области и бываетъ еще сильнѣе при опущиваніи опухоли черезъ влагалище.

Признаки внутреннего кровотечения бываютъ выражены также въ различно-высокой степени. Больныя мгновенно блѣднѣютъ,

пульсъ становится малъ и слабъ, является чувство слабости и обмороки и можетъ наступить даже полный упадокъ силъ.

Кромѣ того, кровь образуетъ *большую опухоль* въ Дугласовомъ пространствѣ (см. стр. 120) которая вслѣдствіе давленія на сосѣдніе органы вызываетъ различные припадки. Она давитъ:

1) *На прямую кишку*. Слѣдствіемъ этого является затрудненное испражненіе, которое можетъ быть чрезвычайно болѣзненнымъ, если мимо чувствительной опухоли проходятъ болѣе твердыя каловыя массы. Вслѣдствіе давленія на rectum, а также вслѣдствіе мѣстнаго распространенія воспаления, можетъ образоваться катарръ прямой кишки.

2) На мочевой пузырь, вслѣдствіе чего являются позывы къ мочеиспусканію, рѣже задержаніе мочи. Весьма обыкновенно мочеиспусканіе бываетъ болѣзненно.

3) На нервы, вслѣдствіе чего являются боли и болѣзненные подергиванія въ нижнихъ конечностяхъ. Вены рѣдко бываютъ такъ сдавлены, что образуются отеки.

4) На матку, которая значительно оттѣсняется впередъ къ лонному соединенію. Вслѣдствіе образующагося въ маткѣ застоя крови, а также отчасти и вслѣдствіе гипереміи тазовыхъ органовъ, весьма часто происходитъ кровотеченіе, а иногда даже обильныя геморрагіи.

Опухоль, образующаяся въ нижней части живота, замѣчаема иногда даже самими больными, явственно распознается какъ при ощупываніи черезъ брюшинные покровы, такъ и при внутреннемъ изслѣдованіи *per rectum* и *per vaginum*. Она лежитъ позади матки и оттѣсняетъ послѣднюю впередъ и по большей части нѣсколько вверхъ. При наружномъ изслѣдованіи, ощупывается по срединѣ или чаще влѣво, рѣже вправо кругловатая опухоль надъ лоннымъ соединеніемъ, достигающая иногда даже до пупка. Въ иныхъ случаяхъ ощущаются по обѣимъ сторонамъ большія опухоли, соединенныя между собою по срединѣ. Если чувствительность не очень значительна, то обыкновенно можно ощутить и дно матки въ видѣ маленькой опухоли, лежащей впереди большой.

При изслѣдованіи *per vaginum* натываются обыкновенно, тотчасъ за входомъ во влагалище, на большую круглую опухоль выполняющую почти еъ малый тазъ, который такъ оттѣсняетъ матку къ лонному соединенію что шейка ея ощупывается тотчасъ у задней поверхности лобка. Матка можетъ быть такъ высоко поднята вверхъ,

что наружный зѣвъ ея едва достижимъ. Величина и шарообразная форма опухоли опредѣляются особенно хорошо *per rectum*: Опухоль помѣщается явно позади матки, направляясь нерѣдко болѣе въ одну какую нибудь сторону и прилегаетъ непосредственно въ верхней части задней стѣнки шейки. При двойномъ изслѣдованіи можно ясно убѣдиться, что опухоль, опунываемая снаружи и выполяющая малый тазъ, составляютъ одно цѣлое. Опухоль вообще очень чувствительна, но особенно при изслѣдованіи *per rectum*.

Опухоль обыкновенно эластична, но рѣдко флукуируетъ. Въ изобразенномъ на рис. 120 случаѣ мы явственно слышали характеристическое хрустѣніе, наподобіе хрустѣнія снѣга, происшедшее отъ сжиманія кровяныхъ сгустковъ. Постепенно консистенція значительно измѣняется, опухоль становится неравномѣрно твердою при чемъ чувствительность понемногу исчезаетъ. Нерѣдко изслѣдующій *per vaginam* или *per rectum* палець встрѣчаетъ чрезвычайно мягкое мѣсто, куда палець вдругъ такъ глубоко проникаетъ, что кажется, будто образовался разрывъ ткани. Это—мѣсто будущаго вскрытія опухоли.

Не всегда большая опухоль образуется сразу; иногда она постепенно увеличивается, чаще же довольно быстро въ нѣсколькихъ отдѣльныхъ точкахъ.

Двойное изслѣдованіе представляетъ тутъ особенное значеніе по причинѣ страданія тѣла матки, что обыкновенно распознается вслѣдствіе большой чувствительности не иначе, какъ съ помощію хлороформа. Оно прощупывается въ видѣ отдѣльной опухоли, лежащей впереди большой, хотя иногда haematocele плотно прилегаетъ ко всей задней поверхности матки.

Эти характеристическія явленія, получаемыя при изслѣдованіи, измѣняются въ томъ случаѣ, если самая нижняя часть Дугласова пространства зарощена; въ такомъ случаѣ кровяная опухоль образуется выше, а въ заднемъ сводѣ влагалища ея не существуетъ. Мы наблюдали подобный случай у одной женщины 28 лѣтъ, бывшей 4^{1/2} года замужемъ, но не рожавшей, которая на 15 году перенесла въ Мюнхенѣ весьма трудный тифъ съ послѣдовательнымъ воспаленіемъ брюшины и вскрытіемъ гноиника въ пупочной области. Она считала себя беременною около 8 недѣль, какъ вдругъ почувствовала сильнѣйшія боли въ животѣ. При изслѣдованіи мы нашли то, что изображено на фиг. 121. Сзади и надъ сильно флектированной маткою образовалась большая опухоль. Судя по анам-

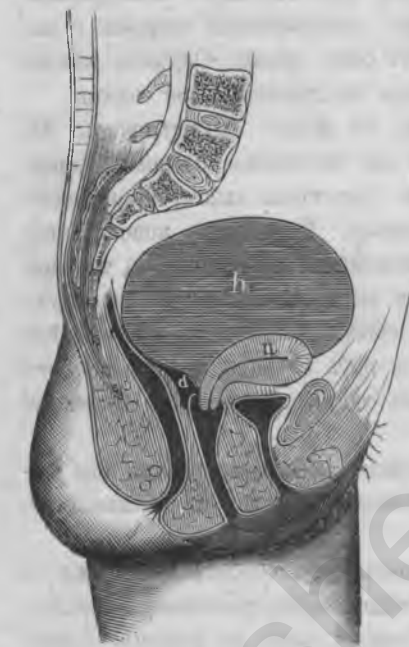
незу, по состоянію, найденному при изслѣдованіи, и по дальнѣйшему теченію, было вѣроятно, что вслѣдствіе прежняго воспаления брюшины нижняя часть Дугласова пространства была зарощена, вслѣдствіе чего трубная беременность, окончившаяся разрывомъ

трубы, образовала кровяную опухоль между выше лежащими ложными перепонками.

При зарощеніи всего Дугласова пространства можетъ произойти haematocoele anteuterina, которую мы разсмотримъ отдѣльно.

Теченіе чрезвычайно медленное, такъ какъ опухоль обыкновенно долго остается въ одномъ положеніи, и, какъ выше замѣчено, иногда увеличивается въ отдѣльныхъ частяхъ.

Такъ какъ болѣзненность при этомъ продолжается, а при увеличеніи опухоли даже усиливается, то состояніе больной чрезвычайно печально. Чувствительность живота, боли въ крестцѣ, потужныя боли и припадки со стороны заднепроходной кишки и пузыря бываютъ чрезвычайно мучительны.



Фиг. 121.

Haematocoele при зарощеніи Дугласова пространства. *a* Uterus. *b* Haematocoele. *d* зарощенная часть Дугласова пространства.

Смерть отъ потери крови при внутреннемъ кровотеченіи едвали возможна, хотя анемическія явленія могутъ доходить до обмороковъ: серьезная опасность вслѣдствіе потери крови можетъ случиться развѣ только у очень слабыхъ больныхъ.

Воспаленіе брюшины при первомъ появленіи также не представляетъ большой опасности.

Исходъ бываетъ различный, смотря по тому, пойдетъ ли дѣло въ всасыванію или къ вскрытію.

Если при благопріятномъ исходѣ происходитъ всасываніе, то опухоль постепенно уменьшается, при чемъ она становится тверже и нѣсколько бугроватою. При этомъ шейка отодвигается болѣе и

болѣе отъ лобка въ среднюю таза; страданія больной постепенно уменьшаются, пока постепенно, въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ haematocеле исчезаетъ, оставляя послѣ себя слѣдъ въ видѣ твердой, плотно къ маткѣ прилегающей опухоли, остающейся на всю жизнь. Нормальная подвижность матки также не восстанавливается.

Если же дѣло клонится къ перфорации и опорожненію крови, то стѣнки haematocеле воспаляются при появленіи новыхъ воспалительныхъ явленій, какое нибудь мѣсто размягчается и наконецъ прорывается. Чаще всего этотъ прорывъ происходитъ въ rectum.

При явленіяхъ кишечнаго катарра, вдругъ образуется прободеніе, причемъ тотчасъ при сильномъ поносѣ отдѣляются черныя зернистыя массы. Тотчасъ послѣ перваго вскрытія состояніе больной значительно облегчается и съ дальнѣйшимъ опорожненіемъ содержимаго опухоли, которое продолжается часто еще долгое время, постепенно улушается. Съ увеличеніемъ отдѣленія наступаетъ постепенное запусканіе и уменьшеніе опухоли, пока мѣсто разрыва закроется и останутся только остатки опухоли и зарощеніе Дугласова пространства. Послѣ прободенія можетъ также произойти гнойное воспаленіе стѣнокъ и смерть.

Гораздо рѣже происходитъ вскрытіе во *влагалище*, которое сопровождается катарромъ послѣдняго. Можетъ также произойти одновременное вскрытіе въ заднепроходную кишку и во влагалище.

По Ott'у ¹⁾ извѣстенъ только одинъ случай вскрытія въ *пузырь*, гдѣ въ то же время прободеніе угрожало произойти и чрезъ брюшныя покровы.

Прободеніе въ *брюшную полость* также очень рѣдко. Смерть при этомъ, если кровь не совсѣмъ свѣжа, бываетъ неизбежна.

Въ всѣхъ этихъ случаяхъ угрожающая опасность зависитъ отъ того, что какъ во время прободенія, такъ и при постепенномъ опорожненіи полости происходитъ нагноеніе стѣнокъ мѣшка и распадъ содержимаго, за чѣмъ слѣдуетъ обыкновенно смерть отъ воспаленія брюшины или отъ истощенія. Могутъ также остаться полости, въ которыхъ накапливается гной, который выпораживается время отъ времени чрезъ фистулезные ходы, при чемъ происходитъ временное, повторное отдѣленіе гноя изъ прямой кишки.

Распознаваніе.

Впечатлѣніе получаемое при изслѣдованіи haematocеле такъ харак-

¹⁾ Revue clinique hebdomad. de la Gaz. des hôp. 1861. p. 53.

теристично, что ее трудно смѣшать съ какою-либо другою опухолью. Такъ какъ изъ анамнеза и изслѣдованія можно вывести положительное убѣжденіе относительно существованія haematocеле, то мы ограничимся лишь указаніемъ отличій этой опухоли отъ другихъ, которыя болѣе или менѣе легко могутъ быть съ нею смѣшаны.

Прежде всего мы упомянемъ о периметритѣ, отличить отъ котораго можно въ иныхъ случаяхъ только посредствомъ пробнаго прокола, такъ какъ, встѣчаются периметриты, представляющіе совершенно тѣ же свойства, какъ и haematocеле. Для дифференціального діагноза здѣсь всего важнѣе анамнезъ, такъ какъ быстрое образованіе большой опухоли вмѣстѣ съ такимъ же быстрымъ появленіемъ припадковъ и признаковъ острой анеміи говорятъ въ пользу haematocеле. Течение представляетъ тоже нѣкоторыя отличія. Гематоцеле, если оно не вскрывается, становится постепенно меньше и тверже, представляетъ неровную консистенцію и бываетъ бугорковатою, между тѣмъ какъ серозный периметритъ остается долгое время безъ измѣненія и затѣмъ вскрывается. Но фибринозный экссудатъ можетъ представить тѣ же явленія, какъ и гемитоцеле. Своеобразное ощущеніе хрустѣнія сгустковъ крови получается повидимому рѣдко.

Смѣшать гематоцеле съ retroflexio uteri gravidi чрезвычайно легко, если, какъ это бываетъ нерѣдко, больная считала себя беременною. Изслѣдованіе per vaginam доставляетъ въ обоихъ случаяхъ почти одинаковыя данныя. Но при наружномъ изслѣдованіи ощупывается при retroflexio сильно растянутый мочевоіъ пузырь, который нельзя смѣшать съ опухолью, ощущываемою снаружи при гематоцеле; при послѣдней кромѣ того прощупывается къ передней брюшной стѣнкѣ дно матки. Для точнаго распознаванія иногда по причинѣ значительной чувствительности приходится прибѣгать къ хлороформу.

Кисты яичниковъ и маточныя фиброиды, ущемленные въ Дугласовомъ пространствѣ при воспаленіи обружающихъ частей, могутъ очень походить на гематоцеле, но въ такомъ случаѣ образованіе и теченіе представляетъ существенныя отличія. Въ крайнемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ пробному проколу.

Внѣматочная беременность въ Дугласовомъ пространствѣ бываетъ весьма рѣдко, но дифференціальная діагностика затрудняется здѣсь еще тѣмъ, что анамнезъ въ обоихъ случаяхъ бываетъ сходенъ. Хотя при внѣматочной беременности опухоль образуется постепенно,

но нерѣдко этого нельзя бываетъ опредѣлить, а потому приходится прибѣгать къ пробному проволу. Весьма важно замѣтить, что при внѣматочной беременности матка бываетъ всегда значительно увеличена, а при гематоцеле это бываетъ очень рѣдко.

Заматочныя карциномы обыкновенно узнаются безъ особыхъ затрудненій по анамнезу, постепенному развитію, бугроватости и другимъ признакамъ этого злокачественнаго новообразованія.

Гораздо труднѣе вообще бываетъ опредѣлить, откуда произошло кровотеченіе. Въ большинствѣ случаевъ приходится ограничиваться только догадками, которыя при благопріятныхъ обстоятельствахъ могутъ быть весьма правдоподобны. Такъ въ одномъ случаѣ мы имѣли основаніе предполагать, что имѣли дѣло съ трубною беременностью, такъ какъ въ пользу этого говорилъ анамнезъ и въ сторонѣ трубы можно было ощупать совершенно отдѣльную отъ гематоцеле опухоль. Предполагать *pelveoperitonitis haemorrhagica* можно въ томъ случаѣ, если предшествовали приступы периметрита или если уже прежде констатированный ограниченный, серозный экссудатъ быстро увеличился. Если при прежнихъ изслѣдованіяхъ были находимы небольшія опухоли яичниковъ, то можно предположить источникъ кровотеченія въ яичникахъ. Если нельзя предположить другаго источника, то при варикозныхъ расширеніяхъ венъ нижнихъ конечностей можно полагать, что кровотеченіе произошло вслѣдствіе разрыва варикознаго узла въ широкихъ связкахъ.

Предсказаніе.

Гематоцеле—болѣзнь во всякомъ случаѣ серьезная, какъ вслѣдствіе значительнаго разстройства здоровья, которое она причиняетъ на долгое время, такъ и вслѣдствіе опасности, угрожающей жизни и послѣдствій.

Смерть случается вообще довольно рѣдко, обыкновенно при нагноеніи и распаденіи опухоли. Неблагопріятныя послѣдствія бываютъ слѣдующія: измѣненія положенія матки, повторные периметриты и бесплодіе, которое обыкновенно происходитъ вслѣдствіе приращенія яичниковъ и перетяжки фаллопиевыхъ трубъ. Впрочемъ по исчезаніи гематоцеле беременность становится возможною.

Возвраты гематоцеле случаются весьма рѣдко.

Леченіе.

Восбще гематоцеле слѣдуетъ лечить симптоматически и непремѣнно выжидательно. При первомъ образованіи опухоли, главное

дѣло состоитъ въ наружномъ употребленіи холода. На нижнюю часть живота владуть пузырь со льдомъ, иногда полезно таеже вводить кусочки льду въ влагалище. Къ употребленію холода существуетъ два показанія: вопервыхъ ограничить мѣстное воспаленіе брюшины, и вовторыхъ умѣрить внутреннее кровотеченіе. Мѣстныя кровопусканія употребляются лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, когда перитонитъ угрожаетъ сдѣлаться общимъ, причемъ кровоизліяніе въ заматочную опухоль не вызвало никакихъ явленій анэміи. Если вообще не существуетъ особенно важныхъ припадковъ, то можно ограничиться абсолютнымъ покоемъ, введеніемъ катетера, если это окажется нужнымъ и легкими слабительными, потому что твердыя фекальныя массы, проходя мимо опухоли, раздражаютъ ее и вызываютъ очень сильныя боли.

Если теченіе гематоцеле правильно, то кромѣ наркотическихъ средствъ для уменьшенія боли, дальнѣйшее леченіе совершенно излишне, таеъ какъ обыкновенно опухоль отвердѣваетъ и всасывается почти вся.

Таеъ какъ этотъ исходъ безъ сомнѣнія самый благопріятный, то въ искусственному опорожненію опухоли слѣдуетъ прибѣгать только при существованіи особыхъ показаній. Такія показанія могутъ представиться при очень значительной величинѣ опухоли, воспаленіи или нагноеніи ея.

Что касается перваго показанія, то страданія, обусловливаемые давленіемъ опухоли, могутъ достигнуть такихъ размѣровъ, что для облегченія ихъ, приходится уменьшать ея объемъ. Но и въ этихъ случаяхъ нужно быть крайне осторожнымъ и не спѣшить, чтобы не вызвать новаго кровоизліянія въ опорожненной опухоли. Таеъ какъ во всѣхъ этихъ случаяхъ содержимое опухоли жидко, то ее прокалываютъ по возможности тонкимъ троакаромъ, принявъ всѣ предосторожности противъ вхожденія воздуха.

Если при всемъ томъ воздухъ попалъ въ опухоль, то въ ней происходитъ нагноеніе и распаденіе, которыя могутъ однако образоваться также и послѣ самопроизвольнаго вскрытія. Въ такомъ случаѣ все воспаленное кровяное скопище слѣдуетъ опорожнить. Это достигается вскрытіемъ посредствомъ надрѣза опухоли, вдающейся во влагалище, и опорожненіемъ ея пальцами отъ разложившихся кровяныхъ сгустковъ. Очищая затѣмъ полость абсцесса насколько возможно впрыскиваніями раствора карболовой кислоты, можно предупредить воспаленіе брюшины и піэмію.

Если вскрытіе произошло произвольно безъ воспалительныхъ явленій въ опухоли, то слѣдуетъ воздерживаться отъ опорожненія содержимаго, потому что при этомъ легко можетъ попасть туда воздухъ или кишечные газы, причемъ гнилостное распаденіе неизбежно.

Если вскрытіе грозитъ произойти въ rectum, то лучше всего поступать чисто выжидательно; если же абсцессъ направляется во влагалище, то можно въ этомъ мѣстѣ сдѣлать проколъ или надрѣзъ.

Haematocele anteuterina.

Подъ этимъ именемъ разумѣется кровяная опухоль въ брюшной складкѣ между маткой и мочевымъ пузыремъ.

Въ этомъ мѣстѣ кровяная опухоль можетъ образоваться при различныхъ условіяхъ. Впервыхъ она можетъ быть здѣсь въ видѣ части большой заматочной кровяной опухоли, если инкапсулированіе излившейся крови произошло надъ маткой вплоть до передней стѣнки живота. Въ такомъ случаѣ и excavatio vesico-uterina тоже бываетъ переполнена кровью.

Весьма рѣдко образуется Haematocele anteuterina, если, какъ въ случаѣ сообщенномъ G. Braun'омъ ¹⁾ складка брюшины лежащая впереди матки, покрыта ложными перепонками и въ это ограниченное пространство послѣдуетъ кровотеченіе. Такого рода случаи встрѣчаются вообще рѣдко, впервыхъ потому, что сращенія впереди матки встрѣчаются несравненно рѣже чѣмъ сзади, а во вторыхъ потому, что фаллопиевы



Фиг. 122.

Haematocele anteuterina. *u* Uterus. *t* плодный пузырь въ фал. трубѣ. *bc* кровяные сгустки. *fb* жидкая кровь.

¹⁾ Wiener med. Wochenschr. 1872. No. 22 u. 23.

трубы и яичники, которыя часто служатъ источникомъ кровотеченій въ замкнутое заматочное пространство, рѣдко попадаютъ въ *exsatio vesico-uterina*.

. Мы сами наблюдали крайне интересный случай *haematocele anteuterina* ¹⁾, гдѣ большая, между маткой и пузыремъ лежащая кровяная опухоль (см. ф. 122) образовалась вслѣдствіе того, что между совершенно пустымъ пузыремъ и также пустою прямою кишкою, въ передней стѣнкѣ которой приросла матка, образовалась полость, въ которую излилась кровь и свернулась подобно тому, какъ это бываетъ при образованіи заматочной кровяной грыжи въ закрытомъ Дугласовомъ пространствѣ.

Тромбъ или гематома соединительной ткани. (*Haematocele extraperitonealis*).

Кровоизліяніе въ соединительную ткань внѣ послѣродоваго періода, за исключеніемъ случаевъ травматическаго происхожденія, вообще очень рѣдки. Смотри по мѣсту кровоизліянія и другимъ условіямъ, они могутъ образоваться на всякомъ мѣстѣ соединительной ткани, и образовать самыя разнообразныя опухоли.

Опухоли тазовой части брюшины и тазовой клетчатки.

Кисты.

Spencer Wells, *Diseases of the ovaries*. p. 30.—Atlee, *Ovarian tumours etc.* p. 107.—Peaslee, *Ovarian tumours etc.* p. 99.—Bantock, *Obst. J. of Great Britain*. May. 1873. p. 124.—Koeberlé, c. 1. September. 1873. p. 422.

Вблизи фаллопиевыхъ трубъ встрѣчается нерѣдко значительное число маленькихъ стебельчатыхъ и не стебельчатыхъ кистъ.

Другія кисты образуются изъ придатка яичника, протоки котораго покрыты мерцательнымъ эпителиемъ; однако не всѣ кисты широкихъ связокъ происходятъ изъ *parovarium*; но вѣроятно часть кистъ, ближе лежащихъ къ маткѣ, происходитъ изъ части Вольфовыхъ тѣлъ, идущей на образованіе мочевыхъ органовъ, отъ которыхъ по Waldayer'у ²⁾, сохраняются остатки между *parovarium* (половою

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. V. Heft 2.

²⁾ Eierstock u. Ei. p. 142.

частью Вольфова тѣла) и маткой въ видѣ тонкихъ каналовъ, наполненныхъ клѣтками эпителия.

Эти кисты широкихъ маточныхъ связокъ остаются по большей части маленькими, но иногда могутъ достигнуть такой величины какъ и кисты яичниковъ.

Онѣ обыкновенно имѣютъ тонкія стѣны (Spiegelberg ¹⁾ нашелъ въ нихъ гладкія мышечныя волокна) и выстланы внутри цилиндрическимъ эпителиемъ, который иногда представляетъ и мерцательныя рѣснички. По большей части онѣ бывають безъ ножки, начинаются широкимъ основаніемъ отъ широкой связки, прилегая плотно къ яичнику или рѣзко отъ него отдѣляясь. Фаллопиева труба, по большей части значительно вытянутая въ длину, обыкновенно обвивается вокругъ нихъ.

Содержимое ихъ обыкновенно прозрачная свѣтлая серозная жидкость, имѣющая весьма малый удѣльный вѣсъ (1004—1005) и во все не содержитъ или очень немного бѣлка.

Послѣ прокола, онѣ обыкновенно болѣе не ощупываются.

Миома, фиброма и фибромиома.

Обыкновенно этого рода опухоли широкой маточной связки первоначально бывають маточными опухолями, которыя внѣдрились между пластинками широкихъ связокъ и посредствомъ ножки отдѣлились отъ матки. Но по Вирхову ²⁾ встрѣчаются миомы и въ видѣ первичныхъ опухолей маточныхъ связокъ.

Schettig ³⁾ описываетъ исто-фибромиому, которая происходила изъ матки, хотя и не находилась съ нею въ связи.

Ракъ и бугорчатна.

Не представляютъ ничего характеристическаго, такъ какъ составляютъ лишь страданіе брюшины тазовой области.

¹⁾ Spiegelberg, Arch. f. Gyn. I. p. 482.

²⁾ Geschwülste. III. 1. p. 221.

³⁾ Arch. f. Gyn. B. I. p. 425.

БОЛЪЗНИ ВЛАГАЛИЩА.

Пороки развитія.

Влагалище, также какъ и матка, образуется изъ Мюллеровыхъ протоковъ, которые сливаются, начиная съ верхней части влагалища. Вслѣдствіе уничтоженія или недостаточнаго развитія одного или обоихъ Мюллеровыхъ протоковъ или же отсутствія спайки ихъ проходятъ всѣ пороки образованія влагалища, которыя мы отчасти уже и рассмотрѣли, говоря о порокахъ образованія матки.

Совершенный недостатокъ или рудиментарное образованіе влагалища.

Kussmaul, Von dem Mangel etc. der Gebärmutter. Würzburg 1859.—Klob, Pathol. der weibl. Sexualorg. p. 412.

Въ практическомъ отношеніи оба эти состоянія однозначущи да и въ анатомическомъ смыслѣ обыкновенно принимаются за одно и то же, потому и здѣсь, также какъ въ маткѣ, слѣдуетъ считать пучки соединительной ткани, расположенные по направленію рукава, за рудиментарное развитіе послѣдняго.

Пороки развитія рукава встрѣчаются какъ при совершенномъ отсутствіи и рудиментарномъ образованіи матки, такъ и самостоятельно при совершенно нормальной маткѣ.

Части Мюллеровыхъ протоковъ, изъ которыхъ образуется влагалище, могутъ также только отчасти облитерироваться, по этому у влагалищной части или тотчасъ за гименомъ можетъ образоваться слѣпой мѣшокъ; въ послѣднемъ случаѣ онъ будетъ очень короткимъ. Въ другихъ случаяхъ не достаетъ середины влагалища, такъ что оба существующіе конца раздѣляются между собою плевою различной толщины. Иногда эта перепонка бываетъ очень тонка и представляетъ большей или меньшей величины отверстіе.

Случаи, гдѣ верхній и нижній влагалищные протоки на нѣкоторомъ пространствѣ идутъ одинъ возлѣ другаго, не сходясь между собою, должны объясняться тѣмъ, что въ одномъ Мюллеровомъ протокѣ облитерируется нижняя, а въ другомъ верхняя часть.

Vagina unilateralis.

Если въ области влагалища развитъ одинъ только Мюллеровъ протокъ, а другаго нѣтъ или онъ въ рудиментарномъ состояніи, то

въ морфологическомъ смыслѣ тутъ существуетъ только одна половина влагалища. Что на такой порокъ образованія до сего времени не обращено было никакого вниманія, можно объяснить себѣ лишь трудностью распознаванія, такъ какъ тѣхъ критеріевъ, которые мы имѣли при *Uterus unicornis* (форма и придатки), во влагалищѣ не бываетъ. Вѣроятно въ большинствѣ случаевъ *Uteri unicornis* и въ области влагалища развитъ одинъ только Мюллеровъ протокъ. За частное развитіе одной половины должны быть принимаемы нѣкоторые случаи частичнаго раздвоенія влагалища.

Vagina Septa.

Если все влагалище двойное, то и матка всегда бываетъ двойная, а по большей части и дѣвственная плева двойная. Если одинъ влагалищный каналъ снизу замкнуть, то образуется съ этой стороны *Haematometra*.

Оба влагалища не всегда имѣютъ направленіе по сторонамъ; по Дорну лѣвый Мюллеровъ каналъ лежитъ болѣе впереди.

Если раздвоеніе влагалища не полное, то по большей части находимъ нижнюю часть раздвоенную, а верхнюю нѣтъ, такъ какъ спайка начинается сверху. Потому не рѣдко при двойной маткѣ и верхняя часть влагалища остается раздѣленною (перегородка спускается во влагалище), тогда какъ внизу образовалась спайка обоихъ протоковъ.

Въ другихъ случаяхъ встрѣчается во влагалищѣ нѣсколько отдѣльных перегородокъ или мостовидныхъ перекладинъ въ видѣ остатковъ бывшихъ раздѣленій. Нѣкоторыя изъ нихъ образовались изъ сращеній въ зародышевомъ состояніи, растянувшихся впоследствии.

Если при одной маткѣ встрѣчается двойное влагалище, то одна половина бываетъ рудиментарная.

Врожденная малость влагалища.

Врожденная ненормальная узкость влагалища чаще всего бываетъ рѣзко выражена при нѣкоторыхъ недостаткахъ развитія матки, въ особенности при *Uterus foetalis* и *infantis*. Узкое влагалище при *uterus unicornis* имѣетъ значеніе *Vaginae unilateralis*. Чрезвычайная короткость влагалища бываетъ также индивидуальнымъ уклоненіемъ образованія.

При непроходимости влагалища можно приступить къ операціи лишь тогда, когда образуется Haematometra, такъ какъ въ иныхъ случаяхъ внутренніе дѣтородные органы при этомъ обезображены до того, что искусственное образованіе влагалища не имѣетъ смысла и кромѣ того при этомъ весьма легко можно произвести поврежденіе сосѣднихъ частей, такъ какъ не существуетъ опухоли матки, которая могла бы служить вѣрнымъ указаніемъ пути при операціи.

Мостовидныя перекладки влагалища, также какъ и мѣстныхъ удвоенія, тогда лишь требуютъ операціи, когда затрудняютъ половыя отправленія или роды.

Врожденное суженіе препятствуетъ только соитію и обыкновенно мало по малу въ послѣдствіи исчезаетъ, въ иныхъ же случаяхъ можно вставлять пресованную губку, что въ особенности показуется при мѣстномъ суженіи.

Зарощеніе (atresia) влагалища.

Съ послѣдующею за ней гематометрой описано выше при атрезіи матки.

Воспаленіе влагалища. (Vaginitis, Kolpitis, Elythritis).

Kölliker und Scanzoni, Sc.'s Beiträge. II. p. 128.—Tylor Smith, Pathol. a. treatment of leucorrhoea. London 1855.—Hennig, Der Katarrh der w. Geschlechtsorgane. 2 Aufl. См. лит. при Endometritis.

Острое катарральное воспаленіе.

Причины.

Самая частая причина остраго воспаленія влагалища—это зараженіе трипперомъ. Кромѣ того оно обусловливается различнаго рода травматическими поврежденіями. Къ такимъ поврежденіямъ при исключительныхъ условіяхъ можетъ быть отнесено и соитіе. Чаще вызывается эта болѣзнь всякаго рода лекарственными веществами, прижиганіями, слишкомъ холодными или слишкомъ горячими вприскиваніями и гнойнымъ или злокачественнымъ отдѣлимымъ.

Во время мѣсячнаго очищенія можетъ образоваться острый катарръ въ особенности при вредномъ вліяніи чаще всего простуды. Нерѣдко острый катарръ имѣетъ значеніе лишь обостренія хроническаго. Наконецъ острая форма катарра влагалища можетъ развиваться при острыхъ сыпяхъ, въ особенности при кори.

Острый кольпитъ гораздо чаще встрѣчается у женщинъ въ периодъ половой зрѣлости, но въ исключительныхъ случаяхъ вслѣдствіе травматическихъ причинъ можетъ развиваться и у дѣтей; нерѣдко бываетъ онъ и по прекращеніи регуль. Мы встрѣтили болѣзнь эту въ одномъ случаѣ у старой женщины при полной атрофіи матки, не имѣя при этомъ повода приписать появленіе ея причинѣ приводимой Гильдебрантомъ, т. е. раскрытію половой расщелины и вслѣдствіе того свободному доступу пыли и холоднаго воздуха.

Патологическая анатомія.

Признаки остраго катарра доступны зрѣнію. Слизистая оболочка красна, рыхла, на ошупь бархатиста. Въ особенности выдающіяся складки представляютъ припухлости въ видѣ гребешковъ, на вершинѣ которыхъ представляется сильное налитіе сосудовъ и даже кровоподтеки; или же эпителий до того легко повреждается, что кровотеченіе вызывается отъ малѣйшей причины.

Слизистые фолликулы влагалища, припухая, могутъ образовать маленькія кисты.

Отдѣленіе слизистой оболочки въ началѣ остраго катарра уменьшается, позднѣе же усиливается, становится слизисто-серознымъ, гнойнымъ.

Кольпитъ, зависящій отъ триппернаго зараженія, въ сущности ничѣмъ не рознится отъ другихъ формъ; онъ сопряженъ только часто съ катарромъ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала и съ воспаленіемъ окружающихъ отверстіе уретры фолликуловъ. При трипперѣ часто встрѣчаются также абсцессы Бартолиніевыхъ желѣзъ. Трипперный катарръ чаще встрѣчается только въ нижней части влагалища, тогда какъ острый кольпитъ распространяется по всему рукаву; кромѣ того бываетъ мѣстное воспаленіе и въ сводѣ влагалища, ведущее свое начало изъ матки.

Собственно въ верхней части влагалища бываетъ еще особенная форма кольпита, которую Hildebrandt ¹⁾ описалъ подъ названіемъ *vaginitis ulcerosa adhaesiva*. При этомъ слизистая оболочка верхней части влагалища бываетъ лишена своего эпителия и представляется какъ бы обнаженною съ легкою пиллярною гипертрофіею. Слѣдствіемъ этого воспаленія бываетъ срощеніе влагалищной части съ боковыми стѣнками влагалища, такъ что своды совершенно исчеза-

¹⁾ Manatsschr. f. Geb. V. 32 p. 128

ютъ и отверстіе маточнаго рыльца ощущаются въ верхней части воронкообразно оканчивающагося влагалища.

Мы сами нѣсколько разъ видали исходы этого процесса и именно: въ одномъ случаѣ совершенное зарощеніе верхней части влагалища а въ другомъ не совершенное подъ влагалищной частью. Обѣ больныя никогда не рожали и вѣроятно заболѣли еще до замужества. У одной послѣдовательная гематометра вскрылась чрезъ рукавъ во время путешествія послѣ свадьбы.

Въ третьемъ случаѣ вся верхняя часть влагалища была равномерно сужена; правый сводъ влагалища сросся, а лѣвый представлялъ слѣпой мѣшокъ.

Признаки.

Острый катарръ можетъ начаться рѣзкими лихорадочными явлениями и при надлежащемъ уходѣ чрезъ нѣсколько недѣль обыкновенно оканчивается выздоровленіемъ; въ другихъ случаяхъ, въ особенности при трипперѣ, переходить въ хроническую бленоррею.

Кромѣ истеченія въ болѣе серьезныхъ случаяхъ бываютъ и боли, иногда весьма значительныя. Появляется постоянный напоръ на низъ, иногда спазмодическія сокращенія *constrictoris cunni* и натуги въ сторонѣ мочеваго пузыря и прямой кишки.

Леченіе.

Обыкновенно можно ограничиться выжидательнымъ леченіемъ, дѣлая легкое отвлеченіе на кишечный каналъ и препятствуя задержанію отдѣленія осторожно производимыми вырыскиваніями въ 28° R.; при этомъ заботятся объ устраненіи вредныхъ вліяній и соблюденіи абсолютнаго покоя. Если развиваются спазмодическія боли, то весьма хорошо помогаютъ теплыя полуванны.

Крупозное и дифтеритическое воспаленіе влагалища.

Причины.

Образованіе крупозныхъ и дифтеритическихъ перепонокъ на слизистой оболочкѣ влагалища происходитъ двоякимъ образомъ: въ видѣ страданія отдѣльныхъ мѣстъ, подъ вліяніемъ какихъ либо мѣстныхъ причинъ, при чемъ остальная слизистая оболочка лишь слегка катаррально воспалена; или въ видѣ крупознаго и дифтеритическаго воспаленія всей слизистой оболочки или по крайней мѣрѣ большей ея части, а именно верхней и нижней ея половины.

Отдѣльно сидящія перепонки встрѣчаются во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ стѣнки влагалища орошаются злокачественнымъ отдѣленіемъ, слѣдовательно при ракѣ матки, при омертвѣвшихъ фибриодахъ и полипахъ, а также и при нессаріяхъ, если они слишкомъ долго остаются во влагалищѣ. Далѣе при выпаденіи влагалища или матки бывають перепончатыя отложенія на язвахъ, обусловленныя внѣшнимъ вліяніемъ. Нерѣдко встрѣчаются наконецъ плотныя дифтеритическія отложенія при влагалищно-мочевыхъ фистулахъ, когда въ рукавъ попадаетъ моча, а при кишечно-влагалищныхъ — калъ.

Крупозное или дифтеритическое воспаленіе большей части слизистой оболочки влагалища, за исключеніемъ триппера, при которомъ оно во всякомъ случаѣ бываетъ очень рѣдко, и послѣ родового состоянія, встрѣчается только при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (корь, оспа, тифъ, холера).

Патологическая анатомія.

При ограниченномъ пораженіи слизистой оболочки мы находили лишь на нѣкоторыхъ ограниченныхъ мѣстахъ довольно легко отдѣляемая или крѣпко приставшія къ ней бѣловатыя перепонки, при чемъ остальныя части слизистой оболочки остаются въ довольно нормальномъ состояніи или слегка катаррально воспалены.

Гораздо рѣзче выражается общій дифтеритъ влагалища. Припуханіе слизистой оболочки достигаетъ тутъ чрезвычайно высокой степени, такъ что Septum rectovaginale можетъ образовать плотную опухоль, которая заслоняетъ просвѣтъ влагалища; сводъ же влагалища вокругъ рукавной части опухаетъ до того, что около нея нельзя провести пальца. На слизистой оболочкѣ влагалища въ большемъ или меньшемъ количествѣ видны бѣлыя и зеленныя дифтеритическія перепонки и изъ рукава истекаетъ отвратительнаго запаха гнойное отдѣленіе. При дифтеритѣ верхней части влагалища принимаетъ участіе и влагалищная часть, при чемъ одѣвающая ее слизистая оболочка увеличивается въ объемъ, а слизистая оболочка канала и шейки представляется въ видѣ припухшаго валика. Мы встрѣчали послѣднюю до того увеличенную, что она въ наружномъ маточномъ зѣвѣ представлялась въ видѣ слизистаго полипа съ грецкій орѣхъ. Выздоровленіе наступаетъ медленно, при чемъ образуются значительныя стриктуры и сводъ влагалища срастается съ рукавною частью.

Припадеи.

Припадеи совершенно таже же, какъ при сильныхъ формахъ остраго катарра. Лихорадочное состояніе бываетъ только въ началѣ; позднѣе главное вниманіе обращаетъ на себя безцѣтное кровянисто-гноинное отдѣленіе нестерпимаго запаха. При этомъ бываютъ боли въ тазу, напоръ на низъ и спазмъ *constrictoris cunni* и другихъ мускуловъ таза.

Дифтеритическія отложенія при изъязвившемся ракѣ, или при фистулахъ, не вызываютъ особыхъ припадеевъ.

Распознаваніе.

Вообще эта форма распознается по присутствію перепонокъ. Если дифтеритъ верхней части влагалища развитъ значительно, то и безъ дальнѣйшихъ осложненій можетъ представить ту же самую картину, какъ и изъязвившійся ракъ или омертвѣвшій слизистый полипъ шейки, такъ какъ влагалищная часть превращается при этомъ въ безобразную массу. Разрѣшить вопросъ можетъ тщательное изслѣдованіе, а въ крайнемъ случаѣ теченіе болѣзни.

Леченіе.

Самое главное, конечно, удаленіе причины. Если это удастся, какъ на примѣръ, при омертвѣвшихъ полипахъ и при забытыхъ пессаріяхъ, то совершенное выздоровленіе наступаетъ немедленно при соблюденіи одной чистоты. Тѣми же средствами, а таже омываніемъ посредствомъ раствора карболовой кислоты, достигается излеченіе и въ другихъ случаяхъ, хотя при этомъ слизистая оболочка довольно долго гранулируетъ и могутъ образоваться значительные рубцы, причиняющіе суженіе.

Послѣднее насколько возможно, слѣдуетъ предотвратить тампонами, смазанными жирнымъ веществомъ, которые вводятся между срастающимися стѣнками.

Perivaginitis phlegmonosa dissecans.

Marconnet, Virchow's Archiv. B. 34. 1 u. 2.—Minkiewitsch, e. 1. B. 41. p. 437.

Этого рода страданій было описано три случая, объ этиологій которыхъ ничего не извѣстно. Въ обоихъ случаяхъ Марконнета говорится о воспаленіи въ оболочечной соединительной ткани, гдѣ

нагноеніемъ отторгнуто было все влагалище (слизистая оболочка и мышечный слой), которое вмѣстѣ съ слизистымъ покровомъ влагалищной части вышло въ видѣ комка. За нагноеніемъ послѣдовало выздоровленіе.

Менѣе удаченъ былъ случай Монкевича. И здѣсь также влагалище было цѣлкомъ отторгнуто, но больная умерла и при вскрытіи найдено, что задняя стѣнка мочевого пузыря и передняя тазовая стѣнка были разрушены гангреною.

Хроническій катарръ влагалища. (Fluor albus. Leukorrhoea).

Причины.

Хроническій катарръ влагалища — болѣзнь весьма частая, встрѣчающаяся какъ слѣдствіе остраго кольпита, доброкачественнаго или перелойнаго, но гораздо чаще какъ болѣзнь самостоятельная. Такъ, продолжительное усиленное отдѣленіе слизистой оболочки можетъ зависѣть отъ климатическихъ условій или отъ аномалій тѣлосложенія. Особенно часто бываетъ она при блѣдной немочп. (Chlorosis). Но и всякаго рода мѣстныхъ раздраженій слизистой оболочки влагалища влекутъ за собою катарральное отдѣленіе. Сюда относится частое совокупленіе, которое въ особенности у непривычныхъ новобрачныхъ женщинъ можетъ вызвать хроническій катарръ. Сюда же принадлежитъ цѣлый рядъ врачебныхъ средствъ, въ особенности черезъ чуръ горячія или холодныя впрыскиванія. Влагалищныя пессаріи во всякомъ случаѣ раздражаютъ слизистую оболочку, но приготовленные изъ надлежащаго матеріала и хорошо приспособленные производятъ раздраженіе весьма незначительное. Особенно продолжительному раздраженію подвергается влагалище тогда, когда оно при выпаденіи вмѣстѣ съ маткою выступаетъ изъ половой расщелины и помѣщается между бедрами. Въ свою очередь, продолжительный хроническій катарръ можетъ служить поводомъ къ гипертрофіи и ослабленію стѣнокъ влагалища, а вслѣдствіе того способствовать выпаденію.

Болѣзни матки, въ особенности воспаленія, а также смѣщенія и новообразованія легко вызываютъ хроническое воспаленіе слизистой оболочки влагалища.

Наконецъ застои въ кровеносныхъ соеудахъ нижней половины туловища при болѣзняхъ печени, легкихъ, сердца или брюшинныхъ опухоляхъ, а также и мѣстное раздраженіе со стороны большихъ опухолей малаго таза, могутъ служить причиною усиленнаго отдѣленія слизистой оболочки влагалища.

Патологическая анатомія.

Нерѣдко въ такихъ случаяхъ, гдѣ катарръ влагалища протекаетъ совершенно хронически, т. е. продолжается нѣсколько мѣсяцевъ, мы находимъ измѣненія въ слизистой оболочкѣ, соответственныя острому катарру; въ особенности часто случается это при трипперѣ. Въ такомъ случаѣ на верхушкахъ припухшихъ гребешковъ слизистой оболочки замѣчается сильная инъееція, даже экхимозы и гнойное отдѣленіе. Если эти измѣненія исчезаютъ или если они вовсе не достигли сказанной степени, то слизистая оболочка представляется гладкою, плотною и натянутою. Цвѣтъ ея буроватокрасный или аспидный; мѣстами она испещрена неправильнаго очертанія пигментными пятнышками, остатками кровоизліяній въ слизистой оболочкѣ.

Самое характеристичное въ хроническомъ катаррѣ—это отдѣляемое. Оно всегда кислой реакціи и часто представляетъ лишь усиленіе физиологическаго отдѣленія, т. е. оно бѣловато, подобно сливкамъ, и состоитъ изъ отдѣлившихся вѣттокъ эпителія съ небольшою примѣсью слизистыхъ тѣлецъ. Въ иныхъ случаяхъ послѣднія примѣшиваются къ отдѣленію въ большемъ количествѣ и съ примѣсью гнойныхъ шариковъ, такъ что иногда отдѣленіе представляется чисто гнойнымъ. Въ катарральномъ отдѣленіи нерѣдко находятся *Trichomonas vaginalis* и грибки.

Признаки.

При вполне хроническомъ теченіи болѣзни единственнымъ признакомъ служитъ отдѣленіе. Во всякомъ случаѣ, если оно слишкомъ обильно, то бываетъ чрезвычайно тягостно и можетъ сдѣлаться вреднымъ для здоровья, производя ссадины на половыхъ частяхъ и бедрахъ и вызывая растройства въ общемъ питаніи. Но эти послѣднія растройства не у всѣхъ одинаковы: такъ нѣкоторыя женщины отъ продолжительнаго, хотя бы и незначительнаго отдѣленія

чрезвычайно худѣютъ и измѣняются, между тѣмъ, какъ другія и при обильной бленорреѣ сохраняютъ цвѣтущій видъ.

Если при хроническомъ катаррѣ влагалища становится вялымъ, то оно нѣсколько опускается и вызываетъ боли, съ напираниемъ на низъ и ощущеніемъ какъ-бы инороднаго тѣла въ половыхъ частяхъ. Теченіе болѣзни весьма продолжительно: бѣли могутъ тянуться нѣсколько лѣтъ и даже цѣлую жизнь.

Лечение.

Съ цѣлью ограничить чрезмѣрное отдѣленіе слизистой оболочки влагалища, пужно прежде всего стараться устранить причины, отъ которыхъ оно зависитъ.

Такъ у хлоротическихъ нерѣдко останавливается лейкоррея при употребленіи желѣза, безъ всякаго мѣстнаго леченія. Такимъ же образомъ удаленіе неудобнаго пессарія, а съ другой стороны, при образовавшемся выпаденіи влагалища, введеніе кольца останавливаютъ отдѣленіе или по крайней мѣрѣ значительно его уменьшаютъ. Кромѣ того, весьма важно въ этомъ отношеніи леченіе одновременно существующихъ болѣзней матки, въ особенности катарра шейки.

При мѣстномъ леченіи можно достигнуть цѣли во многихъ случаяхъ даже посредствомъ одного только соблюденія чистоты, такъ какъ и само отдѣляемое, застаивающееся во влагалищѣ, вызываетъ раздраженіе въ слизистой оболочкѣ. Конечно, необходимыя для этого впрыскиванія должны быть производимы весьма осторожно, т. е. кромѣ осторожнаго введенія наконечника струя жидкости должна быть не слишкомъ сильна и жидкость не слишкомъ горяча или холодна. Слѣдуетъ начинать съ температуры 28° Р. и переходить постепенно и осторожно къ болѣе низкой. Если холодныя спринцеванія трудно переносятся, какъ это бываетъ нерѣдко, то ихъ надо пріостановить.

Въ особенности дѣйствительными оказываются спринцеванія изъ воды щелочныхъ источниковъ, каковы Эмсъ и Нейенаръ.

Застарѣлые катарры, однакоже, не уступаютъ этимъ простымъ средствамъ, такъ что къ спринцеваніямъ нужно бываетъ прибавлять вяжущія средства: таннинъ, квасцы, хлористое желѣзо, селитро-кислое серебро и т. п.

Если есть показаніе къ употребленію этихъ средствъ, то лучше избрать другой способъ примѣненія ихъ, такъ какъ впрыскиваемая жидкость орошаетъ не всю слизистую оболочку влагалища.

Весьма дѣйствительно и въ особенности хорошо при употребленіи концентрированныхъ растворовъ наливать жидкость въ зеркало изъ молочнаго стекла и при медленномъ извлеченіи его постепенно приводить ее въ прикосновеніе съ всею слизистою оболочкою влагалища. Этотъ способъ дѣйствительнѣе, чѣмъ смачиваніе слизистой оболочки ваточкою чрезъ зеркало. Можно также вводить въ влагалище маленькіе тампоны изъ ваты или маленькія губки, смоченные вяжущею жидкостью; Скапцони рекомендуетъ для этой цѣли 4,0 танина на 30,0 глицерина. Глицеринъ самъ по себѣ дѣйствуетъ также иссушающимъ образомъ на слизистую оболочку и способствуетъ усилению отдѣленія серозной жидкости. Тампонъ изъ ваты можно также обсыпать порошкомъ квасцовъ или смазывать его вяжущею мазью. (По Гильдебрандту, 5 ч. квасцовъ на 30 ч. жиру).

Весьма дѣйствительно также употребленіе маленькихъ шариковъ изъ масла какао съ таниномъ (0,25 Tannini на 3,0 But. Sac. m. f. globulus). Отъ теплоты тѣла какао постепенно таетъ и расплывающееся масло, заключающее въ себѣ танинъ, приходитъ въ соприкосновеніе со стѣнками влагалища на значительномъ протяженіи.

Считаемъ нелишнимъ прибавить нѣсколько словъ о такъ называемой *vaginitis granulosa*. Эту форму воспаления рукава нѣкоторые врачи считали за особенную, появляющуюся по преимуществу у беременныхъ и исчезающую послѣ родовъ. Сколько намъ извѣстно, Девиль первый описалъ ее подъ именемъ *vaginite granuleuse* (Amedée Deville. *Mém. sur la vaginit. granul.* Arch. général. de med. Juill. Août 1844). Этотъ видъ вагинита отличается разращеніемъ сосочковъ, которые выступаютъ надъ поверхностью слизистой оболочки въ видѣ красноватыхъ иногда синеватыхъ точекъ. Въ сущности это состояніе нельзя назвать даже воспаленіемъ, а тѣмъ болѣе какою-либо особою формою его. Такой вагинитъ появляется обыкновенно у женщинъ, страдавшихъ до беременности хроническимъ катарромъ рукава. При усиленномъ метаформозѣ и питаніи всей вообще половой сферы во время беременности, набухаютъ и сосочки слизистой оболочки рукава, вслѣдствіе чего и выдаются надъ поверхностью. Если до того слизистая оболочка была здорова, то сосочки не выдаются, такъ какъ всѣ слои гиперплазируются равномерно; при катарральномъ же ея страданіи, слущиваніи эпителія,

гипереміи, гиперплазіи и застояхъ въ подслизистой слоѣ являются всѣ условія, благопріятствующія разбуханію сосочковъ и выпячиванію ихъ надъ поверхностью слизистой оболочки. Съ окончаніемъ беременности прекращаются эти условія и сосочки сами собою исчезаютъ, а хроническій катарръ рукава остается по прежнему. Лечение такого вагинита почти безуспѣшно. Обыкновенно приносятъ нѣкоторую пользу вяжущія средства: вливаніе въ рукавъ черезъ зеркало и намазываніе кисточкою простымъ уксусомъ, растворомъ танина, квасцовъ и т. п. Прижиганія, въ какомъ бы видѣ они ни употреблялись, всегда почти усиливаютъ болѣзнь, а потому ихъ слѣдуетъ избѣгать. Въ послѣродовомъ состояніи этотъ вагинитъ проходитъ самъ собою, какъ мы уже сказали, и потому онъ имѣетъ значеніе временное и притомъ не особенно важное. Но мы не одинъ десятокъ разъ наблюдали, что при такомъ вагинитѣ всегда происходятъ болѣе или менѣе значительныя поврежденія рукава и промежности во время родовъ, хотя бы самыхъ нормальныхъ. Большинство разрывовъ промежности у многородящихъ зависитъ исключительно отъ этого обстоятельства. Мы конечно не приписываемъ такую хрупкость тканей рукава исключительно этой формѣ вагинита. Причина заключается главнымъ образомъ въ измѣненіи упругости слизистой и собственно подслизистой оболочки, вслѣдствіе хроническаго катаррального страданія, существовавшего до беременности, которое въ это время проявляется увеличеніемъ и набуханіемъ сосочковъ. Во всякомъ случаѣ гранулезный вагинитъ во время родовъ представляетъ весьма непріятное, а иногда и серьезное осложненіе. Эту форму болѣзни многіе авторы описывали подъ разными названіями, такъ Ригаръ называетъ ее *Pso-gélytrie*; *Boys de Loury* и *Costilhes* называли ее *vaginitis papillaris*, а *Thibierge* — вегетациями слизистой оболочки рукава у беременныхъ.

Ред.

Выпаденіе влагалища. (*Prolapsus vaginae*).

См. литературу, приведенную при выпаденіи матки

Причины.

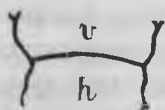
Первичному выпаденію влагалища способствуютъ всѣ тѣ условія, которыя пропзводятъ удлинненіе влагалища, если съ этимъ сопряжено разрыхленіе его слизистой оболочки и сосѣднихъ органовъ.

Незначительная степень выпаденія—выпячиваніе слизистой оболочки влагалища изъ входа—можетъ быть вызвана и однимъ только

удлинненіемъ его безъ всякаго разрыхленія ткани. Лучшимъ примѣромъ тому служить беременность. При пей влагалище такъ значительно удлинняется, что хотя верхняя часть его оттягивается къзади и къверху, все-таки въ нѣкоторыхъ случаяхъ передняя стѣнка, а нерѣдко передняя и задняя, выпячиваются изъ входа.

Кромѣ того влагалище одновременно гипертрофируется, становится вялымъ и слабѣе соединено съ подлежащими тканями при хроническомъ катаррѣ. Поэтому при продолжительныхъ катаррахъ, весьма часто случается, что передняя и задняя стѣнки влагалища выпячиваются во входъ его.

У старыхъ женщинъ вслѣдствіе потери жира и разслабленія всѣхъ тканей легко дѣлается выпаденіе влагалища и это случалось бы еще чаще, еслибы выпаденію не препятствовала старческая атрофія влагалища.



Фиг. 123.

Форма влагалища въ поперечномъ разрѣзѣ по Генле. *v* передняя, *h* задняя стѣнка.

При выпаденіи влагалища выходятъ всегда задняя или передняя стѣнки, но никогда боковыя. Объясняется это прилагаемымъ рисункомъ (фиг. 123), изображающимъ поперечный разрѣзъ влагалища по Генле. Просвѣтъ влагалища выполняется выдающимися спереди и сзади стѣнками, такъ что происходитъ выпаденіе только ихъ.

Между переднею и заднею стѣнками есть существенная разница.

Изъ нормальнаго, довольно узкаго влагалищнаго входа, легче выпячивается по направленію влагалища передняя стѣнка, тогда какъ задняя весьма легко выпадаетъ при укороченіи промежности (см. фиг. 69 и 70). Однако и полное отсутствіе промежности при большихъ зажившихъ разрывахъ ея не обуславливаетъ само по себѣ выпаденія задней стѣнки влагалища: для этого непременно нужно еще разрыхленіе ея. Если влагалище нормально, то оно не выпадаетъ даже при весьма большихъ разрывахъ промежности и стянувшійся рубецъ, которымъ зажилъ разрывъ промежности, отнюдь не способствуетъ образованію выпаденія, такъ какъ имъ задняя стѣнка влагалища значительно укорачивается.

Относительно смѣщенія влагалища книзу большое значеніе имѣетъ состояніе сосѣднихъ органовъ, тазовой клѣтчатки, мочеваго пузыря и прямой кишки.

Если влагалище тѣсно связано съ сосѣдними органами посредствомъ плотной соединительной ткани, какъ это бываетъ въ нор-

мальномъ состояніи, то оно не можетъ выпасть до тѣхъ поръ, пока послѣдніе находятся въ нормальномъ состояніи. Но если соединительная ткань вяла и удоборастяжима, то влагалище само по себѣ можетъ значительно опуститься вслѣдствіе того, что сверху сводъ влагалища сглаживается и стѣнки рукава отъ наружнаго маточнаго рыльда не заворачиваются кверху, а опускаются прямо внизъ. Такія обстоятельства въ особенности часто случаются послѣ родовъ и у старыхъ женщинъ.

Если при этомъ, какъ обыкновенно бываетъ, задняя стѣнка мочевого пузыря и передняя прямой кишки вялы, то онѣ также опускаются внизъ.

Въ другихъ случаяхъ, при благопріятныхъ обстоятельствахъ, т. е. при расслабленіи влагалища, смѣщеніе пузыря и прямой кишки бываетъ первичнымъ. При привычномъ продолжительномъ задержаніи мочи и привычномъ запорѣ передняя и задняя стѣнки рукава обыкновенно болѣе и болѣе выпячиваются въ его просвѣтъ. При этомъ образуются выпячиванія пузыря и прямой кишки, которыя, достигнувъ известной степени, по большей части не могутъ вполне опорожняться, и потому, подъ вліяніемъ постоянной тяжести содержимаго, смѣщаютъ слизистую оболочку влагалища все болѣе и болѣе книзу.

Въ рѣдкихъ случаяхъ и чрезмѣрное давленіе въ Дугласовомъ пространствѣ (петли кишекъ, брюшная водянка, опухоли) постепенно оттягиваютъ задній сводъ влагалища книзу.

Первичное выпаденіе влагалища вслѣдствіе вліянія опустившагося рукава на шейку можетъ обусловить и послѣдовательное опущеніе и выпаденіе матки, но во всякомъ случаѣ только тогда, когда связь матки съ сосѣдними органами будетъ слишкомъ слаба. Если этого расслабленія нѣтъ и матка не поддается влеченію книзу, то происходитъ гипертрофія надвлагалищной части.

Наоборотъ, выпаденіе матки можетъ быть первичнымъ, такъ что опускающаяся матка лишь выворачиваетъ влагалище и въ половой расщелинѣ прежде всего показывается верхняя часть влагалища, покрывающая нижній сегментъ матки. Въ такомъ чистомъ видѣ это бываетъ не часто, такъ какъ обыкновенно случается, что если связь матки ослаблена, то и влагалище бываетъ слабо соединено съ околлежащими частями. Поэтому, чаще всего опущеніе матки бываетъ соединено съ выпаденіемъ влагалища, такъ что нижняя часть влагалища выдается изъ половой расщелины, а верхняя

выворачивается опускающеюся шейкой. Если вся матка выпала, то все влагалище бывает выворочено.

Патологическая анатомія.

Такъ какъ ядлость слизистой оболочки составляетъ предварительное условіе выпаденія, то обыкновенно здѣсь бывають на-лицо всѣ признаки хроническаго катарра, который въ такомъ случаѣ отъ внѣшнихъ вліяній, которымъ подвергаются выпавшія части, еще болѣе усиливается до тѣхъ поръ, пока отъ дѣйствія воздуха и тренія слизистая оболочка дойдетъ до такого состоянія, которое описано нами при выпаденіи матки.



Фиг. 124.

Чистая rectocele. *r* растянутая часть прямой кишки.

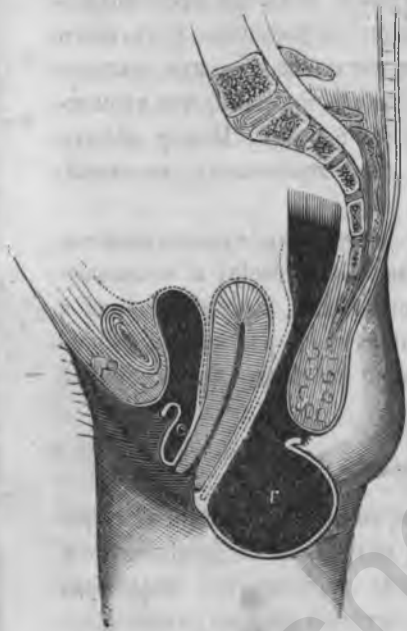
Особеннаго вниманія при выпаденіи влагалища заслуживають смѣщенія сосѣднихъ органовъ. Болѣе значительное выпаденіе передней стѣнки влагалища сопряжено съ образованіемъ *cystocele* (см. фиг. 71). Особенно высокой степени достигаетъ оно при усиленномъ внутрибрюшномъ давленіи чаще всего у тучныхъ женщинъ. У нихъ при входѣ въ влагалище часто находится упругая эластическая опухоль, величиною въ апельсинъ, которую нельзя удержать никакими механическими средствами. Высшая степень смѣщенія пузыря, причемъ онъ совершенно входитъ въ выпавшую опухоль, бываетъ только при одновременномъ выпаденіи матки.

Rectocele можетъ достигнуть весьма высокой степени развитія

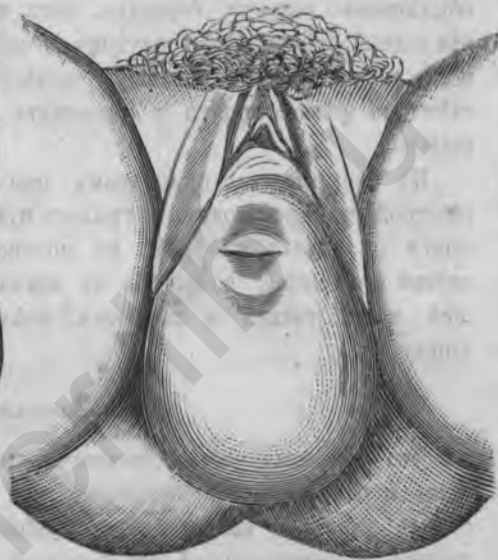
безъ выпаденія и, въ рѣдкихъ случаяхъ, даже безъ опущенія матки, которое однакоже отъ постояннаго натяженія вскорѣ образуется, если матка вверху не плотно фиксирована. Рис. 124 изображаетъ случай самостоятельной *rectocele*. Сама больная говорила, что въ выпавшей части находятся калъ и вѣтры. При постукиваніи опухоли повсюду тонъ былъ тимпанической. Фиг. 125 и 126 представ-

ляютъ также высокую степень rectocele съ незначительною cystocele и неполнымъ выпаденіемъ матки.

Выпячиваніе Дугласова пространства книзу называютъ enterocele vaginalis, когда въ немъ заключаются кишки, Ovariocele vaginalis,



Фиг. 125.
Опущеніе матки при умѣренной cystocele и значительной rectocele.



Фиг. 126.
Случай изображенный на фиг. 125 съ передней стороны.

когда въ немъ находится опухоль яичника. Давленіе кишекъ на заднюю стѣнку влагалища можетъ быть очень значительно. Фелингъ¹⁾ въ послѣднее время сообщилъ объ одномъ случаѣ, гдѣ больная при попыткѣ вправить выпавшее влагалище прорвала задній сводъ рукава и умерла отъ неврвимаго уже выпаданія кишекъ.

Припадки.

Явленія, вызываемыя выпаденіемъ влагалища, совершенно тѣ же, что и при выпаденіи матки. Иногда они бываютъ очень незначительны, но весьма часто появляются боли въ поясницѣ, чувство напиранія на низъ, причѣмъ постороннее тѣло впереди половой рас-

¹⁾ Arch. f. Gyn. V. 6. стр. 103.

щелины безнокотъ въ высшей степени и истечение становится невыносимымъ.

При изслѣдованіи между губами оказывается опухоль, происхождение которой легко можно опредѣлить, т. е. образовалась ли она изъ передней или задней стѣнки влагалища. Если она происходитъ изъ передней, то подъ отверстіемъ уретры въ верхнемъ углу щели обыкновенно бываетъ бороздка, хотя и неглубокая, а при выпаденіи задней стѣнки Fossa navicularis сглаживается такъ, что промежутокъ переходитъ въ выпавшую часть безъ борозды. Между обѣими стѣнками можно пройти и достигнуть глуболежащаго маточнаго рыльца.

Къ неприятнымъ припадкамъ при выпаденіи присоединяются разстройства, производимыя грыжею пузыря (cystocele) и заключающіяся въ боляхъ и позывѣ къ мочеиспусканію, и грыжею прямой кишки (rectocele), состоящія въ механическомъ растяженіи выпавшей части газами и каловыми маслами и раздраженіи прямой кишки.

Распознаваніе.

Что выпавшая часть есть влагалище, можно удостовѣриться зрѣніемъ и осязаніемъ. О состояніи матки получаемъ свѣдѣнія посредствомъ двойнаго изслѣдованія. Cystocele распознается введеніемъ катетра въ образованный изъ передней стѣнки выпадъ; rectocele—изслѣдованіемъ прямой кишки пальцемъ и введеніемъ его крючкообразно-согнутымъ въ дивертикуль.

Предсказаніе.

Выпаденіе влагалища само по себѣ неопасно, но оно чрезвычайно длительно и безъ операціи обыкновенно труднѣе излечивается, чѣмъ выпаденіе матки.

Леченіе изложили мы при описаніи выпаденія матки.

Кисты влагалища.

Heming, Edinburgh med. J. Jan. 1831.—Ladreit de la Charrière, Archives génér. 1858. Vol. I. p. 528.—Saxinger, Spitalzeitung 1863. No. 39.—Veit, Frauenkrankheiten. II. Aufl. 1867. p. 544.—Winkel, Archiv f. Gyn. B. II. p. 383.—Kaltenbach, Archiv f. Gyn. B. V. p. 138.

Причины.

Способъ образованія кистъ влагалища намъ еще мало извѣстенъ. Дѣйствительное новообразованіе ихъ въ соединительной ткани бываетъ только послѣ сильныхъ ушибовъ и кровоизліяній. Кальтенбахъ объясняетъ это тѣмъ, что здѣсь происходитъ скученіе клетокъ въ соединительной ткани, изъ которыхъ возникаютъ кистовидные промежутки выстланные плоскимъ эпителиемъ. Gotthardt ¹⁾ сообщаетъ объ одной кистѣ, которая, по всему вѣроятію, образовалась изъ пуэрперальнаго тромба. Также первый изъ описанныхъ Eustache'омъ ²⁾ случаевъ конечно относится къ кровянымъ кистамъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, и по предположенію Фейта, дѣло состоитъ можетъ быть въ растяженіи Гертнеровыхъ каналовъ—зародышевыхъ мочевыхъ протоковъ, которыхъ существованіе у женскаго пола человѣческаго рода доказано лишь въ весьма немногихъ случаяхъ.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ влагалищныя кисты безъ сомнѣнія возникаютъ изъ закупоренныхъ мѣшечковъ слизистой оболочки влагалища.

Патологическая Анатомія.

Обыкновенно кисты влагалища бываютъ одиночными, рѣдко сидятъ по нѣсколькѣ рядомъ, чаще всего выходятъ онѣ изъ передней и задней стѣнокъ и обыкновенно сидятъ въ нижней части влагалища. Содержимое въ нихъ бываетъ весьма различное: иногда свѣтлое серозное, иногда красноватое, коричневатое, шоколаднаго цвѣта, даже зеленоватое, притомъ густое и вязкое. Мы сами ³⁾ видѣли газообразное содержимое въ массѣ маленькихъ кистъ у одной беременной съ Kolpohyperplasia cystica, которую впрочемъ мы, какъ встрѣчающуюся исключительно у беременныхъ, здѣсь и не рассматриваемъ.

Стѣнки кистъ бываютъ также весьма различны: то толстыя, плотныя, то очень нѣжныя. На внутренней поверхности кисты иногда находится мостовидный эпителий, въ другихъ случаяхъ не бываетъ никакого эпителиальнаго покрова. Hall Davis ⁴⁾ сообщаетъ.

¹⁾ Wiener med. Wochenschr. 1869. № 94.

²⁾ Montpellier med. Juin. p. 499.

³⁾ Deutsches Arch. f. klin. Med. 1874. p. 538.

⁴⁾ London Obst. Tr. Vol. IX. p. 32.

одинъ случай, гдѣ киста вытянула слизистую оболочку на подобіе полипа, такъ что висѣла во влагалищѣ въ видѣ грушевидной опухоли.

Припадки.

Маленькія кисты влагалища не вызываютъ никакихъ припадковъ; большія причиняютъ катарръ влагалища и если сидятъ глубоко, то, какъ и всѣ опухоли во входѣ влагалища, вызываютъ чувство напирания на низъ. Затѣмъ coitus можетъ сопровождаться болью и даже сдѣлается невозможнымъ. Очень рѣдко достигаютъ они такой величины, что препятствуютъ испусканію мочи ¹⁾, или родамъ ²⁾.

Теченіе болѣзни хроническое, такъ какъ кисты чрезвычайно медленно растутъ и остаются по большей части маленькими, или достигаютъ лишь умѣренной величины.

Распознаваніе.

Распознаваніе ихъ не представляетъ особыхъ затрудненій, такъ какъ упругость содержимаго доказываетъ присутствіе жидкости, а смѣшать ихъ съ кистою яичника или грыжею Пузыря можно только развѣ при самомъ поверхностномъ изслѣдованіи.

Леченіе.

Содержимое кисты выпораживаютъ проколомъ или простымъ разрѣзомъ. (При беременности видѣли мы отъ прокола абортъ). Если киста опять наполнилась, то послѣ повгоренія прокола дѣлается впрыскиваніе іода или вырѣзываніе куска изъ стѣнки и прижиганіе внутренней поверхности кисты. Если мѣшокъ кисты до нѣкоторой стѣпени толстъ и удобовылучиваемъ, то конечно слѣдуетъ предпочесть полную экстирпацію.

Намъ пришлось видѣть вмѣстѣ съ докторомъ Гешвендомъ кисту влагалища величиною съ большую сливу, сидѣвшую въ заднемъ сводѣ и плотно прилегавшую къ задней губѣ маточной шейки. Стѣнки ея были тонки, но плотны растянуты свѣтлымъ полупрозрачнымъ содержимымъ, которое оказалось коллоиднымъ. Опухоль была вскрыта Дромъ Гешвендомъ, изъ нея вырѣзана часть стѣнки и полость прижжена. Больная совершенно выздоровѣла.

¹⁾ Betz, *Meinorabilien*. 1870. No. 3.

²⁾ Peters, *Monatsschr. f. Geb.* V. 34. p. 141.

Что касается до мѣста происхожденія этой кисты, то въ виду существующаго катарра канала шейки и выпячиванія изъ зѣва набухшей слизистой оболочки, мы считаемъ себя въ правѣ принять ее за растянутый и кистовидно-перерожденный фолликулъ. Что касается до мѣста ея первоначальнаго образованія, то при естгориум слизистой оболочки канала шейки фолликулы ея безъ сомнѣння легко могли смѣститься наружу и очутиться наконецъ на такомъ мѣстѣ рукавной части, гдѣ въ нормальномъ состояннн ихъ обыкновенно не бываетъ, а за тѣмъ уже началось кистовидное перерожденне. О возможности такого перемѣщеннн элементовъ слизистой оболочки уже упомянуто авторомъ въ своемъ мѣстѣ.

Ред.

Фиброиды влагалища.

Th. S. Lee, Von den Geschwülsten der Gebärmutter etc. Berlin 1848. p. 279. — Virchow, Geschwülste. B. III. Abth. I. p. 220. — Greene, British med. J. 1870. May 14. — Barnes, London Obst. Tr. Vol. XIV. p. 309.

Фибромы и фиброміомы влагалища встрѣчаются рѣдко. Иногда они бываютъ довольно велики и относительно мягки. Мы видѣли въ сводѣ влагалища съ правой стороны фиброму, величиною въ грецкій орѣхъ, покрытую лишь тоненькою слизистою оболочкою, происхожденне которой было не изъ шейки; она существовала вмѣстѣ съ полипомъ матки величиною въ младенческую головку.

Припадкн вызываються лишь фиброидами значительной величины; но и въ такомъ случаѣ они дѣйствуютъ чисто механически раздражая влагалище и надавливая на прямую кишку.

Выдунченнн ихъ не представляетъ особенныхъ затрудненнй.

Полипы влагалища.

Gremler, Preuss. Vereinsz. 1843. 33 — Scanzoni, Lehrb. 4. Aufl. 2. B. p. 259. — Ollivier, Gaz. des hop. 1862. No. 95. — Hoening. Berl. klin. Woch. 1869. No. 6. — Jacobs, berl. klin. Woch. 1869. No. 25. — Byrne, Dublin quart. J. CII. May. 1871. p. 504.

Полипы, всегда представляющіе видъ фиброндовъ на тоненькомъ стеблѣ, достигаютъ иногда весьма значительной величины. Они всегда безпокоять больныхъ даже и при весьма малой величинѣ, если проникають во входъ влагалища. Увеличиваясь, они растяги-

вають влагалище и могутъ вести къ изъязвленію слизистой оболочки и причинить давленіе на сосѣдніе органы.

Оперативный способъ леченія ихъ тотъ же, что и большихъ полиповъ матки; но удаленіе ихъ, по большей части легче, потому что ножа доступнѣе.

Карциномъ влагалища.

Dittrich, Prager Vierteljahrschrift. 1848. 3. p. 102. — C. Mayer, Verh. d. Berliner Geb. Ges. IV. p. 142.—Martin, M. f. Geb. B. 17. p. 321.—Baldwin, Philadelphia med. Times. December 15. 1870. — Goodell, Boston gyn. J. Vol. VI. p. 383. — Eppinger, Prager med. Viertelj. 1872. B. 2. p. 9 — Parry, Amer. J. of Obst. Vol. V. p. 163 и Philadelphia med. J. 1873. Febr. 1

Патологическая анатомія.

Первичный карциномъ влагалища встрѣчается весьма рѣдко. (О вторичномъ, который обыкновенно распространяется отъ шейки на сводъ влагалища, мы здѣсь не упоминаемъ). Онъ встрѣчается или какъ разлитая инфильтрація влагалищной слизистой оболочки, такъ что нормальная слизистая оболочка замѣняется неправильнаго очертанія массами, и такимъ образомъ почти весь каналъ бываетъ окруженъ твердыми стѣнками, или образуется ограниченная опухоль, которая, начинаясь въ одномъ мѣстѣ, вдаётся во влагалище въ видѣ полушарія. Послѣдовательно карциномъ влагалища можетъ распространяться тогда и на сосѣднія органы.

Мы наблюдали одинъ случай первичнаго рака влагалища, въ которомъ весьма вѣроятно мѣстное зараженіе задней губы произошло вслѣдствіе тренія ея объ опухоль влагалища. Это была женщина 41 года, которая 7 разъ рожала и однажды имѣла выкидышъ. Карциномъ образовалъ большую вдающуюся во влагалище опухоль задней стѣнки. Сводъ влагалища оставался совершенно свободнымъ, задняя же губа была изъязвлена (бугриста), отчасти разрушена, и имѣла подозрительный видъ. Слизистая оболочка прямой кишки не была приращена къ опухоли. Послѣ сдѣланной Фейтомъ экстирпаціи чрезъ 3¹/₂ мѣсяца образовался рецидивъ, который за исключеніемъ задней стѣнки влагалища занялъ весь сводъ его и въ особенности заднюю губу.

Припадки совершенно тѣже, что и при карциномѣ шейки. За исключеніемъ болей, которыя могутъ быть незначительны, бываетъ истеченіе крови и отдѣленіе вонючихъ серозныхъ массъ. Иногда появляются припадки, вызываемые находящеюся во влагалищѣ

оухолью: боли въ поясницѣ и чувство напирания книзу въ передней части. Позднѣе присоединяются и признаки раковаго худосочія.

Леченіе въ принципѣ тоже, что и при карциномѣ шейки. Оно должно быть оперативное, какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно рассчитывать на полную экстирпацію новообразованія, такъ и въ такихъ, гдѣ вонючее отдѣленіе и кровотеченіе не пріостанавливаются ничѣмъ лучше, какъ экстирпаціею ножомъ, ножницами, проволочнымъ эксбразѣромъ, гальвано-каустическою проволокою или острою ложечкою и за тѣмъ прижиганіемъ.

Саркома влагалища.

Meadows, London Obst. Tr. Vol. X. p. 141. — Smith, Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 670. — Frau Kaschewarowa, Virchow's Archiv. B. 54. p. 73. — Spiegelberg, Archiv f. Gyn. B. 4. p. 348.

Саркома влагалища представляется въ тѣхъ же двухъ формахъ, какъ и въ маткѣ: или какъ разлитая инфильтрація въ стѣнкахъ, или какъ ограниченная опухоль схожая съ фибромомъ, даже скорѣе съ полипомъ.

По этому припадки въ одномъ случаѣ сходны съ карциноматорными, а въ другихъ съ тѣми, которые бывають при доброкачественныхъ опухоляхъ влагалища.

Леченіе въ особенности при фиброидной формѣ оперативное. — Особенно замѣчательно, что Шпигельбергъ видѣлъ въ одномъ случаѣ совершенное излеченіе.

Туберкулозъ влагалища.

Klob, Pathol. Anatom. d. weibl. Sexualorg. стр. 432.

Описаны только два случая (Virchow и Klob), въ которыхъ при туберкулозѣ мочевыхъ органовъ, гесп. печени, легкихъ и кишекъ, находились туберкулы и туберкулѣзныя язвы на слизистой оболочкѣ влагалища.

Инородныя тѣла во влагалищѣ.

Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. стр. 432 и Hyrtl, Topogr. Anatom. 4 Abt. B. 2 стр. 167.

Изъ инородныхъ тѣлъ въ практическомъ отношеніи важнѣе всего пессаріи, которыя при менѣе значительномъ нажиманіи могутъ вызывать утолщеніе эпителія, а при большемъ изъязвленіе. Если они въ продолженіе долгаго времени постоянно давятъ на одно мѣсто, то могутъ протерѣть слизистую оболочку и произвести въ сосѣдней клѣтчатѣ глубокія борозды; даже, вслѣдствіе прорастанія черезъ отверстіе пессарія грануляцій, одна сторона его можетъ совершенно врости въ мягкія части. Они могутъ также вести къ прободенію пузыря и прямой кишки.

Рѣже встрѣчаются при мочево-половыхъ фистулахъ мочевые камни, какъ инородныя тѣла во влагалищѣ.

Кромѣ того въ литературѣ существуетъ довольно обильная казуистика по предмету многоразличнѣйшихъ инородныхъ тѣлъ, попадавшихъ во влагалище при онанизмѣ или введенныхъ туда съ злонамеренною цѣлью постороннею рукою. — Изъ такихъ инородныхъ тѣлъ извѣстны: помадные банки, палочки для завивки локоновъ, игольники, стклянки, еловые шишки и т. п., Pearse ¹⁾ нашелъ у 36 лѣтней женщины катушку, которая, оставаясь во влагалищѣ 22 года, причинила уретро-влагалищную фистулу. Удивительно то, что женщина эта была два раза замужемъ, и присутствіе инороднаго тѣла оставалось незамѣченнымъ. Какъ самыя замѣчательныя инородныя тѣла, которыя когда либо попадались во влагалищѣ, нашли мы помадную банку и майскаго жука, одну подлѣ другаго.

Намъ приходилось неоднократно наблюдать вредное вліяніе слишкомъ большихъ пессаріевъ, которые давленіемъ на стѣнки рукава производили ссадины и даже язвы.

Въ 1862 году въ пріемную комнату повивальнаго института, гдѣ мы тогда принимали приходившихъ больныхъ, явилась жена солдата, жалуясь на гнойныя вонючія бѣли, общую слабость и боль внизу живота. Недѣли три тому назадъ она обращалась къ одному врачу по случаю выпаденія матки, которымъ страдала уже около года. Онъ предложилъ ей носить кольцо и, получивъ согласіе, ввелъ Цванковскій пессарій большаго объема. Черезъ нѣсколько дней она явилась къ нему, жалуясь на неловкость и нѣкоторую боль внизу живота; изслѣдовавъ ее, онъ сказалъ, что инструментъ лежитъ хорошо и что боль зависитъ отъ непривычки ея къ пессарію. Черезъ недѣлю она снова была у того

¹⁾ British med. J. 28. Juni 1873.

же врача и получила тотъ же отвѣтъ. Такъ какъ общее состояніе не мѣшало ей работать, а боль не усиливалась, то больная успокоилась и болѣе не обращалась къ врачу до появленія гнойныхъ вонючихъ бѣлей. Мы вынули пессарій, при чемъ вышло порядочное количество вонючаго гноя съ кровью. Когда, проспирцевавъ рукавъ, мы стали изслѣдовать больную, то овазалося, что съ обѣихъ сторонъ свода, тамъ, гдѣ прикасались крылья пессарія, образовались язвы, имѣвшія отъ 6 до 8^{'''} въ длину и отъ 3 до 4^{'''} въ ширину, съ клочьями омертвѣлой клѣтчатки и воспаленіемъ и отвердѣніемъ окружающей клѣтчатки на довольно значительномъ пространствѣ. Назначены были впрыскиванія съ хлорною водою и покойное положеніе. Язвы зажили дней черезъ 12, а рубецъ въ послѣдствіи такъ стянулъ сводъ рукава, что образовался перехватъ въ видѣ кольца, въ которое проходилъ только конецъ указательнаго пальца; о выпаденіи матки, конечно, не могло быть и рѣчи.

Въ 1860 году въ тотъ же пріемный покой пришла женщина 50 лѣтъ, жалуясь на трудное мочеиспусканіе и запоры. При изслѣдованіи пальцемъ ощущивалось въ сводѣ рукава какое-то твердое, шероховатое инородное тѣло, выполнявшее весь сводъ: шейка матки была недостижима. Такъ какъ за нѣсколько дней передъ тѣмъ намъ пришлось въ той же пріемной вынуть изъ рукава у одной 45-лѣтней женщины нѣсколько инородныхъ тѣлъ, а именно: тряпки, кусокъ подошвы и наконецъ обыкновенную бабку, которыми играютъ мальчишки, то подъ вліяніемъ свѣжести впечатлѣнія такого рѣдкаго случая, мы и на этотъ разъ предположили присутствіе какаго-нибудь инороднаго тѣла. Но директоръ Института д-ръ Этлингеръ, изслѣдовавъ больную, нашелъ, что это пессарій, давно уже лежащій въ рукавѣ. На разспросы больная не могла дать точнаго отвѣта, но смутно помнила, что лѣтъ десять тому назадъ она имѣла выпаденіе матки и пользовалась у д-ра Шольца; впрочемъ вложилъ ли онъ ей пессарій, положительно не помнила. Мы приступили къ извлеченію; послѣ не малыхъ усилій помощью Мюзеевскихъ щипцовъ и другихъ инструментовъ, намъ удалось наконецъ извлечь овальный пессарій, весь инкрустированный кристаллическими осадками. По удаленіи пессарія у больной оказалось два довольно большихъ свища: пузырьно-влагалищный и влагалищно-кишечный. Мы наблюдали эту больную только нѣсколько дней, посоветовавъ ей поступить въ больницу, послѣ чего потеряли ее изъ виду.

Въ литературѣ извѣстно нѣсколько такихъ случаевъ забытыхъ пессаріевъ, гдѣ для извлеченія приходилось прибѣгать даже къ акушерскимъ щипцамъ.

Ред.

Энтофиты и Энтозои.

Donné, Recherches microscopiques sur la nature etc. Paris 1837.—Köl-
liker u. Scanzoni, Sc.'s Beit.—1855. II стр. 128—Küchenmeister, Woch. d.
Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1856. No. 36.—L. Mayer, Mon. f. Geb.
B. 20 стр. 2—Winkel, Berl. klin. Woch. 1866. No. 23—Haussmann, Die
Parasiten d. weibl. Geschl. etc. Berlin. 1870.

Грибки (*Oidium albicans*) не рѣдко встрѣчаются на слизистой оболочкѣ влагалища.—Они иногда не вызываютъ никакихъ припадковъ, въ другихъ же случаяхъ обуславливаютъ красноту слизистой оболочки влагалища, нѣсколько усиленное отдѣленіе и иногда чрезвычайно неспокойный зудъ.

Инфузорій *Trichomonas vaginalis*, нерѣдко паходимый въ слизи влагалища, не представляетъ никакого значенія.

Oxyuris vermicularis у маленькихъ дѣвочекъ попадаетъ иногда во влагалище изъ прямой кишки и вызываетъ сильный зудъ.

Паразитамъ вообще нѣкоторые гинекологи приписывали и приписываютъ весьма важное значеніе въ особенности въ послѣродовомъ состояніи, гдѣ представляются самые благоприятныя условія для ихъ развитія. Такъ Majerhofer считаетъ ихъ разносителями тяжелыхъ послѣродовыхъ процессовъ. Увлекаясь теоріею Майергофера, мы сами одно время думали,—что паразиты играютъ въ дѣлѣ послѣродовыхъ заболѣваній чуть-ли не первую роль, но болѣе серьезныя изслѣдованія и безпристрастное отношеніе къ дѣлу привели насъ къ тому убѣжденію, что паразиты вообще въ этиологическомъ отношеніи не имѣютъ ни малѣйшаго значенія. Они развиваются тамъ, гдѣ есть благоприятныя условія для ихъ развитія и исчезаютъ, когда эти условія измѣняются. Мы очень хорошо знаемъ, что при всякомъ слизееотдѣленіи изъ рукава у беременной, беременной или родильницы можно всегда найти тотъ или другой родъ паразитовъ и также хорошо знаемъ, что одинъ и тотъ же паразитъ можно встрѣтить при совершенно различныхъ условіяхъ слизееотдѣленія: вибрионовъ мы встрѣчали на примѣръ и у родильницъ, страдавшихъ гангренознымъ эндометритомъ и у совершенно здоровыхъ беременныхъ женщинъ, которыя, не смотря на присутствіе этого паразита въ рукавѣ, оставались совершенно здоровыми послѣ родовъ.

Леченіе при паразитарномъ вагинитѣ должно быть направлено собственно на страданіе слизистой оболочки, паразиты же исчезнутъ при

излеченіи вагинита. Въ случаяхъ особенно сильно развитою colpomycosis мы употребляемъ съ большимъ успѣхомъ смазыванія рукава и вульвы крѣпкимъ щелочнымъ растворомъ напр. Kali chloricum, Kali Carbonicum, natrum carbonicum и такія же щелочныя спринцеванія. Карболовая кислота по нашимъ наблюденіямъ здѣсь не приноситъ никакой пользы. При зудѣ, зависящемъ отъ присутствія нѣкоторыхъ паразитовъ, мы съ большою пользою примѣшивали къ щелочнымъ смазываніямъ и спринцеваніямъ камфору въ видѣ jularii. *Ред.*

Поврежденія влагалища.

Влагалище, за исключеніемъ случайностей при родахъ и врачебныхъ пособій, не часто подвергается поврежденіямъ. Болѣе значительныя раненія бывали вслѣдствіе боданія рогами коровъ или паденія на какой либо острый предметъ.—Такъ James ¹⁾ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ женщина, упавшая на вилы, которыя прошли между шейкою матки и прямой кишкой черезъ животъ до реберъ, выздоровѣла. Произвольный разрывъ при паденіи видѣлъ Gotthardt ²⁾. Поврежденія влагалища пессаріями мы уже разсмотрѣли.

Чаще всего случаются поврежденія влагалища при родахъ. Мы можемъ здѣсь лишь обратить вниманіе на послѣдствія ихъ, состоящія въ стенозахъ и даже атрезіяхъ влагалища, которыя, при случаѣ могутъ повлечь за собою и другія измѣненія влагалища и рукавной части. Такъ въ одномъ случаѣ видѣли мы поперечно оторванную отъ шейки влагалищную часть присосую къ своду и влагалища такъ, что зондъ, введенный въ наружное маточное рыльце выходилъ изъ поперечнаго разрыва.

Гораздо болѣе важное практическое значеніе между поврежденіями влагалища представляютъ фистулы въ сосѣдніе органы, которыя мы теперь и разсмотримъ. Мы присоединимъ сюда и фистулы, не относящіяся къ поврежденіямъ влагалища, и будемъ говорить вообще о фистулахъ мочеполовыхъ.

Мочеполовые свищи.

F. C. Naegele. Erf. und Abh. a. d. Geb. d. Krankh. d. weibl. Geschlechts Mannheim. 1812 стр. 367.—Dieffenbach, Oper. Chirurgie. I p. 546 и Preuss

¹⁾ Boston gyn. J. Vol. III. p. 175.

²⁾ Wiener med. Woch. 1869. No. 94.

Vereinsz. 1836. No. 24 и 25.—Jobert, Lancette française 1834. No. 102 etc., Gaz. med. de Paris 1836. No. 10 etc., Gaz. des. hôp. 1850. No. 54 и Traité des fistules etc. Paris 1859.—Wutzer, Organ. f. d. ges. Heilkunde. II. 4 Bonn, 1843 и Deutsche Klinik. 1849. No. 3—4.—Chelius, Ueber d. Heil. d. Blasen-Scheidenfisteln durch Cauterisation. Heidelberg 1844.—v. Metzler, Prager Viertelj. f. prakt. Heilk. 1846. B. 2 стр. 125—Marion Sims, Americ. J. of med. sc. January. 1852. стр. 59 и Silver sutures in surgery. New-York. 1857.—Roser, Archiv f. phys. Heilkunde. 1854. стр. 576.—G. Simon, Ueber d. Heil. d. Blasenscheidenfisteln. Giessen 1854, Deutsche Klinik. 1856. No. 30—35, M. f. Geb. B. 12 стр. 1, Scanzoni's Beitr. B. IV. стр. 170, Ueber d. Operation d. Blasenscheidenfistel etc. Rostok 1862, Prager Vierteljahrschrift 1867. B. 2. стр. 61. Deutsche Klinik 1868. No. 45 и 46.—Esmarch, Deutsche Klinik 1858. No. 28 — W. A. Freund, Breslauer klin. Beitr. 1862. H. 1. стр. 33—Rose (Wilms), Charité annalen. B. XI. стр. 79.—Baker Brown, Surg diseases of women. 3 ed стр. 133 и Lancet, March. 1864.—Bozeman. Louisville Review. January 1856 и New-Orleans med. a. surg. J. March и May 1860.—Ulrich, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1863. H. 2—4 und Woch. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1866 No. 1—10.—Heppner, M. f. Geb. B. 33. стр. 95.—Kaltenbach in Hegar's Sterblichkeit während Schwang. etc. Freiburg 1868.—Weiss, Prager Viertelj. 1872. B. 3.—Karl Brown, Wiener med. Woch 1872. No. 34.—Emmet, Amer. J. of med. sc. October 1867 стр 313 и Vesico-vaginal fistula etc. New-York 1868.—Spencer Wells, St. Thomas Hospital Reports 1870.—Hayes Agnew, Lacer. of the fem. perineum and vesico-vaginal fistula. Philadelphia 1873

Исторія.

Почти всю первую половину нашего столѣтія считали пузырно-влагалищные свищи весьма трудно-излѣчимыми, потому что посредствомъ прижиганія весьма рѣдко достигалось излеченіе, а заживленіе посредствомъ *окровавленія* и шва обыкновенно не удавалось и самымъ искуснымъ врачамъ (Wutzer и Днѣffenбахъ). Положительныхъ усовершенствованій въ оперативномъ леченіи этихъ фистулъ достигли только Sims и Simon, которые главнѣйшимъ образомъ придумали способъ дѣлать ихъ болѣе доступными. Великая заслуга Sims'а и хорошіе результаты, при «американскомъ способѣ» заключаются отнюдь не въ изобрѣтеніи серебряной проволоки, какъ вообще полагаютъ въ Америкѣ и Англии, но почти исключительно въ изобрѣтеніи одноколычатого желобоватаго зеркала и вслѣдствіе того значительнаго удобства при окровавленіи и спиваніи. Помощію модификаціи этого зеркала, Simon сдѣлалъ весьма доступными даже и высоколежащія фистулы, а усовершенствованіемъ и въ особенности упрощеніемъ способа окровавленія, шва и послѣдовательнаго лече-

нія, достигъ того, что лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ фистулы стали считаться неизлечимыми.

Причины.

Самая частая причина образованія мочеполовыхъ фистулъ заключается въ поврежденіяхъ во время родовъ, вслѣдствіе чего ушибленные мягкія части поражаются гангреною.

Прежде всего при узкомъ тазѣ, въ исключительныхъ случаяхъ и при другихъ условіяхъ препятствія механизму родовъ—(величина или неправильное положеніе младенца, лобное положеніе)—если роды долго тянутся, то давленіе на мягкія части роженицы, находящіяся между подлежащею частію и тазовыми костями, можетъ быть такъ значительно, что сжатія части омертвѣваютъ и обращаются въ струпъ, который по истеченіи нѣсколькихъ дней отпадаетъ, вслѣдствіе чего образуется сообщеніе между мочевымъ и половымъ каналамъ.

Особенно важна продолжительность давленія, потому что моментальный, даже и сильный ушибъ не такъ легко можетъ подать поводъ къ омертвѣнію, тогда какъ продолжительное давленіе, даже и не особенно сильное, вызываетъ пагубныя послѣдствія.

До истеченія водъ, большаго давленія не бываетъ, такъ какъ сила, дѣйствующая тогда на самого младенца, весьма незначительна. Поэтому при подлежащей головкѣ поводъ къ образованію свищей представляютъ роды, затягивающіеся на долго по разрывѣ пузыря.

Послѣ всего сказаннаго понятно, что естественный ходъ родовъ чаще всего обуславливаетъ образованіе свищей. Гораздо рѣже бываетъ причиною инструментальное пособіе, и даже можно прямо сказать, что большинство фистулъ происходитъ оттого, что или вовсе не было сдѣлано операціи, или она произведена слишкомъ поздно.

Собственно отъ надавленія щипцами или кефалотрибомъ фистулы образуются лишь весьма рѣдко, такъ какъ въ такомъ случаѣ соотвѣтствующая ложка должна была бы лежать чрезвычайно далеко впереди и операція должна продолжаться непомѣрно долго. Но сжимающіе головку инструменты, къ которымъ въ трудныхъ случаяхъ относятся и щипцы, могутъ дѣйствовать вредно непосредственно, такъ какъ сжимаемая ими съ боковъ головка тѣмъ сильнѣе надавливаетъ на мягкія части, лежащія на передней стѣнкѣ таза. Если головка подвигается со щипцами, и извлеченіе не продолжается слишкомъ долго, то кратковременное усиленіе сжатія всегда будетъ

благопріятнѣ, чѣмъ продолжительное стояніе головки на одномъ и томъ же мѣстѣ; но если наложеніе щипцовъ безуспѣшно, головка плотно стоитъ въ узкомъ мѣстѣ, несмотря на усиленныя тракціи, то части, еще прежде сильно сжатая, теперь совершенно разможжаются.

Въ исключительныхъ случаяхъ можетъ произойти разрывъ стѣнки между рукавомъ и пузыремъ, при родахъ, произвольно или вслѣдствіе пораненія ложкою щипцовъ, если она не плотно лежитъ на головкѣ.

Гораздо рѣже даютъ поводъ къ образованію свищей другія причины. Прободеніе могутъ произвести также острия черепныя кости, выдающіяся изъ черепа младенца послѣ перфорации. Въ рѣдкихъ случаяхъ, также попытки къ введенію катетра могутъ причинить прободеніе.

Кромѣ того свищи могутъ образоваться и отъ другихъ травматическихкихъ причинъ, такъ напр. отъ паденія на какой нибудь заостренный предметъ или при гинекологическихкихъ операціяхъ, напр. при вскрытіи гематометры.

Далѣ пессаріи во влагалищѣ, а съ другой стороны мочевые камни въ пузырь могутъ причинять прободеніе маточной стѣнки. Такъ Simon ¹⁾ дѣлалъ у восьмилѣтней дѣвочки операцію весьма большой фистулы, причиненной мочевымъ камнемъ.

Весьма рѣдко параметрическіе абсцессы, вскрывающіеся въ тотъ или въ другой органъ, служатъ причиною образованія свищей.

Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ изъязвленія слизистой оболочки мочевого пузыря оканчиваются перфорациею во влагалище. Lawson Tait ²⁾ упоминаетъ о четырехъ такихъ случаяхъ, изъ которыхъ два были пользованы въ клиникѣ Simpson'a. Изъязвленіе слизистой оболочки, которое можетъ повести къ перфорации во влагалище, образуется при хроническомъ катаррѣ на небольшомъ пространствѣ и при ужасныхъ тенезмахъ можетъ развиваться до того, что наконецъ большая часть слизистой оболочки разрушается. Еще до Симпсона, въ Америкѣ при леченіи этой болѣзни, и также вообще хроническаго воспаленія мочевого пузыря, рекомендовали образованіе искусственной мочевлагалищной фистулы для предотвращенія застоя мочи въ пузырь; сначала это было произведено у мужчины Parker'омъ

¹⁾ Arch. f. klin. Chirurg. 1870. XII. p. 573.

²⁾ Lancet 1870.

(1850), потомъ Emmet'омъ ¹⁾ и Веземан'омъ ²⁾). Мы сами наблюдали случай перфорирующей язвы пузыря, гдѣ послѣ долго существовавшаго мучительнаго позыва къ испущенію мочи, содержавшей бѣлогъ, гной и кровь, прободеніе послѣдовало почти на нашихъ глазахъ. Больная, по наружному виду худосочная, вскорѣ затѣмъ умерла, но вскрытія сдѣлано не было.

О фистулахъ, которыя нерѣдко образуются при дальнѣйшемъ распространеніи рака шейки, мы только упоминаемъ здѣсь вкратцѣ.

Патологическая анатомія.

Фистулы, обращающіяся вслѣдствіе прижатія во время родовъ, могутъ появляться на различныхъ мѣстахъ обѣихъ полостей, смотря по положенію, которое принимали различные органы во время давленія. Разнообразіе мочевыхъ свищей объясняется именно этою причиною, а не извѣстною высотой точки давленія. Почти всегда мѣстомъ, въ которомъ происходитъ прижатіе, бываетъ именно верхній задній край лобка, или, лучше сказать, лежащіе вблизи лобковаго соединенія костные отростки; весьма рѣдко давленіе происходитъ въ другой какой нибудь части лобковаго соединенія или на одну изъ вѣтвей ея.

По этому причина продыравленія сказанныхъ органовъ въ разныхъ мѣстахъ, при существованіи почти всегда одной и той же точки прижатія, зависитъ отъ видоизмѣненія относительнаго положенія пузыря и полового канала во время родовъ.

Обыкновенно пузырь помѣщается такъ, что прилегаетъ къ заднему верхнему краю лобка, отчего въ большинствѣ случаевъ образуется фистула мочевого пузыря. Иногда же наполненный пузырь поднимается такъ высоко надъ лобкомъ, что отверстіе уретры помѣщается уже не въ низу, а позади, лобка и на мѣстѣ, подвергающемся давленію, лежитъ уретра, — тогда образуется уретро-вагинальный свищъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ, однако, пузырь можетъ помѣщаться такъ глубоко въ маломъ тазу, что дно его будетъ ниже мѣста давленія. Въ такомъ случаѣ, конечно, мочевого свища не происходитъ. Если при этомъ, существуетъ прижатіе въ упомянутой выше точкѣ, то образуется прободеніе брюшины.

¹⁾ Amer. Practitioner, Februar 1872.

²⁾ Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 636.

Такое же разнообразіе въ положеніи представляютъ во время родовъ и отдѣльныя части полового канала.

Свищи никогда не открываются собственно въ полость матки, потому что во время потугъ внутренній маточный зѣвъ лежитъ всегда гораздо выше лобка.

Передняя стѣнка шейки можетъ лежать на высотѣ узгаго мѣста таза и при значительной несоразмѣрности головки съ лобковою дугою можетъ быть до известной степени прижата и разрушена. Въ такомъ случаѣ образуется сообщеніе между пузырьемъ и шейкою.

Чаще всего происходятъ травмы, влекущія за собою омертвѣніе мягкихъ частей тогда, когда потуги бываютъ такъ сильны, что и наружный маточный зѣвъ оттягивается за головку, и когда такимъ образомъ влагалище лежитъ на заднемъ верхнемъ краю лобка, тогда образуется влагалищно-пузырный свищъ.

Само собою разумѣется, что въ точкѣ прижатія можетъ лежать край передней губы маточнаго рыльца, такъ что и онъ также от части можетъ быть продырявленъ.

Изъ вышеизложеннаго ясно видно, какъ разнообразны могутъ быть моче-половые свищи по способу ихъ происхожденія.

И такъ самую частую форму фистулъ представляютъ свищи пузырно-влагалищные, болѣе рѣдкую — уретро-вагинальные.

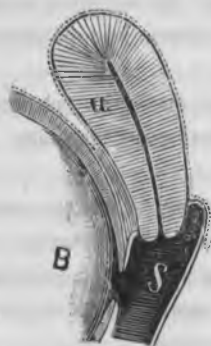
Пузырно-влагалищный свищъ можетъ лежать высоко въ сводѣ влагалища; если онъ находится такъ высоко, что удѣлѣвшая передняя губа образуетъ его задній край, то его называютъ поверхностнымъ пузырно-маточпо-влагалищнымъ свищемъ. Если передняя губа маточнаго рыльца отчасти разрушена, такъ что свищъ открывается въ каналъ шейки и во влагалище то его называютъ глубокимъ пузырно-маточно-влагалищнымъ свищемъ. Если наружный маточный зѣвъ находится ниже отверстія свища, то влагалище, остается нетронутымъ: тогда образуется свищъ между шейкою и маточнымъ пузырьемъ.

Можетъ образоваться еще и другая форма моче-полового свища, въ томъ исключительномъ случаѣ, гдѣ вслѣдствіе давленія продырявляется не пузырь и не уретра, а мочеточникъ. Смотря по тому, сообщается-ли онъ съ влагалищемъ или съ шейкою, образуется фистула мочеточнико-влагалищная или мочеточнико-маточная.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ происходятъ у женщинъ свищи между мочевымъ пузырьемъ и прямою кишкою. Simon ¹⁾ видѣлъ по-

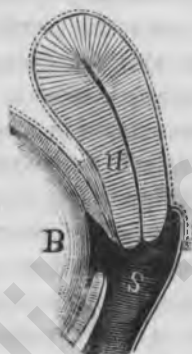
¹⁾ Arch. f. Kliu. Chir. B. 15 стр. 111.

добный послѣ трудныхъ родовъ при зарощеніи двухъ верхнихъ третей влагалища. Чаше образуются свищи между пузыремъ и прямою кишкою при одновременномъ вскрытіи параметрическаго абсцесса въ пузырь и въ прямую кишку. Simpson ²⁾ сообщаетъ о двухъ такихъ случаяхъ.



Фиг. 127.

Пузырно-влагалищный свищъ;
и мятка, S рукавъ, B пузырь.



Фиг. 128.

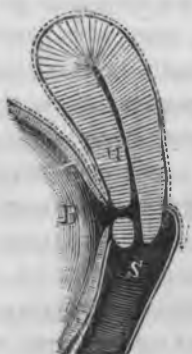
Поверхностный пузырно-маточ-
но-влагалищный свищъ.

Сами по себѣ фистулы бываютъ различны, смотря по органамъ, съ которыми онѣ сообщаются.



Фиг. 129.

Глубокій пузырно - маточно-
влагалищный свищъ.



Фиг. 130.

Пузырно-шейчный
свищъ

Свищи между мочевымъ пузыремъ и влагалищемъ почти всегда представляютъ простыя круглыя отверстія, иногда весьма маленькія

²⁾ Sel. Obst. ant Gyn. Works. Edinburgh 1871 стр. 814 и 816.

съ очень острыми краями, которые иногда заворочены и мозолисты. Форма ихъ большею частію круглая или овальная, рѣже полулунная или щелеобразная. Величина влагалищпо-пузырныхъ свищей весьма различна; иногда они такъ малы, что ихъ съ трудомъ можно отыскать, въ другихъ случаяхъ промежуточная стѣнка между пузыремъ и влагалищемъ почти совершенно исчезаетъ, такъ что обѣ полости въ сущности составляютъ одну. Если свищъ не очень малъ, то слизистая оболочка пузыря весьма легко выворачивается чрезъ отверстіе, во влагалище.

Уретро-влагалищныя фистулы также бываютъ различной величины; отъ самыхъ маленькихъ до почти совершеннаго разрушенія задней стѣнки уретры.

Въ свищахъ между влагалищемъ и мочеточникомъ отверстіе, находящееся вверху и сбоку влагалища, всегда бываетъ очень мало.

Осложненіемъ свища можетъ быть суженіе и зарощеніе уретры, происшедшее или отъ прекращенія функціи или отъ тѣхъ же причинъ, которыя обусловили образованіе свища.

Такимъ образомъ одновременно съ фистулой могутъ образоваться суженія и атрезіи влагалища, такъ что часто дѣло становится чрезвычайно сложнымъ.

Припадки.

Сейчасъ послѣ родовъ не бываетъ никакихъ характеристическихъ припадковъ, такъ какъ фистула еще не образовалась. Обыкновенно бываютъ только явленія, сопровождающія трудные роды, сопряженные съ поврежденіемъ мягкихъ частей. Весьма часто бываетъ задержаніе мочи, которое продолжается долго; но оно не представляетъ ничего характеристическаго, потому что вообще часто случается у родильницъ и кромѣ того въ нѣкоторыхъ случаяхъ тамъ, гдѣ образуется свищъ, его вовсе не бываетъ. Обусловливаемое параличемъ недержаніе случается весьма рѣдко.

Существенный признакъ, — постоянное истеченіе мочи чрезъ влагалище, появляется лишь тогда, когда отдѣляется струпь, въ который обратились раздавленные ткани. Струпь этотъ держится нѣсколько дней, такъ что произвольное истеченіе мочи можетъ образоваться лишь съ третьяго дня.

Нерѣдко случается, что при сохраненіи извѣстнаго положенія моча удерживается въ пузырьѣ. Это обусловливается тѣмъ, что въ фистулахъ щелевидныхъ, гдѣ именно это бываетъ чаще, края свища плотно

прилегаютъ одинъ къ другому, или тѣмъ, что просвѣтъ его застигается заднею стѣнкою влагалища или шейкою. Въ такомъ случаѣ моча можетъ выпораживаться нормальнымъ путемъ.

Свищи уретро-вагинальные сопровождаются менѣе серьезными послѣдствіями, такъ какъ моча удерживается нормальнымъ образомъ и лишь при испущеніи, вмѣсто отверстія уретры, вытекаетъ изъ свища во влагалище.

При фистулахъ мочеточниковъ, если онѣ существуютъ только съ одной стороны, моча, выдѣляемая одною почкою, истекаетъ нормальнымъ образомъ, а выдѣляемая другою истекаетъ непроизвольно чрезъ свищъ по каплямъ.

Послѣдствія непроизвольнаго истеченія мочи чрезвычайно тягостны и мучительны для больныхъ.—Онѣ постоянно мокры, а на наружныхъ частяхъ и на кожѣ бедеръ отъ продолжительнаго орошенія острою мочою образуется воспаленіе кожи. Сильный запахъ урины, который распространяется отъ такихъ больныхъ, заставляетъ ихъ удаляться отъ общества, такъ что онѣ принуждены бываютъ вести чрезвычайно мучительную и жалкую жизнь.

Способность зачатія у нихъ не вполне затруднена. Такія женщины нерѣдко дѣлаются беременными; беременность по большей части проходитъ нормально и при родахъ можно ожидать только послѣдствій суженій родоваго пути.

Распознаваніе.

Пузырно-вагинальные свищи при тщательномъ изслѣдованіи распознаются не трудно. Большія фистулы ощупываются просто пальцемъ; а при введеніи катетера въ пузырь можно осязть и довольно маленькія отверстія въ мочевой пузырь.

Если фистулы очень малы, то приходится прибѣгнуть къ изслѣдованію посредствомъ *зрнія*. Вводятъ зеркало Sims'a и тщательно изслѣдуютъ переднюю стѣнку влагалища, причемъ съ помощію остраго крючка раздвигаютъ складки и углубленія. Если этимъ путемъ нельзя бываетъ найти фистулу, что случается только при весьма маленькихъ, скрытыхъ фистулахъ, то прибѣгаютъ къ впрыскиваніямъ въ пузырь какихъ-либо окрашенныхъ жидкостей (молока, туши).

Какъ ни легко распознаваніе въ большинствѣ случаевъ, и какъ ни удобно вообще изслѣдованіе посредствомъ зеркала Simon'a мѣста, величины и прочихъ свойствъ фистулъ,—все-таки въ случаяхъ,

осложненныхъ въ особенности при суженіяхъ влагалища, точное распознаваніе бываетъ трудно.—Труднѣе всего бываетъ это тогда, когда влагалище зарощено тотчасъ за входомъ и на перегородкѣ находятся одно или нѣсколько отверстій, изъ которыхъ вытекаетъ моча. Въ такихъ случаяхъ трудно бываетъ распознать, въ какомъ отношеніи находятся между собою влагалище и мочевоу пузырь. Кроме того состояніе матки, что весьма важно въ оперативномъ отношеніи, т. е. зарощено ли ея отверстіе или нѣтъ, также трудно бываетъ опредѣлить, такъ какъ послѣ трудныхъ родовъ регулы часто совсѣмъ не бываетъ. Мы нашли въ одномъ такомъ случаѣ два отверстія въ зарощенномъ влагалищѣ, изъ которыхъ вытекала моча; одно вело въ сообщающуюся съ мочевымъ пузыремъ верхнюю часть влагалища, а другое непосредственно въ мочевоу пузырь. Положеніе матки удалось опредѣлить послѣ нѣсколькихъ попытокъ провести зондъ въ наружный зѣвъ въ направленіи отъ прямой кишки.

Фистулы уретры распознаются легко, потому что онѣ сидятъ глубоко и моча вытекаетъ чрезъ нихъ только при мочеиспусканіи.

Пузырно-маточные свищи характеризуется тѣмъ, что моча вытекаетъ чрезъ маточный зѣвъ, но мѣсто ихъ нахождения и другія условія часто рѣшить бываетъ трудно.

Фистулы мочеточниковъ узнаются по тому, что ихъ можно зондировать по направленію къ почкамъ и при впрыскиваніи въ пузырь окрашенной жидкости изъ фистулы вытекаетъ неокрашенная моча. Если такой свищъ закрыть, то наступаютъ бурныя явленія остраго гидронефроза, которыя при восстановленіи проходимости тотчасъ же проходятъ.

Предсказаніе.

Оно вообще не неблагопріятно.

Вопервыхъ, свѣжія фистулы отнюдь не рѣдко заживаютъ сами собою. По отпаденіи струпа, въ который превратилась разрушенная стѣнка, края раны начинаютъ гранулировать съ демаркаціонной линіи и такимъ образомъ, при благопріятствующихъ условіяхъ, могутъ совсѣмъ выполнить образовавшееся отверстіе. Такой исходъ бываетъ чаще при пузурно-маточныхъ фистулахъ, потому что свищевой каналъ въ нихъ длиннѣе и легче выполняется грапуляціями. Мы наблюдали такой свищъ, образовавшійся при родахъ въ лобномъ положеніи, гдѣ произвольное заживленіе послѣдовало весьма скоро во время послѣродоваго періода.

Въ другихъ случаяхъ можетъ наступить относительное излеченіе силами природы, причемъ тѣ же причины, которыя способствовали образованію свища, обуславливаютъ сращеніе влагалища, такъ что ниже отверстія свища образуется атрезія влагалища, тогда, конечно, моча и мѣсячная кровь должны вытекать черезъ уретру.

Но если фистула застарѣлая, то излеченіе силами природы достигается не такъ легко, а тѣмъ болѣе при пузырьно-влагалищныхъ свищахъ съ ихъ тонкими, острыми краями; однако случайно и тутъ, вслѣдствіе раздраженія матки мочевыми конкрементами, прохожденіемъ камня могутъ развиваться грануляціи и произойти заживленіе. Моментальное прекращеніе истеченія мочи при закупоркѣ свища камнемъ не имѣетъ никакого значенія.

При надлежащемъ оперативномъ леченіи въ настоящее время предсказаніе даже и при застарѣлыхъ фистулахъ стало благоприятно, такъ что случаи упорныхъ и трудно излечимыхъ свищей составляютъ большую рѣдкость. Конечно, въ предсказаніи относительно исхода операціи весьма большое значеніе имѣютъ ловкость и опытность оператора.

Леченіе.

Въ свѣжихъ случаяхъ, когда края свища еще гранулируются, надо содѣйствовать стремленію природы къ заживленію. Это достигается введеніемъ катетера, а демешг, чрезъ который содержащая въ пузырь моча постоянно выдѣляется чрезъ уретру, чѣмъ устраняется истеченіе ея чрезъ фистулу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается соединеніе краевъ раны тампонаціею влагалища, которая способствуетъ сближенію стѣнокъ свища.

Если фистула старая, края ея уже покрылись рубцовой тканью, то заживить ее можно, лишь превративъ ея края въ свѣжую рану.

Этого можно достигнуть двоякимъ образомъ. Вопервыхъ, прижиганіемъ можно вызвать развитіе грануляцій на краяхъ раны и тогда представляется тѣ же шансы къ заживленію свища, какъ и въ первое время родильнаго періода. Чѣмъ болѣе фистула, тѣмъ во всякомъ случаѣ меньше надежды, что она заростетъ грануляціями краевъ раны; такъ что прижиганіе селитрокислымъ серебромъ или каленымъ желѣзомъ заслуживаетъ упогребленія лишь при самыхъ маленькихъ фистулахъ, да и тутъ бываетъ часто недѣйствительно.

Гораздо важнѣе вредъ вслѣдствіе сильныхъ прижиганій краевъ свища, именно тѣмъ, что окружающія фистулу части превращаются

при этомъ въ мозолистую рубцовую ткань, что весьма неблагоприятно при употребленіи другаго болѣе совершеннаго способа леченія, который мы сейчасъ опишемъ.

Этотъ способъ состоитъ въ кровавомъ освѣженіи краевъ раны и соединеніи ихъ швомъ. Онъ доведенъ до усовершенствованія Симономъ, котораго мы будемъ придерживаться при изложеніи технической стороны.

Особенно важное предварительное условіе для благоприятнаго исхода операціи составляетъ возможно большее обнаженіе фистулы. Больная ложится какъ при камнебъченіи съ приподнятымъ крестцомъ и два ассистента пригибаютъ ноги ея настолько, что половья части смотрятъ совсѣмъ кверху. Если теперь оттянуть заднюю стѣнку влагалища, по возможности дальше посредствомъ одноколінчататаго (американскаго) зеркала, а *боковыми подземниками* оттянуть въ стороны складки слизистой оболочки и часть передней стѣнки влагалища, лежащую подъ фистулой, приподнять *пластинчатымъ* зеркаломъ, то фистула совершенно обнажится, или покрайней мѣрѣ будетъ совершенно доступна при помощи маленькаго крючка.

Если фистула сидитъ довольно глубоко и матка очень подвижна, то иногда можно, посредствомъ оттягиванія ея, выдвинуть фистулу изъ половой расщелины.

Мы оперируемъ подъ хлороформомъ, такъ какъ хотя освѣженіе и шовъ не очень болѣзненны, но расширеніе влагалища посредствомъ зеркалъ во время наркоза достигается лучше; другіе же дѣлаютъ операцію безъ хлороформа.

Когда фистула сдѣлана вполне доступною, то приступаютъ къ освѣженію краевъ ея. Освѣженіе производится съ тою цѣлью, чтобы удалить мозолистые, рубцовые, малокровоточивые края свища и образовать довольно широкіе, гладкіе, состоящіе изъ нормальной ткани края раны. Съ этою цѣлью вкалываютъ острый скальпель на полсантиметра или дальше отъ края фистулы такъ, чтобы конецъ его вышелъ на границѣ слизистой оболочки пузыря или, какъ рекомендуетъ Симонъ, въ самой слизистой оболочкѣ пузыря. Если края фистулы будутъ такимъ образомъ вырѣзаны на всемъ протяженіи, то изъ нея образуется большая воронкообразная рана, суживающаяся по направленію къ пузырю. Чтобы освѣжать рану вездѣ въ одинаковомъ разстояніи отъ краевъ фистулы, хорошо предварительно помѣтить ножомъ на слизистой оболочкѣ влагалища границы разрѣза. Simon при освѣженіи удаляетъ вмѣстѣ и порядочную часть слизи-

стой оболочкѣ пузыря, но это совсѣмъ не нужно и легко можетъ повлечь послѣдовательное кровотеченіе въ пузырь, котораго слѣдуетъ опасаться. Если разрѣзъ вдается не слишкомъ вглубь воронкообразно, но производится по американскому способу болѣе поверхностно и слизистая оболочка влагалища вырѣзывается такимъ образомъ на большемъ пространствѣ, то получаютъ очень широкіе края раны, которые очень удобно соединяются, если растяженіе стѣнокъ рукава не слишкомъ значительно.

Если освѣженная поверхность раны не совсѣмъ гладка, и осталось нѣсколько отдѣльныхъ островковъ слизистой оболочкѣ, то они срѣзываются ножомъ или кривыми ножницами.

Кровотеченіе останавливается вспрыскиваніемъ холодной воды, кровоточащія артеріи скручиваются или перевязываются, но лигатуры удаляются, если только возможно, до соединенія краевъ раны.

Когда освѣженіе уже окончено, то приступаютъ къ соединенію краевъ раны. Если нѣтъ какихъ-либо особенныхъ случайностей, то шовъ накладываютъ такъ, чтобъ верхній край раны соединился съ нижнимъ и такимъ образомъ въ послѣдствіи рубецъ направленъ былъ бы поперечно съ одной стороны на другую. Серебряная проволока не представляетъ особенныхъ преимуществъ сравнительно съ хорошимъ, гладкимъ шелкомъ. Шовъ накладывается коротенькими, сильно выгнутыми иглами, которыя захватываются иглодержателемъ. Слизистую оболочку пузыря не захватываютъ вовсе или только слегка. Когда наложены всѣ швы, *которые должны лежать довольно близко одинъ возлѣ другаго*, приступаютъ къ осторожному стягиванію и закручиванію узловъ. Если края раны не вездѣ одинаково аккуратно сходятся, то накладываютъ еще промежуточные поверхностные швы. Швы или надрѣзы для уменьшенія напряженія не нужны.

Послѣ операціи, больная въ продолженіе восьми дней должна лежать осторожно и спокойно въ постелѣ. Даже и катетеръ слѣдуетъ вводить лишь тогда, когда она не можетъ произвольно мочиться. На 5—6 день швы осторожно снимаютъ.

Нерѣдко представляется необходимость отчасти видоизмѣнить этотъ способъ. Такъ можетъ встрѣтиться необходимость до операціи удалить сращенія влагалища и рубцовыя стриктуры. Очень рѣдко случается, чтобы вылятившаяся изъ свища слизистая оболочка пузыря такъ срослась съ заднею стѣнкою влагалища, что для удаленія этого сращенія нужно было бы прибѣгать къ посредству ножа.

Если дефектъ слишкомъ великъ, то соединеніе краевъ раны слѣдуетъ дѣлать въ видѣ буквы Т или Y.

Весьма неприятное осложненіе представляютъ стриктуры или атрезія уретры, такъ какъ въ такомъ случаѣ передъ операциею приходится возстановить ея проходимость.

Всѣми мѣрами слѣдуетъ стараться незахватывать во время операциі мочеточниковъ, которые иногда виднѣются у краевъ фистулы. Такъ какъ изъ нихъ вытекаетъ моча съ примѣсью крови и притомъ толчками, то они могутъ быть приняты за кровоточащія артеріи. Если положеніе ихъ опредѣленно, то при освѣженіи, а еще болѣе при наложеніи швовъ слѣдуетъ ихъ по возможности обходить, потому что если они будутъ захвачены, то образуется острый гидронефрозъ.

Опасности для жизни операциа обыкновенно не представляетъ, такъ какъ брюшина лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ при глубокихъ пузырно маточно-влагалищныхъ фистулахъ можетъ попасть въ область освѣжаемыхъ частей, а пиэмія случается послѣ операциі весьма рѣдко.

Весьма неприятнымъ осложненіемъ слѣдуетъ считать кровотеченія въ мочевой пузырь, которыя могутъ достигнуть такой значительной степени, что пузырь поднимается до пупка и появляются припадки высокой степени анеміи. Терапевтическими мѣрами тутъ мало можно пособить, такъ какъ прикладываніе холода на животъ или чрезъ влагалище дѣйствуетъ не надежно, а выпрыскиваніе холодной воды или вяжущихъ жидкостей прямо въ мочевой пузырь вредно, потому что увеличиваетъ содержимое пузыря и усиливаетъ спазмъ. Обыкновенно результатъ операциі при этомъ бываетъ неудачный, такъ какъ сокращенія пузыря продолжаютъ до тѣхъ поръ, покуда сгустки не будутъ протолкнуты черезъ рану.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ остается маленькая фистула гдѣ нибудь въ углу или на срединѣ; ее слѣдуетъ оперировать, отдѣльно, если не желаютъ попытаться залечить прижиганіями.

Если фистула сидитъ очень высоко, по близости передней губы, или если это поверхностный пузырно-маточный свищъ, то слѣдуетъ освѣжить и переднюю губу маточнаго зѣва и соединить ее съ переднимъ краемъ раны.

Но бываютъ и такіе случаи, гдѣ фистулу нельзя оперировать. Это можетъ случиться при слишкомъ большомъ дефектѣ, хотя впрочемъ и при весьма большихъ фистулахъ операциа иногда удавалась;

далѣе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ одинъ край фистулы такъ притянуть рубцомъ къ стѣнкѣ таза, что его нельзя натянуть для освѣженія и пополненія дефекта. Кромѣ того, недоступныя по большей части маточныя фистулы обыкновенно не могутъ быть излечены оперативнымъ путемъ.

Въ этихъ случаяхъ для воспрепятствованія произвольному истеченію мочи можно прибѣгнуть къ поперечной облитерациі влагалища по способу Simon'a. Она состоитъ въ томъ, что освѣжаютъ переднюю и заднюю стѣнку влагалища сколь возможно выше, но конечно ниже фистулы, и затѣмъ тщательно соединяютъ. Этимъ путемъ образуется выше мѣста соединенія пространство, которое чрезъ фистулу сообщается съ пузыремъ и котораго содержимое (слизь и мѣсячныя крови), а также и моча, могутъ вытекать только чрезъ уретру. Этимъ способомъ, слѣдовательно, устраняется самое непріятное слѣдствіе фистулы—произвольное истеченіе мочи, такъ что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ другой способъ излеченія не выполнимъ, онъ вполне можетъ быть умѣстнымъ. Мы однажды прибѣгли къ нему въ вышеупомянутомъ случаѣ, гдѣ сначала оперировали фистулу въ глубинѣ суженнаго влагалища, а потомъ произвели полную облитерацию влагалища.

Во всякомъ случаѣ эта поперечная облитерациа влагалища имѣетъ совсѣмъ другое значеніе, чѣмъ заживленіе самой фистулы; такъ какъ вслѣдствіе облитерациі способность зачатія совершенно уничтожается, способность же совокупленія по крайней мѣрѣ въ значительной степени *остается не нарушеною*. Впрочемъ при всемъ томъ, такъ какъ состояніе такихъ больныхъ невыносимо, операція эта можетъ оказаться иногда необходимою; у старухъ же, конечно, слѣдуетъ приступать къ ней, не задумываясь.

Опасенія, основанныя на томъ предположеніи, что вслѣдствіе застоя мочи въ образованномъ мѣшкѣ и прохожденіе чрезъ пузырь и уретру мѣсячной крови могутъ произойти различныя разстройства, —опровергаются опытомъ. Если имѣемъ дѣло съ недоступною фистулою матки, то вмѣсто влагалища можно зашить наружный ма-



Фиг. 131.

Большая пузырно-маточная влагалищная фистула съ поперечной облитерацией рукава; *a* рукавъ; *b* пузырь, соединенные между собою большою фистулою; *c* слѣпой мѣшокъ, которымъ оканчивается нижняя часть рукава; *e* мѣсто облитерациі.

точный зѣвъ, освѣживъ переднюю и заднюю губы, и соединивъ ихъ швомъ.

При фистулахъ мочеточниковъ до сего времени поперечная облитерація представляетъ единственную возможность излеченія. Если пузырьный конецъ мочеточника заращенъ, то предварительно слѣдуетъ образовать искусственную пузырно-влагалищную фистулу и ниже ея зашить влагалище.

При глубокихъ пузырно-маточно-влагалищныхъ фистулахъ съ большимъ дефектомъ въ передней губѣ можетъ оказаться необходимымъ соединить заднюю губу съ переднею стѣною влагалища. Въ такомъ случаѣ половой актъ остается возможнымъ, хотя зачатія быть не можетъ и мѣсячное очищеніе должно будетъ выдѣляться чрезъ уретру.

Если невозможно произвести и поперечной облитераціи, то положеніе больной ужасно, такъ какъ мочепріемники не вполне удовлетворяютъ своей цѣли.

Hendrick первый предложилъ оперативный способъ леченія фистулъ въ 1663 г. Völter слѣлалъ первыя попытки зашивать фистулы въ 1687, но результатъ былъ неудачный. Первый удачный случай леченія фистулъ оперативнымъ способомъ принадлежитъ швейцарцу Fatio въ 1752 г.; за тѣмъ операція эта была забыта до начала настоящаго столѣтія, когда снова заговорилъ о ней Негеле. Тутъ является цѣлый рядъ способовъ шиванія: обвивной шовъ (Nägele, Roux, Wutzer), узловатый шовъ (Schreger, Ehrman), шовъ съ валиками (Blasius), скорняжный шовъ (Schreger, Colombat), вертлужный шовъ (Beaumont), шнуровальный шовъ (Dieffenbach, Esmarch). Для лигатуръ употреблялся шелкъ, нитки, проволока золотая и серебрянная. Предложено было наконецъ накладывать швы не со стороны рукава, а со стороны мочевого пузыря, при чемъ лигатуры вводились черезъ уретру (Левицкій, Nägele, Deyber).

Кромѣ того нѣкоторые хирурги хотѣли соединить прижиганіе со швомъ. Такъ Диффенбахъ послѣ прижиганія настойкою шпанскихъ мухъ накладывалъ свой шовъ; Ehrmann прижигалъ $Aq. hydrarg. nitrici$ или каленымъ железомъ и потомъ накладывалъ шовъ. Далѣе хотѣли замѣнить швы различными серфинами, которые удерживали окровавленные края фистулы въ соприкосновеніи (Nägele, Lallemand, Laugier, Wutzer). Затѣмъ предложено было дѣлать трансплантацію, т. е. пластическую

операцию для прикрытія фистулы, причемъ лоскуты вырѣзывались изъ рукава, пузыря, шейки матки или кожи наружныхъ половыхъ частей. Но всѣ эти способы давали весьма неудовлетворительные результаты. Такъ Wntzer до 1842 года имѣлъ только 4 удачныхъ операциі изъ 18, а съ 1842 до 1852 г. 7 удачныхъ случаевъ изъ 17 операций. Причиною такой неудачи считали недостатокъ пластичности въ этихъ частяхъ, орошеніе раны мочею, недостаточную растяжимость пузыря и т. п. Въ сущности неудача зависѣла: во первыхъ отъ того, что фистулы при тогдашнихъ способахъ изслѣдованій были мало доступны для шиванія, и во вторыхъ отъ того, что боялись хорошо вырѣзывать омолодѣлые края фистулы и ограничивались неполнымъ освѣженіемъ раны.

Jobert de Lamballe въ 1845 году предложилъ свой способъ, который называлъ *méthode autoplastique par glissement*. Онъ широко освѣжалъ края раны и накладывалъ швы, а для уменьшенія напряженія тканей по бокамъ свища дѣлалъ боковые надрѣзы въ стѣнкахъ рукава и даже въ сводахъ. Однако и этотъ способъ далъ весьма плохіе результаты: изъ 72 больныхъ выздоровѣло 37, получили облегченіе 15, а умерло 17. Причиною смерти были именно воспалительный и септический процессъ, вслѣдствіе этихъ боковыхъ надрѣзовъ, хотя идея уменьшать натяженіе краевъ раны сама по себѣ весьма удачна и была впоследствии осуществлена Симономъ, который вмѣсто надрѣзовъ накладывалъ двойные швы — одни обыкновеннымъ образомъ, а другіе, отступя отъ первыхъ на $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ см., которые опъ и называлъ *Entspannungsnäthe*.

Вслѣдъ за этимъ способомъ является въ 1849 американскій способъ Симса, видоизмѣненный Симономъ въ 1853 г. и съ этихъ поръ результаты этой операциі представляютъ громадный успѣхъ. По Винкелю на основаніи значительнаго числа случаевъ вообще можно принять 80% выздоровленія. Симонъ изъ 118 фистулъ у 105 больныхъ достигъ полнаго излеченія, у 5 больныхъ неполнаго излеченія, 2 выписались неизлеченными и 6 умерло. У Беккеръ-Брауна изъ 50 больныхъ выздоровѣло совершенно 43, осталось въ прежнемъ состояніи 5, умерло 2. Изъ 22 оперированныхъ пр. Гепнеромъ въ Петербургѣ выздоровѣло 18, осталось въ прежнемъ состояніи и получили облегченіе 3, умерла 1. Такіе результаты при трудности производства операциі слѣдуетъ считать блестящими.

Распространенію этого способа содѣйствовали въ Германіи особенно Simon, Freund, Roser, Wilms, Hegar, Spiegelberg, въ Бельгіи—Deroubaix, въ Австріи—Ulrich и К. Braun, въ Италиі—Peguzzi, Mazzoni и Bottini, въ Россіи—Тлмановскій и Гепнеръ. Имена же американцевъ M. Sims'a,

Emmet'a и Storer'a навсегда останутся въ наукѣ, какъ изобрѣтателей этого способа. Ред.

Влагалищно-кишечныя фистулы.

Simon, Prager Vierteljahrschrift, 1867. В. 4 стр. 1.—Simon, Mon. f. Geb. В. 14 стр. 439.—Heine, Archiv f. klin. Chir. XI. 1870. стр. 485.

Причины.

Сообщенія между прямой кишкой и влагалищемъ, т. е. фистулы прямокишечно-влагалищныя, точно также образуются чаще всего вслѣдствіе родовъ, хотя и не тѣмъ же путемъ, какъ пузырно-влагалищныя—вслѣдствіе гангрены отъ прижатія. Онѣ образуются, когда при большихъ надрывахъ промежности, восходящихъ до Septum rectovaginale, сростается только болѣе толстая часть—промежность, а разрывъ тонкой влагалищно-прямокишечной стѣнки не сростается. Намъ пришлось видѣть въ послѣродовомъ періодѣ двойное прободеніе въ прямую кишку вслѣдствіе глубоко проникавшаго дифтерита задней стѣнки влагалища. Исключительнымъ образомъ влагалищно-прямокишечная стѣнка можетъ быть повреждена во время родовъ инструментомъ, или влистнойю трубкою. Весьма рѣдко другія травматическія причины, какъ напримѣръ паденія на заостренный предметъ, бываютъ причиной образованія фистулы.—Перфорация, вслѣдствіе долго лежавшаго забытаго пессарія, или вслѣдствіе абцесса въ стѣнѣ влагалища, вскрывшагося въ обѣ стороны, бываетъ рѣдко.

Сообщеніе между влагалищемъ и прямою кишкой, образующееся вслѣдствіе раковаго процесса, мы здѣсь не разсматриваемъ.

Фистулы тонкихъ кишекъ могутъ образоваться въ томъ случаѣ, когда во время родовъ черезъ разрывъ въ заднемъ сводѣ влагалища выпадаетъ петля кишекъ, ущемляется и омертвѣваетъ, или когда лежащая въ Дугласовомъ промежуткѣ кишечная петля ущемляется, вслѣдствіе чего послѣ предшествовавшей спайки перфорируется чрезъ задній сводъ влагалища. Въ первомъ случаѣ образуется въ заднемъ сводѣ влагалища anus praeternaturalis, а во второмъ—фистула.

Патологическая анатомія.

Влагалищно-заднепроходныя фистулы бываютъ весьма различной величины; иногда онѣ очень малы, такъ что чрезъ нихъ прони-

каютъ только кишечные газы, въ другихъ же случаяхъ разрушена бываетъ почти вся стѣнка влагалища.

Припадки.

Существенный припадокъ—выхожденіе кишечнаго содержимаго. При фистулахъ прямой кишки, смотря по величинѣ ихъ, не произвольно выходитъ чрезъ влагалище или весь калъ, или только жидкія каловыя массы, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ одни вѣтры. При фистулѣ тонкихъ кишекъ выходитъ жидкая свѣтложелтая кашица.

Слѣдствія произвольнаго отхожденія кала, конечно, чрезвычайно неприятны и мучительны.

Распознаваніе.

Ислѣдованіе дѣлается такимъ же образомъ, какъ и при пузырьно-влагалищныхъ фистулахъ, причемъ свищи прямой кишки отыскиваются легко.

Фистулы тонкихъ кишекъ отличаются отъ фистулъ прямой кишки тѣмъ, что послѣдняя остается неповрежденною и сообщеніе ея съ влагалищемъ не отерывается ни зондомъ, ни впрыскиваніями. Кроме того, характеристичнымъ признакомъ служитъ здѣсь отхожденіе пищевой кашицы всякій разъ спустя 1—2 часа послѣ принятія пищи.

Предсказаніе.

Свѣжія фистулы прямой кишки, если онѣ не слишкомъ велики, могутъ зажить сами собою посредствомъ грануляцій; оперативное леченіе ихъ во всякомъ случаѣ не легче влагалищно-пузырныхъ фистулъ.

Леченіе.

Прижиганіе ляписомъ или каленымъ желѣзомъ можно попробовать только при самыхъ маленькихъ фистулахъ. Если же фистула нѣсколько больше, то она точно такъ же, какъ и влагалищно-пузырная, должна быть сдѣлана доступною, освѣжена и зашита. Въ новѣйшее время Simon совѣтуетъ въ трудныхъ случаяхъ соединять ихъ со стороны прямой кишки.

Влагалищно-тонкокишечныя фистулы лечатся такъ же какъ и другія посредствомъ прижиганія, или освѣженія и шва. Гораздо труднѣе устранить *anus praeternaturalis*, открывающуюся въ задній сводъ влагалища. Прежде всего надо попытаться превратить ее въ

фистулу. Этого можно достигнуть наложениемъ одной пластинки кишечныхъ ножницъ на прямую кишку, а другой на тонкую, и такимъ образомъ установить сообщеніе между ними. Но лучше, по совѣту С. О. Weber'a и Heine, привести въ сообщеніе оба конца тонкой кишки посредствомъ кишечныхъ ножницъ. Если это достигнуто, то остающуюся фистулу закрываютъ посредствомъ освѣженія и кроваваго шва. Heine достигъ этимъ путемъ совершеннаго излеченія. Если это невыполнимо, то можно попытаться возстановить путь чрезъ прямую кишку тѣмъ, что по образованіи большой влагалищно-прямокишечной фистулы подъ нею произвести поперечную облитерацію влагалища.

Въ одномъ несовѣтмъ ясномъ случаѣ, который наблюдалъ Wilms ¹⁾, нѣсколько петель тонкой кишки были разрушены гангреною и возлѣ влагалищно-пузырной фистулы образовалась *anus praeternaturalis*, въ которую открывались вмѣстѣ и тонкая и прямая кишка. Зарощеніе ея не было достигнуто ни прижиганіемъ нишвомъ.

Вагинизмъ.

Simpson, *Edinburgh med. J.* Dec. 1861. p. 594.—Debout и Michon, *Bulletin de thérapeutique.* 1861. № 3, 4, 7.—Charrier, *Contr. spasmod. du sphincter vag.* Thèse. Paris. 1862.—Marion Sims, *London Obst. Tr.* Vol. III. 1862. p. 356 и *Gebärmutterchirurgie.* Deutsch von Beigel. Erlangen. 1866 p. 246.—Scanzoni, *Lehrbuch.* II. 4. Aufl. p. 263. und *Wiener med. Woch.* 1867. № 15—18.—Holst, *Scanzoni's Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. V.* 1869. H. 2.—Scharlan, *Berl Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. I.* p. 64.—Hildebrandt, *Arch. f. Gyn. B. III.* p. 221.—Martin, *Berl. klin. Woch.* 1871. No. 14.—Stadfeldt *Ugeskrift for Laeger.* 1872. No. 23, 24.—Breisky, *Schweiz. Correspondenz-Blatt.* 1873. 5.

Опредѣленіе и причины.

Подъ вагинизмомъ разумѣютъ чрезвычайную чувствительность входа влагалища, соединенную съ спазмодическимъ сокращеніемъ *constrictoris cunni* и мускуловъ тазоваго дна.

Относительно производящихъ причинъ, мы въ большинствѣ случаевъ придерживаемся взгляда Scanzoni. Состояніе это вызывается траумами при неправильномъ, часто повторяемомъ совокупленіи, такъ въ свѣжемъ видѣ оно по большей части бываетъ у недавно вышедшихъ замужъ. Импотенція мужа при этомъ отнюдь не необхо-

¹⁾ Bartels, *Arch. f. Gyn. B.* 3, p. 502

дима и даже не часто бываетъ. Слишкомъ значительная узкость влагалища или слишкомъ большая упругость дѣвственной плевы можетъ быть при этомъ, но тоже не необходима; скорѣе всего предполагается въ вагинизму малое отверстіе влагалища.

Если мужъ въ половомъ дѣлѣ совсѣмъ еще неопытенъ, то весьма легко совокупленіе можетъ происходить неправильно. Направленіе, въ которомъ проникаетъ penis, бываетъ не нормально, такъ что онъ касается или передней или задней комиссуры. Много значить при этомъ и положеніе наружныхъ частей, которое можетъ быть индивидуально весьма различно. Извѣстно, что бываютъ случаи, гдѣ половыя части лежатъ почти на лобкѣ, такъ что нижній край половой щели находится подъ отверстіемъ уретры. Въ этихъ случаяхъ penis направляется слишкомъ далеко кзади и вмѣсто того, чтобы попасть во входъ влагалища, попадаетъ въ ладьеобразную ямку. Вслѣдствіе этого, при часто повторяемыхъ попыткахъ, является съ каждымъ разомъ возрастающая чувствительность этихъ частей и образуются ссадины. Поэтому, съ одной стороны, женщина по причинѣ болѣе начинаетъ бояться совокупленія, уклоняется отъ него, такъ что мужъ не можетъ достигнуть цѣли; съ другой стороны является желаніе преодолѣть препятствіе, достигнуть полного совокупленія съ цѣлью зачатія, отъ котораго ожидается излеченіе, и поэтому новыя попытки. Такимъ образомъ траума происходитъ чаще, краснота и ссадины въ ладьеобразной ямкѣ или области уретры усиливаются и чувствительность въ этихъ частяхъ возрастаетъ до того, что при одномъ прикосновеніи женщина начинаетъ кричать. Къ этому присоединяются рефлекторныя спазмы и картина вагинизма готова.

Поэтому вагинизмъ чаще всего случается у совершенно неопытныхъ супруговъ. Мы видѣли одинъ случай, гдѣ въ продолженіе 3-хъ лѣтняго супружества, при нетронутой дѣвственной плевѣ, мужъ былъ убѣжденъ, что все было въ порядкѣ, тогда какъ жена оставалась въ смутномъ убѣжденіи, что создана не такъ, какъ другія женщины.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ сначала появляется чувствительность, а спазмъ наступаетъ позднѣе. Такъ видѣли мы, что у одной женщины, три мѣсяца тому назадъ только вышедшей замужъ, при чрезмѣрной чувствительности задней комиссуры, введеніе пальца причиняло сильнѣйшія боли и истерическія конвульсіи, но не вызывало никакихъ собращеній *constrictoris cunni*.

Рядомъ съ этими, болѣе частыми случаями, бываютъ конечно и

такіе, гдѣ спазмъ появляется первоначально. Онъ зависитъ отъ чисто психическихъ причинъ (иногда отъ чрезмѣрной боязни изслѣдованія). Такъ мы видѣли у одной 20-ти лѣтней невинной дѣвушки, съ выпяченною дѣвственною плевою, какъ у новорожденныхъ, чрезвычайно сильный спазмъ всѣхъ тазовыхъ мышцъ, появившійся при одномъ приближеніи пальца. Чувствительность прикосновенія зондомъ выражалась ясно, но не была очень сильна, какъ отъ щипца. Она жаловалась также на сильныя боли въ лобовой области и въ заднемъ проходѣ и на чувство тяжести въ мочевомъ пузырьѣ, являвшіяся сами собою безъ всякаго повода.

Въ другомъ случаѣ видѣли мы вагинизмъ у молодой, полгода вышедшей замужъ женщины. Обыкновенное происхождение болѣзни здѣсь было непримѣнимо (потому что было извѣстно, что супруги жили между собою какъ братъ съ сестрою). И здѣсь чувствительность была не особенно усилена, а сильный спазмъ въ тазовой мускулатурѣ появлялся при дотрогиваніи до дѣвственной плевы.

Кромѣ того Neftel ¹⁾ обратилъ вниманіе на то, что вагинизмъ можетъ быть припадкомъ отравленія свинцомъ (въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ экстензорнымъ параличемъ, въ другомъ со свинцовою болюкою отъ употребленія свинцовыхъ бѣлилъ).

Martin принимаетъ вагинизмъ за гиперестезію входа влагалища, обусловленную триппернымъ зараженіемъ. Намъ ни въ одномъ изъ виданныхъ случаевъ не приводилось наблюдать триппернаго зараженія.

Патологическая анатомія.

Анатомическія измѣненія входа во влагалище по большей части бываютъ незначительны, но въ свѣжихъ случаяхъ обыкновенно на ходятъ красноту на чувствительныхъ мѣстахъ, ссадины, припухлость фолликуловъ и усиленное отдѣленіе слизистой оболочки; въ нѣкоторыхъ случаяхъ также видны папиллярныя разраженія въ fossa navicularis.

Позднѣе и этихъ явленій можетъ не быть, такъ что входъ во влагалище представляется совершенно здоровымъ.

Осложненія, которыя приводятся нѣкоторыми авторами, бываютъ или случайныя—измѣненія положенія матки, или послѣдовательныя—воспаленіе ея.

¹⁾ L'Union medicale. 1869. No. 19. und Brit. a. for. med. chir. Review. October. 1873, p. 516.

Припадки.

О собственно характеристических припадкахъ уже было упомянуто. Они заключаются въ сильныхъ приступахъ болей, которыя появляются даже при легкомъ прикосновеніи къ чувствительнымъ мѣстамъ и въ спазмодическихъ сокращеніяхъ *constrictoris cunni*, а въ болѣе серьезныхъ случаяхъ и всѣхъ тазовыхъ мышцъ. Иногда спазма не бываетъ, хотя чувствительность весьма значительна; въ другихъ случаяхъ чувствительность не велика, но малѣйшее прикосновеніе пальцемъ или зондомъ вызываетъ спазмодическія сокращенія мышцъ.

Слѣдствіемъ этого бываетъ невозможность или крайняя затруднительность введенія мужскаго члена и зачатіе наступаетъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Paskard ¹⁾ сообщаетъ одинъ случай, гдѣ хотя *immissio penis* было невозможно, но зачатіе послѣдовало, и беременность окончилась выкидышемъ на 6-мъ мѣсяцѣ.

Дальнѣйшими слѣдствіями повторнаго сильнаго раздраженія бывають воспалительныя страданія и другихъ частей полового аппарата, которыя впрочемъ могли развиться еще ранѣе. Наступають разстройства въ общемъ питаніи и затѣмъ въ особенности истерическія явленія и психическія разстройства. Arndt ²⁾ обращаетъ вниманіе на то, что вагинизмъ играетъ немаловажную роль въ этиологіи психозовъ.

Предсказаніе.

Произвольное излеченіе бываетъ лишь тогда, когда прекращается неправильно совершаемый *coitus*, т. е. когда его или вовсе не происходитъ или онъ совершается надлежащимъ образомъ и осторожно. Если наступитъ беременность, то послѣ родовъ вагинизмъ можетъ возобновиться.

При надлежащемъ леченіи также можетъ послѣдовать выздоровленіе. Одно то обстоятельство, что существуетъ много случаевъ, гдѣ самые разнообразныя способы леченія приносили хорошіе результаты, служитъ доказательствомъ того, что вагинизмъ легко излечивается; вмѣстѣ съ тѣмъ это доказываетъ, что какія-либо серьезныя операціи при этомъ совершенно излишни.

¹⁾ Amer. J. of. Obst. Vol. II, p. 348.

²⁾ Berliner klin. Wochenschr. 1870. No. 28.

Лечение.

Мы употребляли съ хорошимъ успѣхомъ способъ, рекомендуемый Scanzoni.

Онъ состоитъ въ томъ, что при безусловномъ воздержаніи отъ полового акта сначала наружныя дѣтородныя части тщательно обмываются гулярдовою водою и затѣмъ, когда краснота уменьшится, къ чувствительнымъ частямъ прикасаются растворомъ селитрокислаго серебра (1: 3). Мы нашли также весьма дѣйствительнымъ и растворъ карболовой кислоты (1: 50). Суппозиторіи во влагалище изъ масла какао съ наркотическими средствами вовсе не нужны.

Если краснота исчезла и входъ во влагалище при введеніи пальца лишь слегка чувствителенъ, то ежедневно вводятся маточныя зеркала изъ молочнаго стекла постепенно болѣе и болѣе толстаго калибра и оставляются тамъ на полчаса и часъ. Хотя введеніе сначала и чувствительно, присутствіе зеркала въ рукавѣ хорошо переносится. Если расширение входа влагалища достаточно и чувствительности болѣе нѣтъ, то послѣ должнаго наставленія обоимъ супругамъ дозволяются снова половыя отправления и лечение окончено.

Эта способъ такъ вѣренъ, что мы не имѣли надобности испытывать другіе. Holst ¹⁾ рекомендуетъ ледъ, Burns и Simpson производили подкожное сѣченіе *nervi pudendi*.

Симсъ предлагаетъ для этого особую операцію. Она состоитъ въ вырѣзываніи дѣвственной плевы и другихъ чувствительныхъ частей вмѣстѣ съ глубокими боковыми надрѣзами сфинктера и въ послѣдующемъ затѣмъ пошеніи дилататора. Нужна ли эта кровавая операція въ весьма упорныхъ случаяхъ, мы не знаемъ, обыкновенно же можно обойтись и безъ нея.

Менѣе болѣзненъ способъ насильственнаго расширения, предложенный многими авторами—Charrier ²⁾, Horwitz, Courty и Сутугинъ ³⁾. Для этого при глубокомъ наркозѣ расширяють входъ влагалища двумя указательными или большими пальцами до того, что мышцы разрываются.

Въ Америкѣ, для излеченія вагинизма употребляютъ слѣдующій способъ: больную захлороформируютъ и заставляютъ мужа во

¹⁾ Scanzoni's Beitr. B. V. Heft 2.

²⁾ Gaz. der hôp. 1868.

³⁾ Petersburger med. Zeitschr. 1872. Heft 4 и 5, стр. 469.

время пареоза имѣть coitus, чтобъ вызвать такимъ образомъ зачатіе и посредствомъ родовъ достигнуть излеченія.

Въ случаяхъ вагинизма, гдѣ главную роль играетъ спазмъ, чрезвычайно благотворно дѣйствуютъ подуванны въ 28—30° Р.

Другіе спазмы влагалища.

Независимо отъ вагинизма, бываютъ другія спазмодическія сокращенія, отчасти сопряженныя съ болью, а отчасти безъ нея. Такъ Hildebrandt ¹⁾ указываетъ на спазмъ levatoris ani, которымъ во время совокупленія penis крѣпко ущемляется и на нѣсколько минутъ задерживается (penis captivus). Ferber ²⁾ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ во время сна появлялось во влагалищѣ внезапное чувство болѣзненнаго сокращенія.

Спазмодическія сокращенія влагалища могутъ обусловливать бесплодіе тѣмъ, что испущенное во влагалище семя, вслѣдствіе сокращеній во днѣ таза, опять выбрасывается изъ него. На это выбрасываніе сѣмени указали: Sims ³⁾ и Storer ⁴⁾. Мы можемъ подтвердить, что, по нашимъ наблюденіямъ, обратное истеченіе сѣмени нерѣдко бываетъ причиною бесплодія и что оно бываетъ и у здоровыхъ женщинъ безъ всякаго болѣзненнаго ощущенія. Введеніе кольца во влагалище въ этомъ случаѣ также мало помогаетъ, какъ и продолжительное пребываніе мужскаго дѣтороднаго члена во влагалищѣ послѣ coitus.

Авторъ, излагая болѣзни рукава и наружныхъ половыхъ органовъ описываетъ патологическіе процессы вообще рукава и вульвы, не специализируя отдѣльно страданій извѣстныхъ частей наружныхъ половыхъ органовъ, напр. клитора, отверстія уретры и т. п. Совершенно соглашаясь, что описаніе болѣзней отдѣльныхъ частей вульвы было бы слишкомъ специально для руководства, мы однако же полагаемъ, что страданія гимена заслуживаютъ особаго вниманія, какъ въ отношеніи гинекологическомъ, такъ и въ судебно-медицинскомъ въ особенности.

О способѣ образованія дѣвственной плевы уже было сказано въ текстѣ, а потому мы коснемся лишь вкратцѣ ея строенія и формы.

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. III, стр. 221.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1871. No. 15.

³⁾ l. c. p. 264.

⁴⁾ Boston gyn. J. Vol. III, стр. 73.

Гимень представляет складку или удвоение слизистой оболочки рукава, лежащую на границе рукава и вульвы. Эта складка по большей части полулунной формы с отверстием обращенным впереди, тоньше у края, чем у основания. Свободный край ее представляется не ровным, как бы покрытым сосочковыми возвышениями (Генле) Гимень покрыт мостовидным многослойным эпителием толщиной 0,3—0,5 милл. (Штрикеръ). Толща гимена состоит из соединительной ткани, богатой сосудами. Ткань эта по Штрикеру образует сидящие другъ возлѣ друга сосочки, вдающиеся въ эпителиальный слой.

Форма дѣвственной плевы бываетъ весьма различна. Кромѣ вышеописанной полулунной формы гимень бываетъ кольцеобразнымъ съ круглымъ отверстиемъ по срединѣ (*hymen annularis*); такая форма происходитъ вслѣдствіе усиленнаго развитія влагалищнаго бугорка. Оба эти вида могутъ еще измѣняться вслѣдствіе того, что свободный край гимена бываетъ усаженъ ворсистыми удлинненіями, сосочковыхъ возвышеній, описанныхъ Генле. Такой гимень называется бахромчатымъ, (*hymen fimbriatus*. Luschka, Heister). Рѣже дѣвственная плева представляется въ видѣ сплошной перегородки между преддверіемъ и входомъ рукава, продырявленной нѣсколькими небольшими отверстиями (гимень рѣшетчатый—*cribriformis*). Кромѣ того бываетъ сплошная дѣвственная плева безъ всякаго отверстия (гимень сплошной—*imperforatus*). Слѣдствіемъ такого образованія дѣвственной плевы бываетъ при наступленіи половой зрѣлости задержаніе мѣсячной крови въ рукавѣ — *hæmato colpos*, о чемъ было раньше сказано въ текстѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣвственная плева представляетъ двойную перепонку, одну позади другой, при чемъ одна можетъ быть съ отверстиемъ, а другая безъ отверстия (*hymen duplex*). Нѣкоторые авторы принимаютъ еще другія видоизмѣненія формы гимена, такъ *hymen bipartitus* — половинчатый, когда одно отверстие раздѣлено на двѣ половины посредствомъ мостика (Cambel). Такой *hymen trabecularis* мы видѣли два раза во время родовъ, при чемъ въ одномъ случаѣ перекладина была такъ толста, что ее пришлось перерѣзать, а въ другомъ она отодвинулась вверхъ и уцѣлѣла. Подобный случай былъ наблюдаемъ и дръмъ Горвицемъ (Руков. къ пат. и тер. стр. 193). Наконецъ встрѣчаются случаи, гдѣ вовсе не бываетъ дѣвственной плевы.

Въ дѣтскомъ возрастѣ и у новорожденныхъ *hymen* развитъ вообще слабо, тонокъ и виситъ наружу, вдаваясь между малыми губами; съ возрастомъ онъ становится плотнѣе, толще, какъ бы натягивается и принимаетъ болѣе горизонтальное положеніе.

Назначеніе гимена до настоящаго времени не уяснено; — извѣстно однако, что дѣвственная плева встрѣчается не только у женщинъ, но и у нѣкоторыхъ животныхъ — кобылицъ, медвѣдицъ, обезьянъ и пр.

Sub coitu дѣвственная плева обыкновенно разрывается, послѣ чего образуются у входа влагалища нѣсколько маленькихъ лоскутковъ, (3—5), называемыхъ миртовидными сосочками (*sagunculi myrtiformes*). Иногда впрочемъ дѣвственная плева не разрывается, а только растягивается мѣшкообразно или же кольцеобразно къ сторонамъ, что бываетъ какъ при слишкомъ плотномъ и упругомъ гименѣ, такъ и при вяломъ, удобо-растяжимомъ.

Кромѣ карункуловъ, образующихся вслѣдствіе разрыва дѣвственной плевы, при входѣ влагалища бываютъ видны еще подобныя же возвышенія, симметрически расположенныя по обѣимъ бокамъ спереди и сзади входа во влагалище. Обыкновенно изъ нихъ особенно развита бываетъ одна пора, именно передняя. Это карункулы влагалищныя; они состоятъ изъ сборокъ слизистой оболочки и соотвѣтствуютъ окончанію продольныхъ полосъ, или валиковъ, образуемыхъ поперечными складками рукава (*columnæ pudicæ*). Кромѣ этихъ парныхъ влагалищныхъ карункуловъ и карункуловъ гименальныхъ, образующихся *post coitum*, есть еще карункулы, существующіе при неразрушенномъ гименѣ, какъ добавочныя части его (Киліанъ, Velreau). Наконецъ есть еще карункулы, происходящія отъ гипертрофіи слизистой оболочки входа рукава (*sagunculi vaginales protriæ*). Послѣднія двѣ формы не всегда бываютъ замѣтны. Подробное описаніе всѣхъ видовъ карункуловъ можно найти въ статьѣ Др. Смоленскаго «Къ вопросу, о значеніи карункуловъ входа рукава въ судебно-медицинскомъ и акушерскомъ отношеніяхъ». (Мед. отчетъ Родовсп. зав. за 1872 годъ).

При родахъ вслѣдствіе прижатія, проходящую черезъ входъ головкою младенца карункулы подвергаются различнымъ измѣненіямъ: подъ ними и въ нихъ происходятъ кровезліянія, подтеки; нѣкоторые изъ нихъ раздавливаются и отчасти омертвѣваютъ и по отпаденіи омертвѣвшихъ частей образуется рубцовая ткань. Главное же измѣненіе состоитъ въ томъ, что лоскуты дѣвственной плевы или карункулы гименальные, сидѣвшіе до родовъ вокругъ входа на общемъ основаніи, т. е. соединенные между собою въ основаніяхъ, теперь сидятъ раздѣльно, такъ какъ раздѣляющія ихъ борозды прорѣзались глубже. Это явленіе весьма обыкновенное, хотя не всегда безусловно бывающее. Мы наблюдали множество случаевъ въ Калининской городской больницѣ, гдѣ у никогда не рожавшихъ проституттокъ, карункулы представляли такой видъ, какъ

какъ у режавшихъ и даже мало того, были сглажены, сплющены и атрофированы, какъ у много разъ родившихъ. Шредеръ давно уже указалъ на фактъ видоизмѣненія карункуловъ (Schrüder Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Bonn 1867 стр. 7 и слѣд.) послѣ родовъ и хотя положенія его вообще вѣрны въ принципѣ, но встрѣчается много исключеній.

Послѣ повторныхъ родовъ съ теченіемъ времени эти гименальные карункулы постепенно сглаживаются, уплощаются и подѣ старость бываютъ едва замѣтны вслѣдствіе ихъ атрофіи. Влагалищные карункулы напротивъ съ теченіемъ времени и повтореніемъ родовъ, выступаютъ все болѣе надъ поверхностью. Въ особенности такому измѣненію подвергается одна пара ихъ, именно передняя.

Что касается до страданій дѣвственной плевы и каранкуловъ, изъ нея образующихся, то, кромѣ вышеупомянутыхъ измѣненій, происходящихъ во время и послѣ родовъ, здѣсь могутъ развиваться всѣ патологическіе процессы. Воспаленіе, язвенный процессъ, омертвѣніе и пр. обыкновенно переходятъ сюда съ сосѣднихъ частей вульвы или рукава. Тоже самое можно сказать и о ракѣ. Но въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ новообразовательный процессъ гнѣздится исключительно на гименѣ, отъ чего послѣдній значительно измѣняется. Такія измѣненія гимена были описаны какъ различные виды дѣвственной плевы, такъ *hymen carnosum*, *vasculosum*, *ossificatum* и т. д. Очевидно, что дѣло здѣсь заключается въ патологическомъ измѣненіи, а не въ видоизмѣненіи.

Гиперплазія и гипертрофія карункуловъ, обыкновенно являющаяся во время беременности, останавливается послѣ родовъ и сосочки involvируются подобно прочимъ тканямъ полового аппарата. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ они остаются увеличенными и даже продолжаютъ увеличиваться, при чемъ представляются въ видѣ плоскихъ рѣзко выдающихся возвышеній бѣлесоватаго цвѣта. Обыкновенно разрастаются два три карункула и могутъ достигнуть такой величины, что отчасти заслоняютъ входъ рукава. Они обыкновенно не болѣзненны, но, разрастаясь, могутъ причинять нѣкоторые безпокойства, особенно *sub coitu*. Ихъ конечно слѣдуетъ въ такомъ случаѣ вырѣзать ножницами, при чемъ кровотеченіе иногда и обильное останавливается довольно легко сильными вяжущими и прижигающими средствами.

Изъ новообразованій на карункулахъ чаще всего и въ значительной степени развиваются сосочковыя опухоли или остроконечные кондиломы. Условія ихъ образованія тѣже, что и въ рукавѣ и вульвѣ. Обыкновенно

венно одновременно такія бородавки развиваются и на другихъ частяхъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ сидятъ исключительно на карункулахъ. Последніе въ такомъ случаѣ представляются какъ бы увеличенными, иногда до величины орѣха и вдаются во входъ влагалища, въ видѣ дольчатой опухоли, похожей на цвѣтную капусту. При разрастаніи ихъ обыкновенно гипертрофируется и соединительная ткань самого карункула и такимъ образомъ представляетъ начало elephantiasis, которая затѣмъ можетъ распространиться и на вульву (Fœrster). Cullerier упоминаетъ также объ остроконечныхъ кондиломахъ, развивающихся на наружныхъ половыхъ частяхъ въ томъ числѣ и на карункулахъ во время беременности, которые послѣ родовъ исчезаютъ сами собою.

Другую форму сосочковыхъ опухолей представляютъ такъ называемые слизистые полипы, экскресценціи или карункулы, встрѣчающіеся какъ во входѣ влагалища между гименальными карункулами, такъ и у отверстія уретры. Они бывають съ горошину или съ орѣхъ, кругловатые, яркочерные и совершенно похожіе на полипы; развиваются часто при триперѣ (Fœrster); они представляютъ ограниченную гипертрофію и гиперплазію слизистой оболочки, именно сосочковаго ея слоя, причѣмъ участвуютъ и желѣзы. По Fœrster'у они состоятъ изъ рыхлой влѣтчатки, пронизанной множествомъ сосудовъ, идущихъ петлеобразно, и покрытыхъ мостовиднымъ эпителиемъ. Clarke и Lee упоминають еще о кровоточащихъ полипахъ входа влагалища и особенно отверстія уретры. Вѣроятно эти новообразованія относятся къ вышеописаннымъ сосочковымъ разращеніямъ.

Кромѣ этихъ новообразованій на карункулахъ, иногда образуется разращеніе отдѣльной части края гимена въ длинный и тонкій лоскутъ. (См. Др. Мержеевскій, Судебно-медицинское изслѣдованіе дѣвственной плевы, стр. 47). Такое удлиненіе можетъ подать поводъ къ подозрѣнію въ дефлораціи. Единственнымъ вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ здѣсь служить, какъ вообще при опредѣленіи цѣлости гимена, — цѣльность и одинаковость толщины края какъ лопасти такъ и гимена, постепенное утолщеніе отъ края къ основанію и постепенное увеличеніе густоты окраски.

Литература: Vater, Diss. de hymene. Viteb. 1727. — Huber, disert. de hymene Gott. 1741. Goering. diss. de hymene. Argentorato 1763. — B. S. Albinus, de hymene, въ Annal. acad. l. IV c. 13. — Tolberg, Comment. de varietate hymen. acced. tabulæ æn. hymenis specimina trium virgin. unicum puerperas sistens. Halæ 1791. — Mende, Comment. anat. phys. de hymene s. valvula vaginali. Gott. 1827. — Velpeau, Traité Complet de l'art des accouchements, Paris. 1835 T. I стр. 29. — Colombat, T. I стр. 66. Meissner,

Т. I стр. 325.—Kilian, die Geburtslehre v. seiten d. Wissenschaft u. Kunst. Fr. a. M. 2-te Aufl. 1842 T. I стр. 83.—Schröder, Schwangerschaft, Geburt u. Wochtenb. стр. 6 и Lehrb. d. Geburtsl. Ausg. IV стр. 98. — Fœrster, Spec. path. Anatom. стр. 331.—Мержеевскій, судебно-медицинское изслѣдованіе дѣвственной плевы СПБ. 1872. — Смоленскій, къ вопросу о значеніи карпукуловъ входа рукава въ судебно-медицинскомъ и акушерскомъ отношеніяхъ, Мед. отчетъ Родовспом. зав. за 1872 г. СПБ. *Ред.*

БОЛѢЗНИ НАРУЖНЫХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

Недостатки развитія.

Для поясненія недостатковъ образованія наружныхъ половыхъ органовъ необходимо сказать предварительно нѣсколько словъ о ихъ нормальномъ развитіи.

Вульва образуется изъ вдавленія наружной кожи (см. фиг. 132), которая проникаетъ въ соединенный еще съ кишкою аллантоисъ (см. фиг. 133). Тамъ, гдѣ отдѣляется отъ кишки аллантоисъ, об-



Фиг. 132.

all Аллантоисъ, въ послѣдствіи мочевой пузырь. *r gestum*. *m* Мюллеровъ каналъ въ послѣдствіи влагалище. *a* наружное вдавленіе кожи, изъ котораго образуется заднепроходное отверстіе



Фиг. 133.

Наружное вдавленіе кожи продырявилось и образуетъ клоаку (*cl*).



Фиг. 134.

Промежность уже образовалась, такъ что *anus* и *sinus urogenitalis (su)* другъ отъ друга отдѣлены. *u* уретра. *v* влагалище.

разуется промежность, которая раздѣляетъ первоначальную клоаку на двѣ части, на переднюю пазуху—мочедѣтородную (*Sinus urogenitalis*) и заднюю—заднепроходную (*anus*) (см. фиг. 134).

Въ моче-дѣтородную пазуху (*Sinus urogenitalis*) открывається нижній отрѣзокъ аллантоиса, который суживается въ уретру, и нижніе концы обѣихъ мюллеровыхъ каналовъ, которые, соединяясь, образуютъ влагалище.

Отношеніе этихъ частей между собою значительно измѣняется по мѣрѣ роста отдѣльныхъ частей.

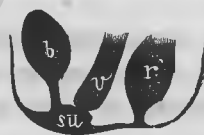
Сначала Sinus urogenitalis относительно длиннѣе и ея непосредственное продолженіе представляетъ нижняя часть аллантаиса, т. е. уретра (см. фиг. 135). Позднѣе ростъ ея въ длину приостанавливается, такъ что она образуетъ лишь короткое преддверіе влагалища и такъ какъ уретра осталась узкимъ каналомъ, тогда какъ влагалище значительно выросло, то это послѣднее представляетъ какъ-бы непосредственное продолженіе Sinus urogenitalis (преддверія влагалища). (см. рис. 136).

Такое нормальное развитіе можетъ въ извѣстныхъ случаяхъ подвергнуться цѣлому ряду уклоненій, которыя влекутъ за собою слѣдующіе недостатки образованія:

Полная атрезія образуется тогда, когда не бываетъ вдавленія наружной кожи, которое служитъ для образованія клоака. При этомъ кишка и превращающійся впоследствии въ пузырь аллантаисъ могутъ, какъ въ началѣ, сообщаться между собою (см. фиг. 137) или быть разъединены (см. фиг. 138). Нерѣдко атрезія бываетъ вмѣстѣ съ другими недостатками образованія, напр. Uterus didelphus, причемъ вслѣдствіе накопленія мочи пузырь и открывающійся въ него половой каналъ чрезвычайно растягиваются. Здѣсь обыкновенно дѣло оканчивается преждевременными родами нежизнеспособнаго плода.



Фиг. 135.
Уретра (u) составляетъ еще продолженіе Sin. urogen. (s. u.), въ которое открывается и влагалище.



Фиг. 136.
Сформированныя дѣтородныя части. Sin. urog. превратилась въ плоскій придатокъ, въ который открываются уретра и влагалище (послѣднее отдѣлено дѣвств. плевую).



Фиг. 137.
Полная атрезія. Прямая кишка (r), пузырь (b) и половой каналъ между собою сообщаются.

Въ другихъ случаяхъ, даже при вдавленіи наружной кожи, можетъ образоваться клоака, между тѣмъ какъ промежность, которая сверху вдается между Sinus urogenitalis и кишечнымъ ка-

наломъ, не образуется: тогда происходитъ неправильно называемая *atresia ani vaginalis*, или точнѣе *отверстіе прямой кишки въ Sinus urogenitalis* (см. фиг. 139).



Фиг. 138.

Полная атрезія. Allantois отдѣлилась отъ (r) прямой кишки; пузырь (b) и дѣтородный каналъ (g) растянуты мочою.



Фиг. 139.

Atresia ani vaginalis. Промежность (d) не образовалась, такъ что клоака (см. ф. 133) остается и пузырь (b), влагалище (v) и прямая кишка (r) открываются въ общую клоаку (c).

Образовавшейся клоакѣ обыкновенно придаютъ ложное значеніе, принимая ея верхнюю иногда довольно длинную часть за влагалище, и потому говорятъ, что прямая кишка открывается во влагалище. Неррнер ⁴⁾ также ошибочно называетъ ее влагалищною клоакою, полагая, что прямая кишка открывается во влагалище. Въ чрезвычайно интересномъ описанномъ имъ случаѣ оба влагалища совершенно раздѣлены и часть принимаемая имъ за простое влагалище, принадлежитъ моче-дѣтородной пазухѣ (*Sinus urogenitalis*), т. е. съ точки зрѣнія происхожденія относится не къ мюллеровымъ каналамъ, а къ аллантоису. На его рис. 3 не b есть *Sinus urogenitalis*, какъ онъ принимаетъ, но b, e и f вмѣстѣ образуютъ клоаку, т. е. *Sinus urogenitalis*, въ которую открываются не только уретра и оба влагалища, но такъ какъ не образовалась промежность, то и прямая кишка.

Даже при нормальномъ образованіи заднепроходной промежности *Sinus urogenitalis* можетъ оставаться въ зародышевомъ состояніи, такъ что преддверіе влагалища остается необыкновенно длиннымъ



Фиг. 140.

Остатокъ *Sinus urogenitalis* (s). Въ нее открываются уретра (u) и влагалище (v). Клиторъ (c) гипертрофированъ. Легко смѣшать съ мужескою гипоспадіею.



Фиг. 141.

Женская гипоспадія. Весь allantois преобразовался въ пузырь (b); этотъ послѣдній непосредственно открывается въ *sinus urogenitalis* (s), преддверіе влагалища.

⁴⁾ Petersb. med. Zeitschr. 1870. I p. 304.

и узкимъ (наподобіе уретры) и общій каналъ дѣлится на уретру и влагалище очень высоко. Этотъ недостатокъ во всякомъ случаѣ неправильно названъ *высокимъ открытіемъ уретры*; онъ часто бываетъ соединенъ съ гипертрофіею клитора и принимается тогда за *низшую степень женской гипоспадіи*. (См. фиг. 140).

Подъ названіемъ *дѣйствительной гипоспадіи* разумѣются случаи, гдѣ Sinus urogenitalis образованъ надлежащимъ образомъ, а нижняя часть аллантаиса, которая обыкновенно превращается въ уретру, пошла на образованіе пузыря, такъ что при-этомъ въ преддверіе влагалища отсрываются влагалище и пузырь безъ уретры ¹⁾.

Понятіе объ образованіи эписпадіи, которая у женщинъ случается далеко рѣже чѣмъ у мужчинъ, установлено еще не совсѣмъ точно, такъ что остается еще подъ вопросомъ, не состоитъ ли тутъ дѣло въ первичной брюшной расщелинѣ. Эта послѣдняя могла повлечь за собою разрывъ передней стѣнки аллантаиса, но и разрывъ аллантаиса могъ быть причиною образованія брюшной расщелины. Эписпадія можетъ встрѣтиться вмѣстѣ съ образованіемъ клоаки.

Что касается леченія этихъ пороковъ образованія, то при атрезіяхъ можно пособить лишь оперативнымъ путемъ и то въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ тутъ почти всегда бываютъ условія, препятствующія дальнѣйшему продолженію жизни.

При образованіи клоаки можно помочь также лишь посредствомъ чрезвычайно сложныхъ операцій.

При дѣйствительной гипоспадіи бываетъ непроизвольное истеченіе мочи. Но и тутъ пластическія операціи мало помогаютъ. Слѣдуетъ попытаться закрыть мочепузырное отверстіе посредствомъ пелота, который нажималъ бы заднюю стѣнку на переднюю.

Въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ *отсутствіе вульвы* при нормально развитыхъ внутреннихъ дѣтородныхъ органахъ. Въ такомъ случаѣ Sinus urogenitalis отсрывается въ вульву простымъ отверстіемъ. Въ другихъ случаяхъ нѣкоторыя части вульвы, какъ то большія и малыя губы, клиторъ или промежность, бываютъ развиты рудиментарно.

Вульва можетъ также остаться—на степени дѣтскаго развитія.

Къ недостаткамъ развитія у женщинъ принадлежитъ также и *женскій гермафродитизмъ*, т. е. недостатокъ, при которомъ неправильно образованныя женскія дѣтородныя части можно смѣшать съ

¹⁾ Heppner, Monatsschr. f. Geb. B. 26, p. 401.

мужскими наружными половыми частями. Такие случаи, т. е. неправильно образованные мужскія или женскія половыя части, представляющія сходство съ другимъ поломъ, прежде назывались поперечнымъ гермафродитизмомъ (*Hermaphroditismus transversus*).

Настоящимъ гермафродитизмомъ могутъ быть названы только тѣ случаи, гдѣ у одного и того же индивидуума имѣются хорошо образованные яичники и яички. При боковомъ гермафродитизмѣ (*hermaphroditismus lateralis*) бываетъ такъ, что на одной сторонѣ находится яйцо, а на другой яичникъ. Но можетъ быть и съ обѣихъ сторонъ по яичнику и по яйцу — *Hermaphroditismus androgynus bisexualis* или *bilateralis*. Почти всѣ случаи, принимаемые за настоящій гермафродитизмъ, страдаютъ неполнотою и неточностью описанія. Только случай, о которомъ сообщил Meyer ¹⁾ и послѣ изслѣдованный Klebs'омъ ²⁾, можетъ быть принятъ за дѣйствительный боковой гермафродитизмъ (*hermaphroditismus lateralis*), хотя яичникъ съ правой стороны плохо былъ развитъ. Единственный точно описанный случай двусторонняго гермафродитизма (*herm. bilateralis*) въ новѣйшее время описалъ Herrner ³⁾. Онъ изслѣдовалъ дѣтородныя части двухмѣсячнаго младенца, у котораго половыя части, какъ это часто бываетъ, похожи были и на мужскія и на женскія; изъ внутреннихъ лучше развиты были женскія, изъ мужскихъ были предстательная желѣза и оба яичка (что доказано было микроскопическимъ изслѣдованіемъ).—Послѣднія лежали возлѣ пароварія, представлявшаго рудиментарно развитыя придатки яичекъ (*epididymes*).

Если въ одномъ случаѣ и были въ одно и тоже время мужскія и женскія половыя желѣзы, то о совершенномъ Андрогинѣ, т. е. индивидуумѣ, могущемъ исполнять половыя функціи какъ мужчина и какъ женщина, никакъ не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ наружныя дѣтородныя части въ высшей степени бываютъ обезображены.

Еваторина Nohmann ⁴⁾, которая въ послѣдніе годы показывалась во многихъ мѣстахъ Германіи за деньги, пола мужскаго, но по всему вѣроятію съ лѣвой стороны имѣеть яичникъ.

Псевдогермафродитизмъ у женщинъ состоитъ въ гипертрофіи клитора, вслѣдствіе чего онъ дѣлается похожимъ на мужской половой членъ. Такъ какъ при-этомъ наружныя губы образованы на подобіе мошонки и внизу между собою срастаются, а подъ клито-

¹⁾ Virchow's Arch. XI, p. 420.

²⁾ Handb. der path. Anat. IV. Lief. 1, p. 728.

³⁾ Arch. f. Anat., Physiol. etc. 1870. № 6, p. 679.

⁴⁾ von Franque, Scanzoni's Beitr. B. V, p. 57.—B. Schultze, Virchow's Archiv. B. 43, p. 332.—Friedreich, Virchow's Archiv. B. 45, p. 4.—Virchow, Berl. klin. Woch. 1872. No. 49.

ромъ, похожимъ на мужской членъ, бываетъ по большей части весьма маленькое отверстіе въ Sinus urogenitalis, то наружныя половыя органы пріобрѣтаютъ большое сходство съ гипоспадіей у мужчинъ. Въ Sinus urogenitalis отерываются при-этомъ уретра и влагалище. Внутреннія женскія половыя части могутъ при-этомъ представить всѣ виды рудиментарнаго развитія, но могутъ быть и вполне нормально образованными. Груди иногда бываютъ настоящія женскія иногда менѣ развиты; весь habitus можетъ быть то болѣе женскій, то болѣе мужской. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ образованіе наружныхъ половыхъ частей еще болѣе бываетъ похоже на мужское, если яичники чрезъ паховыя грыжи проникаютъ до губъ, такъ что представляются какъ-бы яичками въ мошонкѣ.

Въ видѣ пріобрѣтеннаго недостатка бываетъ *атрезія малыхъ губъ*. Онѣ бываютъ иногда у маленькихъ дѣвочекъ склеенными до самой уретры, а въ рѣдкихъ случаяхъ еще выше, такъ что затрудняется мочеиспусканіе.

Эту склейку по большей части удается устранить раздвиганіемъ губъ, въ крайнемъ же случаѣ разъединяютъ ихъ бистуреемъ, при помощи желобоватаго зонда ¹⁾).

Большія губы могутъ также быть склеены въ задней части, такъ что промежность представляется значительно удлиненною впереди.

Недавно намъ пришлось изслѣдовать въ Калининской городской больницѣ проститутку, которой половыя органы представляли значительную дисгармонію. М. Б. 25 лѣтъ, хорошаго роста и сложенія, проститутка, поступила 4-го ноября 1875 г. въ больницу вслѣдствіе бленнорей.

Наружныя половыя органы были совершенно правильно и хорошо образованы; большія губы прикрывали малыя, клиторъ былъ нормальной величины, стверстіе мочеиспускательнаго канала овальной формы; слизистая оболочка малыхъ и большихъ губъ гиперемирована и покрыта слизистогнойнымъ выдѣленіемъ, въ складкахъ замѣтны не большія ссадины. На границѣ входа рукава однако никакихъ слѣдовъ, ни гимена ни карункуловъ, не было найдено. Промежность представлялась нѣсколько вдавленною. При болѣе внимательномъ изслѣдованіи оказалось,

¹⁾ Bokai, Jahrb. f. Kinderheilk. 1872. V, 2, p. 163.

что гимень былъ вдавленъ внутрь и представлялъ слѣпой мѣшокъ, длиною въ $1\frac{1}{2}$ дюйма. Въ глубинѣ этого мѣшка нельзя было прощупать никакого тѣла, которое можно было бы принять за матку. Тотъ же результатъ получался и при изслѣдованіи *per rectum*. Пальцы при двойномъ изслѣдованіи вездѣ сходились безпрепятственно другъ съ другомъ и между ними нигдѣ въ полости малаго таза не попадалось никакого тѣла, которое можно было бы принять хотя бы за рудиментъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Эта женщина никогда не менструировала; груди и лобокъ ея были хорошо развиты, голосъ и типъ формациі тѣла былъ чисто женскій.

Куда отнести этотъ случай остается нерѣшеннымъ. Есть ли это, такъ называемый, поперечный гермофродитизмъ, т. е. наружные половые органы женскіе, а внутренніе мужскіе, при чемъ яички не опустились внизъ; или здѣсь во время полнаго образованія наружныхъ половыхъ частей вслѣдствіе какихъ-либо причинъ произошла остановка въ развитіи внутреннихъ, рѣшить можно будетъ лишь по смерти этой женщины. Мы однако же, на основаніи образованія гимена, склонны думать, что здѣсь была именно послѣдняя причина. *Ред.*

Гипертрофія наружныхъ половыхъ частей.

Гипертрофія малыхъ губъ встрѣчается у нѣкоторыхъ народовъ (Готтентотовъ, Бушменовъ) въ видѣ племенной особенности и вообще извѣстна подъ названіемъ готтентотскаго передника.

И у насъ нерѣдко встрѣчается гипертрофія одной или обѣихъ губъ и притомъ такой же величины, какъ Luschka ¹⁾ описываетъ ее у готтентотки. Иногда, но не всегда, увеличеніе обусловливается онализмомъ; при этомъ губы обыкновенно висятъ, бураго цвѣта; но не представляютъ обыкновенно никакихъ дальнѣйшихъ измѣненій.

Такая гипертрофія не вызываетъ особыхъ припадковъ и лишь въ исключительныхъ случаяхъ можетъ быть причиною потери чувства сладострастія при *coitus*. Въ одномъ случаѣ, о которомъ сообщилъ Breslau ²⁾, образовалось недержание мочи, которое послѣ операціи исчезло.

Ампутація губъ есть простая и не опасная операція.

¹⁾ Monatsschr. f. Geb. B. 32, p. 343.

²⁾ Scanzoni's Beitr. zur Geburtsk. B. 3.

Гипертрофія клитора можетъ быть прирожденнымъ недостаткомъ образованія, о чемъ мы уже говорили, и приобрѣтенною, при чемъ достигаетъ такой степени, что клиторъ становится больше мужскаго члена. Въ Германіи такая гипертрофія встрѣчается кажется очень рѣдко; во всякомъ случаѣ она образуется у женщинъ, занимающихся онанизмомъ, только въ исключительныхъ случаяхъ, потому что обыкновенно даже и у старыхъ онанистовъ клиторъ остается совершенно нормальнымъ.

Если же клиторъ значительно увеличенъ и существуютъ другія болѣзненные явленія, стояція въ связи съ этимъ, то показуется клиторидектомія. Ампутацію ножомъ слѣдуетъ предпочитать лигатурѣ или эскаверу, которымъ Mason ¹⁾ удалилъ клиторъ длиною въ 4 дюйма. Если кровотеченіе сильно и не можетъ быть остановлено глубокимъ швомъ, то употребляется тампонъ съ растворомъ желѣза.

Если предпринимаемая при сказанныхъ условіяхъ клиторидектомія признается за операцію умѣстную, то, съ другой стороны, слѣдуетъ рѣшительно возстать противъ безразличнаго удаленія нормальнаго клитора, которое въ особенности производилъ Baker Brown, что подало поводъ къ исключенію его изъ лондонскаго акушерскаго общества (London Obstetrical Society).

Даже при истрикѣ, эпилепсіи, онанизмѣ или психозахъ, состоящихъ въ связи съ половыми страданіями, удаленіемъ здороваго клитора ничего нельзя достигнуть.

Острый катарръ наружныхъ половыхъ частей.

Hugnier, Acad. de méd. 8. Sept. 1846 и Journal des connoiss. méd.-chir. 1852. № 6—8.—Oldham. London med. Gaz. Mai, 1846—v. Bärensprung, Charité annalen, VI, p. 20 —Martin et Leger, Arch. gén. Janvier et Fevrier 1862.—Zeissl Allg. Wiener med. Z. 1865. № 45—46.—Kühn, Zeitschr f. Med., Chir. u. Geb. 1866. V, p. 114.

Причины.

Острыя воспаленія наружныхъ половыхъ частей вызываются неопрятностію, истеченіемъ изъ внутреннихъ половыхъ частей, мочевыми или каловыми фистулами, травматическими поврежденіями,

¹⁾ New-York med. Review. May 1. 1868.

онанизмомъ, грубымъ совокупленіемъ, чаще же всего зараженіемъ трипперомъ. На большихъ губахъ развивается эритема отъ тренія внутренними поверхностями бедеръ, въ особенности у особъ тучныхъ во время жаровъ и при усиленной ходьбѣ.

У дѣтей можетъ послѣдовать воспаленіе наружныхъ половыхъ частей отъ переползанія охунгіс изъ задняго прохода.

Патологическая анатомія.

Острый катарръ обнаруживается припухlostію, разрыхленіемъ и краснотою слизистой оболочкы. Въ особенности сильно припухаютъ малыя губы и отдѣляютъ въ большомъ количествѣ слизисто-гноиную жидкость. Маленькія сальныя желѣзки также припухаютъ отъ задержанія отдѣленія и могутъ превратиться въ угри; въ послѣднемъ случаѣ и окололежащая соединительная ткань можетъ также принять участіе въ воспаленіи, такъ что образуется абсцессъ, въ видѣ фурункула, выдѣляющій вонючій гной.

При гнойномъ катаррѣ весьма легко развиваются островочныя кондиломы на малыхъ губахъ, миртовидныхъ варункулахъ и въ окружности отверстія уретры. При гонорреѣ, а иногда и при доброкачественныхъ катаррахъ, весьма часто развивается воспаленіе Бартолиніевыхъ желѣзъ на обѣихъ или на одной сторонѣ. вскрытіе нарыва можетъ произойти и черезъ выводной каналъ.

Припадки.

Воспаленіе слизистой оболочкы въ серьезныхъ случаяхъ причиняетъ сильныя боли, усиливающіяся въ особенности отъ тренія при ходьбѣ. Кромѣ того при-этомъ истекаетъ иногда слизистое, а въ другихъ случаяхъ чисто гнойное отдѣленіе. Если образуется абсцессъ Бартолиніевой желѣзы, то на губѣ появляется опухоль, которая рѣдко бываетъ больше голубинаго яйца. Гной прокладываетъ себѣ путь или чрезъ нормальное отверстіе желѣзы или абсцессъ вскрывается на внутренней поверхности малой губы. Слѣдствіемъ абсцесса можетъ быть совершенное уничтоженіе желѣзы.

Распознаваніе.

Болезнь эта легко узнается, такъ какъ слизистая оболочка доступна зрѣнію. Припухlostь Бартолиніевыхъ желѣзъ распознается по мѣсту и чувствительности выдающейся круглой опухоли.

Лечение.

При соблюдении абсолютного покоя и опрятности катарр скоро проходит; только при гонорройномъ воспалении, которое иногда тянется дольше, особенно важно удаление отдѣленія со слизистой оболочки, что особенно трудно бываетъ потому, что оно застываетъ въ складкахъ ея. Если усиленное отдѣленіе слизистой оболочки продолжается, то употребляютъ вяжущія средства.

Абсцессъ Бартолиновой желѣзы удаётся иногда заблаговременно выдавить чрезъ выводной протокъ, въ другихъ случаяхъ его приходится вскрывать.

Хроническій катарр можетъ быть слѣдствіемъ остраго и кромѣ того очень часто встрѣчается при истеченіяхъ изъ внутреннихъ половыхъ частей.

По удалении причины, вызвавшей его, онъ исчезаетъ самъ собою, въ другихъ же случаяхъ онъ бываетъ очень упоренъ и можетъ повлечь за собою продолжительное раздраженіе и гипертрофію наружныхъ половыхъ частей.

Флегмонозные процессы наружныхъ половыхъ частей, соединенные съ значительнымъ припуханіемъ губъ, образуются послѣдовательно при инфекціонныхъ язвахъ входа влагалища, слѣдовательно въ особенности при пуэрперальныхъ язвахъ.

Гангрена вульвы, независимо отъ послѣродоваго состоянія, можетъ образоваться при оспѣ, кори, скарлатинѣ, тифѣ, холерѣ и т. д., а также и въ слѣдствіе дифтерита. У дѣтей является она самопроизвольно какъ *Noma*.

Рожа и лишай этихъ частей бываютъ также, какъ и на другихъ частяхъ.

Грыжи наружныхъ половыхъ частей.

Паховая грыжа, спускающаяся въ большую губу соотвѣтственной стороны, называется *hernia labii majoris anterior*.

Подъ названіемъ *hernia labii majoris posterior* разумѣютъ грыжи, которыя выпячиваютъ боковыя ямки брюшины впереди *ligam. lat.* и появляются въ половыхъ губахъ.

Hernia perinealis образуется чрезъ выпячиваніе брюшины позади *lig. lat* и выходитъ на промежность.

Распознаваніе этихъ грыжъ представляетъ не малое значеніе, такъ какъ смѣшеніе ихъ съ другими опухолями можетъ повлечь весьма серьезныя послѣдствія. Различаютъ ихъ по направленію вверхъ къ грыжевому кольцу, что въ особенности легко достигается при паховыхъ грыжахъ, далѣе по увеличенію и напряженію ихъ при кашлѣ и натугахъ, по ихъ вправимости и по тимпаническому кишечному тону.

Новообразованія наружныхъ половыхъ частей.

Aubenas, Des tumeurs de la vulve. Thèse. Strasbourg. 1860.

Элефантіазъ.

Herzog, Ueber die Hypertrophie der äusseren weiblichen Genitalien. Erlangen. 1842.—Rogers, London Obst Tr. Vol. XI. p. 84.—Jayakar, Med. Times. 1871. Vol. I, p. 37.—L. Mayer, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. I, p. 363.

Причины.

Рожистыхъ воспаленій, которыми начинается Elephantiasis cruris, не бываетъ при опуханіи вульвы, которая обыкновенно развивается постепенно.

На востокѣ Elephantiasis вульвы встрѣчается гораздо чаще. При существующемъ предрасположеніи болѣзнь появляется по достиженіи полнаго полового развитія, чаще всего между 20 и 30 годами жизни по большей части вслѣдствіе воспалительныхъ раздраженій; Важное этиологическое значеніе имѣетъ здѣсь зараженіе сифилисомъ, онанизмъ и вообще излишества въ половыхъ наслажденіяхъ. Также толчки ишибы могутъ иногда подать поводъ къ образованію элефантіаза.

Не за долго до мѣсячнаго очищенія или вскорѣ послѣ него перерожденныя губы иногда внезапно припухаютъ; во время беременности онѣ довольно быстро увеличиваются въ объемѣ. Louis Mayer видѣлъ, однако, въ это время улучшеніе.

Патологическая анатомія.

Рѣдко бываетъ равномерно гипертрофирована вся вульва, по большей части опухоль занимаетъ отдѣльныя части и чаще всего большія половыя губы, затѣмъ клиторъ, а рѣже всего малыя половыя губы.

Новообразование состоитъ въ гипертрофіи тканей наружныхъ прокрововъ. По Вирхову¹⁾, первоначально образуется заболѣваніе лимфатическихъ желѣзъ, которыя препятствуютъ оттоку лимфы. Отъ этого кожа пропитывается лимфатическою жидкостью и соединительная ткань разрастается. *Epidermis* при элифантіазѣ вульвы по большей-части остается довольно нормальнымъ, но бываетъ и утолщенъ. Гипертрофія папиллярнаго слоя можетъ быть очень развита, такъ что опухоли состоятъ почти изъ однихъ папиллярныхъ разращеній. Они дѣлаются тогда до того схожими съ колоссально-развитыми остро-конечными кондиломами, что съ точностію различить ихъ становится невозможно.

Разращеніе соединительной ткани внутри опухоли происходитъ неравномернo, такъ что образуются бугристые, шишковатые наросты, которые покрываютъ всю поверхность, и могутъ даже сидѣть на ножкѣ.

Louis Mayer²⁾ описываетъ также одинъ случай ульцерозной формы, съ наклонностію къ язвенному процессу.

Припадки.

Опухоль можетъ стать весьма тягостною, такъ какъ можетъ достигнуть такой значительной величины, что виситъ ниже еолънъ и имѣетъ до 30 фунтовъ вѣсу. Вслѣдствіе этого опухоль представляетъ большое механическое препятствіе и значительное безпокойство; она можетъ быть также весьма болѣзненна и сопровождаться усиленнымъ отдѣленіемъ.

Зачатіе какъ доказываетъ случай Жауакар'а, можетъ произойти и при высшихъ степеняхъ болѣзни. Роды и при самыхъ большихъ опухоляхъ не очень значительно затрудняются, такъ какъ влагалище остается нетронутымъ.

Леченіе.

Такъ какъ *Elephantiasis* не излечивается сама собою, и противовоспалительный способъ можетъ приносить пользу развѣ только въ началѣ заболѣванія, то опухоль слѣдуетъ удалить оперативнымъ путемъ. Это производится ножемъ, ножницами, или гальванокаустическою петлею. Операция, не смотря на величину удаляемой опухоли

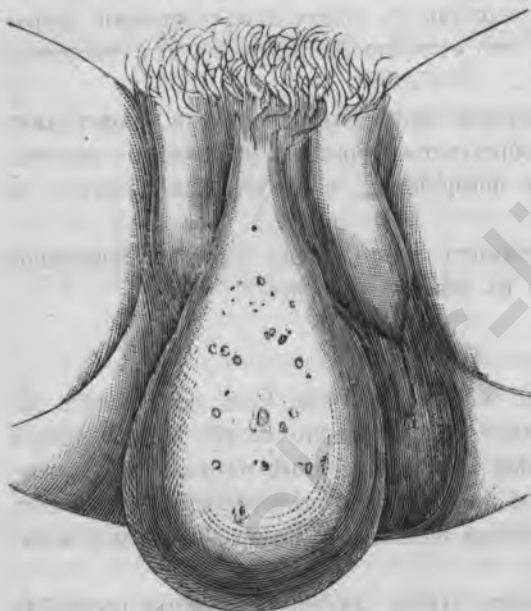
¹⁾ *Geschwülste* I p. 320.

²⁾ *l. c.* Taf. XIII Fig. 4.

ли, довольно проста. Такъ какъ дѣло состоитъ только въ увеличеніи губъ, то слѣдуетъ просто вырѣзать перерожденныя части. Рецидивы случаются очень рѣдко.

Липус наружныхъ половыхъ частей.

Martin und Lorent, Mon. f. Geb. B. 18. p 348 und 350.



Фиг. 142.

Elephantiasis vulvae по L. Mayer'у. За увеличеннымъ клиторомъ выдѣляется гипертрофированная лѣвая губа (а).

нїя сильнѣйшими прижигающими средствами.

Липус на вульвѣ бываетъ очень рѣдко, но можетъ появиться на каждомъ мѣстѣ даже до промежности и во всѣхъ своихъ формахъ. Для распознаванїя, кромѣ извѣстныхъ признаковъ, слѣдуетъ руководствоваться микроскопомъ.

Теченіе гораздо благоприятнѣе, чѣмъ при карциномѣ, такъ какъ выздоровленіе можетъ послѣдовать само собою съ значительнымъ образованіемъ рубцовой ткани.

Излеченіе можетъ послѣдовать и по разрушенїи новообразова-

Папиллярныя разрощенїя Кондиломы.

Thibierge. Archives générales. Mai 1856.—Klob, Path. Anat. d. weibl. Sex. p. 459.

Сифилитическія разрощенїя папиллярнаго слоя, плоскія кондиломы, мы пропускаемъ.

Распространенныя папиллярныя разрощенїя, такъ называемые

остроконечные кондиломы происходят вслѣдствіе раздраженія триппернымъ ядомъ, но по Thibierge'у они могутъ образовываться во время беременности и независимо отъ триппера. Остроконечные кондиломы могутъ быть очень велики и образовывать такія опухоли (Gascoyen ¹) видѣль величиною въ дѣтскую головку), что дѣлаются совершенно похожими на элифантіазисъ.

Послѣ родовъ исчезаютъ впрочемъ,, по большей части и значительно развитые трипперныя кондиломы.

Такъ называемыя карункулы (мясистыя бородавки), маленькія, сидяція на широкомъ основаніи или стебельчатыя, полипообразныя новообразованія, чаще всего развиваются вокругъ отверстія уретры, въ видѣ ограниченной гиперплазіи слизистой оболочки, съ участіемъ фолликуловъ.

Съ закупоркою сальныхъ железокъ, т. е. съ угрями (аспе), которые встрѣчаются на губахъ, не должно смѣшивать образованія маленькихъ, подобныхъ гусиной кожѣ возвышеній, которыя, по Клоб'у, состоятъ изъ разрошенія зеренъ, аналогичны съ образованіемъ бугорковъ и подобно Prurigo senilis, вызываютъ сильный зудъ.

Кисты наружныхъ половыхъ чаетй.

Boys de Loury, Revue med. de Paris. Dec. 1840. T. IV. — Huguier, Méd. de l'acad. de méd. T. XV. и Gaz. méd. de Paris. 1826. 14. 37. von Bärensprung, Charitéannalen. VI. I. p. 41.—Lotze, Ueber Cystendegeneration der Cowper'schen Drüsen der Frau. Diss. i. Göttingen. 1869.

Чаще всего бывають кисты *Бартолинивыхъ железъ*, выходяція или изъ выводнаго протока, или изъ самой желѣзы. Въ первомъ случаѣ онѣ съ самаго начала бывають удлиненныя и въ послѣдствіи только становятся кругловатыми; послѣднія же, какъ происходяція изъ самой железы, бывають больше и имѣють дольчатый видъ. Онѣ сидятъ въ большой губѣ, на мѣстѣ железы или у ея выводнаго канала; но какъ доказываетъ случай Ноенинг'а, ²) иногда могутъ простираться по стѣнѣ рукава въ малый тазъ и даже до свода влагалища.

Содержаніе этихъ кистъ по большей части свѣтлое, слизистое, тягучее, иногда же окрашенное, темнобураго цвѣта.

¹) Med. Times. Jan. 21. 1872.

²) Monatsschr. f. Geb. B. 34. p. 130.

Припадки причиняютъ онѣ лишь путемъ механическимъ, слѣдовательно причлияютъ только неудобство; однако во время регулъ онѣ могутъ припухать и становиться болящими.

При распознаваніи, кисты опредѣляются по эластичности и отсутствію болей, а также по мѣстонахожденію.

Простое опорожненіе не достаточно такъ какъ кисты снова вновь наполняются; а потому приходится прибѣгать къ впрыскиванію іода или экстирпаціи.

Бываютъ однако же на большихъ и малыхъ губахъ и другого рода кисты, которыя по большей части остаются маленькими и въ исключительныхъ только случаяхъ достигаютъ величины головки младенца. Этиологія ихъ весьма не ясна; можетъ быть образуются онѣ вслѣдствіе ушибовъ соединительной ткани, отчасти также и вслѣдствіе кровоизліяній. Въ ясно очерченной, твердой стѣнѣ кисты находится серозное, или скорѣе слизистое содержимое различнаго цвѣта.

Бываютъ на вульвѣ и дермоидныя кисты.

Липома.

Липомы встрѣчаются на большихъ губахъ и на Венериномъ бугорѣ и могутъ достигать колоссальной величины. Такъ Stiegele¹⁾ удалил одну въ 10 фунтовъ, а Koch²⁾ сдѣлалъ полную экстирпацію липомы, висѣвшей до колѣнъ, которой нижняя половина была отрѣзана самою больною, мужниной бритвою.

Фиброма.

Storer, Boston gun. J. Vol. IV. p. 271, 325 und 336.—Morton, Glasgow med. J 1871 p. 146.—Grime. e. l. p. 265.

Новообразованіе состоитъ по большей части въ фиброміомахъ которыя отдѣляются отъ окружающихъ частей и выходятъ изъ большихъ губъ. Если они достигаютъ значительной величины то тяжестію своею оттягиваютъ кожу губъ на подобіе полиповъ, и висятъ между бедрами, при чемъ растяженіе кожи можетъ быть такъ сильно, что она изъязвляется. Эти фибромы также какъ и маточныя фиброиды во время регулъ и беременности могутъ отѣкать и въ нихъ могутъ развиваться кисты.

¹⁾ Zeitschr. für Chir. u. Geb. 1856. В IX. p. 243.

²⁾ Gräfe u. Walther's Journ. 1856. В. 24. p. 308.

Экстирпація не представляет никаких затруднений, такъ какъ если онѣ значительно вытянули кожу, просто отрѣзываются, въ другихъ же случаяхъ вылуциваются изъ губъ

Карцинома вульвы.

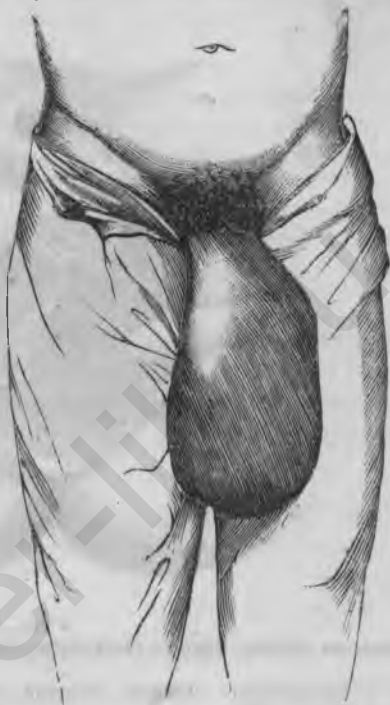
Louis Mayer, Virchow's Archiv. B. 35, p. 538 и Mon. f. Geb. B. 32 p. 244. — Behrend, Diss. i. Jena. 1869.

Раковое новообразование начинается съ большихъ или малыхъ губъ или съ клитора и можетъ представиться въ различныхъ формахъ, слѣдовательно или какъ канкроидное новообразование, или въ видѣ твердой карциноматозной опухоли или раковаго изъязвленія. Боли по большей части не очень сильныя, такъ что въ началѣ все дѣло состоитъ лишь въ беспокойствахъ, причиняемыхъ опухолью въ вульвѣ; по наступленіи же распада, опухоль становится чрезвычайно неприятною.

Распознаваніе просто; въ терапевтическомъ отношеніи слѣдуетъ прибѣгать къ оперативному удаленію опухоли, если предвидится хорошій результатъ.

Въ случаѣ, изображенномъ на рисункѣ 144, безъ сомнѣнія первично поражена была лѣвая малая губа; на Венеринѣ бугоркѣ, тамъ гдѣ губы соединяются, нѣсколько влѣво, образовалась большая послѣдовательная опухоль; лѣвыя паховыя желѣзы были также сильно инфильтрированы. Такъ какъ тутъ кромѣ обширнаго мѣстнаго пораженія были и маленькія заматочныя опухоли, подозрительнаго свойства, то объ операциіи не было и рѣчи.

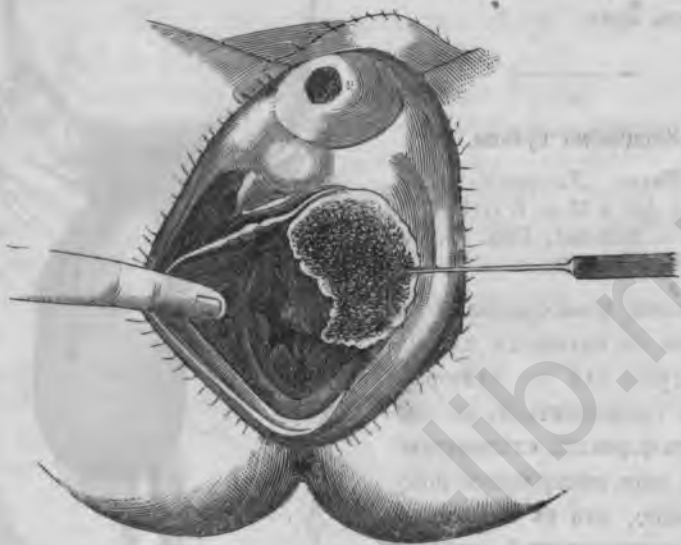
Шансы были лучше въ случаѣ изображенномъ на рис. 145, у 66-ти лѣтней больной, у которой наружныя половыя части представляли полную старческую атрофію. Клиторъ обозначался крошечною боро-



Фиг. 143.

Фиброма большой губы по Штореру.

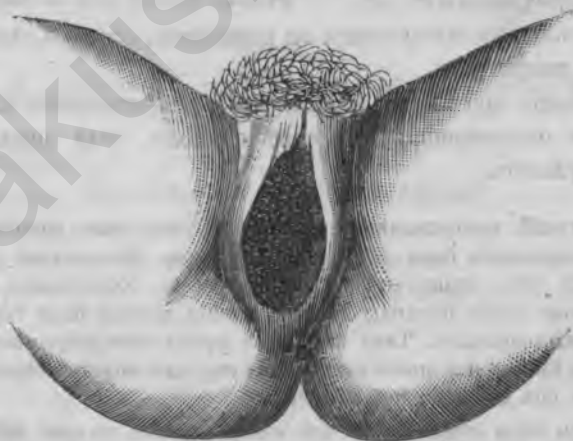
давкою, безъ крайней плоти и уздечки. лѣвая магда губа совершенно сглажена, большія губы нѣсколько атрофированы. Внутренняя



Фиг. 144.

Карцинома вульвы. Опухоль лѣвой губы, равно какъ и Венерина бугорка изъязвлены.

поверхность правой большой губы занята была карциноматозною опухолью величиною почти въ куриное яйцо, которая начиналась съ



Фиг. 145.

Карцинома вульвы.

справа отъ клитора, достигала уздечки и вѣроятно первоначально происходила изъ правой малой губы. Пользовавшимся ее врачомъ она была уже два раза оперирована, такъ что изображенная тутъ опухоль есть вторичный рецидивъ на этомъ мѣстѣ. Опухоль была вырѣзана при сильномъ кровоточеніи такъ, что разрѣзъ проходилъ по совершенно здоровымъ частямъ. Рана заросла на всемъ пространствѣ швовъ *per primam intentionem*, а въ области клитора, гдѣ употреблено было хлористое желѣзо, посредствомъ обильнаго нагноенія.

Подъ микроскопомъ опухоль оказалась карциною, такъ какъ въ соединительной ткани находились плоскія и цилиндрическія эпителиальныя вѣтки. Четырнадцать мѣсяцевъ спустя послѣ операціи не было еще замѣтно никакихъ признаковъ рецидива.

Саркома вульвы.

Louis Mayer, Monatschr. f. Geb. B. 32. стр. 250.—

Въ обоихъ случаяхъ Mayer'a рѣчь шла о бородавчатыхъ саркоматозныхъ разрощеніяхъ.

Неврому.

наблюдалъ Simpson подъ слизистой оболочкою вблизи отверстія уретры.

Тромбъ или гематома вульвы.

Кровяныя опухоли случаются на вульвѣ, за исключеніемъ родовъ, почти всегда лишь только вслѣдствіе травматическихъ причинъ. V. Franque¹⁾ видѣлъ у старухи, которая никогда не рожала, тромбъ на большой губѣ, образовавшийся вслѣдствіе сильнаго жлеенія при испражненіи на низъ.

Разрывы промежности.

Verhaeghe, Mém. sur un nouveau procédé etc. Bruxelles. 1857.—Biefel, M. f. Geb. B. 15, стр. 401—J. Baker Brown, Surg. diseases of. women, 3 ed. London 1866. p. 1.—Lane, Lancet, 1866. I. No. 5.—Simon, Prager Viertelj. 1867. B. 3. p. 80.—Hirschberg, Die operation des veralteten complicirten Dammrisses.—Heppner, Langenbeck's Archiv. B. X. p. 655 и B. XV. p. 424.—Freund, Tageblatt. d. Wiesbadener Naturforscherversammlung. 1873. p. 175.

Оставляя этиологию разрывовъ промежности, ихъ профилактику

¹⁾ Memorabilien. 1864. I p. 6.

и лечение свѣжихъ разрывовъ на долю акушерскихъ учебниковъ, мы ограничиваемся здѣсь разборомъ старыхъ разрывовъ, покрытыхъ рубцовой тканью.

Застарѣлые разрывы промежности могутъ вызывать различные и, смотря по обстоятельствамъ, весьма непріятные припадки.

О томъ, что выпаденіе задней стѣнки влагалища и самой матки легче происходитъ при ослабленіи тазоваго дна вслѣдствіе разрывовъ промежности, мы уже сказали выше.

Кромѣ того, въ болѣе серьезныхъ случаяхъ, гдѣ разорвана была мышца, сжимающая задній проходъ, дѣло можетъ дойти и до недержанія испражнений, такъ что всѣ вообще экскременты выходятъ непроизвольно, или же одни только вѣтры, или наконецъ такъ, что болѣе твердыя каловыя массы еще удерживаются, а жидкія испраженія вытекаютъ непроизвольно.

Лечение застарѣлыхъ разрывовъ промежности, само собою разумѣется, должно быть оперативное и притомъ такъ какъ входъ рукава и заднепроходное отверстіе весьма близко примыкаютъ одинъ къ другому, то при операціи имѣется въ виду образованіе новой промежности.

В. в. Langenbeck предлагаетъ слѣдующій способъ перинеопластики.

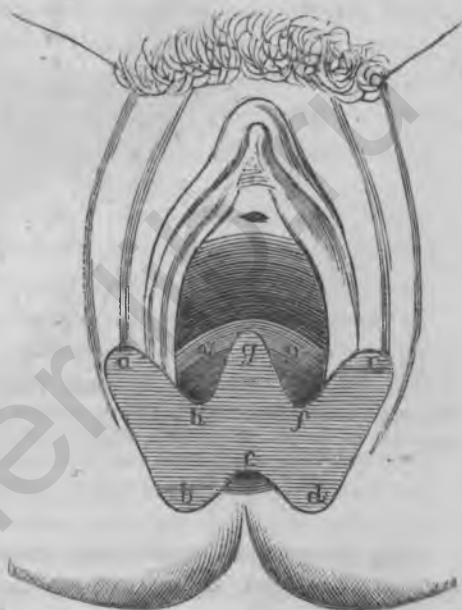
Поверхность разрыва, покрывшуюся уже кожицею, идущую отъ влагалища и до сфинктера, препарируютъ въ видѣ лоскутовъ. Образовавшіяся поверхности разрыва соединяются швомъ, такъ что вновь образуется промежность, которая со стороны влагалища прикрывается влагалищнымъ лоскутомъ. Если разрывъ проникаетъ глубже, то отсепааровываютъ слизистую оболочку прямой кишки, прикрываютъ ею переднюю ея поверхность и соединяютъ швами съ вновь образованною промежностью.

Этотъ сложный и трудно выполнимый способъ не представляетъ хорошихъ результатовъ, потому прикрытіе лоскутами слизистой оболочки не устраняетъ возможности образованія влагалищно-заднепроходной фистулы.

Гораздо лучше результаты даетъ перинеопластика по способу Simon'a. Если разрывъ не проникаетъ до сфинктера, то промежностный рубецъ отсепааровывается въ формѣ треугольника такъ, что верхушка его обращена во влагалище, а заднепроходное от-

верстiе лежить въ срединѣ основанiя. Затѣмъ обѣ стороны треугольника, входящiя во влагалище, соединяются между собою влагалищными швами и вмѣстѣ съ краями основанiя, соединенными промежностнымъ швомъ, образуютъ промежность.

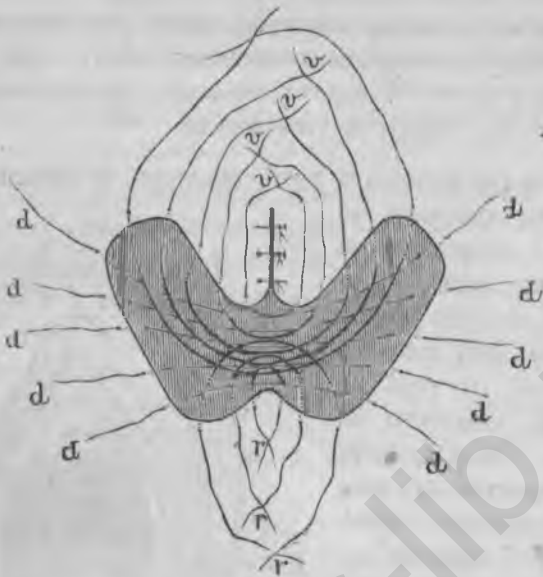
Если разрывъ проходитъ чрезъ сфинктеръ, то вершина треугольника должна проникать во влагалище и кромѣ того по обѣ стороны производится отсепаровка въ видѣ крыльевъ бабочки, какъ показано на фиг. 146. За тѣмъ на часть раны, входящую во влагалище, накладываютъ швы и затягиваютъ ихъ такъ что окровавленное мѣсто имѣетъ видъ, представленный на рис. 147. Далѣе начинаютъ накладывать попеременно то влагалищные, то кишечные швы (последнiе глубокiе) и тотчасъ затягиваютъ ихъ такъ, что узлы лежатъ во влагалищѣ и въ прямой кишкѣ, отчего влагалищно-заднепроходная стѣнка искусственно удлиняется. Наконецъ накладываютъ промежностные швы совершенно поверхностные, потому что имъ не приходится почти ничего удерживать, такъ какъ напряжение производится главнымъ образомъ заднепроходными швами.



Фиг. 146.

Перинеорафiя по способу Симона. *v* задняя стѣнка влагалища *a b c d e f g h* отсепарованное мѣсто; стороны *a b* и *d e* для промежности, *b c* и *c d* для передней заднепроходной стѣнки и *a h g* и *e f g* для задней влагалищной стѣнки.

Послѣдовательное леченiе преимущественно пассивное. Слѣдуетъ заботиться о задержанiи испражнений и въ крайнемъ случаѣ надрѣзать заднiй край сфинктера. Промежностные швы, если они прорѣжутся, снимаютъ чрезъ три дня, а влагалищные и заднепроходные, начиная съ 5—6 днй, постепенно до 12. Заднепроходные швы отыскиваются съ помощiю зеркала.



Фиг. 147.

Наложение швовъ при перинеографіи по способу Симона. Швы, соединяющіе вершину входящую въ влагалище, предварительно закрѣплены. *vv* влагалищные швы. *rr* заднепроходные швы. *dd* промежностные швы.

Операция шиванія промежности принадлежитъ собственно новѣйшему времени. Въ концѣ 18 столѣтія производили ее Noël и Saucerotte, но въ общее употребленіе она вошла лишь со временъ Dupuitren'a и Roux. Въ Германіи ее производили особенно Диффенбахъ, Лангенбекъ, Симонъ, Oziander, Mentzel и Zang, въ Англии—Harvy, В. Brown и др. а въ Россіи—Гейннеръ.

Не вдаваясь, подобно автору, въ изложеніе причинъ разрывовъ промежности, мы однако же считаемъ необходимымъ сказать хотя нѣсколько словъ о предупрежденіи поврежденій промежности во время родовъ посредствомъ насѣчекъ на большихъ губахъ (episiotomia). Этотъ способъ рекомендованъ собственно недавно; у насъ въ Петербургѣ первый писалъ о немъ, сколько намъ извѣстно, пр. Крассовскій (Военно-мед. журн. 1859 октябрь). Въ родовспомогательномъ заведеніи Императорскаго воспитательнаго дома (отчетъ И. Тарновскаго за 1872 г.) эта операция производилась довольно часто, именно 77 разъ на одной сторонѣ и 136 разъ на обѣихъ сторонахъ у первородящихъ, причемъ разрывъ промежности удалось предупредить въ 167 случаяхъ.

Если взять при-этомъ во вниманіе, съ одной стороны, то обстоятельство, что насѣчки вообще производятся въ такихъ случаяхъ, гдѣ промежность бываетъ до крайности истончена, напряжена и грозитъ разрывомъ, съ другой стороны, что эта операція производится дежурными врачами, иногда молодыми и неопытными, притомъ нерѣдко при извлеченіи младенца щипцами, далѣе не всегда удается еще потому, что во время самаго ея производства иногда вдругъ съ одною потугою оканчиваются роды и наконецъ, принявъ въ соображеніе, что нерѣдко встрѣчаются такія удоборазрываемыя промежности, гдѣ никакими мѣрами нельзя бываетъ предупредить разрывъ, невольно приходишь къ полному убѣжденію въ пользѣ этой ничтожной операціи, какъ средства предупреждающаго разрывы промежности.

Мы добавимъ еще, что на основаніи нашихъ собственныхъ наблюденій считаемъ двухстороннія насѣчки во всякомъ случаѣ полезнѣе одностороннихъ, такъ какъ при послѣднихъ иногда не удавалось предупредить разрыва и кромѣ того въ нѣкоторыхъ случаяхъ хотя и не послѣдовало разрыва промежности, но самая насѣчка давала трещину въ рукавъ. При двухстороннихъ насѣчкахъ мы этого не замѣчали. Такіе разрывы стѣнокъ рукава, составляющіе продолженіе насѣчекъ, заживаютъ весьма быстро и безъ всякихъ послѣдствій при соблюденіи одной чистоты.

Мы особенно обращаемъ вниманіе на эту операцію еще потому, что другое старинное и общеупотребительное средство предупрежденія разрывовъ—поддерживаніе промежности—далеко не такъ вѣрно и польза его уже была оспариваема многими (см. Флоринскій о разрывахъ промежности во время родовъ. Спб. 1861).

Не касаясь вопроса о статистикѣ разрывовъ и леченіи свѣжихъ послѣродовыхъ разрывовъ, мы прибавимъ къ сказанному въ текстѣ нѣсколько словъ объ операціи при застарѣлыхъ разрывахъ.

Операція эта производилась раньше по способу Диффенбаха, причѣмъ сначала накладывались поверхностные швы на рану слизистой оболочки прямой кишки и рукава и затѣмъ глубокіе на рану промежности, а для уменьшенія напряженія соединенныхъ краевъ раны по бокамъ дѣлались два параллельныхъ надрѣза кожи на промежности. Симонъ произвелъ эту операцію три раза съ успѣхомъ, но находилъ этотъ способъ неудобнымъ вслѣдствіе натяженія краевъ раны внизъ, что препятствуетъ заживленію. Въ Петербургѣ по этому способу была произведена операція д-мъ Горвицемъ въ больницѣ Крестовоздвиженской общины тоже съ благопріятнымъ исходомъ. (Руков. къ пат. и терапіи жен. пол. сферы, 1874, стр. 219).

Способъ Лангенбека (*Perinoeosynthesis*) описанъ въ текстѣ.

Способъ, описанный въ текстѣ подъ именемъ Симоновскаго, есть собственно способъ *Schuh*, описанный имъ еще въ 1856 году и только усовершенствованный Симономъ; въ настоящее время это самый употребительный способъ.

Кромѣ того этотъ способъ былъ видоизмѣненъ *Baker-Brown*’омъ тѣмъ, что для уменьшенія напряженія сшитыхъ краевъ раны дѣлается разрѣзъ сжимательной мышцы прямой кишки съ обѣихъ сторонъ копчика. Впрочемъ это видоизмѣненіе было еще раньше предложено *Hogner*’омъ. Въ послѣднее время и Симонъ употреблялъ этотъ способъ.

Freund предложилъ также видоизмѣненіе Симоновскаго способа треугольной вырѣзки. Исходя изъ того положенія, что разрывъ обхватываетъ *columnam rugarum post.* съ одной стороны, или виллообразно съ обѣихъ, онъ полагалъ, что при значительномъ напряженіи краевъ раны здѣсь сшиваются такія части, которыя въ дѣйствительности въ нормальномъ рукавѣ не прилежатъ другъ къ другу. По этому онъ образуетъ *columnam rugarum post.* и рядомъ съ нею отсепаровываетъ съ одной или съ двухъ сторонъ, смотря по разрыву, продолговатый кусокъ изъ разорванной складки рукава. Дальнѣйшая отсепаровка производится обыкновеннымъ образомъ. Затѣмъ онъ сшиваетъ сперва прямую кишку, потомъ рукавъ и наконецъ промежность. *Гегаръ* одобряетъ этотъ способъ.

Пр. Гепнеръ (о новомъ способѣ шиванія промежности *Мед. Вѣсти.* 1869 № 40—47) предложилъ болѣе сложный восьмиобразный шовъ, который одновременно соединяетъ края раны и рукава и промежности. Онъ накладывалъ этотъ шовъ или двумя иглами, въ которыя продѣты концы одной проволоки, или помощью видоизмѣненной имъ иглы съ каналомъ, въ который вдѣвается проволока (*pousse fil.*). Иглы вводятся съ обѣихъ сторонъ раны рукава, перекрещиваются въ ранѣ, вновь вкалываются въ губы раны и выводятся на промежность. Такимъ образомъ петли швовъ лежатъ въ рукавѣ, а узлы на промежности. Этотъ шовъ онъ рекомендовалъ въ особенности при соединеніи широкихъ поверхностей, гдѣ напряженіе тканей должно быть значительно. Кромѣ того послѣ операціи онъ вводилъ въ прямую кишку трубку для свободнаго выхода газовъ, а къ клистирамъ послѣ операціи прибѣгаетъ только въ случаѣ проникающихъ разрывовъ. Результаты его операцій весьма благоприятны: изъ 36 оперированныхъ выздоровѣло 30, получили облегченіе 3 и умерло 3 вслѣдствіе послѣродовыхъ заболѣваній.

Мы не упоминаемъ о другихъ способахъ соединенія краевъ раны: посредствомъ сухаго шва, серфиновъ и т. п., такъ какъ теперь никто почти ихъ

не употребляетъ. Нейгебауеръ предлагаетъ еще слѣдующій способъ: онъ прокалываетъ черезъ оба края раны кривую карлсбадскую иглу, на оба конца которой навинчиваетъ по шарикъ изъ слоновой кости. При постепенномъ завинчиваніи шариковъ края раны сближаются довольно плотно и острые концы иглы отрѣзаются. Такихъ иглъ онъ накладываетъ 4—5. Промежутки между ними соединяются узловатымъ швомъ.

Ред.

Зудъ наружныхъ половыхъ частей Pruritus vulvae.

C. Mayer, Verh d. Berl. geb Ges. VI, p. 137.

Этіологія.

Зудъ въ половыхъ частяхъ и ихъ окрестности зависитъ часто отъ продолжительнаго вліянія наружныхъ раздраженій, въ особенности вслѣдствіе различныхъ истеченій, какъ-то при катаррѣ влагалища и особенно при ракъ матки. Сюда также относятся случаи зуда, появляющагося при регулахъ, при сахарной болѣзни, причѣмъ моча, содержащая сахаръ, орошаетъ наружныя половыя части (по Friedreich'у ¹⁾ зудъ въ этомъ случаѣ зависитъ отъ образованія особеннаго грибка).

Зудъ встрѣчается также при воспаленіяхъ матки и влагалища безъ раздражающаго истеченія, а также при болѣзняхъ мочевого канала, пузыря и почекъ.

Иногда причиною служитъ онанизмъ, который впрочемъ можетъ быть и слѣдствіемъ зуда; онъ хотя и не обуславливаетъ собственно зуда, но послѣдовательно производитъ невыносимую чесотку.

Затѣмъ слѣдуютъ случаи, въ которыхъ причину отыскать бываетъ очень трудно. Эти послѣдніе относятся главнымъ образомъ къ пожилымъ женщинамъ, которыя приближаются къ климактерическимъ годамъ или уже достигли ихъ.

Патологическая анатомія.

Никакихъ характеристическихъ измѣненій на наружныхъ половыхъ частяхъ при зудѣ обыкновенно не замѣтно или они очень не-

¹⁾ Virchow's Archiv. B. 30, p. 476.

значительны; лишь иногда встрѣчаютъ особенное папулезное воспаленіе кожи, вышеупомянутые маленькіе зудящіе узелки.

Гораздо явственнѣе бываютъ выражены послѣдствія зуда. Такъ, часто бываютъ ссадины, покрытыя струпиями, происходящими отъ чесанія, и весьма замѣтная опухоль и инфильтрація вульвы, образующаяся вслѣдствіе продолжительнаго раздраженія. Кожа окрашена въ коричневый или аспидный цвѣтъ, особенно жестка и вслѣдствіе обильнаго отслоиванія ея образуется бѣловатое отдѣленіе.

Припадки.

Зудъ, встрѣчающійся особенно въ легкихъ степеняхъ чрезвычайно часто, состоитъ въ невыносимомъ чесаніи входа и нижней части влагалища, большихъ губъ, промежности, Венерина бугра и сосѣднихъ поверхностей бедръ. Зудъ, соединенный иногда съ ощущеніемъ похоти и съ эрекціей клитора, появляется чаще всего ночью въ постелѣ, при усиленномъ возбужденіи половыхъ органовъ, послѣ тѣлесныхъ напряженій (при теплой температурѣ) и при возбужденіи сосудистой системы.

Часто появляется зудъ въ формѣ припадковъ, такъ что больные чувствуютъ себя обыкновенно хорошо или жалуются только на нѣкоторое ощущеніе въ половыхъ частяхъ, между тѣмъ какъ отъ времени до времени черезъ каждые два дня или черезъ день, два, три раза въ сутки появляется припадокъ чрезвычайно сильнаго зуда, который, начавшись на одномъ мѣстѣ, у входа во влагалище или въ заднемъ проходѣ, распространяется на прилежащія бедренныя поверхности и направляется во влагалище.

Зудъ можетъ дойти до необыкновенно сильной степени, такъ что весьма разумныя женщины говорили не разъ, что это чувство зуда заставляеть ихъ исеать смерти, и многія изъ нихъ, весьма терпѣливыя и хорошо собою владѣющія, не могутъ воздержаться отъ чесанья. Отъ того-то зудъ и составляетъ причину вышеупомянутыхъ послѣдствій, а въ иныхъ случаяхъ и онанизма. Кромѣ того появляются разстройства питанія, склонность къ уединенію, бессонница и меланхолическое, мрачное настроеніе духа.

Леченіе.

Прежде всего слѣдуетъ позаботиться объ удаленіи причины и въ особенности различныхъ истеченій. При-этомъ весьма большое облегченіе приносятъ поясныя ванны, которыя слѣдуетъ дѣлать,

смотря по индивидуальности большой, то теплѣе, то холоднѣе и по крайней мѣрѣ два раза въ сутки; весьма хорошо прибавлять къ нимъ поташъ.

Изъ врачебныхъ средствъ, болѣе надежныхъ, мы считаемъ карболовую кислоту. Мы употребляемъ ее въ видѣ раствора 1 : 60 или 1 : 50 до 1 : 20 и въ самыхъ сильныхъ случаяхъ даже 1 : 10. Хотя мы не можемъ поручиться за невозможность рецидивовъ, такъ какъ употребляемъ это средство съ недавняго времени и только въ шести случаяхъ, но при всемъ томъ можемъ сказать положительно, что дѣйственное дѣйствіе карболовой кислоты такъ поразительно, что кто его разъ испыталъ, тотъ не прибѣгнетъ къ другимъ средствамъ.

Къ числу прочихъ средствъ принадлежитъ смазываніе пораженныхъ частей мазью съ хлороформомъ (по Scanzoni 3,0 chloroformii на 30,0 миндальнаго масла) и въ особенности квасцы, рекомендуемые Scanzoni и Veit'омъ, которые прописываются въ растворѣ или съ сахаромъ и вводятся во влагалище при помощи ватнаго тампона; въ крайнемъ случаѣ Scanzoni вводитъ во влагалище чистые квасцы въ порошокъ. Мы не видали удовлетворительныхъ результатовъ отъ квасцовъ.

Weston и Martin ¹⁾ предлагаютъ деготь въ спиртномъ растворѣ (4 : 30) или съ глицериномъ.

Въ весьма упорныхъ случаяхъ употребляется прижиганіе ляписомъ, но также безъ особенной пользы и Dawson ²⁾ наблюдалъ даже въ одномъ случаѣ фолликулярнаго вульвита рецидивъ, несмотря на то, что Thomas прижиганіемъ удалилъ всю слизистую оболочку.

Бопчиковая боль (Coccygodynia).

Simpson, Diseases of women. Edinburgh, 1872. p. 202.—Scanzoni, Würzb. med. Z. II, p. 4 и Krankh. d. weibl. Sexualorg. II, p. 325. — Hörschelmann. Petersb. med. Z. 1862. N. 16.—Nott, Amer. J. of Obst. Vol. I, p. 243.

Причины.

Хотя не исключительно, но по большей части у женщинъ, въ особенности у рожавшихъ, бываетъ весьма сильная боль въ области бопчиковой кости.

¹⁾ Boston gyn J. Vol. IV, p. 79.

²⁾ American J. of Obst. Vol II, p. 113.

Она образуется обыкновенно вслѣдствіе травмы, чаще всего при родахъ, особенно послѣ наложенія щипцовъ. Но боль эта можетъ зависѣть и отъ другихъ травматическихъ поврежденій, такъ въ двухъ случаяхъ Scanzoni считаетъ причиною ея верховую їзду.

Simpson говоритъ, что копчиковая боль можетъ явиться вслѣдствіе простуды (у прачки).

Патологическая анатомія.

Такъ какъ боль сосредоточена въ копчикѣ и проявляется при всякомъ движеніи послѣдняго, то мѣсто ея слѣдуетъ искать въ надкостницѣ и въ составахъ. Scanzoni нашелъ во многихъ случаяхъ копчикъ удлинненнымъ, необыкновенно легко-подвижнымъ и часто уклоненнымъ въ сторону; въ окружности были явственные слѣды воспаления и даже нагноенія.

Признаки.

Единственный признакъ составляетъ боль, которая появляется особенно тогда, когда прилегающія къ копчику мышцы, слѣдовательно *M. gluteus maximus*, *coccygeus* и *levator ani*, начинаютъ сокращаться.

Боль появляется постоянно при желаніи сѣсть и при вставаніи; въ иныхъ случаяхъ она продолжается и во время сидѣнія, такъ что инныя женщины могутъ сидѣть только на одной половинѣ задницы или должны опираться на руку. При ходьбѣ боль также иногда появляется. Особенно усиливается она во время испражненія.

Иногда боль вызывается отдѣльными сокращеніями извѣстныхъ мышцъ, но не всегда однихъ и тѣхъ же у различныхъ особей. Такъ Scanzoni наблюдалъ въ одномъ случаѣ такую боль при каждомъ совоушеніи.

Степень боли чрезвычайно разнообразна; иногда она является въ видѣ тупаго тягостнаго ощущенія въ области копчика, въ другихъ случаяхъ она представляетъ характеръ зубной боли.

При давленіи копчикъ весь очень чувствителенъ, иногда же только задняя его поверхность, тогда какъ со стороны заднепроходной кишки до него можно свободно дотрогиваться; пассивное движеніе копчика причиняетъ однако въ высшей степени сильную боль.

Крестцовая боль есть болѣзнь продолжительная, во многихъ слу-

чаяхъ орно не поддающаяся леченію и имѣющая большую наклонно къ возвратамъ.

Леченіе.

Въ чаяхъ съ гиперемическими и воспалительными явленіями, Scanzo предлагаетъ, кромѣ продолжительнаго покойнаго и горизонтально положенія и регулированія испражнений, употребленіе мѣстныхъ противовоспалительныхъ средствъ.

Simr. напротивъ, опровергаетъ дѣйствительность этихъ средствъ и лечитъ болѣзнь оперативнымъ путемъ. Онъ дѣлаетъ или подкожный разсѣкъ прикрѣпляющихся къ копчику сухожилій или, въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, вырѣзаетъ всю копчиковую кость, какъ это предлалъ и дѣлалъ Nott.

Кокцигодія, какъ болѣзнь самостоятельная, по нашему мнѣнію, можетъ бытразсматриваема только какъ неврозъ, а не какъ страданіе надкостницы сочлененій и т. п.; но въ такомъ чистомъ видѣ ее никто еще изъ современныхъ гинекологовъ не наблюдалъ или по крайней мѣрѣ не доказала я существованія. Что же касается до боли въ сторонѣ копчика, паяющей при извѣстныхъ движеніяхъ или прикосновеніи, т такая болѣсть ни больше ни меньше какъ припадокъ, а не болѣзнь, и разсматривая ее какъ отдѣльную болѣзненную форму не представляется достаточнаго основанія.

Вся этиодя этой quasi болѣзни по Симпсону, Сканциони и др. основана на разныхъ страданіяхъ копчика, поэтому было бы гораздо логичнѣе вмѣстѣкокцигодіи изложить отдѣльно болѣзни копчика. Но къ сожалѣнію спеціальная патологія копчиковой кости совсѣмъ не разработана и Клобъ не упоминаетъ о ней ни единымъ словомъ. Остается, стало бытъ, упомиаяу объ этой боли лишь какъ о гинекологическомъ курьезѣ въ виду тоа, что въ литературѣ есть подходящій матеріалъ, что и сдѣлалъ авторъ, изложивъ всю болѣзнь въ нѣсколькихъ строкахъ. Но имъ кажется страннымъ, что въ другихъ новѣйшихъ руководствахъ—Эйгеля, Гоцица, эта боль разсматривается еще самымъ серьезнымъ образомъ, какъ отдѣльная патологическая форма.

Мы совершенно убѣждены, что съ разработкою патологіи женской половой сфер кокцигодіи исчезнетъ окончательно изъ гинекологическихъ руководствъ.

Ред.