

ДІАГНОСТИКА  
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

---

ДІАГНОСТИКА  
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

д-ра J. VEIT'a,  
ДОЦЕНТА БЕРЛИНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

---

Со 2-го изданія «Gynäkologische Diagnostik von Dr. J. Veit»

ПЕРЕВЕЛЪ  
Д-РЪ Н. П. МАРЪЯНЧИКЪ.

СЪ 28 РИСУНКАМИ ВЪ ТЕКСТЪ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Изданіе К. Л. РИККЕРА.

Невскій проспектъ, 14.

1892.

Дозволено цензурою, С.-Петербургъ, 24 февраля 1892 года.

## Отъ переводчика.

Діагностика женскихъ болѣзней за послѣдніе годы такъ развилась, методы ея стали такъ точны, что въ настоящее время въ гинекологіи діагнозъ можетъ быть поставленъ почти съ такою-же точностью, съ какою онъ до сихъ поръ ставился развѣ только въ офтальмологіи. Вмѣстѣ съ тѣмъ, благодаря именно введенію возвышающихъ діагностику до такой точности методовъ двойнаго изслѣдованія, діагностическаго расширенія матки, кистоскопіи и особенно столь важнаго микроскопическаго изслѣдованія, область ея настолько расширилась, что стала не только предметомъ отдѣльныхъ сочиненій, но и повела къ созданію особыхъ кафедръ, какъ за границей, такъ у насъ (въ Унив. Св. Владиміра, напр., части. препод. В. А. Добролюбовъ читаетъ студентамъ, необязательный, впрочемъ, курсъ гинекологической діагностики). Къ сожалѣнію, существующія сочиненія по діагностикѣ въ большинствѣ случаевъ или носятъ характеръ монографій, посвященныхъ тому или другому методу или отдѣлу діагностики, или посвящены только общей діагностикѣ, или, наконецъ, хоть и носятъ названіе «діагностики», содержатъ, однако, все, что угодно, кромѣ только діагностики. Понятно поэтому то удовольствіе, съ которымъ было встрѣчено медицинскою публикой появленіе предлагаемаго теперь читателямъ учебника, въ которомъ извѣстный авторъ въ сжатомъ видѣ стремится, слѣдуя завѣту Schröder'a, поставить гинекологическую діагностику на строго объективную почву. Уже черезъ годъ потребовалось 2-е изданіе, и къ автору посыпались отовсюду просьбы дать свое разрѣшеніе перевести это сочиненіе на многіе языки. Въ числѣ просившихъ былъ и я, и не могу здѣсь-же не высказать благодарности уважаемому автору за ту любезность, съ которой онъ мнѣ первому изъ просившихъ разрѣшилъ сдѣлать переводъ на русскій языкъ.

Кіевъ.

20-го Октября 1891 г.

*Н. Марьяничъ.*

---

## Предисловіе.

Въ новѣйшее время въ практическихъ отрасляхъ медицины часто напираютъ исключительно на леченіе, и можно счесть почти дерзостью съ моей стороны посвященіе слѣдующихъ страницъ одному только распознаванію заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. Но здѣсь нѣтъ, однако, противорѣчія съ терапевтическимъ направленіемъ нашей науки; быть можетъ, даже отдадутъ справедливость стремленію довести діагностику въ гинекологіи до такого состоянія, чтобы изъ нея сами по себѣ вытекали показанія къ нашимъ дѣйствіямъ.

Въ этомъ смыслѣ и должно быть понимаемо значеніе точнаго діагноза: учащійся студентъ нуждается главнымъ образомъ въ этой сторонѣ нашей науки; практикующій врачъ извлечетъ, быть можетъ, выгоду изъ нижеслѣдующихъ строкъ въ отдѣльныхъ темныхъ случаяхъ; приходящіе въ восторгъ отъ извѣстныхъ методовъ леченія товарищи не должны видѣть въ выставленіи значенія діагноза какого-либо нападенія на себя, а, наоборотъ, сами согласятся, что точный діагнозъ есть первое основаніе научнаго примѣненія всякаго метода леченія.

Разъясненіе болѣзненныхъ явленій въ подробности требуетъ строгаго индивидуализированія діагностики, и въ гинекологіи именно отвѣчать этой задачѣ также затруднительно, какъ и необходимо.

Здѣсь собрано въ возможно краткой формѣ все, что авторъ многократно читалъ своимъ слушателямъ. Ограничиться одной только областью діагностики имѣло тѣмъ болѣе смыслъ, что многое въ гинекологической терапіи вѣдь не доступно ни учащемуся, ни практикующему врачу. Небольшое число литературныхъ указаній, особенно во второй части, оправдывается возможностью очень легко найти ихъ въ большихъ справочныхъ сочиненіяхъ.

Какъ знаніе анатоміи необходимо для пониманія заболѣваній, такъ умѣлое распознаваніе составляетъ первое условіе правильнаго леченія.

Берлинъ Апрѣль 1890.

---

## Предисловіе ко 2-му изданію.

Необходимость, уже спустя годъ, выпустить новое изданіе, доказываетъ, что я своей книгой пришелъ на встрѣчу извѣстной потребности, и этимъ чувствомъ я руководился при просмотрѣ перваго изданія; я измѣнилъ лишь самое необходимое, отдѣльныя главы немного расширилъ, не отступая слишкомъ отъ имѣвшейся у меня въ виду краткости. Прибавленіемъ четырехъ новыхъ рисунковъ я желалъ удовлетворить выраженнымъ мнѣ желаніямъ.

Берлинъ Апрель 1891

*J. Veit.*

# О Г Л А В Л Е Н І Е .

	СТРАН.
Отъ переводчика . . . . .	III
Предисловіе. . . . .	V

## I часть. Гинекологическіе методы изслѣдованія.

Предварительныя замѣчанія . . . . .	1
Глава 1. Комбинированное (двойное) изслѣдованіе . . . . .	4
Глава 2. Изслѣдованіе живота . . . . .	22
Глава 3. Изслѣдованіе мочевого пузыря. . . . .	25
Глава 4. Примѣненіе маточнаго зонда . . . . .	33
Глава 5. Расширеніе полости матки . . . . .	43
Глава 6. Діагностическое выскабливаніе. . . . .	49
Глава 7. Діагностическое вырѣзываніе . . . . .	58
Глава 8. Изслѣдованіе при помощи зрѣнія . . . . .	60
Глава 9. Пробный разрѣзь . . . . .	66
Прибавленіе. Пробный проколь. . . . .	71

## II часть. Частная гинекологическая діагностика.

Предварительныя замѣчанія . . . . .	75
Глава 1. Діагнозъ беременности . . . . .	77
Глава 2. Нормальное положеніе матки . . . . .	82
Глава 3. Діагностика измѣненій положенія . . . . .	92
I. Ретрофлексія. . . . .	92
II. Ретроверсія . . . . .	95
III. Выпаденіе . . . . .	97
IV. Выворотъ. . . . .	101
Глава 4. Діагностика суженія шейки . . . . .	103
Глава 5. Діагностика катарра . . . . .	107
Глава 6. Діагностика міомы . . . . .	119
Глава 7. Діагностика рака . . . . .	127
Глава 8. Діагностика трубныхъ заболѣваній . . . . .	142
Глава 9. Діагностика заболѣваній яичника . . . . .	148
Глава 10. Діагностика параметрита . . . . .	166
Глава 11. Діагностика периметрита . . . . .	170
Глава 12. Діагностика Nematosele и Nematom'ы . . . . .	176

## Первая часть.

# Гинекологическіе методы изслѣдованія.

### Предварительныя замѣчанія.

§ 1. При изслѣдованіи женскихъ половыхъ органовъ никогда не слѣдуетъ забывать, что имѣемъ дѣло съ частями индивидуума, которыя, заболѣвая, могутъ вызвать цѣлый рядъ нарушеній въ общемъ состояніи и, наоборотъ, сами претерпѣваютъ нарушенія въ своихъ отравленіяхъ при общихъ заболѣваніяхъ. Если, однако, въ послѣдующемъ изложеніи на эту именно связь съ остальнымъ организмомъ обращено не на всякой страницѣ и не при всякой болѣзни особенное вниманіе, то причина этого въ томъ, что врачъ всегда долженъ имѣть въ виду необходимость постоянно руководствоваться этой точкой зрѣнія. Мнѣ кажется, поэтому, болѣе цѣлесообразнымъ разъ на всегда поставить на видъ, что при гинекологическихъ діагнозахъ всегда необходимо обращать также вниманіе и на остальной организмъ, и совѣтую, никогда не отступать отъ этого. Но цѣль этой книги состоитъ собственно въ изложеніи спеціальныхъ методовъ изслѣдованія, которые, однако, ведутъ къ діагнозу только въ связи съ изслѣдованіемъ остального тѣла; поэтому я и удовлетворяюсь этимъ принципиальнымъ указаніемъ.

§ 2. Гинекологическое изслѣдованіе паціентки начинаютъ, собравши краткій анамнезъ относительно главныхъ пунктовъ и опредѣливши особенно жалобы, побудившія больную подвергнуть изслѣдованію свои половые органы. вмѣстѣ съ возрастомъ больной насъ интересуетъ здѣсь вопросъ о перенесенныхъ общихъ заболѣваніяхъ



мы именно привыкли придавать особенное значеніе нарушеніямъ въ общемъ состояніи преимущественно во время половой зрѣлости; извѣстные подъ именемъ блѣдной немочи и золотухи симптомы представляютъ большей частью вѣскія указанія для полученія понятія обо всемъ индивидуумѣ. Затѣмъ насъ будетъ интересовать менеструація. Здѣсь велѣдъ за возрастомъ, въ которомъ она наступила, мы спрашиваемъ о продолжительности и силѣ ея, равно какъ и о сопровождающихъ ее нарушеніяхъ. У замужнихъ женщинъ тутъ же нужно будетъ освѣдомиться о продолжительности замужества и о числѣ дѣтей. Теченіе родовъ, а особенно бывшія, быть можетъ, неправильности послѣродовыхъ состояній достойны особеннаго вниманія. Слѣдуетъ не забывать и выкидышей. Наконецъ, слѣдуетъ спросить вкратцѣ о перенесенныхъ когда-либо заболѣваніяхъ брюшныхъ органовъ.

Здѣсь не входитъ въ мою задачу предписаніе особенныхъ правилъ о способѣ собиранія анамнестическихъ данныхъ. Да это и невозможно, потому что между женщинами часто большая разница въ разговорчивости: однѣ безъ вашихъ вопросовъ будутъ вамъ цѣлые часы рассказывать вещи, которыя только въ ничтожной своей части окажутся имѣющими значеніе, въ другихъ случаяхъ только съ трудомъ узнаете самое необходимое. Личный интересъ требуетъ въ первомъ случаѣ прекращенія потока рѣчей безъ оскорбленія, однако, чувства пациентки, а въ другомъ, способности быстро вывѣдыванія, по крайней мѣрѣ, необходимаго. Нужно также помнить то, что вначалѣ больныя нерѣдко склонны скрывать такія вещи, которыя они послѣ изслѣдованія сообщаютъ безъ стѣсненія, особенно на умѣло поставленные вопросы. Если, впрочемъ, въ анамнезѣ находитея пробѣлы, то несчастіе не велико. Результатъ изслѣдованія часто наводитъ насъ на дальнѣйшіе вопросы, и ихъ можно легко предложить во время или послѣ изслѣдованія.

§ 3. Нужно совершенно отличать симптоматиологию отъ анамнеза. Всегда слѣдуетъ точно опредѣлить настоящія жалобы больныхъ и по возможности записать ихъ. Благодаря этому, мы можемъ знать при обсужденіи результата изслѣдованія, можетъ ли онъ дѣйствительно объяснить жалобы пациентки. Если далѣе недовольныя больныя жалобами на совершенный неуспѣхъ приводятъ врача въ отчаяніе, то мы можемъ нерѣдко доказать, спустя долгое время, что первыя жалобы устранены, а на ихъ мѣсто появились новыя, — обстоятельство, достойное вниманія.

§ 4. Значеніе анамнеза для гинекологической діагностики противъ прежняго времени, очень уменьшилось. Всякій, чувствующій себя вполне твердымъ въ методахъ изслѣдованія охотно даже совершенно откажется отъ него и пойметъ, почему, напр., Schroeder любилъ больше всего прежде изслѣдовать, затѣмъ ставилъ діагнозъ про себя, для подтвержденія поставленнаго діагноза разспрашивалъ, а затѣмъ уже высказывалъ его.

Тогда должны быть затронуты только пункты, остающіеся еще сомнительными послѣ изслѣдованія, вещи же неважныя могутъ быть обойдены молчаніемъ. Если же я въ вышесказанномъ нѣсколько отступаю отъ этой привычки Schroeder'a, то происходитъ это главнымъ образомъ оттого, что это выгодно для менѣе опытнаго въ изслѣдованіи. Знаешь, на какіе органы должно быть обращено особенное вниманіе, и отъ пациентки получаешь лучшее впечатлѣніе о ея общемъ состояніи. Последнее для меня самое важное.

Но, вообще же нельзя достаточно настоятельно предостеречь начинающаго отъ придаванія анамнезу преобладающаго значенія.

Сознательно или безсознательно, мы получаемъ отъ больныхъ ложныя показанія и довольно часто мы составимъ себѣ послѣ полученныхъ свѣдѣній неправильное представленіе о находящейся предъ нами картинѣ болѣзни, и только при изслѣдованіи постепенно убѣждаемся въ ошибочности его. Придерживаясь постоянно взгляда, что анамнезъ долженъ служить подтвержденіемъ результата изслѣдованія и только въ исключительныхъ случаяхъ пріобрѣтаетъ рѣшающее значеніе, мы, понятно, ничего не потеряемъ отъ предварительнаго знанія анамнеза.

Другое, чѣмъ анамнезъ, значеніе имѣетъ прежнее врачебное и особенно гинекологическое—собственное или чужое—наблюденіе пациентки. Оно всегда должно быть разсматриваемо, какъ существенная часть изслѣдованія, потому что довольно часто, чтобы быть увѣреннымъ въ діагнозъ, послѣ перваго изслѣдованія можетъ понадобится еще нѣкоторое время для наблюденія.

Способъ постановки діагноза въ гинекологіи и во внутренней медицинѣ значительно разнится между собой именно въ отношеніи пользованія анамнезомъ какого нибудь случая. Довольно часто умѣлое пользованіе анамнезомъ даетъ намъ возможность въ послѣдней сдѣлать распознаваніе между двумя различными болѣзнями. Въ гораздо меньшей области гинекологіи число возможныхъ заболѣваній вовсе не особенно велико, но наши способы изслѣдованія гораздо точнѣе; очень рѣдко только нужно придавать значеніе показаніямъ пациентки, болѣе же частью достаточно объективный результатъ изслѣдованія,

иногда къ нему присоединяется наблюденіе за пациенткой, этимъ дѣлается возможной установка діагноза.

Только показанію пациентки относительно менструаціи и прекращенія ея охотно придается извѣстное значеніе для рѣшенія того, имѣется ли дѣло съ беременностью. Хотя, правда, что эти показанія могутъ имѣть здѣсь значеніе, однако, и здѣсь результаты объективнаго изслѣдованія должны быть поставлены выше. Если, по словамъ пациентки, регулы не пришли, то мы считаемъ ее беременной, пока изслѣдованіе не дастъ намъ совершенно точнаго отрицательнаго результата; если регулы существуютъ, то у всѣхъ женщинъ, у которыхъ возможность зачатія существуетъ, мы всегда должны считаться съ ней потому что слишкомъ охотно называютъ регулами какое-нибудь случайное кровотеченіе.

Къ составленію діагноза я вернусь въ началѣ второй части.

## Глава 1.

### Комбинированное двойное изслѣдованіе.

**Литература:** Chrobak въ: Handbuch d. Frauenkrankheiten. Stuttgart, 1885, 2 Aufl. т. I, стр. 284 и 285 (здѣсь литература до 1884 г.).—Fritsch, Gynaekologische Tafeln zum Unterricht. Braunschweig, 1885.—Wyder, Tafeln für den gynaekologischen Unterricht. Berlin, 1887. — Schultze, B. S., Zur Palpation der Beckenorgane. Wien. med. Blätter, 1885, № 47. — Litzmann, Erkenntniß und Behandlung der Frauenkrankheiten im Allgemeinen. Berlin, 1886. — Stratz, Allgemeine gynaekologische Diagnostik. Bonn, 1887.

§ 5. Я начинаю разсмотрѣніе методовъ изслѣдованія въ отдѣльности важнѣйшимъ во всей гинекологіи, такъ называемымъ методомъ двойнаго изслѣдованія въ тѣсномъ смыслѣ. Мы понимаемъ подъ послѣднимъ оцупываніе женскихъ половыхъ органовъ одновременно со стороны влагалища или прямой кишки и со стороны брюшной стѣнки. Введенію этого способа въ практику мы обязаны улучшеніемъ нашей діагностики и потому всѣ остальные способы должны уступать ему въ значеніи. Я считаю нецѣлесообразнымъ изъ изслѣдованія черезъ влагалище создать особый отдѣлъ. Начинающему студенту особенно легко замѣтить, что простое введеніе пальца во влагалище не можетъ привести ни къ какому результату, которымъ можно было бы какимъ бы то ни было образомъ воспользоваться для діагностики или терапіи. Опредѣляютъ свойство поверхности влагалища и влагалищной части; представляютъ

ли матка кромѣ того какія-либо существенныя измѣненія, которыя могли бы намъ объяснить найденныя, быть можетъ, во влагалищѣ болѣзненные состоянія, остается совершенно неизвѣстнымъ. Я знаю очень хорошо, что иной ракъ влагалищной части можетъ быть распознанъ, какъ таковой, однимъ только введеннымъ во влагалище пальцемъ, мы соединяемъ, однако, въ настоящее время съ понятіемъ о ракѣ возможность леченія, а для опредѣленія того существуетъ ли такая возможность, или нѣтъ, требуется изслѣдованіе выше лежащихъ частей. Само собой разумѣется, мы можемъ распознать выпаденіе влагалища однимъ только ощупываніемъ наружныхъ половыхъ органовъ или внутренней поверхности влагалища, но такого рода распознаванію не можетъ быть придано большаго значенія, чѣмъ показанію женщины, что у нея существуетъ выпаденіе, такъ какъ ничего не можетъ быть узнано относительно участія въ послѣднемъ матки и тазовой клѣтчатки.

§ 6. Способъ двойнаго изслѣдованія состоитъ въ одновременномъ ощупываніи какого-либо тазоваго органа и съ поверхности его, обращенной во влагалище и съ поверхности, обращенной къ брюшной стѣнкѣ. Основательность и необходимость этого способа изслѣдованія вытекаетъ изъ того, что при введеніи пальца во влагалище нельзя прощупать ни одного изъ внутреннихъ половыхъ органовъ, потому что обращенныя къ влагалищу поверхности обыкновенно лежатъ надъ влагалищемъ свободно и тотчасъ уступаютъ давленію пальца; съ другой стороны даже и глубоко вдавливающая брюшную стѣнку рука не прощупываетъ вовсе матки, опять таки потому, что давленіе смѣщаетъ матку сверху въ стороны или внизъ, въ послѣднемъ направленіи при помощи низдавленія влагалища и тазоваго дна; еще больше это все оказывается вѣрнымъ по отношенію къ меньшимъ органамъ, которые не могутъ вовсе быть прощупаны, если на нихъ лежитъ палецъ только съ одной стороны.

Имѣя при изслѣдованіи въ виду эти механическія отношенія, необходимо съ одной стороны давленіемъ сверху низдавить по направленію къ влагалищу, или устранить все лежащее надъ внутренними половыми органами, съ другой же стороны давленіемъ изъ влагалища фиксировать ихъ и только такимъ образомъ, мы въ состояніи столь ясно ощупать внутренніе половые органы женщины, что можемъ дѣйствительно достигнуть точнаго діагноза. Понятное дѣло, упражненіемъ нужно достигъ того, чтобы производящая давленіе рука всякій разъ удерживала то, что противоположная приподнимаетъ и чтобы при этомъ обѣ одновременно ощупывали, не передвигая, даже и без-

сознательно, половыхъ органовъ. При производствѣ двойнаго изслѣдованія нужно всегда имѣть въ виду эти механическія отношенія. Только вслѣдствіе того, что прощупываютъ одно и то же тѣло сверху и снизу, можно ориентироваться насчетъ величины, формы и консистенціи его.

Для двойнаго изслѣдованія необходимо, конечно, чтобы влагалице (или прямая кишка вмѣсто него) было легко доступно, а брюшныя стѣнки податливы. Для этого нужны особенныя приготовленія и правила предосторожности, о которыхъ намъ теперь предстоитъ поговорить. Во главѣ всѣхъ задачъ я ставлю удобство для изслѣдователя и наивозможную безболѣзненность изслѣдованія для пациентки. Важно, чтобы врачъ достигъ желаемаго, не прибѣгая къ бесполезному сгибанію или неудобнымъ положеніямъ своего тѣла и не тратя своихъ силъ на неважныя вещи. Вульва не должна лежать такъ, чтобы съ трудомъ только быть доступной для пальца, а рука изслѣдователя не должна употребляться на приподниманіе корсетовъ и тяжелыхъ платьевъ.

§ 7. Изслѣдователю, который хочетъ скоро достигнуть цѣли и добиться точнаго результата, обязательно необходимо поэтому пользоваться опредѣленнымъ столомъ для изслѣдованія, т. е. ложеи, которое не во всѣхъ случаяхъ можетъ намъ замѣнить постель или софа. Въ качествѣ стола для изслѣдованія можно порекомендовать такой, въ которомъ фиксація бедеръ достигается подпорой колѣнъ.

Изъ ложекъ для изслѣдованія я пользуюсь только кресломъ, рекомендованнымъ G. Veit'омъ и исключительно употреблявшимся Schroeder'омъ, и столомъ впервые построеннымъ Retslag'омъ<sup>1)</sup>. Первое должно быть такъ устроено, чтобы ногодержатели поднимались возможно дальше къзади такъ, чтобы дѣйствительно достигалось почти перпендикулярное направленіе бедеръ; послѣдній же имѣетъ то преимущество, что легко можетъ быть превращенъ въ продольную кровать, такъ что на одномъ и томъ-же ложѣ могутъ быть произведены ощупываніе, выстукиваніе и выслушиваніе живота. Вышина столовъ, геср. кресель соответствуетъ росту изслѣдователя, такъ чтобы при свѣшивающемся плечѣ врача вытянутое горизонтально предплечье стояло на высотѣ входа во влагалице, или-же, такъ какъ большей частью подбираютъ себѣ столъ, не имѣя на немъ большой, чтобы мизинецъ былъ на уровнѣ сидѣнія при среднемъ положеніи руки и упомянутомъ положеніи плеча.

Можно, конечно, приблизительно достигнуть этого же положенія и

<sup>1)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1878, № 25.

безъ особенныхъ столовъ для изслѣдованія въ постели, при чемъ верхняя часть тѣла паціентки по возможности приподнята, бедра умѣренно разведены и притянуты, и ноги помѣщены на постели. Равнымъ образомъ и на софѣ можно получить такое-же положеніе, и всякій гинекологъ можетъ очутиться иногда въ необходимости обойтись безъ стола для изслѣдованія и вмѣсто него изслѣдовать на софѣ или въ постели. Было бы ошибкой думать, что послѣдняго рода изслѣдованіе невозможно. Оно даже необходимо у всѣхъ прикованныхъ къ постели больныхъ, но требуетъ большой ловкости со стороны врача, чтобы соединить такую-же точность съ столь-же незначительной болѣзненностью. Необходимо всякій разъ болѣе продолжительное время на подготовку, особенно чтобы благопріятно повліять на брюшныя стѣнки; онѣ медленно привыкаютъ къ расслабленію, между тѣмъ какъ на описанныхъ столахъ для изслѣдованія онѣ немедленно расслабляются и вниманіе врача должно быть направлено только на то, чтобы снова не наступило напряженія брюшныхъ стѣнокъ.

Такимъ образомъ неопытный будетъ видѣть преимущество цѣлесообразнаго стола для изслѣдованія въ большей легкости, съ которой онъ достигаетъ цѣли, а болѣе опытный главнымъ образомъ будетъ доволенъ сбереженіемъ времени.

§ 8. Самое важное положеніе, представляющее всѣ выгоды, какія мы можемъ только требовать отъ цѣлесообразнаго положенія, это такъ называемое положеніе, какъ при камнесъченіи (Steinschnittlage) т. е. съ умѣренно приподнятой верхней частью тѣла, положеніе, при которомъ мѣсто соединенія копчика и крестца составляетъ почти самую глубокую часть изслѣдуемой и наружныя половыя части почти прямо перпендикулярны къ горизонту. При этомъ бедра и голени должны быть согнуты, при чемъ сгибаніе первыхъ должно быть таково, чтобы они направлялись почти перпендикулярно вверхъ. Такое положеніе нижнихъ конечностей должно удерживаться безъ всякаго мышечнаго напряженія паціентки съ помощью особыхъ поддерживающихъ аппаратовъ.

Сущность положенія, какъ при камнесъченіи, заключается въ расслабленіи брюшной стѣнки вълѣдствіе приближенія точекъ прикрѣпленія брюшныхъ мышцъ. Лонное сочлененіе приближается къ мечевидному отростку при помощи умѣреннаго сгибанія позвоночника верхней своей частью впередъ и одновременнымъ, хоть и незначительнымъ поднятіемъ таза. На мѣстѣ соединенія между тазомъ и поясничной частью позвоночника подвижность наименьшая, чѣмъ дальше вверхъ способность сгибанія между каждыми двумя позвонками ста-

новится все большей и наибольшей величины достигаетъ она въ грудной клѣткѣ. Незначительное сгибаніе между поясничной частью позвоночника и крестцомъ замѣняется, насколько это вообще возможно, умѣреннымъ приподнятіемъ таза. Безъ этого здѣсь играло бы роль сгибаніе только верхней части позвоночника. Это небольшое движеніе таза и главнымъ образомъ удержаніе достигнутого сближенія достигается поднятіемъ бедеръ. Они должны направляться, какъ упомянуто, почти перпендикулярно вверхъ и при томъ быть сильно отведены.

Сближеніе обѣихъ точекъ прикрѣпленія мышцы, вызываемое искусственно безъ участія самой мышцы, ведетъ къ еще большему расслабленію ея, чѣмъ это бываетъ въ ея покойномъ состояніи. Произвольное сокращеніе можетъ, конечно, наступить и при этомъ сближеніи точекъ прикрѣпленія, но его никогда вообще нельзя избѣгнуть безъ наркоза. Хорошо, если этимъ положеніемъ мы дѣлаемъ себѣ благопріятнѣе отношенія въ покойномъ состояніи.

Приподнятіе верхней части туловища и таза вліяетъ, такимъ образомъ, здѣсь на конфигурацію позвоночника и дополняетъ другъ друга для достиженія сближенія лоннаго сочлененія и мечевиднаго отростка.

Расслабленіемъ брюшныхъ стѣнокъ при этомъ положеніи мы несколько, однако, не наносимъ ущерба вмѣстительности брюшной полости.

То, что, повидимому, теряется вслѣдствіе сближенія таза и грудной клѣтки, выигрывается тѣмъ, что сбоку лежація мышцы легко выпячиваются проникшими туда петлями кишекъ. Такъ, слѣд., положеніе, какъ при камнесъченіи, представляетъ благопріятныя условія для расслабленія напряженныхъ мышцъ, и задача умѣлаго изслѣдователя заключается въ томъ, чтобы всѣми способами стараться не вызывать своими манипуляціями произвольнаго мышечнаго сокращенія. При прохожденіи черезъ половую щель слѣдуетъ избѣгать всѣ чувствительныя части; не вызывать чрезмѣрнаго растяженія вульвы и поэтому вводить вообще одинъ только палецъ во влагалище; при вдавненіи брюшныхъ стѣнокъ избѣгать всякаго грубаго и внезапнаго толчка, а наоборотъ пробираться впередъ медленно и непрерывно.

Къ этимъ пунктамъ я еще вернусь.

§ 9. Изъ другихъ положеній для двойнаго изслѣдованія имѣтъ значеніе только крестцово-спинное положеніе. Подъ этимъ именемъ понимаютъ положеніе съ совершенно горизонтальнымъ туловищемъ, при чемъ голова можетъ быть слегка приподнята, и съ сильно пригнутыми къ животу бедрами, при чемъ колѣни держатся отведенными. Это положеніе требуетъ обыкновенно поддержки колѣнъ двумя

ассистентами. Характерная особенность этого положенія опять-таки приближеніе таза къ мечевидному отростку, и здѣсь именно это происходитъ въслѣдствіе одного только приподнятія таза. Впрочемъ, это положеніе еще тѣмъ значительно разнится отъ положенія, какъ при камнесъченіи, что смотри, по надобности, можно увеличить или уменьшить приближеніе таза болѣе или менѣе сильнымъ притягиваніемъ колѣнъ по направленію къ головѣ. Въ этомъ, безъ сомнѣнія, заключается преимущество крестцово-спиннаго положенія, но этимъ преимуществомъ можно пользоваться, какъ мнѣ кажется, только усыпивши больную. Неудобно также и то, что такого рода положеніе можно примѣнять только въ присутствіи нѣсколькихъ ассистентовъ, хотя былъ-бы убѣжденъ въ возможности достигнуть цѣли гораздо проще. Положеніе это можетъ сдѣлаться неудобнымъ, потому что при слишкомъ сильномъ сгибаніи бедеръ неестественно нарушаются пространственныя отношенія въ брюшной полости.

Нужно далѣе упомянуть, что при этомъ положеніи вульва направлена не впередъ, а косо вверхъ и впередъ. Такимъ образомъ влагалищная часть немного приближается къ изслѣдователю; впрочемъ, не въслѣдствіе повышенія внутрибрюшнаго давленія, смѣщающаго матку внизъ, а, какъ мнѣ кажется, въслѣдствіе измѣненій въ промежности. Соответственно приподнятому положенію наружныхъ половыхъ органовъ влагалищная часть такъ располагается по отношенію къ нимъ, что линія, соединяющая влагалищную часть съ задне-проходнымъ отверстіемъ, проходитъ теперь почти горизонтально. Если теперь рукой-ли изслѣдователя, или желобоватымъ зеркаломъ оттѣснить промежность назадъ, то, понятно, влагалищная часть достигается легче.

Оба положенія—какъ при камнесъченіи и крестцово-спинное—представляютъ одинаковыя выгоды для двойнаго изслѣдованія; особенно безъ примѣненія наркоза разница не велика. Если въ трудныхъ случаяхъ мы ожидаемъ пользы отъ различнаго положенія таза, то слѣдуетъ отдать предпочтеніе крестцово-спинному положенію. Здѣсь необходимы ассистенты, которые сгибаніемъ бедеръ поднимаютъ тазъ то болѣе, то менѣе. Слова, знака достаточно здѣсь, чтобы по желанію достигнуть различныхъ степеней поднятія таза. Если, кромѣ того, мы хотимъ съ удобствомъ изслѣдовать безъ приспособленныхъ ногодержателей или вообще безъ стола для изслѣдованія то, безъ сомнѣнія, придать больной положеніе, какъ при камнесъченіи, не такъ легко, и поэтому при изслѣдованіяхъ на дому у пациентки гораздо чаще прибѣгаютъ къ крестцово-спинному положенію. Того-же врача, у котораго есть приспособленный столъ для изслѣдованія съ подпорками для колѣнъ, всегда удовлетворитъ положеніе, какъ при камнесъченіи. Я не



люблю примѣнять при положеніи, какъ при камнесѣченіи, ногодержателей, которые могутъ быть повернуты по направленію къ головному концу; они фиксируютъ тазъ совершенно, а отъ этого теряется одно преимущество этого положенія, состоящее въ возможности индивидуализированія.

Въ Германіи почти исключительно примѣняются эти оба положенія, кто имѣетъ въ своемъ распоряженіи большую ассистентуру примѣняетъ крестцово-спинное положеніе, а кто въ приемные часы привыкъ изслѣдовать одинъ, пользуется большей частью положеніемъ, какъ при камнесѣченіи, и такъ какъ онъ здѣсь привыкаетъ къ послѣднему, то держится этого положенія и въ трудныхъ случаяхъ.

§ 10. Рядомъ съ этими никакое другое положеніе не годно для употребленія, по крайней мѣрѣ, для точнаго двойнаго изслѣдованія. Особенно не годится для этого боковое положеніе, еще до сихъ поръ много употребляемое въ Англии. Только придавая особое значеніе благопристойности, можно пользоваться этимъ положеніемъ. При немъ невозможно достигъ благопріятнаго результата даже и тогда, когда сильнымъ сближеніемъ точекъ прикрѣпленія прямыхъ мышцъ напряженіе послѣднихъ доведено до *minimum*'а. Только согнувши собственное тѣло и выдерживая часть тяжести брюшнаго содержимаго снаружи лежащей рукой, можно проникнуть послѣдней глубоко въ тазъ. Но если желательно достигъ этого въ боковомъ именно положеніи, то при этомъ больная обнажается гораздо больше, чѣмъ при какомъ другомъ положеніи. Поэтому насколько я признаю удобства боковаго положенія для обзрѣванія наружныхъ половыхъ органовъ, для введенія Sims'овскаго зеркала, равно какъ для производства маленькихъ оперативныхъ пособій во влагалищномъ сводѣ, настолько же я не могу считать правильнымъ употребленіе этого положенія для изслѣдованія внутреннихъ половыхъ органовъ.

Это положеніе (знакомство съ нимъ необходимо изъ-за упомянутой цѣли) слѣдуетъ заставить принимать лучше всего такимъ образомъ, какъ это впервые описалъ Sims: Больная лежитъ на лѣвомъ боку, лѣвое предплечье поперекъ крестца, лѣвое бедро меньше, правое немного болѣе согнута въ тазобедренномъ суставѣ, колѣни немного удалены другъ отъ друга подушкой. Такимъ образомъ получается для извѣстныхъ цѣлей очень пригодное положеніе, но удобствъ положенія, какъ при камнесѣченіи, оно во всякомъ случаѣ не имѣетъ, и я самъ его почти не употребляю.

Колѣно-локтевое положеніе еще менѣе пригодно для примѣненія при двойномъ изслѣдованіи. Правда, что нѣкоторыя новообра-

зованія могутъ уйти изъ входа въ тазъ, благодаря собственной своей тяжести. Равнымъ образомъ введеніемъ одной ложки и поднятіемъ задней стѣнки влагалища мы получаемъ возможность хорошо осмотрѣть влагалищныя своды. Но я не знаю, въ какихъ отношеніяхъ можетъ быть достигнута болѣе существенная выгода для ручнаго именно изслѣдованія. Кладутъ пациентку съ повернутой въ сторону головой такимъ образомъ животомъ внизъ, что верхняя часть груди покоится на столѣ, а бедра, почти вертикально простиралась вверхъ, сильно поднимаютъ тазъ. Локти при этомъ лучше всего перекрещивать впереди нижней части груди. Это положеніе употребляется съ наибольшей выгодой въ акушерствѣ—выпаденіе пуповины—въ гинекологіи-же оно не имѣетъ никакого значенія, хотя иные (Bozeman, Neugebauer) и употребляютъ его для операций.

Поднятіе таза въ спинномъ положеніи и изслѣдованіе при низко лежащей головѣ, принципиально рекомендованное для извѣстныхъ случаевъ Freund'омъ, не можетъ имѣть общаго значенія. Даже въ дѣйствительно неблагоприятныхъ случаяхъ, въ которыхъ при большихъ опухоляхъ только съ трудомъ можно проникнуть между послѣдними и тазовымъ входомъ, даже въ этихъ случаяхъ другіе способы оказали мнѣ большую услугу, чѣмъ это положеніе. Только, когда опухоли крѣпко срослись съ задней стѣнкой пузыря и вслѣдствіе этого не вполне доступны двойному изслѣдованію, я получалъ выгоду отъ этого способа.

§ 11. Я считаю принципиально важнымъ въ интересахъ учащагося гинеколога убѣдиться въ исключительномъ значеніи обоихъ первыхъ положеній. Безъ наркоза можно всегда обойтись положеніемъ, какъ при камнесъченіи, съ наркозомъ-же въ большинствѣ случаевъ имъ и крестцо-спиннымъ.

§ 12. Кромѣ удобнаго ложа для изслѣдованія, второй достойный вниманія пунктъ—научиться щадить чувствительность пациентки. Какъ только вызываются боли въ половыхъ-ли частяхъ, или во вдавленныхъ брюшныхъ покровахъ, больная тотчасъ невольно напрягаетъ свои мѣшцы и дѣлаетъ невозможнымъ всякое изслѣдованіе. Надо поэтому привыкнуть принимать въ расчетъ эту чувствительность вездѣ: для изслѣдованія со стороны влагалища нужно вводить одинъ только палецъ, нужно по возможности избѣгать чувствительныхъ частей мочеиспускательнаго канала и похотника, нужно медленно проводить палецъ черезъ влагалищный входъ и часть пальца, лежащую въ наружныхъ половыхъ частяхъ, по возможности держать спокойно. Вдавли-

вающая брюшные покровы рука не должна погружаться ногтями, никогда не должна направляться вперед толчкообразно, а медленно скользить всей осязательной поверхностью пальцевъ во время всякаго выдыханія все глубже, не терять достигнутаго положенія во время вдыханія, чтобы при слѣдующемъ выдыханіи проникнуть еще глубже.

§ 13. Чтобы еще больше пощадить чувствительность, можно, конечно, примѣнить наркозъ. Какъ ни важна эта помощь для нашихъ изслѣдованій, но я считалъ-бы все-таки несчастіемъ полагать, что только при помощи наркоза можно получить точный результатъ. Въ основаніи ушибленія должны лежать или особыя цѣли—болѣе точное изслѣдованіе опухолей яичника—или особыя причины, оправдывающія его примѣненіе: тѣсная дѣвственная плева, чрезмѣрная чувствительность и т. д.

При наркозѣ нужно имѣть въ виду одно. Я не намѣренъ разсматривать опасностей послѣдняго, я не знаю какихъ-нибудь существенныхъ противопоказаній. Необходимое, однако, условіе это то, чтобы веденіе наркоза взялъ на себя опытный въ этомъ дѣлѣ врачъ и чтобы послѣдній въ случаѣ нужды тотчасъ могъ-бы примѣнить искусственное дыханіе. Но если мы хотимъ воспользоваться наркозомъ, то для цѣлей изслѣдованія всегда необходимъ глубокій наркозъ, неполный приноситъ только вредъ. При изслѣдованіи подъ наркозомъ нужно помнить, что сила вдавленія брюшныхъ покрововъ теперь должна быть уже только умѣренной; и если все-таки приходится употреблять извѣстную силу, чтобы постепенно преодолѣть напряженіе брюшной стѣнки, то зная, что о таковомъ болѣе не должно быть рѣчи, мы можемъ объяснить себѣ имѣющееся предъ нами сопротивленіе характеромъ заболѣванія. При наркозѣ никогда не должно упускать изъ виду того обстоятельства, что необходимость наркоза часто вызывается такими именно болѣзненными воспалительными процессами въ тазу, которые повели къ образованію гнойныхъ мѣшковъ и т. д. и разрывъ которыхъ угрожалъ-бы жизни. Дальнѣйшее, на что должно быть обращено вниманіе при изслѣдованіи подъ наркозомъ, это исчезновеніе чувствительности заболѣвшихъ мѣстъ, чувствительности, которая столь часто помогаетъ намъ опредѣлять распространенность заболѣванія. Если мы хотимъ воспользоваться этимъ указателемъ, то лучше всего раньше или позже изслѣдовать безъ наркоза, или-же можно обратить вниманіе на чувствительность во время пробужденія пациентки въ полунаркозѣ.

§ 14. Еще одно предварительное условіе для удачнаго производства двойнаго изслѣдованія—это предварительное опорожненіе кишечника. Безъ него нельзя быстро достигнуть цѣли. Мы въ свое время упомянемъ, что отъ этого можетъ значительно измѣниться результатъ изслѣдованія. О томъ, что желательно и опорожненіе пузыря, не требуется особенно много говорить и вслѣдствіе легкости катетеризаціи не имѣетъ того значенія, какъ опорожненіе кишечника.

§ 15. Последнее предварительное условіе для успѣшнаго двойнаго изслѣдованія часто предъявляетъ къ изслѣдователю самыя большія требованія: въ каждую данную минуту должно отдавать себѣ отчетъ въ тѣхъ смѣщеніяхъ, которыя производятся самимъ изслѣдованіемъ. Съ сущностью двойнаго изслѣдованія необходимо связано перемѣщеніе кишечныхъ петель. Повсюду, гдѣ опупывающая рука прилегаеть къ маткѣ или яичнику, прикрытымъ лишь брюшной стѣнкой, повсюду она смѣстила петли тонкихъ кишекъ. На это большей частью не обращаютъ никакого вниманія, и само по себѣ, это и не важно. Но, если кишка приросла, то появляются другія механическія условія. Или петли кишекъ срослись между собой, тогда онѣ скользятъ подъ рукой, какъ неясная опухоль, медленнѣе, чѣмъ свободная кишка, и въ остальномъ не вліяютъ на результатъ изслѣдованія; или одна resp. нѣсколько петель срослись съ частями половыхъ органовъ и препятствуютъ полученію изслѣдуемыхъ частей непосредственно между обѣими руками. Но благодаря тому, что они не могутъ ускользнуть, онѣ дѣйствительно прощупываются; онѣ образуютъ мягкія подвижныя части въ пустомъ состояніи, и опухоли съ диффузными границами въ наполненномъ состояніи. Чтобы получить ясное представленіе въ этомъ отношеніи, ничего не можетъ быть поучительнѣе, какъ точно опредѣлять результатъ изслѣдованія до чревосѣченія. Даже начинающій безъ труда можетъ опредѣлить величину не сросшейся съ кишечникомъ опухоли настолько точно, что послѣ вскрытія брюшной полости не увидитъ себя обманутымъ. Но если существуетъ тазовой перитонитъ, то слишкомъ легко можно ошибиться въ величинѣ опухоли и быть пораженнымъ послѣ отдѣленія сросшей малостью ея. Кто часто производитъ вскрытія, также легко съумѣетъ убѣдиться въ различіи результата изслѣдованія, смотря по существующимъ сросненіямъ съ кишками.

Еще важнѣе имѣть въ виду, что половые органы и въ физиологическомъ состояніи могутъ быть смѣщаемы; въ этомъ можно всегда легко убѣдиться при изслѣдованіи здоровыхъ женщинъ. Дно матки можетъ быть оттѣснено внизъ рукой, лежащей на задней

стѣннѣ органа, равно какъ и назадъ рукой, проникшей за лоннымъ сочлененіемъ *in excavationem vesico-uterinam*. Невозможно въ отдѣльности описать всѣ движенія, какія могутъ произвести ощупывающіе пальцы съ тазовыми органами. Важенъ принципъ, чтобы изслѣдователь всегда отдавалъ себѣ отчетъ въ томъ, какое онъ производитъ смѣщеніе. Только такимъ образомъ онъ въ состояніи будетъ искусственно, быть можетъ, произведенныя отклоненія въ положеніи узнавать, какъ таковыя. Между движеніями производимыми намѣренно, если отношенія представляются нѣсколько неблагоприятными для двойнаго изслѣдованія, я хотѣлъ-бы особенно напомнить легкое приподнятіе влагалищной части. Благодаря этому, удается часто сдѣлать столь доступными для пропикающей сверху руки тазовые органы, что она легче опредѣляетъ ихъ положеніе.

Далѣе, въ виду изысканій анатомовъ о дѣйствительномъ положеніи яичниковъ, я желалъ-бы напомнить, что мы смѣщаемъ здоровье яичники при всякомъ изслѣдованіи; но при этихъ именно органахъ для патологіи намъ вовсе не важно мѣсто, гдѣ мы ихъ находимъ, мы считаемъ правильнымъ всякое положеніе, изъ котораго они могутъ быть выведены, и только прикрѣпленіе въ одномъ опредѣленномъ положеніи считаемъ болѣзненнымъ.

§ 16. Перехожу теперь къ техникѣ двойнаго изслѣдованія. Обѣ части послѣдняго: введеніе пальца во влагалище или прямую кишку и надавливаніе рукой брюшныхъ покрововъ хотя и должны быть здѣсь вкратцѣ описаны раздѣльно, производятся всегда одновременно. Изслѣдованіе со стороны одного только влагалища, одной только прямой кишки, или однихъ только брюшныхъ покрововъ не представляетъ собой въ нашей современной гинекологіи совершенно законченнаго метода.

Указательный палецъ чистой, т. е., предварительно обмытой водой и мыломъ руки держится вытянутымъ, остальные пальцы отъ третьяго до пятаго согнуты въ пястно-фаланговомъ и въ первомъ межфаланговомъ сочлененіяхъ, а во второмъ межфаланговомъ сочлененіи наоборотъ вытянуты.

На послѣднее маленькое пособіе изслѣдованію впервые указалъ Michaëlis <sup>1)</sup>, когда описалъ измѣреніе *Conj. diag.* Цѣль, которую онъ имѣлъ въ виду, болѣе глубокое проникновеніе пальца въ тазъ, имѣеть значеніе и для гинекологіи; вдавливая промежность, эти три пальца сильнѣе сгибаются въ пястно-фаланговомъ сочлененіи. Послѣднее не-

<sup>1)</sup> Das enge Becken. Leipzig, 1865, стр. 109.

возможно, если вслѣдствіе сгибанія и во второмъ межфаланговомъ суставѣ, верхушки пальцевъ упрутся въ ладонь. Для облегченія введенія пальца можно его смазать жиромъ (я этого большею частью не дѣлаю, такъ какъ не вижу отъ этого никакой пользы, и наружные половые органы легко загрязняются жиромъ). Палецъ проникаетъ со стороны промежности, проскальзываетъ въ тазъ при нормальномъ положеніи немного сверху внизъ и достигаетъ влагалищной части. Руку при этомъ должно держать въ умѣренной супинаціи, такъ что осязательная поверхность пальца прилегаетъ къ передней стѣнкѣ влагалища. Существующія часто у начинающаго затрудненія въ нахожденіи влагалищной части не очень уменьшаются отъ введенія двухъ пальцевъ. Если влагалище очень широко, то можно ввести два пальца, но слѣдуетъ, однако, себя приучать, хотя-бы только изъ-за уваженія къ чувствительности женщинъ, изслѣдовать однимъ пальцемъ, особенно потому, что двумя пальцами часто такъ напрягается передняя влагалищная стѣнка, что не даетъ возможности что-нибудь хорошо прощупать чрезъ нее. Если воспользоваться вдавленіемъ промежности въ тазъ, то не представляется никакой трудности, при отсутствіи патологическихъ отношеній особаго рода, всегда достигнуть влагалищной части. Вводятъ-ли палецъ во влагалище или прямую кишку — это для изслѣдованія все равно. Прямая кишка должна быть избираема, когда отсутствуетъ влагалище или существуетъ дѣвственная плева, которую врачъ долженъ щадить. Но изслѣдованіе черезъ прямую кишку всегда съ пользою должно быть предпочтено, если влагалище обладаетъ твердостью кожи, если имѣетъ дѣло съ заболѣваніями въ Douglas'овомъ пространствѣ, или, если желаемъ предпринять точное ощупываніе боковыхъ частей непосредственно возлѣ влагалищной части. Необходимое здѣсь прежде всего отысканіе влагалищной части рѣдко только представить затрудненіе; но если-бы это случилось, то лучше всего <sup>1)</sup> ввести большой палецъ той-же руки во влагалище, и тогда влагалищная часть опредѣляется легко. Введенный во влагалище или прямую кишку палецъ, понятное дѣло, ориентированъ относительно измѣненій слизистой оболочки, формы и поверхности этихъ обоихъ органовъ и влагалищной части. Но при всѣхъ ихъ заболѣваніяхъ всегда необходимо дальнѣйшее изслѣдованіе остальныхъ половыхъ органовъ.

Примѣчаніе. Въ недавнее время при такъ называемомъ массажѣ, который во всякомъ случаѣ былъ полезенъ тѣмъ, что убѣждалъ обширные врачебные круги въ значеніи двойнаго изслѣдованія, рекомендовали невве-

<sup>1)</sup> Schroeder, Scanzonis Beitr. т. V, стр. 252. Hegar, Volkmann's Samml. klin. Vortr. № 105.

денные во влагалище пальцы всегда помѣщать на промежность вытянутыми, и въ этомъ положеніи пальцевъ хотѣли видѣть преимущество и при двойномъ изслѣдованіи. Я не считаю этого взгляда вѣрнымъ и совѣтую вообще изслѣдовать, какъ описано выше.

§ 17. Одновременно съ проникающимъ со стороны наружныхъ половыхъ органовъ пальцемъ другая рука, плоско положенная на животъ, проникаетъ по направленію къ брюшной полости. Обыкновенно, если не существуетъ опухолей, ощупываніе начинаютъ съ того, что нащупываютъ мѣсь, и такимъ образомъ помѣщаютъ руку въ направленіи *Conj. vaginae*. При положеніи, какъ при камнебъщеніи, необходимо для этого почти горизонтальное положеніе руки. Рука лежитъ при этомъ нижней частью ладони на горизонтальной вѣтви лобковой кости. При крестцово-спинномъ положеніи рука должна направляться внизъ. Начинаютъ съ ощупыванія матки, стараюсь снаружи довести руку туда, гдѣ лежитъ во влагалищѣ въ концѣ введенія пальца верхушка ея. При самыхъ выгодныхъ отношеніяхъ это было бы самое глубокое мѣсто *Douglas'ова* пространства. Но не всегда наружная рука прямо проникаетъ такъ далеко; при нормальномъ положеніи матки задняя поверхность ея ощупывается, благодаря тому, что палецъ, лежа въ заднемъ сводѣ за влагалищной частью препятствуетъ дну матки подаваться внизъ. Если какимъ-либо образомъ прощупали одну часть матки, то ближайшей цѣлью изслѣдованія дѣлается ощупываніе всего органа. Для этого самое правильное — чтобы обѣ руки одновременно лежали на одной высотѣ на маткѣ, т. е., почти всегда въ перпендикулярной къ маточной полости плоскости.

При двойномъ изслѣдованіи слѣдуетъ обратить вниманіе на величину матки въ цѣломъ, на ея консистенцію и контуры. Большое значеніе имѣютъ мѣстные уклоненія отъ общей консистенціи или особенныя выпуклости. Если матка находится въ нормальномъ положеніи, то затронутыми пунктами исчерпывается все, что намъ можетъ сдѣлаться доступнымъ, благодаря ему. Только при патологическомъ положеніи органа важно еще установить родъ отклоненія отъ нормы; по это уже относится къ деталямъ діагностики, о которыхъ намъ предстоитъ еще поговорить при отдѣльныхъ заболѣваніяхъ.

§ 18. Кромѣ матки нужно далѣе всегда прощупать трубы и яичники, что прежде казалось неразрѣшимой задачей. Правда, что эти органы вслѣдствіе ихъ малости и большей подвижности требуютъ отъ изслѣдователя большей техники. Если имѣемъ дѣло съ нормальными отношеніями, то смѣщеніе этихъ органовъ при изслѣдованіи не имѣетъ большаго значенія, и поэтому нельзя къ изслѣдованію на здо-

ровой женщины прямо примѣнить результаты, полученные анатоміей объ ихъ положеніи. Пусть яичникъ нормально лежитъ у стѣнки таза, но мы его въ большинствѣ случаевъ ищемъ возлѣ матки. При этомъ можетъ, конечно, случиться, что, отодвигая немного матку въ противоположную сторону, мы, благодаря такому же смѣщенію яичника, дѣлаемъ его себѣ доступнѣе. Нормальный яичникъ прощупывается, какъ гораздо болѣе мягкое, чѣмъ матка, тѣло, ускользящее обыкновенно изъ-подъ пальца, какъ только къ нему прикасаются съ обѣихъ сторонъ, чтобы очень скоро опять быть найденнымъ при дальнѣйшихъ поискахъ. Связка между нормальнымъ яичникомъ и маткой, *Lig. ovarii*, можетъ быть прощупана только при особенно благоприятныхъ условіяхъ легче, когда она искусственно натягивается вслѣдствіе смѣщенія матки. Если яичникъ увеличенъ, если онъ сросся съ кишками, то ощупываніе его гораздо легче и нерѣдко даже безъ двойнаго изслѣдованія можно найти его тѣсно прилежающимъ къ какому-нибудь мѣсту влагалищной стѣнки.

В. S. Schultze справедливо обращаетъ вниманіе на то, чтобы при отыскиваніи яичниковъ особенно принимали въ расчетъ мышечные тяжи *m. psoatis et pyiformis*: первые въ затруднительныхъ случаяхъ часто приводятъ къ яичнику, послѣдніе же можно легко смѣшать съ заматочно лежащими образованиями и, слѣдовательно, также съ яичникомъ. Послѣдней ошибкѣ безъ труда можно противодѣйствовать сравниваніемъ результатовъ изслѣдованія при легкой ротации бедра и полною покоѣ.

§ 19. Ощупываніе трубъ лучше всего удается послѣ того какъ прощупали яичники. Между послѣдними и маткой находятъ свизующій тяжъ, который, подобно яичнику, легко ускользаетъ изъ-подъ пальцевъ и при всякомъ движеніи катается между ними. Что здѣсь не имѣется дѣло съ *lig. ovarii*, видно изъ того, что эти тѣла можно прослѣдить до дна матки и большей частью вдоль надъ яичникомъ. Къ ощупыванію заболѣвшихъ трубъ мы еще вернемся.

§ 20. Остальныя части тазовыхъ органовъ, которыя въ патологическихъ состояніяхъ возбуждаютъ нашъ интересъ въ высшей степени, *Ligg. latum, recto-uterinum, rotundum et rubo-vesico-uterinum*, прощупываются при нормальномъ состояніи только тогда, когда мы сильно удаляемъ другъ отъ друга ихъ исходные пункты и этимъ натягиваемъ связки; иначе же едва удастся прощупать ихъ какъ канатики, и мы получили бы ложное представленіе о двойномъ изслѣдованіи, если бы хотѣли ихъ узнать безъ особыхъ



приготовлений. Особенно, мнѣ кажется, важнымъ обратить на это вниманіе для *Lig. rotundum et recto uterinum*.

§ 21. Въ новѣйшее время было обращено вниманіе на то, что <sup>1)</sup> и мочевые органы можно ощупать двойнымъ изслѣдованіемъ. При нѣкоторомъ упражненіи дѣйствительно можно ощупать мочевой пузырь и мочеточники. Первый будетъ представляться различнымъ, смотря по состоянію наполненія. Если онъ совершенно пустъ, то проникая между маткой и передней стѣнкой влагалища, чувствуешь двигающуюся между пальцами мягкую оболочку. Если онъ умѣренно наполненъ, то мы находимъ то же, такъ какъ боковые дивертикулы пузыря скорѣе могутъ содержать мочу, нежели часть, лежащая тотчасъ надъ маткой. Но, чтобы прощупывать пузырь такимъ, какимъ его изображаютъ на рисункахъ, круглымъ, напряженнымъ шаромъ, для этого требуется довольно значительнаго наполненія его, которое оттъсняетъ матку ниже описываемымъ образомъ; или же для этого требуется такое состояніе раздраженія, которое вслѣдствіе сокращеній мышечнаго слоя, рѣже вслѣдствіе инфильтраціи стѣнки поставило бы и умѣренное содержимое подъ извѣстное давленіе. Ощупываніе мочеточниковъ, конечно, возможно только при пустомъ пузырьѣ. Тогда слегка прощупывается надъ мѣстомъ окончанія мочеточниковъ сначала *Lig. interuretericum*, а затѣмъ немного сбоку отъ средней линіи расходящіяся въ обѣ стороны канатики, которые и безъ натяженія матки умѣренно натянуты. Вообще ихъ можно прослѣдить только до основанія широкой связки, рѣдко до безыменной линіи.

Ощупываніе почекъ едва ли, собственно, относится сюда. Производится оно лучше всего такимъ образомъ, что одну руку помещаютъ на *m. quadratus lumborum*, а другой проникаютъ сбоку отъ позвоночника выше гребешка подвздошной кости. При основательно опорожненномъ кишечникѣ можно прощупать почти всю нижнюю половину почки, справа немного больше, чѣмъ слѣва.

§ 22. Тѣмъ не менѣе двойное изслѣдованіе черезъ влагаще resp. прямую кишку съ одной стороны и черезъ брюшные покровы съ другой имѣетъ нѣкоторыя границы, которыя не могутъ быть преодолены и подъ наркозомъ. Въ этомъ отношеніи особенно большое значеніе имѣетъ чрезмѣрное развитіе жира въ брюшныхъ покровахъ и клетчаткѣ. Попадаются случаи, въ которыхъ даже невозможно про-

<sup>1)</sup> Säger, Arch. f. Gyn. т. XXVIII, стр. 54. Schultz, Nouv. Arch. d'obst. 1887, № 5 и 6. Kelly, Am. Journ. of obst. Vol XX, December.

щупать внутреннихъ половыхъ органовъ. Дальнѣйшія затрудненія происходятъ далѣе при образованіи опухолей. Къ послѣднимъ мы вернемся еще дальше.

Въ качествѣ вспомогательнаго средства для двойнаго изслѣдованія, какъ въ случаяхъ чрезмѣрнаго развитія жира, такъ и во всѣхъ случаяхъ образованія опухолей, во главѣ долженъ быть поставленъ способъ изслѣдованія, рекомендованный Негар'омъ<sup>1)</sup>). Послѣдній состоитъ въ томъ, что захватывая влагалищную часть *Muzeu* х'евскими щипцами, низводятъ матку; если теперь, передавши щипцы, ассистенту, войти однимъ или двумя пальцами въ прямую кишку, то доходятъ прямо по задней стѣнкѣ матки настолько въ вышину, что при нормальной величинѣ матки со стороны прямой кишки достигаютъ дна ея. Если теперь при чрезмѣрномъ развитіи жира оттѣснить все содержимое брюшной полости сильно внизъ, то при нѣкоторыхъ благоприятныхъ условіяхъ можетъ удался ясно ощупать, по крайней мѣрѣ, заднюю стѣнку матки и широкихъ связокъ, равно какъ трубъ и яичниковъ. Важно при этомъ припомнить себѣ, что *Ligg recto-uterina*, которые, какъ было упомянуто выше, обыкновенно не натянуты, теперь уже должны быть туго натянутыми: они прощупываются, какъ расходящіяся отъ области внутренняго зѣва канатики. Также и основаніе широкой связки при этомъ способѣ умѣренно напрягается. Остальныя связки, однако, и при этомъ способѣ при обыкновенныхъ условіяхъ не натягиваются. Вмѣстѣ съ маткой опускается внизъ и вся широкая связка. Яичникъ и яичниковая связка слѣдуютъ туда же, если какія-либо ненормальныя отношенія не фиксируютъ яичника въ большомъ тазу.

Послѣднее условіе имѣется особенно тогда, когда яичникъ превращенъ въ такую большую опухоль, что вслѣдствіе своей величины не можетъ встунить въ малый тазъ. Этимъ обстоятельствомъ пользуются при изслѣдованіи существующихъ опухолей. Если мы употребляемъ здѣсь наружную руку не для общаго давленія на содержимое брюшной полости, а для ощупыванія области тазоваго входа, то при этомъ Негар'овскомъ методѣ должно удался прощупать на пряженіи ую теперь *Lig. ovarii* переходящей на опухоль, а при не особенно неблагоприятныхъ условіяхъ можно еще дальше опредѣлить свойство этой ножки. Такимъ образомъ опредѣляютъ ширину ножки, иногда утолщенія ея, особенно также могущее случиться перекручиваніе; также важно, какъ положительное нахожденіе перехода *Lig. ovarii*

<sup>1)</sup> Негар-Kaltenbach, Operative Gynaecologie, 1 Aufl., стр. 44.

на опухоль, и ощупываніе подь опухолью обоихъ яичниковъ, и констатированное отсутствіе напряженія Lig. ovarii.

Негаг'овскій способъ изслѣдованія въ этомъ отношеніи имѣеть по моимъ наблюденіямъ вообще больше значенія, какъ замѣла или расширеніе двойного изслѣдованія, чѣмъ упоминаемые ниже способы Schultze и Freund'a<sup>1)</sup>, при которыхъ напряженіе ножки достигается не натяженіемъ матки, а удаленіемъ неизвѣстной опухоли изъ входа въ тазъ рукой ассистента или собственной тяжестью опухоли.

Но этотъ Неггаг'овскій методъ всегда, однако, предполагаетъ, что предварительнымъ двойнымъ изслѣдованіемъ опредѣлено отсутствіе инкапсулированныхъ выпотозъ pyosalpingis и тяжелыхъ воспаленій тазовой брюшины; потому что въ этихъ процессахъ лежитъ уже противопоказаніе къ натяженію матки. Вотъ почему этому способу всегда слѣдуетъ предпосылать двойное изслѣдованіе, и если имѣешь дѣло съ чрезмѣрнымъ развитіемъ жира, дѣлающимъ невозможнымъ предварительное двойное изслѣдованіе, то способъ этотъ во всякомъ случаѣ долженъ быть примѣняемъ съ величайшей осторожностью. Для распознаванія маленькихъ опухолей въ тазу этого способа не слѣдуетъ примѣнять. Здѣсь онъ не даетъ того, что даетъ при большихъ опухоляхъ, потому что нерѣдко механическія отношенія здѣсь совѣмъ другого рода. Или матка такъ тѣсно спрслась, благодаря перитоническимъ процессамъ, съ опухолями, что она не поддается влеченію внизъ, или опухоли сами опускаются съ маткой и мы ничего не выигрываемъ для діагноза. Само изслѣдованіе всегда должно производиться подь наркозомъ.

§ 23. Дальнѣйшія комбинаціи ощупыванія, кромѣ описанныхъ, со стороны влагалища resp. прямой кишки и брюшныхъ покрововъ, по своему значенію отступаютъ на задній планъ. Проще всего суть изслѣдованія со стороны влагалища и прямой кишки одновременно. Цѣль ихъ исключительно изслѣдованіе Septi recto-vaginalis, которая въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ быть сильно инфильтрована или при брюшной водянкѣ можетъ въ своей верхней части обнаружить наполненіе жидкостью самыхъ глубокихъ частей брюшной полости. Далѣе изслѣдованіе со стороны прямой кишки въ то время, когда палецъ находится во влагалищѣ, можетъ оказаться необходимымъ для опредѣленія того, насколько прямая кишка участвуетъ въ образованіи опухолей, вдающихся въ просвѣтъ влагалища. Насколько этотъ способъ простъ при выпаденіи задней стѣнки влагалища, настолько сложнымъ

<sup>1)</sup> S. Lentz, Beitrag z. gyn. Untersuchung. Strassburg, 1880.

онъ можетъ сдѣлаться при желаніи изучить отношенія прямой кишки къ образованіямъ въ широкой связкѣ, открытіе которыхъ предполагается со стороны влагалища. Наконецъ, для менѣе опытнаго полезно всякій разъ до производства двойного изслѣдованія со стороны прямой кишки и брюшныхъ стѣнокъ убѣдиться введеніемъ пальца во влагалище въ состояніи влагалищной части, которая безъ этого изслѣдованія довольно часто можетъ показаться изслѣдующему пальцу маленькой опухолью.

Другія комбинаціи относятся всегда къ пузырю, къ нимъ я еще вернусь.

§ 24. Недурно, если уже начинающій привыкаетъ наносить на бумагу результаты своего изслѣдованія вмѣстѣ съ краткимъ описаніемъ. При этомъ слѣдуетъ отличать линіи, прямо прощупанныя отъ тѣхъ, которыя должны быть мысленно дополнены, соотвѣтственно положенію вещей; равнымъ образомъ должно ясно обозначить рѣзкіе контуры въ противоположность диффузнымъ границамъ <sup>1)</sup>. Эта привычка дѣлаетъ очевидной для начинающаго необходимость составлять себѣ ясное представленіе объ имѣющемся заболѣваніи и многочисленныя провѣрки покажутъ, насколько, при повторномъ изслѣдованіи и послѣ долгаго времени, пріобрѣтенный опытъ въ состояніи привести къ улучшенію рисунка. Рисунки не суть, положимъ, вещь объективная, а, наоборотъ, всегда заключаютъ въ себѣ нѣчто субъективное. Въ этомъ лежитъ извѣстный недостатокъ, но польза ихъ заключается въ необходимости, по крайней мѣрѣ, начертить все органы, и въ томъ, что мы принуждены отдѣлять дѣйствительно найденное отъ дополняемаго нами.

B. S. Schultze особенно требовалъ такого рода отчета въ результатахъ ощупыванія и первый составилъ схемы, въ которыя слѣдуетъ внести найденное; необходимы для этого тазовой входъ, вертикальный срединный и фронтальный разрѣзъ. Держаться ли этихъ схемъ, или же пріучиться каждый разъ на-ново самому набрасывать рисунокъ—зависитъ отъ способностей отдѣльныхъ врачей <sup>2)</sup>.

§ 25. Примѣненіе изслѣдованія черезъ прямую кишку вмѣсто введенія пальца во влагалище описано впервые во всемъ его значеніи Holst'омъ,

<sup>1)</sup> Какъ на примѣръ укажу на рис. 17 и 28.

<sup>2)</sup> Схемы эти легко могутъ быть нанесены по надобности на всякую страницу скорбнаго журнала при помощи каучуковыхъ штемпелей, пущенныхъ въ продажу инструментальнымъ мастеромъ Haertel'емъ въ Бреславль.

и всякій гинекологъ присоединится къ выраженіямъ признательности, воздаваемымъ Негар'омъ этому методу. Мы обязаны непременно изслѣдовать черезъ прямую кишку, если у насъ остались малѣйшія неясности послѣ двойнаго изслѣдованія черезъ влагалище. Заднюю стѣнку матки, *Ligg. gesto-uterina*, протяженіе опухолей придатковъ по направленію назадъ, все это можно опредѣлить только такимъ образомъ, и нужно себѣ поставить правиломъ всякій разъ, когда наружной рукой не достигаемъ глубины Douglas'ова пространства или когда при этомъ изслѣдованіи остается сомнѣніе, предпринимать двойное изслѣдованіе и черезъ прямую кишку. Довольно часто просто поражаешься результатами послѣдняго.

G. Simon <sup>1)</sup> совѣтовалъ вводить въ прямую кишку для діагностическихъ цѣлей всю руку. Онъ рекомендуетъ этотъ способъ, чтобы ориентироваться насчетъ отношеній задней стѣнки матки и чтобы быть въ состояніи при образованіи опухолей въ брюшной полости легче опредѣлять связь съ маткой. Для обѣихъ цѣлей этотъ приемъ болѣе не нуженъ. Мы вполнѣ обходимся двумя пальцами, если примѣняемъ впервые рекомендованное Негар'омъ искусственное низведеніе матки, и вообще думать, что рука, введенная въ прямую кишку, легко можетъ быть движима во всѣ стороны свободной брюшной полости—это самообманъ. Этому всегда мѣшаетъ *mesogectum*, нижняя часть прямой кишки совершенно неподвижна, верхняя часть и Flexura позволяютъ только очень ничтожныя смѣщенія. Затѣмъ также прямо доказано, что въ отдѣльныхъ случаяхъ этотъ способъ велъ къ смерти вслѣдствіе разрыва слизистой оболочки или даже всей прямой кишки. Впрочемъ, нужно согласиться, что не способъ виной пристраивавшаго вреда, что легкомысленное примѣненіе его или слишкомъ большое насиліе при его примѣненіи привели къ этому неблагоприятному результату. Но такъ какъ мы не можемъ ждать никакой существенной выгоды отъ этого способа, то онъ по справедливости можетъ быть брошенъ.

## Глава 2.

### Изслѣдованіе живота.

§ 26. Рядомъ съ методомъ двойнаго изслѣдованія гинекологъ долженъ владѣть и ощупываніемъ живота чрезъ брюшные покровы. Необходимое для этого упражненіе пріобрѣтается лучше всего наружнымъ изслѣдованіемъ беременныхъ женщинъ. Исключительно одно ощупываніе снаружи должно быть особенно примѣняемо, когда животъ чрезмѣрно растянутъ. Опредѣленіе флюктуаціи, ограничивается ли она опредѣленными отдѣлами, или она распространена по всему протяженію живота, здѣсь такъ же важно, какъ изслѣдованіе конси-

<sup>1)</sup> Arch. f. klin. Chir., т. XV, стр. 99; см. также Landau Arch. f. Gyn. т. VII, стр. 541.

стенці могущихъ встрѣтиться опухолей или особыхъ уклоненій въ формѣ, выдающихся изъ общей округлости. Ощущеніе, получаемое, когда въ асцитической жидкости плаваетъ твердая опухоль, болѣе всего подобно тому, которое получается отъ баллотирующей головки. Тѣ признаки, которымъ прежде придавали столь большое значеніе, какъ плескъ (*Hydatidenschwirren*) и т. п., въ настоящее время сильно теряютъ въ своемъ значеніи. Важнѣе обращать вниманіе на трескъ (*knittern*) при существующей, быть можетъ, опухоли, потому что оно съ полной почти достовѣрностью указываетъ на шероховатости поверхности или на образованіе совершенно свѣжихъ сросшеній.

Результаты ощупыванія снаружи никогда не имѣютъ исключительно рѣшающаго значенія для всѣхъ заболѣваній падающихъ на область гинекологіи; не смотря на то, этому изслѣдованію должно быть уделено много стараній. Гинекологию отъ другихъ дисциплинъ отдѣляетъ именно ощупываніе снаружи. Навыкъ, приобретенный пальцами гинеколога при двойномъ изслѣдованіи, здѣсь ему значительно пригодится. Всегда слѣдуетъ ощупывать, придерживаясь извѣстнаго порядка: сначала изслѣдуютъ вообще животъ, опредѣляютъ присутствіе или отсутствіе опухоли; затѣмъ идутъ консистенція ея и форма—причемъ не слѣдуетъ по одной почковидной формѣ, напр., прямо заключать объ опухоли почки—и, наконецъ, отношеніе новообразованія къ нормальнымъ органамъ.

При затрудненіяхъ отъ напряженія брюшныхъ мышцъ можно порекомендовать и здѣсь примѣненіе *п а р к о з а*.

Всегда, однако, слѣдуетъ присоединить къ нему *д в о й н о е* изслѣдованіе по даннымъ выше правиламъ, потому что только при его помощи можетъ быть распознано участіе или непричастность половыхъ органовъ.

§ 27. Съ ощупываніемъ лучше всего соединить и *в ы с т у к и в а н і е*. Рѣшающаго значенія, которое давали ему раньше, особенно для отличія брюшной водянки отъ опухоли яичника, оно теперь не имѣетъ съ тѣхъ поръ, какъ мы при помощи *Н е г а г о в с к а г о* метода не только не удовлетворяемся диагносцированіемъ опухоли, какъ таковой, но не успокаиваемся до тѣхъ поръ, пока не узнали, изъ какого яичника исходитъ опухоль. Чтобы распознать брюшную водянку, требуется существованіе въ брюшной полости довольно значительнаго количества свободной жидкости. Нерѣдко при чревосѣченіи мы находимъ недіагностированную брюшную водянку. Даже нѣсколько сотъ граммовъ жидкости могутъ, безъ сомнѣнія, ускользнуть отъ нашего распознаванія.

Выстукивание должно, конечно, вообще распознать фигуру притупления при брюшной водянкѣ отъ таковой же при опухоли. Притупленный звукъ на отлогихъ частяхъ, кишечный тонъ на вершинѣ характерны для брюшной водянки. Что при измененіи положенія пациентки измѣняется фигура притупления, тоже извѣстно. Впрочемъ, въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаются отклоненія отъ этого. Объясняются они такимъ образомъ, что снабженные короткой брыжейкой боковыя части ободочной кишки особенно сильно растянуты и прилегаютъ къ боковымъ стѣнкамъ живота, а съ другой стороны количество жидкости такъ велико, что длины брыжейки такихъ кишекъ не хватаетъ для того, чтобы дать послѣднимъ подняться до среднихъ частей брюшной стѣнки.

Если имѣемъ дѣло съ опухолью въ животѣ, то всегда важно выстукивать окружность опухоли и въ особенности обратить вниманіе на то, нѣтъ ли кишечнаго тона между новообразованіемъ и печенью или тазовой стѣнкой. Только какъ рѣдкія исключенія встрѣчаются случаи, въ которыхъ случайно увеличенная печень своей тупостью переходитъ въ тупой звукъ яичниковой опухоли. Равнымъ образомъ, если соответственная опухоль переходитъ по направленію обѣихъ лобковыхъ костей въ кишечный тонъ, можно въ общемъ заключить, что она не происходитъ отъ органовъ малаго таза. Но если кишечный тонъ есть только на одной сторонѣ или на маленькомъ пространствѣ, то не должно упускать изъ виду возможности тазовыхъ опухолей. Случается даже, что опухоль лѣваго яичника, особенно вросшая въ брыжейку Flexigum и не слишкомъ еще разросшаяся, оставляетъ впереди себя всю кишку. Если прежде въ такомъ положеніи мы были безпомощны, то теперь мы поставлены въ возможность дополнить діагнозъ при помощи Hegar'овскаго метода. Тогда получаютъ совершенно особенныя отношенія, если бы даже надъ находящейся подъ сомнѣніемъ опухолью и получался кишечный тонъ. Это можетъ быть объяснено различнымъ образомъ. При кругловатой опухоли мы, само собой разумѣется, должны считать всякій разъ, что самыя наружныя части ея прикрыты кишечникомъ. Но если, дѣйствительно, все тѣло, въ которомъ мы оцупываніемъ распознали опухоль, даетъ тимпаническій звукъ, то дѣло можетъ идти или о разложеніи содержимаго опухоли, или о сообщеніяхъ послѣдней съ просвѣтомъ кишечника, или наконецъ о ложной опухоли, состоящей изъ патологически инфильтрированныхъ и сросшихся между собой кишечныхъ петель. Распознаваніе между этими различными возможностями не всегда легко; и здѣсь двойное изслѣдованіе много поможетъ дальнѣйшему опредѣленію.

§ 28. Выслушиваніе живота имѣеть значеніе только для ограниченной области дифференціальной діагностики беременности во второй половинѣ. Достойны вниманія лишь явленія, происходящія отъ ребенка, такъ какъ имъ принадлежитъ рѣшающее значеніе. Сердечные тоны ребенка при этомъ также важны, какъ и шумы, производимые уже съ 20-й недѣли движеніями ребенка <sup>1)</sup>).

Сосудистые шумы, изохроничные съ пульсомъ матери не ведутъ ни къ какому рѣшенію; они могутъ одинаково принадлежать и беременной маткѣ и брюшнымъ опухолямъ—какъ это доказалъ Winckel <sup>2)</sup> и какъ легко подтверждается на дѣлѣ. Они съ научной точки зрѣнія очень интересны, но для діагностики—безъ всякаго значенія.

Другимъ способамъ исслѣдованія, какъ напр., діафаноскопическому исслѣдованію Schramm'a <sup>3)</sup> пока не можетъ быть придаваемо общаго значенія.

### Глава 3.

## Исслѣдованіе мочеваго пузыря.

Литература: Winckel въ: Handbuch d. Frauenkrankheiten, 2 Aufl. Stuttgart, 1886, т. III, стр. 555.—Nitze, Lehrbuch der Kystoskopie, Wiesbaden, 1889.

§ 29. Объ оцупываніи пузыря и мочеточниковъ было уже упомянуто, но мы обладаемъ еще другими драгоценными приѣмами, служащими непосредственно для исслѣдованія пузыря самого или посредственно для распознаванія заболѣваній матки.

Я начну ихъ разсмотрѣніе общими замѣчаніями объ исслѣдованіи пузыря вообще. Если при введеніи пальца въ рукавъ или прямую кишку не требуется особыхъ приготовленій, и кромѣ наркоза иной разъ требуемъ только отъ исслѣдующаго, чтобы пальцы были начисто вымыты, а ногти были такого свойства, чтобы онѣ не могъ вызывать ими поврежденія слизистой оболочки, то къ исслѣдованію пузыря мы всегда приступаемъ съ особыми антисептическими мѣрами. Можно себѣ сдѣлать доступнымъ пузырь введеніемъ инструмента или пальца. Употребляемые для этого зонды или катетеры, равно какъ

<sup>1)</sup> Olshausen и Schroeder, Geburtshilfe, 10 Aufl. стр. 111. См. также Depaul in Mailliot, Thèse de Paris, 1856 и Preyer, Physiologie des Embryo, Leipzig, 1885, стр. 430.

<sup>2)</sup> Напр., Ber. u. Mittheil. Leipzig, 1874, стр. 273.

<sup>3)</sup> Centralblatt für Gyn., 1888, стр. 471.



руки должны удовлетворять всѣмъ правиламъ, соблюденія которыхъ мы вообще требуемъ отъ нашихъ инструментовъ для оперативнаго вмѣшательства. Они слишкомъ легко могутъ сдѣлаться носителями инфекціонныхъ зародышей, которые въ легко разлагающемся содержимомъ пузыря находятъ себѣ великолѣпную питательную среду. Если даже всѣ эти предписанія исполнены, то необходимо механически очистить снаружи окружность отверстія мочеиспускательнаго канала отъ приставшей слизи и затѣмъ обмыть дезинфицирующей жидкостью. Однимъ словомъ, даже къ простой катетеризаціи у женщины нужно приступать какъ къ операціи. Только такимъ образомъ мы избѣжимъ вреда отъ изслѣдованія. Наконецъ, нужно испытать состояніе мочеиспускательнаго канала въ отношеніи гнойныхъ процессовъ. Слѣдуетъ предварительно убѣдиться давленіемъ на валикъ мочеиспускательнаго канала, не имѣется ли дѣло съ гнойнымъ катарромъ мочеиспускательнаго канала. Въ послѣднемъ случаѣ мы вообще сдѣлаемъ лучше, отложивши изслѣдованіе до тѣхъ поръ, пока онъ не излечится.

§ 30. Исслѣдованіе пузыря можетъ преслѣдовать различныя цѣли. Чаще всего желательно катетеромъ <sup>1)</sup> получить мочу изъ пузыря такой, какая она тамъ есть; такъ какъ слишкомъ часто при произвольномъ мочеиспусканіи присоединяется къ ней слизь изъ влагалища, то у женщины для этой цѣли должна часто производиться катетеризація, чѣмъ у мужчины и, къ счастью, отношенія у женщины такъ просты, что вышущеніе мочи можетъ быть произведено безъ всякой опасности, если только слѣдовали вышеописаннымъ правиламъ чистоты.

Если при умѣренно наполненномъ пузырьѣ желаютъ изслѣдовать стѣнки его, то вводятъ съ тѣми же предосторожностями зондъ, но всегда нужно будетъ имѣть въ виду, что мочевой пузырь у женщинъ не представляетъ простаго полаго шара, а что многочисленныя дивертикулы, въ особенности оба боковые кармана могутъ придавать неправильную форму просвѣту послѣдняго. Исслѣдованія сочетаннаго характера съ введеннымъ въ пузырь зондомъ рѣдко только даютъ важные результаты. Можно будетъ, конечно, одновременнымъ введеніемъ

---

<sup>1)</sup> Форма катетера, во вниманіе именно къ чистотѣ инструмента, въ послѣднее время подвергалась многочисленнымъ видоизмѣненіямъ. Такъ какъ съ одной стороны дезинфекція катетера сохраненіемъ его въ 5%-мъ растворѣ карболовой кислоты или сильнымъ нагрѣваніемъ каждый разъ на спиртовой лампочкѣ легко возможна, а съ другой стороны катетеръ употребляется также для оцупыванія въ самомъ пузырьѣ, то я все-таки считаю гинеколога въ правѣ придерживаться употребляемаго доселѣ «мужскаго» катетера.

пальца во влагалище, опредѣлить, какъ относятся дивертикулы пузыря при выпаденіи. Равнымъ образомъ распознаваніе влагалищной кисты облегчается введеніемъ инструмента въ пузырь, и мы убѣждаемся въ томъ, какъ относится пузырь къ предполагаемому образованію.

Наконецъ, при абсцессахъ, вскрытіе которыхъ необходимо черезъ влагалище, можно будетъ узнать при помощи одновременно введеннаго черезъ мочеиспускательный каналъ зонда, какъ располагается пузырь между опухолью и влагалищемъ. Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ иной разъ можетъ быть важно производство двойнаго изслѣдованія черезъ брюшные покровы и влагалище при одновременномъ нахожденіи инструмента въ пузырь. Тогда, конечно, зондъ долженъ быть переданъ ассистирующей рукѣ.

Но прежнихъ совѣтовъ, относившихся сюда, мы въ настоящее время не можемъ болѣе придерживаться. Въ особенности старый совѣтъ для распознаванія выворота или отсутствіе матки ввести палецъ въ прямую кишку и зондъ въ пузырь можетъ намъ только показать, на сколько мы въ настоящее время въ состояніи вѣрнѣе распознать эти заболѣванія обыкновеннымъ способомъ. Столь-же мало значеніи можетъ имѣть прощупываніе зонда черезъ брюшные покровы.

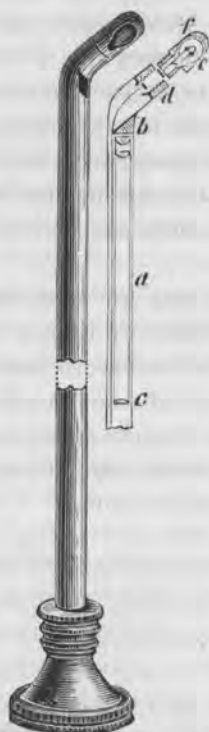
§ 31. Если нужно достигнуть большаго, чѣмъ позволяетъ катетеризація и зондированіе, то для изслѣдованія слизистой оболочки пузыря въ нашемъ распоряженіи находится примѣненіе кистоскопа и введеніе пальца послѣ предварительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала, оба метода другъ друга дополняющіе, но изъ которыхъ теперь вообще должно быть отдано преимущество кистоскопии. Если-же желательно осмотрѣть слизистую оболочку мочеиспускательнаго канала и изъ пузыря достигнуть опредѣленныхъ результатовъ насчетъ заболѣваній матки или придатковъ путемъ ощупыванія, то въ нашемъ распоряженіи находится исключительно расширеніе мочеиспускательнаго канала.

### Кистоскопъ Nitze.

§ 32. Nitze принадлежитъ великая заслуга осуществленія съ неутомимымъ усердіемъ своей задачи освѣщенія и обозрѣванія пузыря легко примѣнимымъ способомъ. Хотя главное поле дѣятельности новаго приѣма — мужской пузырь, но мы должны извлечь выгоду также и для женскихъ половыхъ органовъ. Предложенный Nitze кистоскопъ основывается на принципѣ введенія источника свѣта въ пузырь, полученія уменьшеннаго изображенія отъ возможно большой поверхности и увеличенія послѣдняго.

Батарея съ хромовой кислотой простой конструкціи служитъ источникомъ электрическаго тока, накаливающаго лампочку [Mignon-lämpchen <sup>1)</sup>].

Рис. 1.



Кистоскопъ Nitze. Слѣва инструментъ, справа схематическій разрѣзъ для демонстраціи оптическаго аппарата. *a* трубка инструмента; *b* призма, возлѣ нея чечевица для уменьшенія и переорачиванія изображенія; *c* чечевица для отраженія этого уменьшеннаго и обратнаго изображенія въ прямомъ видѣ на другой конецъ инструмента; *ef* посаживающаяся часть съ накаливающейся лампочкой.

Прямой катетеръ, который долженъ быть сдѣланъ значительно короче и толще, если мы его употребляемъ исключительно для женскаго мочеиспускательнаго канала, заключаетъ въ себѣ проводники къ накаливающейся лампѣ, оптическаго аппарата и на одномъ концѣ легко устанавливающуюся лупу съ приспособленіями для размыканія и замыканія тока. На другомъ концѣ подъ тупымъ угломъ къ катетеру помещается маленькая лампочка, отверстие въ катетерѣ и призма, воспринимающая изображеніе слизистой оболочки пузыря.

Источникъ свѣта, какъ можно глубже введенный въ пузырь, въ совершенствѣ освѣщаетъ внутреннюю поверхность. Изображеніе довольно большой части слизистой оболочки, переломившись въ призмѣ идетъ по главному направленію катетера и тутъ же, благодаря лежащей возлѣ призмы чечевицы дѣлается обратнымъ и сильно уменьшеннымъ. Это уменьшенное изображеніе превращается находящейся въ серединѣ катетера чечевицей въ прямое, отбрасывается къ началу катетера и здѣсь разматривается въ лупу (послѣ точной установки, судя по глазу).

Изъ трехъ инструментовъ Nitze для гинекологіи имѣетъ значеніе только первый.

Примѣненіе инструмента просто. Осторожно нуютъ пузырь и тотчасъ-же наполняютъ его 150 грм. стерилизованной воды вводится дезинфицированный карболовой кислотой инструментъ, покрытый для большей скольз-

<sup>1)</sup> Чтобы не приходилось приобретать слишкомъ много электрическихъ аппаратовъ, не мѣшаетъ знать, что можно пользоваться для этого и токами батареи, употребляемой для электролиза. Нужно брать только 20 элементовъ и дѣйствовать съ осторожностью, большей частью достаточно 25% силы тока.

кости глицериномъ, замыкають токъ — необходимую для освѣщенія силу тока нужно попробовать напередъ — и устанавливають лупу для глаза. Пониманіе изображеній, вслѣдствіе различнаго удаленія слизистой отъ воспринимающей изображенія призмы, не всегда легко, тѣмъ не менѣе при нѣкоторомъ терпѣніи всякій векоръ съумѣетъ ставить болѣе простыя діагнозы. Конечно, и здѣсь попадаются измѣненія, распознаваніе которыхъ относится къ труднѣйшимъ задачамъ, пониманіе которыхъ дѣлается возможнымъ только послѣ долгаго упражненія. Особенно слѣдуетъ всегда помнить, что на одномъ изображеніи видны различныя плоскости, а поэтому и увеличительная сила различна. Все это требуетъ опытности, приобрѣтеніе которой именно относительно женскаго пузыря легко возможно.

Можно будетъ безъ труда изслѣдовать поверхность пузыря какъ въ отношеніи ея цвѣта, такъ и въ отношеніи могущихъ быть разрастаній. Понятное дѣло, распознаваніе опредѣленныхъ новообразованій требуетъ отъ врача, чтобы въ каждомъ случаѣ было извѣстно какое увеличеніе представляетъ это изображеніе. Къ тому-же кистоскопомъ невозможно точно распознать измѣненія мочеиспускательнаго канала.

Но результаты, получаемые при помощи этого метода, вообще довольно точны. Въ особенности я могъ прямо убѣдиться въ томъ, что отношенія нѣкоторыхъ полиповъ гораздо лучше были опредѣлены этимъ способомъ. Слишкомъ легко только ощупывающій палецъ при давленіи мягкія разрастанія къ стѣнкѣ пузыря и даже при стебельчатыхъ образованіяхъ получить впечатлѣніе сидящихъ на широкомъ основаніи новообразованій.

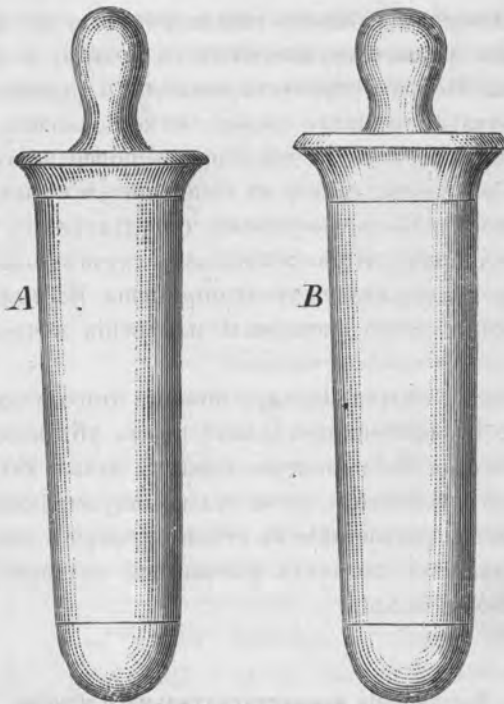
### Расширеніе мочеиспускательнаго канала.

§ 33. Введенію пальца въ пузырь научилъ насъ G. Simon <sup>1)</sup>. Онъ вводилъ въ мочеиспускательный каналъ подъ наркозомъ и при соблюденіи всѣхъ антисептическихъ предосторожностей одно за другимъ шесть зеркалъ постепенно увеличивающейся толщины. Уже послѣ введенія шестаго номера удавалось ввести въ пузырь средней толщины указательный палецъ. Извѣстная выгода этого способа состоитъ уже въ томъ, что выводя зеркало, мы можемъ прямо осмотрѣть слизистую мочеиспускательнаго канала и части пузыря; при постепенномъ выведеніи трубчатаго зеркала показывается большей частью блѣдная слизистая оболочка пузыря, окруженная продольными складками, обликъ

<sup>1)</sup> Volkmann's Vortraege, № 88.

новенно слегка болѣе красными. Если можно обойтись безъ этого осмотра мочеиспускательнаго канала, то можно, конечно, достигнуть того-же результата, употребляя ниже описанные расширители применяемые для шейки матки. Если цѣлью расширенія служить исследование тазовыхъ органовъ, то опять-таки, конечно, можно примѣнить послѣдніе инструменты.

Рис. 2.



2 расширителя мочеиспускательнаго канала гезр. зеркала для мочеиспускательнаго канала G. Simon'a. A меньшее; B большій инструментъ.

Введенный подъ наркозомъ, послѣ достаточнаго расширенія уретры, палецъ само собою разумѣется, ориентуруется прежде всего относительно свойства слизистой оболочки. Затѣмъ рукой, положенной на брюшные покровы, опредѣляютъ толщину стѣнокъ пузыря. Потомъ нужно постараться, ввести палецъ во влагалище или прямую кишку, опредѣлить половые органы или опухоли ихъ, если они сѣть. При этомъ надо напомнить, что результаты въ послѣднемъ отношеніи вовсе не столь выдающіеся, чтобы нужно было часто прибѣгать съ этой цѣлью къ этому способу. Настоящимъ полемъ для исследования пузыря пальцемъ остаются опухоли, сидяція на передней стѣнкѣ матки

или широкой связки и занимающія особенно область шейки или опу-холи самага пузыря. Причина этого ограниченія заключается въ томъ, что палецъ, введенный черезъ мочеиспускательный каналъ, вслѣдствіе невозможности смѣщать послѣдній, можетъ достать только нижележащія части.

§ 34. Но особенныя выгоды расширенія мочеиспускательнаго канала мы найдемъ далѣе въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при оперативныхъ вмѣшательствахъ непремѣнно необходимо не затрогивать моче-выхъ путей, такъ при атрезіяхъ половаго канала. Здѣсь для діагноза заболѣванія самага необходимо опредѣлить, какъ близко отъ рубца проходить пузырь.

Въ расширеніи мочеиспускательнаго канала лежитъ нерѣдко нѣко-торый вредъ. Я не касаюсь того, что наружный край уретры надры-вается и этимъ дается поводъ къ кровоточеніямъ: маленькое повреж-деніе легко можетъ быть зашито иглой. Я совершенно также не упо-минаю о возможности инфекціи, потому что именно при этого рода вмѣшательствахъ я считаю необходимой совершенно особенную анти-септику.

Но нельзя отрицать, что въ отдѣльныхъ случаяхъ расширеніе мо-чеиспускательнаго канала можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ по-стоянное или, по крайней мѣрѣ, довольно продолжительное недержаніе мочи. Съ этимъ врачу всегда нужно считаться, прежде чѣмъ рѣ-шиться примѣнить этотъ методъ изслѣдованія. Такого именно рода функціональныя нарушенія, слѣдующія за изслѣдованіемъ, обыкно-венно больше всего и ставятся врачу въ упрекъ.

Но за исключеніемъ заболѣванія моче-выхъ путей послѣ вышеиз-ложеннаго, область этого метода, теперь довольно ограничена. Отъ опцупыванія пузыря можно извлечь выгоду собственно при атрезіяхъ, абсцессахъ или опухоляхъ. Если дѣло идетъ о заболѣваніяхъ моче-выхъ путей, то въ особенности въ тяжелыхъ случаяхъ уретрита рас-ширеніе составляетъ уже также начало рациональной терапіи. Если послѣ изслѣдованія зондомъ является подозрѣніе на счетъ ограничен-ныхъ новообразованій пузыря, то для болѣе точнаго діагноза мнѣ ка-жется необходимымъ сначала примѣненіе кистоскопа, и если только послѣдній оставляетъ сомнѣніе (я убѣжденъ, что при болѣе продолжительномъ упражненіи у всякаго будетъ оставаться все менѣе и менѣе сомнительныхъ случаевъ послѣ примѣненія кистоскопа) слѣ-дуетъ прибѣгнуть къ расширенію мочеиспускательнаго канала. Ком-бинированіемъ затѣмъ обоихъ методовъ, мы лучше распознаемъ суще-

ствуюція, быть можетъ, измѣненія или поврежденія слизистой оболочки пузыря, чѣмъ зондомъ, пальцемъ или кистоскопомъ однимъ.

Съ цѣлью также обозрѣнія слизистой оболочки пузыря можно съ успѣхомъ примѣнять Simon'овскія зеркала, если они уже были употреблены съ другой цѣлью и если послѣ ощупыванія пальцемъ оказалось, что слизистая на всѣхъ мѣстахъ представляетъ одинаковое свойство. Тогда достаточно даже осмотрѣть одно только мѣсто, чтобы заключить, что и другія имѣютъ такой-же видъ. Только, если, судя по результату ощупыванія, имѣются ограниченныя заболѣванія, при которыхъ осмотръ этихъ мѣстъ обѣщаетъ большую достовѣрность диагноза, только тогда станемъ прибѣгать исключительно къ кистоскопу. Если ограниченное измѣненіе есть опухоль, то, впрочемъ, отъ осмотра можно вообще ждать гораздо меньшаго, нежели отъ микроскопическаго изслѣдованія маленькихъ частицъ опухоли. Изъ этихъ разсужденій вытекаетъ болѣе важное значеніе кистоскопіи, и послѣдняя все болѣе ограничить примѣненіе расширенія мочеиспускательнаго канала, особенно когда распространится употребленіе инструмента.

§ 35. Рѣже всего гинекологу придется имѣть дѣло съ инструментальнымъ изслѣдованіемъ мочеочечника въ. Только вопросъ о томъ, здорова-ли та или другая почка при заболѣваніи одной стороны, далѣе рѣдкая возможность запиранія одного или другаго мочеточника камнемъ и наконецъ вопросъ о томъ, насколько въ фистулѣ мочевыхъ путей участвуетъ и поврежденіе мочеточника, только эти вопросы дадутъ основаніе для зондированія или катетеризаціи мочеточника, причемъ, смотря по показанію, примѣняется тотъ или другой инструментъ.

Но и при этихъ показаніяхъ инструментъ Nitze ограничить ихъ примѣненіе. Если мы желаемъ различить макроскопически различный секретъ обѣихъ почекъ, то это теперь съ положительностью возможно при помощи кистоскопа. Вопросъ о томъ, имѣется-ли химическая разница, встрѣтится намъ гораздо рѣже. Иной разъ, впрочемъ, въ видѣ исключенія, здѣсь понадобится катетеризація. Наибольшее значеніе она будетъ имѣть въ вопросѣ объ участіи мочеточника въ фистулѣ. Между предложеніями, мнѣ кажется, наименѣе имѣющимъ значеніе едѣланное Pawlik'омъ, который такимъ путемъ желаетъ отличить опухоли почекъ отъ яичниковыхъ <sup>1)</sup>.

Но между предложенными для этого способами приѣмъ Pawlik'a <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Internat. klin. Rundschau 1887, 14—16.

<sup>2)</sup> Arch. f. Gyn. т. XVIII, стр. 491.

самый важный. Онъ обращаетъ вниманіе на то, что при обнаженіи, особенно въ коленно-локтевомъ положеніи, передней стѣнки влагалища, ясно обозначается складка *Ligamenti interureterici*, и тогда безъ дальнѣйшей помощи уже можно ввести черезъ мочеиспускательный каналъ зондъ въ отверстіе мочеточника. Я убѣдился, что при нѣкоторомъ терпѣніи возможно и при обыкновенномъ положеніи какъ видѣть складку, такъ и попасть зондомъ въ отверстіе. Тѣмъ не менѣе, однако, нецѣлесообразно вводить въ качествѣ общаго метода зондированіе мочеточниковъ, а лучше всего, гдѣ въ специальномъ случаѣ это изслѣдованіе окажется необходимымъ, поупражняться въ этомъ приѣмѣ на соответствующей больной; и я ни минуты не сомнѣваюсь, что скоро достигнемъ цѣли.

§ 36. Расширеніе мочеиспускательнаго канала въ отдѣльныхъ случаяхъ примѣнялось уже раньше, какъ съ діагностическими цѣлями такъ и для терапіи. Выработкой методовъ и распространеніемъ ихъ мы обязаны *Gustav'у Simon'у*. Слѣдовать ли вполнѣ его методу, или пользоваться также и другими употребляющимися расширителями все равно. Наибольшее сопротивленіе мы встрѣчаемъ у наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Самъ каналъ легко растяжимъ, и въ глубокомъ наркозѣ запирающая мышца подается безъ труда. Нерѣдко мнѣ удавалось подъ наркозомъ постепенно проникающимъ мизинцемъ войти въ пузырь, и могу только подтвердить относящееся сюда указаніе *Hegar'a*. Послѣ мизинца удается, опять таки постепенно, ввести указательный палецъ. Принципіальной разницы между расширеніемъ пальцами, зондами, или зеркалами, нѣтъ, и отъ первоначальной узости наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала будетъ зависѣть, какой примѣнить способъ.

Зондированіе мочеточниковъ, въ добавленіе къ расширенію мочеиспускательнаго канала, также впервые примѣнялось *Simon'омъ*. Въ трудныхъ случаяхъ, при сильномъ измѣненіи нормальныхъ отношеній отъ стягиванія рубцовъ, дѣйствительно, легче проникнуть въ мочеточникъ, послѣ непосредственнаго нащупыванія отверстія его. Я считаю важнымъ лишь обратить вниманіе на то, что расширеніе мочеиспускательнаго канала, согласно указаніямъ *Pawlik'a*, вообще не необходимо, и это особенно достойно замѣчанія вслѣдствіе указанной выше возможности, что нарушеніе, вызванное расширеніемъ мочеиспускательнаго канала, можетъ оставаться долгое время.

#### Глава 4.

### Примѣненіе маточнаго зонда.

§ 37. Зондъ (см. рис. 3), которымъ мы пользуемся въ гинекологіи, состоитъ изъ умѣренно гибкаго металлическаго прута, прикрѣпленнаго къ небольшой плоской рукояткѣ. Мы обыкновенно придаемъ зонду



легкій изгибъ, вершина котораго должна находиться отъ кончика на разстояніи  $6\frac{1}{2}$  см. и слегка обозначаться маленькимъ возвышеніемъ.

Рис. 3.



Маточный зондъ.

Зондъ долженъ быть раздѣленъ неглубокими поперечными нарѣзами на сантиметры, на своемъ концѣ сначала съузится немного, чтобы затѣмъ перейти въ пуговку въ 2 мм. толщины. Лучше всего употреблять зондъ изъ мѣди, которая не слишкомъ гибка, но позволяетъ все-таки изслѣдователю придавать инструменту особья формы для извѣстныхъ цѣлей.

Маточный зондъ долженъ быть введенъ въ наружный маточный зѣвъ и пройти весь каналъ маточной полости. При введеніи зонда никогда не слѣдуетъ забывать, что мы скользимъ зондомъ вдоль по уже существующему каналу, а не хотимъ просверлить новый; нужно поэтому вести инструментъ возможно легко, захвативши рукоятку большимъ и указательнымъ пальцами одной руки. Введеніе инструмента предполагаетъ, конечно, совершенную его чистоту. Этому требованію удовлетворяютъ, сохраняя зондъ въ 3% растворъ карболовой кислоты и опуская его всякій разъ передъ употребленіемъ въ такой-же растворъ. Но далѣе отъ введенія инструмента требуется, чтобы мы не населили микроорганизмами свободное отъ нихъ по изслѣдованіямъ Winter'a <sup>1)</sup>, тѣло. Впрочемъ, вредъ отъ занесенія зондомъ микроорганизмовъ въ полость не великъ, если имъ не производить раненія или пенаталкиваются на уже существующее. Перваго можно избѣжать, а последнее можно обыкновенно предполагать, и этимъ можетъ быть объяснено то обстоятельство, что такъ рѣдко описываются инфекціонные процессы, вызванные зондомъ. Тѣмъ не менѣе, я считаю врача обязаннымъ имѣть въ виду эту опасность, коль скоро можетъ оказаться необходимымъ вслѣдъ за зондированіемъ оперативное вмѣшательство, и особенно потребуетъ въ этомъ отношеніи осторожности завѣдомо легко кровоточащій эндометрій.

§ 38. Техника введенія состоитъ въ томъ, что помѣщаютъ указательный палецъ одной руки на задней губѣ и даютъ зонду проникнуть по пальцу въ каналъ шейки. Смотря по положенію матки, которое

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. т. XIV, стр. 443.

всегда должно быть известно до зондирования, мы будем способствовать дальнѣйшему вхожденію зонда боковыми отклоненіями, поднятіемъ, оцупываніемъ или поворачиваніемъ рукоятки. Когда зондъ достигаетъ дна матки, ощущается болѣе или менѣе сильное сопротивление.

Нерѣдко полезно отступить отъ этого образа дѣйствій и ввести зондъ не прикасаясь къ влагалищнымъ стѣнкамъ, и послѣ очищенія внутренней поверхности шейки пропитанной антисептическимъ веществомъ ватой; это именно всегда необходимо, или когда намъ нужно оперировать, или когда свойство влагалищнаго секрета производить на насъ серьезное впечатлѣніе. Въ такомъ случаѣ мы сначала обнажаемъ Симон'овскимъ зеркаломъ (см. ниже) шейку и вытираемъ ее, и тогда зондъ проникаетъ въ полость матки подъ руководствомъ зрѣнія. Удаливши зеркала, мы производимъ оцупываніе, помѣщая только одинъ палецъ на влагалищную часть.

Если значительная узость канала представляетъ большое сопротивление проникающему зонду, то никогда не должно употреблять чрезмерной силы давленія, нужно всегда помнить, что поперечныя складки слизистой оболочки шейки довольно часто представляютъ препятствіе, которое лучше всего можно обойти потягиваніемъ зонда назадъ.

Если этимъ способомъ не удастся пойти впередъ, то зондированіе облегчается при помощи потягиванія шейки пулевыми щипцами; вообще, однако, очень рѣдко приходится прибѣгать къ послѣднему.

Кромѣ того, чтобы производить оцупываніе зондомъ, нужно всегда держать палецъ одной руки на маточномъ рыльцѣ, а пальцы другой на рукояткѣ инструмента. Благодаря тому, что обѣ руки одновременно ощущаютъ неровности, если онѣ есть, значительно облегчается распознаваніе даже ничтожныхъ измѣненій.

§ 39. Задача зондирования въ прежнее время, когда двойное изслѣдованіе употребляли въ очень только недостаточной степени, состояла исключительно въ опредѣленіи положенія матки путемъ опредѣленія направленія полости матки. Этой цѣли мы теперь, обладая методомъ двойнаго изслѣдованія, больше не преслѣдуемъ. Во всѣхъ случаяхъ у гинеколога должно быть задачей прежде ориентироваться насчетъ положенія и формы матки. Даже при міомахъ надо стараться всегда достигнуть этого двойнымъ изслѣдованіемъ, хотя я долженъ сознаться, что въ прежнее время, когда это указывалось мнѣ опытными мастерами нашей отрасли знанія, я самъ считалъ это невозможнымъ. Въ настоящее время зондъ долженъ исполнить слѣдующія задачи:

- 1) измѣрить длину полости матки;
- 2) опредѣлить толщину маточныхъ стѣнокъ;
- 3) изслѣдовать содержимое маточной полости и
- 4) свойство слизистой оболочки.

§ 40. Первую задачу технически очень легко исполнить. Когда зондъ своей пуговкой достигаетъ дна матки, кладутъ палецъ на томъ мѣстѣ зонда, которое соотвѣтствуетъ наружному зѣву и одновременно выводятъ изъ полового канала зондъ и палецъ, стараясь не сдвинуть пальца на зондѣ. Затѣмъ прямо отсчитываютъ, насколько зондъ проникъ въ матку. Значеніе этого показанія относительно невелико, въ отдѣльныхъ случаяхъ важно этимъ путемъ подтвердить результатъ двойного изслѣдованія <sup>1)</sup>). Для точной оцѣнки найденнаго числа, а иногда для позднѣйшаго сравненія съ размѣрами, опредѣленными въ другое время, необходимо имѣть въ виду, что, само собой разумѣется, получится разница, смотря по тому, измѣряютъ-ли отъ наружнаго зѣва какъ разъ до середины дна или до трубнаго угла. Только когда мы при всѣхъ измѣреніяхъ обращаемъ на это вниманіе, мы имѣемъ право пользоваться найденными числами для сравненія.

Опредѣленіе длины полости матки имѣетъ гораздо большее значеніе, когда производится совмѣстно со вторымъ показаніемъ, съ опредѣленіемъ толщины стѣнокъ матки. Безъ сомнѣнія, легко опредѣлить разницу, получающуюся при двойномъ изслѣдованіи и зондированіи, если имѣется нѣкоторая опытность въ техникѣ изслѣдованія. Если находятъ, что матка вся увеличена, но зондъ проникаетъ въ полость матки не дальше обыкновеннаго, то нужно признать утолщеніе стѣнокъ матки, между тѣмъ какъ при обыкновенныхъ условіяхъ мы считаемъ толщину стѣнокъ нормальной, если величина матки соотвѣтствуетъ найденной длинѣ. Чрезмѣрное утонченіе стѣнокъ матки равнымъ образомъ нетрудно опредѣлить. Прощупываютъ матку самое по себѣ очень маленькой или, по крайней мѣрѣ, очень узкой, а зондъ проникаетъ въ нее относительно далеко. Полное убѣжденіе въ чрезмѣрной тонкости стѣнокъ получаютъ такимъ образомъ, что при введеніи зондѣ и пуговка его удивительно ясно прощупывается черезъ брюшную стѣнку.

---

<sup>1)</sup> Предпринимать опредѣленіе длины особенными инструментами, позволяющими отсчитывать внѣ половыхъ частей, — бесполезный трудъ; вышеописаннымъ способомъ мы обходимся настолько, что не нуждаемся въ такого рода сложныхъ инструментахъ.

§ 41. Если эти объѣ задачи ни въ какомъ случаѣ не дали-бы зонду обширнаго распространенія, то зато изслѣдованіе полости матки и слизистой оболочки имѣеть величайшее значеніе. Изслѣдованіе содержимаго матки должно быть предпринято, когда полагають, что въ маточной полости содержится полипозная опухоль или большой остатокъ абортивнаго яйца. Нужно совершенно разъяснить себѣ механическія условія ощупыванія зондомъ, чтобы понять предѣлы возможности нащупать полипы или подобныя образованія. Если зондъ наталкивается на тѣло, находящееся въ полости матки, то, чтобы быть узнааннымъ, оно должно сидѣть неподвижно на стѣнкѣ матки. Мы при нормальныхъ условіяхъ потому ясно чувствуемъ сопротивленіе дна матки, что обыкновенно стѣйки матки плотны и крѣпки. Всякое сомнѣніе насчетъ того, достигли-ли мы дна, разрѣшается тѣмъ, что мы или при дальнѣйшемъ подавливаніи зондомъ проникаемъ въ стѣнку или поднимаемъ матку вверхъ. Первое опытный изслѣдователь тотчасъ узнаеть по совершенно особенному ощущенію, получаемому пальцемъ ведущимъ зондъ; послѣднее чувствуетъ палецъ, лежащій на влагалищной части. Но если зондъ наталкивается въ полости матки на мягкое и подвижное по отношенію къ стѣнкѣ новообразованіе, уступающее зонду, то исчезаетъ возможность ощупыванія свободнаго отрѣзка опухоли. Такъ какъ мягкая опухоль уступаетъ зонду, то онъ пробирается впередъ по боковой стѣнкѣ опухоли такимъ же образомъ, какъ и по стѣнкѣ матки. Ощупываніе тогда невозможно. Если въ полости матки содержится яйцо, котораго не распознали при предшествовавшемъ двойномъ изслѣдованіи вслѣдствіе извинительнаго, быть можетъ, недосмотра, то зондъ можетъ вдоль по яйцу проникнуть въ полость reflexae, и можетъ случиться, что единственнымъ бросающимся въ глаза результатомъ зондированія будетъ то, что полость оказывается длиннѣе обыкновеннаго. Что при этомъ яйцо можетъ остаться незамѣченнымъ, вполне объясняется мягкостью и незначительнымъ напряженіемъ нормальнаго яйца.

Если, напротивъ, твердое тѣло, напр. міома, сидитъ въ видѣ полипа на стѣнкѣ, то при широкой ножкѣ мы тотчасъ чувствуемъ сопротивленіе, какъ только зондъ касается міомы, потому что здѣсь зондъ не можетъ ни проникнуть въ опухоль, ни поднять ее вверхъ безъ того, чтобы наружный или внутренний палецъ этого не зналъ. Равнымъ образомъ относится обыкновенно и остатокъ выкидыша, если въ него произошли кровоизліянія, и отъ этого образованіе затвердѣло. Если зондъ натыкается на полипъ съ тонкой ножкой, то діагнозъ можетъ иной разъ быть очень труднымъ, потому что вслѣдствіе длины ножки подвижность становится настолько велика, что приближается къ усло-

віямъ мягкаго полипа. Но довольно часто мнѣ удавалось при болѣе точномъ изслѣдованіи поставить діагнозъ, если сначала чувствовалось зондомъ сопротивление, тотчасъ исчезающее, и если затѣмъ при болѣе точномъ ощупываніи невозможны опредѣленныя движенія зондомъ. Повторно вводи и выводи зондъ, мы можемъ опредѣлить характерныя свойства полипа. Но особенно ясно можно узнать новообразованія въ полости матки, если они отличаются отъ остальнаго вещества матки и представляютъ кругловатыя съ широкимъ основаніемъ выступы. Здѣсь зондъ характернымъ образомъ перепрыгиваетъ черезъ твердое тѣло и всякій разъ, когда зондъ опять достигаетъ этого мѣста, мы получаемъ, тоже ощущеніе.

Изъ этого описанія слѣдуетъ, что во всякомъ случаѣ, діагнозъ пустой маточной полости не всегда можетъ быть установленъ съ полной увѣренностью. Но, не смотря на это, изслѣдованіе маточной полости относительно ея содержимаго очень важно, хотя-бы отрицательный результатъ, смотря по техникѣ изслѣдователя, не имѣлъ почти никакой цѣны. Если мы хотимъ нащупать зондомъ новообразованіе, и если это удалось намъ ясно, то діагнозъ обезпеченъ; но если въ существованіи новообразованія, выполняющаго полость матки, нельзя было убѣдиться и если, въ видѣ исключенія, клиническіе признаки говорятъ все-таки за то, что въ полости матки что-то находится, то необходимо или нѣсколько разъ повторить изслѣдованіе, или обратиться къ другимъ методамъ изслѣдованія, которые, во всякомъ случаѣ, не такъ легко примѣнимы, какъ зондированіе матки. Вслѣдствіе этой именно легкости примѣненія, изслѣдованіе зондомъ для опредѣленія пустоты органа имѣетъ важное значеніе.

§ 42. Изслѣдованіе слизистой оболочки матки составляетъ теперь гораздо чаще причину, изъ-за которой мы предпринимаемъ зондированіе матки. Конечно, и эта задача при зондированіи предполагаетъ большую опытность, въ отношеніи также и нормальныхъ случаевъ. На два свойства эндометрія здѣсь обыкновенно должно быть обращено особенное вниманіе, а именно: на существованіе неровностей на стѣнкахъ и на чрезмѣрное размягченіе стѣновокъ. Неровности, о которыхъ здѣсь идетъ рѣчь, конечно, гораздо меньше только что упомянутыхъ. Здѣсь рѣчь идетъ о небольшихъ пуповчатыхъ выступахъ, не долженствующихъ превосходить по величинѣ просынаго зерна. Опредѣленіе ихъ физически возможно потому, что зондъ, быстро перескакивая черезъ нихъ, и при томъ всегда на одномъ и томъ же мѣстѣ, даетъ намъ возможность убѣдиться въ томъ, что здѣсь имѣется такого рода возвышеніе. При маленькихъ полипоз-

ныхъ возвышеніяхъ можно установить діагнозъ зондомъ только благодаря разницѣ въ консистенціи стѣнки, но никогда не на основаніи прямого оцупыванія возвышенія, какъ такового. При этомъ довольно часто случается, что отдѣльныя маленькія пуговки на оцупъ довольно тверды, и эта особенность объясняется тѣмъ, что при оцупываніи всегда происходитъ нѣкоторое сдавленіе возвышенія, которое въ свою очередь для пальца является въ видѣ большаго сопротивленія.

Чтобы опредѣлить ограниченныя неровности маточной полости, нужно обойти зондомъ съ большой точностью по всей поверхности и при этомъ особенно оцупать тѣ мѣста, которыя при изслѣдованіи оказались чувствительными. Чѣмъ точнѣе научились оцупывать, тѣмъ лучше удастся въ этихъ случаяхъ поставить діагнозъ съ нѣкоторою достовѣрностью.

§ 43. Чувствительность внутренней поверхности матки въ извѣстномъ смыслѣ также служитъ предметомъ изслѣдованія зондомъ, но только какъ патологическій фактъ, причина котораго требуетъ для своего опредѣленія еще дальнѣйшаго изслѣдованія. Безъ сомнѣнія, справедливо, что существуютъ извѣстныя формы заболѣванія эндометрія, при которыхъ болѣзненность внутренней поверхности матки представляетъ, кажется, самый выдающійся результатъ изслѣдованія, тѣмъ не менѣе никогда не слѣдуетъ основывать діагнозъ на показаніи больной, и поэтому я разсматриваю чувствительность эндометрія, только какъ поводъ къ дальнѣйшему изслѣдованію. Нѣтъ никогда болѣзненности безъ того, чтобы не было другихъ признаковъ заболѣванія. Во всякомъ случаѣ важно замѣтить, что болѣзненное оцупаніе вызывается всякимъ новымъ прикосновеніемъ зонда, къ однимъ и тѣмъ же мѣстамъ. Это оказывается вѣрнымъ особенно для угловъ матки, гдѣ отходятъ трубы. Чтобы съ положительностью судить о вѣрности показанія относительно болѣе, полезно предпринимать зондированіе повторно, лучше всего съ промежутками въ нѣсколько дней.

При этомъ, конечно, имѣютъ главнымъ образомъ въ виду то, что нормальный эндометрій нечувствителенъ къ осторожному прикосновенію зонда, и задача изслѣдователя при существованіи болѣзненности опредѣлить мѣсто ея. Здѣсь можетъ идти рѣчь объ эндометріи или брюшинномъ покровѣ матки. Третій пунктъ, отъ котораго можетъ исходить извѣстное болевое оцупаніе, это внутренній маточный зѣвъ; если онъ не слишкомъ широкъ, то въ моментъ прохожденія зонда появляется боль, тотчасъ-же исчезающая, какъ только пуговка зонда проникла въ полость. Если теперь водить зондомъ по маткѣ, то при

извѣстныхъ формахъ болѣзни случается, что всякій разъ, когда зондъ прикасается къ эндометрію или плотно придавливается къ стѣнкѣ, вызывается рѣзкая боль. Она тотчасъ опять появляется при всякомъ новомъ прикосновеніи къ эндометрію или, при ограниченной болѣзненности, къ заболѣвшему мѣсту. Боль большей частью остается, и по удаленіи зонда, и больныя даже могутъ впасть въ обморочное состояніе. Совершенно иначе обстоитъ дѣло, если боль зависитъ отъ заболѣванія брюшины. Здѣсь боль происходитъ при движеніи матки, она сидитъ въ обширныхъ сращеніяхъ или въ негладкихъ поверхностяхъ брюшины, трущихся другъ о друга. Зондъ, проходя черезъ внутренній маточный зѣвъ, часто слегка выпрямляетъ матку: тогда-то и можетъ появиться боль. Если полость матки довольно обширна, то дальнѣйшее ощупываніе ея едва-ли будетъ сопровождаться, болѣзненными ощущеніями, но если полость матки тѣсна, или если вообще чувствуютъ, что, при всякомъ ничтожномъ движеніи палочкой зонда, движется и влажливая часть, то, при существованіи боли, ее слѣдуетъ относить не насчетъ полости матки, а насчетъ брюшины. Важно, чтобы существованіе хроническаго воспаленія тазовой брюшины никогда не ускользало отъ точнаго ощупыванія брюшныхъ органовъ, и въ немъ всякій разъ слѣдуетъ видѣть противопоказаніе къ легкомысленному введенію въ матку зонда. Констатированіе заболѣваній эндометрія имѣетъ мало значенія при существованіи еще выраженныхъ периметритовъ, потому что послѣдніе должны быть разсматриваемы, какъ противопоказаніе ко всякому терапевтическому вмѣшательству на внутренней поверхности матки, за исключеніемъ развѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ послѣдняя поражена ракомъ.

Если чувствительность гнѣздится въ эндометріи, то необходимо всякій разъ опредѣлять зондомъ объективныя измѣненія ея; это не всегда легко удастся потому что въ типическихъ случаяхъ, въ моментъ прикосновенія къ эндометрію паціентка большей частью приходитъ въ сильное безпокойство, и дѣлаетъ поэтому невозможнымъ всякое подробное ощупываніе. Но точный діагнозъ заболѣванія эндометрія не требуетъ опредѣленія чувствительности, а требуетъ распознаванія вышеупомянутымъ образомъ объективныхъ измѣненій слизистой оболочки.

§ 44. Гораздо труднѣе еще опредѣлить зондомъ ненормальную мягкость стѣнокъ; она относится, конечно, только къ слизистой оболочки. Въ моментъ прикосновенія зондомъ къ эндометрію получается ощущеніе, какъ будто проникаешь инструментомъ въ стѣнку, и получается оно на всѣхъ мѣстахъ матки. Это ощущеніе легко можно

отличить отъ обыкновенно большей частью встрѣчаемыхъ при зондированіи гладкости и сопротивленія.

Анатомически это до сихъ поръ мало замѣченное состояніе характеризуется сильнымъ разлитымъ набуханіемъ всего эндометрія; мы ощущаемъ здѣсь зондомъ, что прикасаемся къ поверхности слизистой оболочки, но не достигли еще до нормальнаго сопротивленія маточнаго вещества. Ощупывая очень осторожно, мы можемъ опредѣлить и это явленіе мягкости, и вмѣстѣ съ тѣмъ, большею частью, острое набуханіе эндометрія.

Техника изслѣдованія для обѣихъ цѣлей состоитъ въ томъ, что вводятъ зондъ въ полость матки и, не нанося поврежденія стѣнкѣ, плотно придавливаютъ пуговку зонда къ стѣнкѣ матки. Лучше избрать себѣ на передней стѣнкѣ матки недалеко отъ дна и не слишкомъ удаленную отъ одного изъ краевъ точку, отсюда затѣмъ, употребляя тоже давленіе, переходить по передней стѣнкѣ къ другому краю. Эти движенія повторяютъ на разной высотѣ передней, а затѣмъ и задней стѣнки. При нѣкоторомъ опытѣ здѣсь тотчасъ можно будетъ отличить, имѣется ли дѣло съ неровнымъ мѣстомъ прикрѣпленія послѣда послѣ выкидыша, или съ характерными неровностями, встрѣчающимися при эндометритѣ.

§ 45. Хотя опасности отъ изслѣдованія и не велики, однако, изслѣдователь долженъ знать ихъ. На возможность введенія инфекціонныхъ веществъ въ полость матки было уже указано выше и тамъ же говорилось о мѣрахъ для огражденія отъ нихъ. Затѣмъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность вызвать связаннымъ часто съ зондированіемъ движеніемъ матки обостреніе процессовъ въ тазовой брюшинѣ, если они существуютъ.

На этомъ основаніи настоятельно требуется передъ введеніемъ зонда произвести точное двойное изслѣдованіе. Смотря по результату послѣдняго, этой манипуляціи вовсе не производятъ, если процессы въ брюшинѣ имѣютъ слишкомъ угрожающій характеръ; въ другихъ случаяхъ, смотря по найденному положенію и формѣ матки, измѣняютъ направленіе или форму зонда. Если вообще обращать на это вниманіе и всегда избѣгать зондированія при периметритахъ, то едва ли произойдетъ въ этомъ отношеніи какой-либо вредъ.

Противопоказанія къ примѣненію зонда я нахожу такимъ образомъ въ беременноти, даже только предполагаемой, въ остромъ периметритѣ и, наконецъ, въ чрезмѣрной мягкости маточной мускулатуры, какой она особенно часто встрѣчается въ болѣе



позднее время послѣ родового періода и при изнурительныхъ болѣзняхъ.

Послѣднее особенное качество стѣнки можетъ именно обусловить возможность прободенія стѣнки зондомъ. Это прободеніе маточной стѣнки зондомъ составляетъ испріятность, которую осторожный врачъ всегда долженъ имѣть въ виду. Впрочемъ, мы изъ достаточнаго опыта знаемъ, что серьезной угрозы для жизни въ этомъ нѣтъ; какъ это ни удивительно, за однократнымъ проведеніемъ инструмента черезъ маточную стѣнку никогда не слѣдовало даже только раздраженіе брюшины. Зондъ всегда былъ чистъ, и этимъ объясняется все. Но не смотри на это, всегда слѣдуетъ избѣгать прободенія матки, а если оно произошло, то, по крайней мѣрѣ, непременно опредѣлить его.

Осторожно водя инструментомъ, мы въ огромномъ большинствѣ случаевъ, будемъ чувствовать часто даже незначительное сопротивленіе мягкой маточной стѣнки и будемъ избѣгать всякаго дальнѣйшаго движенія впередъ. Но, что зондъ вбуравливается въ самую стѣнку, можно замѣтить по, хотя и немного увеличенному, сопротивленію, продолжительное время оказываемому инструменту, а совершившееся прободеніе характеризуется удивительной легкостью, съ которой удастся теперь движеніе впередъ и въ стороны.

Предрасположеніе маточной ткани къ прободенію не всегда, по крайней мѣрѣ, столь явно, чтобы прямо обвинить его или напередъ діагносцировать. Но послѣродовое состояніе матки и ослабленіе, предполагаемое у очень изнуренныхъ субъектовъ, должны напоминать о возможности прободенія, и потому побуждать къ особенной осторожности. Однако, рѣшительно попадаются отдѣльные случаи, въ которыхъ прободеніе происходитъ вопреки всякимъ ожиданіямъ. Если мы замѣтимъ, что зондъ проникъ въ стѣнку или совершенно проткнулъ матку, то нужно немедленно вывести его назадъ.

Зондированіе трубы, по точнымъ наблюденіямъ Biedert'a <sup>1)</sup> и др., возможно, если маточное устье трубы очень широко. Но это случается, однако, только тогда, когда и весь каналъ трубы расширенъ, а поэтому и стѣнка гораздо толще. Послѣднее не должно ускользнуть отъ внимательнаго ощупыванія. Зондированіе предполагаетъ обладаніе въ совершенствѣ двойнымъ изслѣдованіемъ; я считаю ошибкой желаніе еще въ настоящее время замѣнить послѣдній способъ примѣненіемъ зонда. Но при распознанной заблаговременно опухоли трубы мы рѣдко только будемъ имѣть основаніе зондировать и, слѣдовательно, вообще рѣдко наблюдаемое зондированіе трубы и на будущее время останется довольно рѣдкимъ.

<sup>1)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1877, № 41.

## Глава 5.

**Расширеніе полости матки.**

**Литература:** Simpson, Monthl. Journ. of. Med. Sciences 1844, стр. 734.—Sloan, Glasgow med. Journ. 1862.—Sussdorf. Med. Record. New-York. Oct. 1877.—B. S. Schultze, Wien. med. Blätter 1879, № 42, ff. и 1882, № 41, ff.—Peaslee, New-York Med. Journ. 1870, 465.—Tschudowski (Hegar'овское расширение). Gaz. méd. de Strassbourg, 1879 № 10, ff.—Fritsch, Centr. f. Gyn., 1879, № 25.—Schröder, Centr. f. Gyn. 1879, № 24.—Vulliet, Journ. de méd. de Paris, 1887, 24 7—Landau, Volkmann's Sammlung klin. Vortr. № 187 и Deutsche Med. Zeitung.—J. Veit, Zeitschr. f. Geb. и Gyn. т. XIV, стр. 580.

§ 46. До сихъ поръ описанные методы изслѣдованія всё отличаются тѣмъ, что онѣ вообще могутъ быть примѣнены безъ всякаго приготовленія и безъ значительной опасности для женщины. Ощупываніе простирается до наружнаго маточнаго зѣва пальцемъ, до дна матки—зондомъ. Въ нашемъ распоряженіи во всякое время находятся влагалище и прямая кишка въ качествѣ доступныхъ каналовъ. Но при извѣстныхъ обстоятельствахъ показано распространить далѣе эти изслѣдованія ощупывающимъ пальцемъ. Для этого пользуются расширеніемъ канала шейки и полости матки, съ цѣлью введенія туда пальца для болѣе точнаго изслѣдованія. Способы расширенія состоятъ въ извѣстныхъ подготовительныхъ операціяхъ, показанныхъ тогда, когда при помощи до сихъ поръ описанныхъ методовъ изслѣдованія опредѣлено, что болѣе точный результатъ можетъ быть достигнуть только этимъ путемъ.

Область примѣненія этихъ методовъ изслѣдованія во всякомъ случаѣ немного ограничена, благодаря тому, что мы научились микроскопомъ узнавать заболѣваніе слизистой оболочки послѣ выскабливанія маленькихъ частицъ ея. Но, если результатъ вѣхъ описанныхъ способовъ вызываетъ подозрѣніе, что въ заболѣваніи участвуетъ не одна только слизистая оболочка, то и теперь еще должно быть примѣнено расширеніе маточной полости.

Для этого расширенія шейчнаго канала и полости матки въ нашемъ распоряженіи находятся различные способы: во-первыхъ, надрѣзываніе влагалищной части, во-вторыхъ, введеніе въ шейку набухающихъ веществъ и, въ третьихъ, расширеніе при помощи расширителей.

§ 47. Первый, рекомендованный Schroe'de'гомъ, способъ имѣеть наиболѣе ограниченную область примѣненія. Онъ можетъ быть упо-

требленъ, когда изъ тѣла матки изгоняется маточными сокращеніями постороннее образованіе, будь это ийцо, или полипъ, или болѣе плотнаго свойства раковыя массы, и у наружнаго маточнаго зѣва находить такое сопротивленіе, что напирющее тѣло растягиваетъ полость шейки. Въ случаяхъ такого рода тотчасъ надъ узкимъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ прощупываютъ при двойномъ изслѣдованіи шаровидное растяженіе всей шейки, на которой уже сидитъ пустое и маленькое тѣло матки. Собственно влагалищной части въ смыслѣ втулкообразнаго (*zapfenförmig*) выступа больше не существуетъ; вмѣсто этого влагалищная часть такъ растянута, какъ мы это видимъ въ первую половину періода раскрытія при родахъ или при *Naematometra*. Только въ такого рода случаяхъ, въ которыхъ, такимъ образомъ, верхняя часть шейки и внутренній маточный зѣвъ расширены дѣйтельностью маточнаго тѣла, можетъ имѣть смыслъ проникнуть пальцемъ въ самую полость матки, помощью простаго надрѣзыванія влагалищной части. Операция очень несложна. Обнажаютъ *Simon'овскимъ* зеркаломъ влагалищную часть, захватываютъ переднюю или обѣ губы пулевыми щипцами, и послѣ надлежащей дезинфекціи, надрѣзываютъ чистыми ножницами стѣнку на обѣихъ сторонахъ на 2—3 см. Если имѣть дѣло съ подходящими случаями, то безъ труда видно будетъ лежащее въ полости шейки тѣло, а если оно не особенно велико, то даже прямо вступитъ во влагалище, и палецъ или мимо него, или тотчасъ вельдъ за его выходомъ, будетъ въ состояніи констатировать связь неизвѣстной опухоли съ маточной полостью. Равнымъ образомъ почти всегда возможно будетъ давленіемъ снаружи вывернуть тѣло матки на подобіе пальца перчатки. Поэтому одновременно съ диагнозомъ способъ этотъ служить и началомъ надлежащей здѣсь терапіи. Боковые разрѣзы, конечно, вельдъ затѣмъ опять закрываются швомъ.

§ 48. Расширеніе шейки набухающими веществами равно какъ и надрѣзываніе наружнаго маточнаго зѣва, должно быть понимаемо, какъ діагностическая операция, и поэтому должно быть предпринимасмо со всеми антисептическими предосторожностями. Началомъ всегда должно служить очищеніе наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища, и влагалищной части. Набухающія вещества можно брать различныя. Для этой цѣли могутъ быть рекомендованы или конусы изъ прессованной губки, или палочки *Laminariae digitatae*, или *Tupelo* (*Nyssa aquatica*) или маленькіе ватные шарикъ, или, наконецъ, полоски газа. Скорѣе и въ тоже время вѣрнѣе всего ведутъ къ цѣли палочки ламинарии. Антисептиче-

ское приготовленіе ихъ производится лучше всего такимъ образомъ <sup>1)</sup>, что ихъ сохраняютъ въ жидкой чистой карболовой кислотѣ и за короткое время до употребленія ополаскиваютъ въ 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> карболовомъ растворѣ. Ихъ введеніе производится въ Simon'овскомъ зеркалѣ. Обнаживши влагалищную часть, захватываютъ пулевыми щипцами переднюю губу и опредѣляютъ зондомъ точное направленіе канала. Затѣмъ медленно вводятъ въ послѣдній, удерживая опредѣленную кривизну шейки, захваченную корнцангомъ палочку, которая, смотря по ширинѣ канала, должна имѣть 2 — 6 мм. въ діаметрѣ. Антисептика соблюдается тѣмъ, что вычищенное влагалище расширяютъ чистыми Simon'овскими зеркалами, и палочка нигдѣ не приходитъ въ соприкосновеніе со стѣнками влагалища. Отхожденіе крови, происходящее изъ шейки въ моментъ введенія, я не могу болѣе считать подобно B. S. Schultze <sup>2)</sup>, противопоказаніемъ къ введенію. Справедливо, положимъ, что отхожденіе крови указываетъ на свѣжее раненіе и что послѣднее легче способно инфицироваться, нежели неповрежденная слизистая оболочка, но я настолько убѣдился въ безопасности приготовленныхъ описаннымъ образомъ палочекъ, что не допускаю возможности инфицировать даже свѣжія раненія.

Здѣсь я хотѣлъ-бы замѣтить, что мнѣ кажется полезнымъ сначала описываемымъ ниже образомъ расширить каналъ шейки миллиметровъ до 6-ти зондами, а затѣмъ уже ввести палочку такой-же толщины. Желаемое расширеніе тогда достигается скоро. Палочка остается 12—24 часа, а затѣмъ захватывается корнцангомъ и извлекается. При этомъ можетъ случиться, что вслѣдствіе особенной неподатливости внутренняго зѣва происходитъ сильное ущемленіе палочки въ этомъ мѣстѣ, и лежащая въ тѣлѣ матки часть сильнѣе набухаетъ. Тогда нерѣдко затрудняется удаленіе, и хорошо поэтому всегда захватывать палочку корнцангомъ довольно высоко. Если палочка въ 6 мм. лежала даже только 12 ч., то уже будетъ возможно введеніе пальца въ полость матки. Но еслибы это было не такъ, еслибы при меньшихъ палочкахъ мы не достигли достаточнаго расширенія, спустя 24 ч., то тотчасъ вводятъ одну или двѣ возможно толстыхъ палочки, которыя, пролежавши опять 12—24 часа, навѣрное уже произведутъ желаемое расширеніе, или уже примѣняютъ расширители.

При введеніи палочки слѣдуетъ кромѣ антисептики особенно обратить вниманіе на то, чтобы она тотчасъ не выскользнула опять и чтобы она не слишкомъ глубоко была задвинута въ каналъ. Въ пер-

<sup>1)</sup> A. Martin, Operative Geburtshülfe, 1877, стр. 15.

<sup>2)</sup> I. c.

вомъ случаѣ мы не достигаемъ цѣли, въ послѣднемъ удаленіе палочки сопряжено съ большими трудностями. Особенно важень, конечно, только первый пунктъ, такъ какъ положеніе палочки за наружнымъ маточнымъ зѣвомъ можетъ быть при удаленіи ея устранено надрѣзываніемъ влагалищной части. Выскальзыванію палочки мы препятствуемъ тѣмъ, что прикладываемъ къ наружному маточному зѣву ватный тампонъ и непосредственно послѣ введенія палочки укладываемъ больную въ постель. Если палочка, не смотря на то, выскальзываетъ, то большей частью имѣемъ дѣло съ какимъ-нибудь недостаткомъ введенія и въ особенности я обращаю въ этомъ отношеніи вниманіе на вѣдываніе палочки въ какіе-нибудь карманы шеечнаго канала.

Другія набухающія средства, по моему, не имѣютъ преимуществъ предъ ляминаріей. Это относится прежде всего къ прессованной губкѣ, введеніе и дезинфекція которой вовсе не такъ просты. Тупело можетъ быть получено большей толщины, чѣмъ палочки ляминаріи; хотя дезинфекція здѣсь возможна такимъ-же образомъ, какъ и при ляминаріи, или-же еще сохраненіемъ палочекъ въ алкогольномъ растворѣ сулемы, но коэффициентъ разбуханія, мнѣ кажется, гораздо меньшій, чѣмъ у ляминаріи. Вкладываніе комочковъ ваты, рекомендованных Vulliet, или іодоформеннаго газа, предложеннаго Lapdau, дѣйствуетъ, какъ кажется мнѣ, слишкомъ медленно для діагностическихъ цѣлей. Нельзя съ увѣренностью рассчитывать, что даже въ дважды, трижды по 24 часа каналъ шейки дѣйствительно расширится на столько, чтобы возможно было войти пальцемъ. Кроме того надо имѣть въ виду, что при этомъ способѣ навѣрное понадобится нѣсколько разъ мѣнять вату или іодоформенный газъ и, что, благодаря этому, будетъ достаточно затруднено соблюденіе строжайшей антисептики. Я видѣлъ послѣ этихъ манипуляцій, произведенныхъ другими амбулаторно, довольно тяжелыя заболѣванія, и самъ могъ убѣдиться на нѣсколькихъ случаяхъ въ медленномъ дѣйствіи этого способа. Пусть его примѣняютъ для терапіи, особенно если нужно продолжительное время держать каналъ открытымъ, но для цѣлей діагноза, при которомъ, въ интересахъ больныхъ часто необходимо дѣйствовать съ извѣстной быстротой, я не могу рекомендовать этого способа.

§ 49. Третій приѣмъ для расширенія шейки состоитъ въ примѣненіи зондовъ расширителей <sup>1)</sup>, предложенныхъ съ разныхъ сторонъ. Нельзя не согласиться съ указаніемъ Hegar'a, что 25-ю зон-

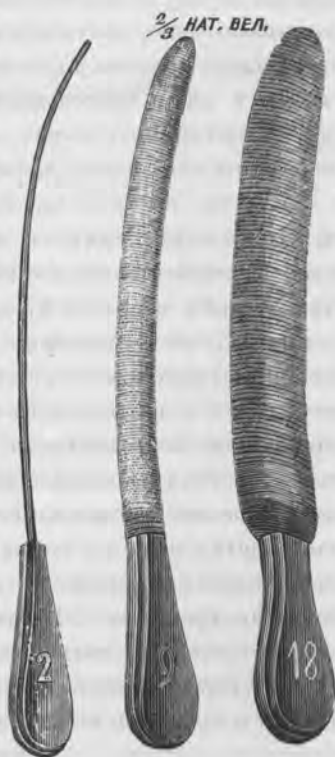
<sup>1)</sup> Tschudowski, а. а. 0.

дами отъ 1 — 25 мм. въ діаметрѣ можно достигнуть расширенія достаточнаго для введенія пальца. Антисептика этого приема рѣшительно наиболѣе совершенная, потому что на нее тратится только нѣсколько минутъ, и этотъ приемъ, по моему мнѣнію, можетъ быть примѣняемъ съ величайшей безопасностью во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ послѣ предшествовавшихъ родовъ шейка была уже когда-нибудь совершенно расширена.

Но и у женщинъ рожавшихъ бываютъ случаи, въ которыхъ сопротивленіе стѣнки шейки настолько велико, что всегда происходятъ разрывы слизистой оболочки или стѣнки шейки. Я ихъ ни въ коемъ случаѣ не могу считать немѣющимися значенія, особенно, если введенный велѣдъ затѣмъ палецъ опять долженъ употребить нѣкоторое насиліе. Я видѣлъ однажды произведенный другимъ разрывъ до параметрія и самъ много разъ получалъ продольныя трещины слизистой оболочки, которыя удержали меня тогда отъ дальнѣйшаго примѣненія этого метода. Замыкающіеся инструменты, рекомендованные впервые Ellinger'омъ и въ послѣднее время особенно Schultze, заключаетъ въ себѣ еще большую возможность вызвать поврежденіе своими стальными браншами.

Существуютъ извѣстные случаи задержанія плаценты, въ которыхъ подъ наркозомъ палецъ всякій разъ проходить черезъ шейку съ нѣкоторымъ только насиліемъ. Въ другихъ случаяхъ это удается при сильномъ потягиваніи матки пулевыми щипцами, и еще въ другихъ случаяхъ сначала съ трудомъ проходитъ мизинецъ, а затѣмъ можетъ быть введенъ уже и указательный палецъ. Наконецъ, есть случаи, гдѣ вообще нельзя пройти пальцемъ безъ предварительныхъ приготовленій. Совершенно аналогично относится шейка и въ гинекологическихъ заболѣваніяхъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ Негар'овское расширеніе удается играючи, въ другихъ случаяхъ, особенно у совсѣмъ

Рис. 4.



Инструменты Негар'а для расширенія шейчнаго канала. Номера на ручкѣ указываютъ діаметръ цилиндра въ миллиметрахъ.

нерожавших или давно уже нерожавших, этотъ способъ можетъ быть приведенъ въ исполненіе лишь съ большими поврежденіями.

§ 50. При выборѣ способа расширенія слѣдуетъ поэтому индивидуализировать. Если шейка подготовлена вышеописаннымъ образомъ, то для расширенія надрѣзываютъ влагалищную часть. Если имѣемъ дѣло съ мягкой шейкой многорожавшихъ и, если при томъ требуется только умеренное расширеніе для выскабливанія или промыванія матки, то примѣняютъ расширяющіе инструменты. Если далѣе сомнительно, достигнемъ-ли мы цѣли и съ ихъ помощью, а между тѣмъ палецъ долженъ быть введенъ непременно, то въ такихъ случаяхъ я расширяю шейку до 6-ти мм., и затѣмъ ввожу ламинарію. Если послѣ удаленія палочки палецъ все-таки не входитъ, то тогда я охотно примѣняю расширители.

Задача, которую мы преслѣдуемъ при расширеніи шейки съ діагностическими цѣлями, кромѣ терапевтическаго показанія заключается въ изслѣдованіи внутренней поверхности матки относительно новообразованій полипознаго характера, во-вторыхъ, въ изслѣдованіи при помощи введеннаго въ матку пальца двойнымъ способомъ стѣнки матки относительно сидящихъ въ ней опухолей и, наконецъ, въ составленіи себѣ представленія при фиксированномъ неправильномъ положеніи о подвижности органа и его связи съ тѣсно прилегающими опухолями. Исполненіе этихъ задачъ, конечно, предполагаетъ совершенное владѣніе вообще двойнымъ изслѣдованіемъ, чтобы прежде всего не употреблять безъ нужды искусственнаго расширенія тамъ, гдѣ можно было-бы обойтись болѣе простыми средствами. Введеніе пальца въ маточную полость часто удается только при сильномъ низдавливаніи дна двойнымъ способомъ. Другаго сорта комбинаціи, кромѣ ощупыванія со стороны маточной полости и брюшной стѣнки, едва-ли у мѣста при этомъ изслѣдованіи.

Примѣчаніе. Способы расширенія при помощи набухающихъ веществъ, особенно прессованныхъ губокъ, употребляются издревле. Употребленіе ламинаріи ведетъ свое начало отъ Sloan'a, распространеніемъ ея въ новѣйшее время мы обязаны особенно В. S. Schultze; вышеописанное антисептическое приготовленіе палочекъ введено А. Martin'омъ; Sussdorf, а за нимъ Landau употребляютъ Тупело. Зонды — расширители впервые примѣнены были Негагомъ. На надрѣзваніе шейки при вышеописанномъ растяженіи впервые обратилъ вниманіе Schroeder. Послѣ предъидущихъ разсужденій о примѣненіи зонда и при удачномъ примѣненіи діагностическаго выскабливанія, полное расширеніе для цѣлей изслѣдованія теперь употребляется гораздо рѣже.

Расширители устроены различнымъ образомъ. Довольно просты инстру-

менты, устроенные по образцу обыкновенных маточных зондовъ и имѣющіе на маточномъ концѣ постепенно увеличивающуюся толщину. Такъ употреблявшіеся Schroeder'омъ инструменты были приготовлены изъ мѣди. Hegar применяетъ гораздо болѣе короткіе конусы изъ твердаго каучука (см. рис. 4). Они, конечно, могутъ употребляться только при обнаженной и сильно низведенной влагалищной части. Fritsch и Schultze рекомендовали подобные же инструменты изъ олова resp. мѣди.

## Глава 6.

### Діагностическое выскабливаніе.

Литература: J. Veit, Centr. f. Gyn. 1878, № 26.—C. Ruge и J. Veit, Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn., т. II, стр. 484, т. VII, стр. 138.

§ 51. Можно прямо, не вводя пальца въ полость матки, добыть острой ложечкой кусокъ слизистой оболочки эндометрія и при помощи микроскопическаго изслѣдованія составить себѣ понятіе, по крайней мѣрѣ, объ имѣющемся предъ нами кускѣ, а при нѣкоторой опытности и о всей слизистой оболочкѣ. Этотъ образъ дѣйствій показанъ, разъ только подозрѣваемъ ракъ или саркому тѣла матки. Подозрѣніе является здѣсь, когда, не смотря на повторное цѣлесообразное лечение, все снова рецидивируютъ кровотеченія изъ тѣла матки, но особенно же, когда вообще кровотеченія появляются въ климактеріи.

Выполненіе способа происходитъ такимъ образомъ, что послѣ основательной дезинфекціи рукъ и инструментовъ, равно какъ особенно влагалища и шейки, сначала ориентироваться при помощи маточнаго зонда насчетъ наиболѣе выдающагося мѣста слизистой оболочки. Такъ какъ мы знаемъ, что обыкновенно злокачественныя заболѣванія начинаются на слизистой оболочкѣ и отличаются неровностью разрастаній и ихъ распадающихся частей, то кусочки, которые должны служить намъ для изслѣдованія, нужно будетъ брать именно отсюда. Полезно для этого расширить каналъ шейки зондами до 4 — 6 мм. Тогда кюрета или острая ложечка проходитъ внутрь очень легко, и короткимъ, сильнымъ влеченіемъ достаютъ слизистую или только съ подозрительныхъ мѣстъ, или со всего эндометрія. Извлеченный матеріалъ очищается отъ крови, обсушивается, по возможности, на пропускной бумагѣ или ватѣ и вслѣдъ затѣмъ тотчасъ кладется въ алкоголь.

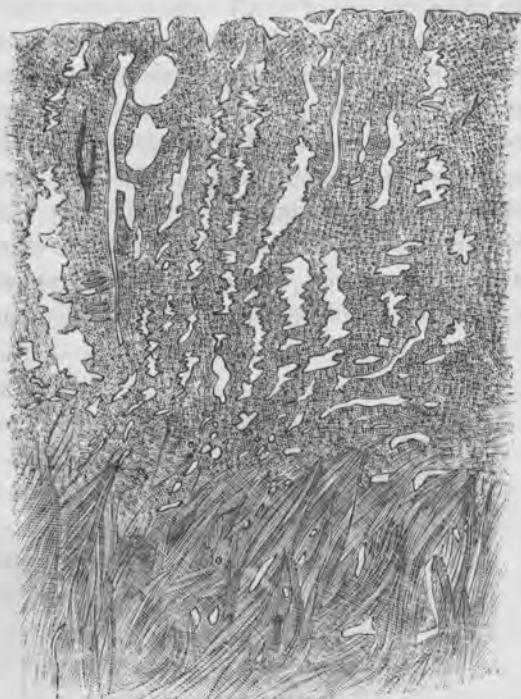


§ 52. Техника микроскопическаго изслѣдованія не отличается отъ вообще употребляемой, однако, каждый работающій много въ этомъ направленіи выработаетъ себѣ схему въ техникѣ. Поэтому, не считая нижеслѣдующаго обязательнымъ, опишу вкратцѣ нашъ образъ дѣйствія. Если только возможно, то уже на свѣжемъ объектѣ должно опредѣлить довольно многое: важны консистенція и цвѣтъ добытаго матеріала, равнымъ образомъ должно быть обращено вниманіе на свойство поверхности вообще и большихъ частей въ особенности. Опредѣленіе свойствъ поверхности на выскобленныхъ кусочкахъ можетъ быть очень затруднительно. Съ особенно важныхъ объектовъ тутъ-же набрасываютъ рисунокъ; затѣмъ кусокъ кладутъ на 24 часа въ абсолютный алкоголь. По большей части затвердѣніе будетъ достаточно только въ видѣ исключенія, объектъ можетъ послѣ сутокъ еще быть слишкомъ мягкимъ; въ этомъ случаѣ онъ опять долженъ быть помѣщенъ въ свѣжій алкоголь. Затѣмъ слѣдуетъ разрѣзываніе препарата. Оно производится лучше всего безъ всякихъ искусственныхъ способовъ включенія (Einbettungsmethoden) и безъ микротомы, прямо рукой и бритвой. При проведеніи разрѣзовъ рекомендуется, если только возможно, на всякомъ разрѣзѣ опредѣлить поверхность и вести разрѣзъ въ перпендикулярномъ къ поверхности направленіи. Часто можно рѣзать въ двухъ различныхъ плоскостяхъ, раздѣливши сначала кусокъ пополамъ перпендикулярнымъ къ поверхности разрѣзомъ и пользуясь затѣмъ полученными такимъ образомъ поверхностями разрѣза. Необработанная половина затѣмъ снова разрѣзается перпендикулярно къ поверхности и такимъ образомъ можемъ получить годные объекты для обѣихъ перпендикулярныхъ къ поверхности плоскостей. Если имѣемъ большіе объекты, то можно ихъ разрѣзать въ глубинѣ также параллельно къ поверхности, но это часто сопряжено съ затрудненіями. Если объекты очень малы и драгоценнаго матеріала немного, то мы его включаемъ въ целлоидинъ: послѣ затвердѣнія въ алкоголь (24 часа) весь матеріалъ кладутъ въ смѣсь алкоголя и эфира на 12—24 часа, смотря по толщинѣ объектовъ, а затѣмъ въ эфирный растворъ целлоидина. Изъ послѣдняго мы черезъ день вынимаемъ аппаратъ и приклеиваемъ къ пробкѣ. Затѣмъ уже производимъ разрѣзы или свободно отъ руки бритвой, или микротомомъ

Дальнѣйшая обработка можетъ быть различной. Втеченіи многихъ лѣтъ намъ большей частью служило окрашиваніе разрѣзовъ квасцовымъ карминомъ, помѣщеніе ихъ затѣмъ въ воду для удаленія излишка красящаго вещества и просвѣтленіе препарата гвоздичнымъ масломъ, послѣ предварительнаго помѣщенія его на 2—3 минуты въ алкоголь.

Изъ этого ряда процедуръ видно, что при помощи нихъ нельзя придти къ опредѣленнымъ заключеніямъ насчетъ жироваго перерожденія, особаго рода химическихъ реакцій клеточнаго содержимаго. Но не смотря на то, заключеніе о гистологическомъ строеніи вырѣзанныхъ кусочковъ всегда было очень точнымъ.

Рис. 5.



*Endometritis glandularis* при слабомъ увеличеніи. Эпителий не нарисованъ.

§ 53. Задача и научное основаніе этого способа заключается въ отличіи доброкачественной слизистой оболочки отъ злокачественной. Предварительно требуется получить безукоризненные микроскопическіе препараты и изслѣдовать ихъ, какъ при слабыхъ, такъ и при среднихъ увеличеніяхъ; первое даетъ намъ общую картину и гораздо важнѣе послѣдняго, развѣняющаго детали.

Нормальные элементы эндометрія, межклеточное вещество, соединительнотканная клетка кругловатой и веретенообразной формы, железы съ однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ мы находимъ при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ; децидуальная клетка и губчатое

строение, обусловливаемое большими лимфатическими пространствами, характеризуютъ выкидышъ. Исчезновение соединительной ткани или инфильтрація ея эпителиальными элементами, измѣненіе цилиндрическаго эпителия железъ въ плоскій, наконецъ спутанныя, на подобіе дождевыхъ червей, сильно разросшіеся железистые элементы, равно какъ появленіе раковыхъ узловъ, все это говоритъ за злокачественный характеръ заболѣванія.

Совершенно невозможно, чтобы такого рода способъ, который предъявляетъ къ изслѣдователю особыя требованія въ отношеніи техники выскабливанія и микроскопированія, могъ сплошь да рядомъ примѣняться всякимъ врачомъ, или чтобы не оставалось отдѣльныхъ случаевъ, въ которыхъ даже послѣ этого способа не все было бы ясно; но выгода этого способа заключается въ томъ, что большинство случаевъ считавшихся прежде совершенно неясными, станутъ, по крайней мѣрѣ яснѣе для того, что пользуется всякимъ случаемъ для изслѣдованія нормальной слизистой оболочки. Опытъ, приобретаемый такимъ образомъ на легко добываемыхъ объектахъ, навѣрное приго-

Рис. 6.



*Endometritis interstitialis* при слабомъ увеличеніи. Эпителий не нарисованъ.

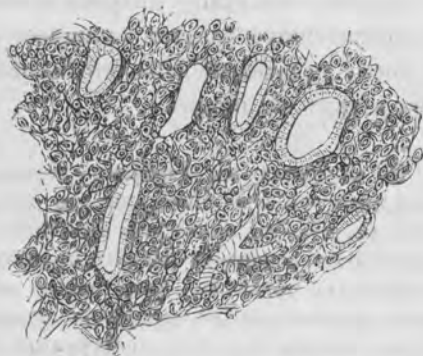
дится въ подходящемъ случаѣ. Возраженія, дѣлавшіеся особенно съ анатомической стороны противъ этого способа <sup>1)</sup>, вообще говоря, не безосновательны; но если особенно принять во вниманіе, что анатому

<sup>1)</sup> Въ новѣйшемъ изданіи «*Mikroskopische Technik*» Friedländer'a, изданной Eberth'омъ, колебанія на стр. 189 стали гораздо меньшими противъ прежнихъ изданій.

до недавняго времени попадались лишь случаи рака тѣла матки, далеко зашедшіе, и поэтому практически совершенно безъ-интересные, и что только гинекологъ, и вслѣдствіе примѣненія этого именно способа, собралъ большой матеріалъ относительно этого заболѣванія, то значеніе такого рода критикъ немного уменьшится. Въ настоящее время, благодаря многократнымъ изслѣдованіямъ, анатомически подготовленный гинекологъ, такъ знакомъ съ нормальной анатоміей эндометрія, что всякія колебанія выясняются путемъ одного только сравненія. Если и послѣ пробнаго выскабливанія діагнозъ остается сомнительнымъ, то, спустя нѣкоторое время выскабливаютъ вторично и сравниваютъ результатъ втораго выскабливанія съ первымъ.

§ 54. Результатъ изслѣдованія выскобленныхъ кусочковъ можетъ быть различнымъ, смотря по тому, какимъ мы при этомъ задаемся вопросомъ. Здѣсь, въ общей части, мнѣ кажется, важно указать, какъ отличить доброкачественное заболѣваніе отъ злокачественнаго. Отвѣтъ здѣсь можетъ быть тройкій: заболѣваніе доброкачественно, сомни-

Рис. 7.



Элементы эндометрія при доброкачественномъ измѣненіи. Болѣе сильное увеличеніе.

тельно, злокачественно. Всякій приступающій къ этимъ методамъ изслѣдованія долженъ всегда добиваться полученія этихъ отвѣтовъ. Если отвѣтъ гласитъ: «заболѣваніе положительно злокачественно», то далѣе уже дѣло клиническаго изслѣдованія, смотря по мѣсту находенія новообразованія, опредѣлить исходный пунктъ и распространеніе злокачественнаго заболѣванія. Этотъ же способъ служить только для качественнаго діагноза. Положительнымъ опредѣленіемъ злокачественности уже сказано: «удали все больное, если только это еще возможно».

Сомнительный результат требует добыванія новаго матеріала для изслѣдованія. Сомнительный діагнозъ слѣдуетъ ставить только тогда, когда матеріала для изслѣдованія было слишкомъ мало (небольшое количество матеріала само по себѣ не должно, однако, подавать повода повсюду выставлять результатъ сомнительнымъ; довольно часто можно съ положительностью опредѣлить злокачественность на самыхъ маленькихъ кусочкахъ), въ противномъ случаѣ это свидѣтельствуется только о недостаточномъ владѣніи методомъ. Отвѣтъ «доброкачественное» долженъ быть данъ лишь тогда, когда на лице есть характерныя нормальныя составныя части эндометрія. Великій, ставящій такой діагнозъ, беретъ на себя отвѣтственность за то, что заболѣвшее мѣсто не составляетъ очага злокачественнаго новообразованія. Дѣло изслѣдователя, подвергающаго объектъ микроскопическому изслѣдованію, позаботиться о томъ, чтобы кусочекъ для изслѣдованія былъ взятъ изъ самыхъ злокачественныхъ, изъ самыхъ подозрительныхъ мѣстъ.

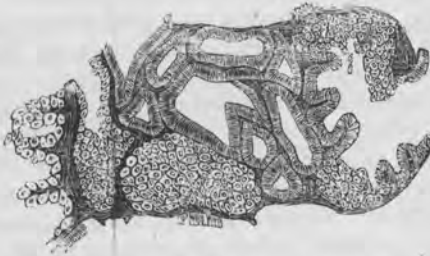
Изъ всего сказаннаго видно, что примѣненіе на дѣлѣ микроскопической діагностики само по себѣ не особенно трудно. Оно только требуетъ, чтобы какъ добывающій отъ больной кусочекъ для изслѣдованія, такъ и предпринимающій микроскопическое изслѣдованіе этого кусочка, въ совершенствѣ владѣли клинической и анатомической діагностикой. По моему желательнo даже, что бы оба эти дѣйствія производились однимъ и тѣмъ же лицомъ.

Примѣчаніе. Не на шутку въ учебники женскихъ болѣзней включена патологическая анатомія. Эти главы не для того написаны, чтобы, быть пропущенными человѣкомъ, занятымъ практикой, а наоборотъ, онѣ дѣйствительно, составляютъ основаніе всякаго правильнаго пониманія патологіи женскихъ половыхъ органовъ. Какъ нельзя назвать гинекологомъ того, который ничего больше не въ состояніи сдѣлать, какъ ввести во влагалище палецъ или зеркало и тамъ предпринять ту или другую мнимую терапію, такъ точно не могу я считать гинекологомъ и того, который не умѣетъ, когда нужно, примѣнять въ своей области ножъ, если не лучше то, по крайней мѣрѣ, такъ-же хорошо, какъ хирургъ; также точно я требую отъ всякаго гинеколога, не желающаго быть рутинеромъ, чтобы онъ лучше или столь-же хорошо владѣлъ микроскопической анатоміей женскихъ половыхъ органовъ какъ патолого-анатомъ.

Чтобы достигнуть этой точки зрѣнія, нужно хорошо знать нормальные элементы тѣхъ частей, изъ которыхъ мы беремъ кусокъ для изслѣдованія. Въ практикѣ дѣло здѣсь обыкновенно идетъ только объ эндометріи и далѣе, какъ будетъ сказано въ слѣдующей главѣ, о влагалищной части. Эндометрій состоитъ изъ железъ съ мерцательнымъ однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ и межжелезистыхъ кѣтокъ. Количественное отношеніе тѣхъ и другихъ другъ къ другу можетъ варьировать въ извѣстныхъ

предѣлахъ, форма желѣзъ можетъ мѣняться, и мы привыкли въ этихъ колебаніяхъ въ относительномъ количествѣ отдѣльныхъ составныхъ частей въ одномъ полѣ зрѣнія, находить моменты, по которымъ мы опредѣляемъ известную форму воспаленія. Если, напротивъ, форма межжелезистыхъ клѣтокъ отклоняется отъ обыкновенныхъ круглыхъ, то опредѣленіе, съ чѣмъ въ данномъ случаѣ имѣется дѣло, подвержено известнымъ трудностямъ потому, что веретенообразныя клѣтки мы находимъ какъ при хроническомъ воспаленіи, такъ и при абортѣ, такъ, наконецъ, при саркомѣ.

Рис. 8.



*Carcinoma corporis uteri.* Различныя формы соединены на одномъ препаратѣ. Въ серединѣ наверху картина такъ называемой *Adenoma malignum*, справа и слева переходъ цилиндрическаго эпителия въ раковыя клѣтки. Въ серединѣ внизу происходящій, по всей вѣроятности, изъ одной железы раковый узелъ.

Особенно извѣстно, что въ децидуальныхъ клѣткахъ нашли физиологическій прототипъ саркоматозныхъ клѣтокъ. Не лишнее будетъ здѣсь, хоть вкратцѣ, по крайней мѣрѣ, поговорить о дифференціальной діагностикѣ этихъ составныхъ частей. Легче всего поставить діагнозъ децидуальныхъ клѣтокъ, такъ какъ довольно рѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ находились-бы децидуальныя клѣтки безъ ворсинокъ ворсистой оболочки. Если послѣднія, дѣйствительно, на лицо, то истолкованіе этого случая, конечно, не представляетъ больше никакой трудности. Исключенія отсюда встрѣчаются особенно при отпадающей оболочкѣ, развившейся при вѣматочной беремености. Если имѣемъ дѣло со свѣжей беременостию, при которой острой ложечкой извлечена неизмѣненная *decidua vera*, то врядъ ли когда возникнетъ затрудненіе въ толкованіи случая: діагнозъ обезпечивается правильностью строенія. Если напротивъ подъ наше изслѣдованіе попадаетъ слизистая оболочка матки, при вѣматочномъ абортѣ, то отличие отъ старыхъ воспаленій не всегда возможно, потому что и при послѣднихъ можно найти веретенообразную форму интерстиціальныхъ клѣтокъ. Здѣсь вообще ничего болѣе не можетъ быть достигнуто, какъ распознаваніе, что «нѣтъ саркомы». Положительный діагнозъ саркомы ставится, когда при правильномъ расположеніи находимъ межжелезистыя клѣтки колоссально увеличившимися и размножившимися (это одно говорить въ пользу отпадающей оболочки), а между этими сильно измѣненными составными частями находимъ кое-гдѣ отдѣльныя совершенно неизмѣненныя железы. Онѣ были-бы замѣнены въ своей формѣ, если-бы имѣлось дѣло съ децидуальнымъ образованіемъ, при интерстиціальномъ эндометритѣ мы не находили-бы такого сильнаго измѣненія межжелезистыхъ

клетокъ. Соответственно свойству саркомы на отдѣльныхъ мѣстахъ еще возможно отличить нормальную ткань отъ отграничивающейся злокачественной и, наконецъ, разсмотрѣніе при слабомъ увеличеніи позволитъ распознать ткань отпадающей оболочки отъ совершенно равномернаго строенія саркомы. При всемъ томъ, попадаются случаи, въ которыхъ часто только обширная опытность въ состояніи устранивъ всякое сомнѣніе, и на этомъ также основаніи мы совѣтуемъ начинающимъ въ гинекологіи прилежно поупражняться въ употребленіи микроскопа.

Кромѣ этихъ измѣненій инстерстиціальной части, діагнозъ злокачественности главнымъ образомъ ставится на основаніи расположенія элементовъ по отношенію другъ къ другу. Это особенно бросается въ глаза при тѣхъ формахъ рака маточной полости, которая въ прежнее время часто описывались, какъ злокачественная аденома. Здѣсь извивающіяся, на подобіе дождевыхъ червей, и какъ будто проростающія другъ друга железы настолько превосходятъ по количеству межжелезистую ткань, что на опредѣленныхъ мѣстахъ ничего другаго не видно, кромѣ разростанія железъ. Если такова главная форма, то въ другихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ измѣненіями эпителія и обыкновенно также межжелезистыхъ клетокъ. Здѣсь встрѣчается многослойность эпителія, которая иногда выражена на всей эпителіальной каймѣ железы, чаще же только на отдѣльныхъ мѣстахъ ея, тогда какъ весь остальной эпителіальный покровъ железы совершенно нормаленъ. Сомнѣнія здѣсь могутъ быть въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Они могутъ основываться только на томъ, что кажущаяся многослойность, быть можетъ, произошла вслѣдствіе косою проведенія разрѣза, но изслѣдованіе многихъ слѣдующихъ другъ за другомъ разрѣзовъ при большемъ увеличеніи разрѣшитъ всякія сомнѣнія. Въ послѣдней формѣ рака мы имѣемъ вѣрное основаніе для діагноза въ превращеніи поперечника железъ въ узлы, лежація въ ткани.

Такимъ образомъ, если существуютъ нормальные элементы слизистой и тѣ, или другіе изъ нихъ только размножились, не вытѣсняя, однако другъ друга совершенно, то имѣется доброкачественный (воспалительный) процессъ. Съ злокачественнымъ процессомъ мы имѣемъ дѣло, когда одни элементы слизистой оболочки настолько вытѣсняють другіе, что послѣдніе кажутся совсѣмъ отсутствующими. Въ послѣднемъ случаѣ должно быть сдѣлано, конечно, упомянутое выше исключеніе при децидуальномъ образованіи. Злокачественный процессъ существуетъ далѣе тогда, когда констатируются опредѣленные характерныя измѣненія въ свойствахъ отдѣльныхъ элементовъ слизистой оболочки. Никогда нельзя требовать, чтобы у живой женщины ставился микроскопическій діагнозъ лишь тогда, когда подлежащая мышечная ткань проникнута элементами слизистой. Мышечной ткани мы никогда не должны удалять при выскабливаніи.

Условія въ шейкѣ и на влагалищной части уже потому гораздо проще, чѣмъ въ эндометріи, что мы можемъ взять изъ этихъ частей какой угодно величины кусочки для изслѣдованія и что мы здѣсь съ гораздо большей достовѣрностью можемъ опредѣлить поверхность. Нормальные, элементы слизистой оболочки этихъ частей состоятъ изъ поверхностнаго плоскаго эпителія, въ которомъ находятся извѣстнымъ образомъ расположенные соединительно-тканные сосочки; изъ железъ шейки, отличающихся наклономъ къ образованію фолликуловъ и въ которыхъ эпителій, при

окраскѣ ядра, характеризуется положеніемъ ядра въ основаніи каждой отдѣльной кѣтки; и, наконецъ, изъ упругой соединительной ткани, въ которой поверхностно заложено болѣе или менѣе сосудовъ, а кое-гдѣ снаружи отъ нихъ и мышечныя волокна.

Злокачественныя заболѣванія выражаются здѣсь тѣмъ, что часто, вмѣстѣ съ разрушеніемъ поверхностнаго эпителиальнаго слоя, въ глубину проникаютъ состоящіе изъ плоскаго эпителия отростки, или что эпителий железъ дѣлается многослойнымъ плоскимъ, или, наконецъ, тѣмъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ здѣсь появляются маленькія железки съ эпителиемъ по типу слизистой оболочки тѣла и проникаютъ по всѣмъ направленіямъ ткань. При этомъ интерстиціальная ткань всегда находится въ состояніи раздраженія, и довольно часто при ракѣ случается, что въ разрозненной соединительной ткани мы находимъ и раковые элементы. Рѣдкій діагнозъ саркомы влагалищной части и шейки можно поставить тогда, когда соединительная ткань обнаруживаетъ извѣстное разрастаніе безъ образованія ограниченнаго эпителиальнаго узла. Здѣсь такъ же, какъ и при саркомѣ слизистой оболочки тѣла матки, діагнозъ саркомы долженъ быть поставленъ лишь тогда, когда при клиническомъ изслѣдованіи диагностирована дѣйствительная опухоль.

Узнать при помощи микроскопа заболѣванія глубже лежащихъ частей представляетъ гораздо меньшія затрудненія, потому что большее количество матеріала въ состояніи здѣсь еще легче, чѣмъ на наружной поверхности влагалищной части, устранить всякое сомнѣніе.

Невозможно, конечно, признать описанный выше способъ изслѣдованія имѣющимъ значеніе для всей патологіи. Онъ немного расходится въ принципіальномъ представленіи объ образованіи опухолей отчасти съ классическимъ ученіемъ Virchow'a, и никогда не слѣдуетъ утверждать, что этотъ методъ изслѣдованія маленькихъ частицъ въ состояніи обезпечить діагнозъ на всѣхъ мѣстахъ тѣла. Но здѣсь, въ женскомъ половомъ каналѣ условія совершенно иныя, чѣмъ на остальныхъ частяхъ человѣческаго тѣла. Нормальные элементы и ихъ расположеніе въ слизистой оболочкѣ матки и влагалища такъ характерны, что уклоненіемъ отъ нихъ мы можемъ воспользоваться для діагноза. Кромѣ того изслѣдованіе исключительно ограничивается слизистой оболочкой. Величайшія затрудненія встрѣчаетъ даже опытный изслѣдователь, когда получаетъ для изслѣдованія кусочки изъ другихъ частей женскаго полового канала. Не стану этого развивать на отдѣльныхъ примѣрахъ. Техника изслѣдованія не сходна далѣе съ справедливо рекомендуемымъ обыкновенно микроскопическимъ изслѣдованіемъ не окрашенныхъ объектовъ. Наша полная схема изслѣдованія развилась постепенно, и она намъ оказала такія услуги, что можно не придавать значенія справедливымъ указаніямъ на односторонность метода. Важны окраска ядра и изслѣдованіе уплотившагося объекта. просвѣтленіе гвоздичнымъ масломъ или глицериномъ приятно. Хотя я и признаю трудность полученія хорошихъ разрѣзовъ изъ столь малыхъ объектовъ, какіе мы здѣсь получаемъ, тѣмъ не менѣе рекомендую предпочесть здѣсь руку всѣмъ инструментамъ, потому что малость объекта при способѣ включенія для микротомы очень легко представить мало опытному затрудненія въ опредѣленіи поверхности. Важно подготовиться къ требованіямъ этой микроскопической техники. Удобныя для упражненія объекты



довольно легко получаются при столь часто необходимомъ выскабливаніи матки. Упражненіе въ микроскопической технику я считаю входящимъ въ предметъ преподаванія гинекологической діагностики. употреблеііе микротомы (Gefriermikrotom) для цѣлей микроскопическаго діагноза здѣсь не очень удобно особенно потому, что, вслѣдствіе затрудненной окраски свѣжихъ объектовъ, затрудняется ясное распознаваніе.

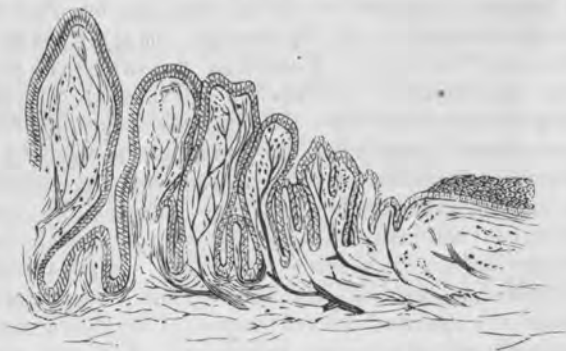
## Глава 7.

### Діагностическое вырѣзываніе.

См. литературу къ главѣ 6-й и Richter, Berlin. klin. Wochenschr. 1879 № 1.

§ 55. Рядомъ съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ маленькихъ кусочковъ эндометрія примѣняютъ также вырѣзываніе, если идетъ дѣло о сомнительныхъ заболѣваніяхъ въ нижней части матки или во влагалищѣ. Серьезность этой операціи еще меньшая, чѣмъ въ полости матки, и значеніе этого метода особенно велико для тѣхъ

Рис. 9.



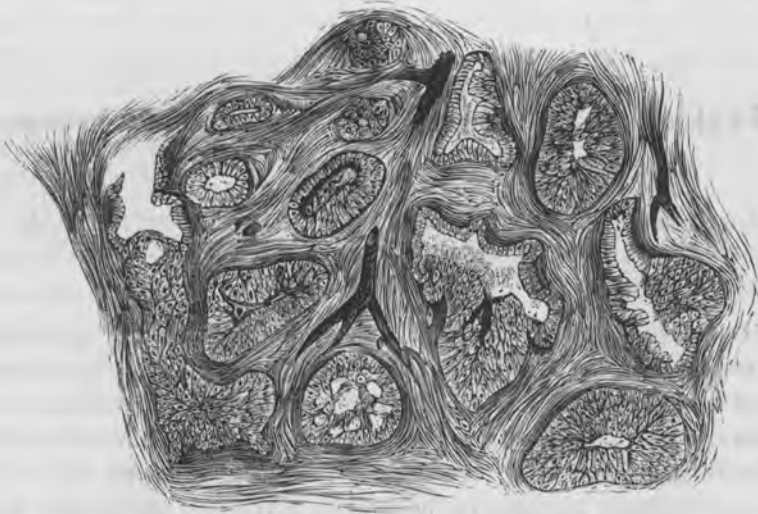
Микроскопическая картина «папиллярной эрозіи» съ ея переходомъ въ нормальный плоскій эпителий.

врачей, которые во всѣхъ случаяхъ пораженія ракомъ одной части матки экстирпируютъ весь органъ, во всякомъ случаѣ больше чѣмъ для врачей, ограничивающихся лишь удаленіемъ пораженной части. Надежность этого метода основывается на наблюденіи, что и въ шейкѣ поверхность матки измѣняется въ значительной степени, тѣмъ-ли, что въ болѣе глубокихъ слояхъ поверхности появляются узлы, или тѣмъ, что измѣняется слизистая оболочка. Если подозрительный на оцупь участокъ оказывается подозрительнымъ также при

осмотрѣ, то, обнаживши его Simon'овскимъ зеркаломъ, вырѣзываютъ большій или меньшій кусокъ ножомъ и пинцетомъ, или маленькимъ инструментомъ, предложеннымъ для этой цѣли Richter'омъ, и останавливаютъ кровотеченіе швомъ, тампономъ или полуторахлористымъ желѣзомъ. Техника гистологическаго изслѣдованія здѣсь таже, что и при выскаблинномъ матеріалѣ.

На вырѣзанномъ кусочкѣ можно будетъ легче установить вѣрный діагнозъ, чѣмъ на выскаблинномъ матеріалѣ. Присутствіе нормальнаго плоскаго эпителия, мало или вовсе неинфильтрованной ткани говоритъ за доброкачественность заболѣванія; присутствіе проникающихъ

Рис. 10.



Микроскопическая картина железистаго рака влагалищной части. Видны другъ возлѣ друга различныя стадіи перехода железъ въ эпителиальные узлы.

вглубь эпителиальныхъ стержней при одновременной инфильтраціи ткани, существованіе въ отдѣльныхъ стержняхъ просвѣта и переходъ нормальной соединительной ткани въ мелкокѣлочко-инфильтрованную, а изъ послѣдней, проходя стадію веретенообразныхъ кѣлокъ, прямо въ эпителиальные элементы, все это указываетъ на ракъ. Особенно у малоопытнаго могутъ возникнуть затрудненія вѣдствие появленія атипическихъ разрастаній эпителия на влагалищной части, какъ они особенно встрѣчаются въ окружности заживающихъ эрозій,<sup>1)</sup> и иной случай можно будетъ разъяснить лишь послѣ продолжитель-

<sup>1)</sup> S. M. Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. т. IV, стр. 331.

наго исслѣдованія и рассмотрѣнія многихъ разрѣзовъ. Но если обратить свое вниманіе на то, чтобы по возможности ни одинъ разрѣзъ не пропалъ даромъ и чтобы было извѣстно, въ какомъ порядкѣ слѣдовали отдѣльные разрѣзы, то неясностей будетъ меньше. Никакой методъ исслѣдованія не можетъ обѣщать намъ вывести насъ вполне изъ всѣхъ затрудненій, но достаточно, если довольно большую часть сомнительныхъ случаевъ можно будетъ разъяснять при помощи микроскопическаго исслѣдованія вырѣзанныхъ кусковъ.

Насчетъ подробностей техники отсылаю къ примѣчанію къ діагностическому выскабливанію (см. выше).

## Глава 8.

### Исслѣдованіе женскихъ половыхъ органовъ помощью зрѣнія.

Литература: С. Mayer, Verhandl. d. Geb. Ges. zu Berlin. 1853, стр. 79.—G. Simon, Ueber die Operation der Blasenscheidenfistel. Rostock. 1872.—Sims, Die Gebärmutterchirurgie. Erlangen. 1866.

§ 56. Осмотръ полового канала можетъ быть произведенъ отчасти просто, отчасти-же только помощью особыхъ аппаратовъ; о методахъ, имѣющихъ задачей опредѣлить измѣненія видимыхъ или лежащихъ въ полости матки частей слизистой оболочки при помощи микроскопа, было только что сказано, здѣсь рѣчь идетъ еще только объ исслѣдованіи наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища, влагалищной части, а иногда нижней части шеечнаго канала при помощи невооруженнаго глаза.

Если прежде послѣдному способу исслѣдованія, особенно зеркаломъ, придавали преимущественное значеніе, то постепенно все болѣе приходили къ убѣжденію, что осмотръ имѣетъ нѣкоторое значеніе лишь въ соединеніи съ двойнымъ исслѣдованіемъ, тогда какъ послѣдняго способа исслѣдованія дѣйствительно иной разъ достаточно одного.

§ 57. Чтобы осмотрѣть промежность и вульву, не требуется никакихъ особыхъ способовъ, только развѣ простое обнаженіе, которое безъ труда можетъ быть достигнуто на всякомъ столѣ для исслѣдованія въ одномъ изъ удобныхъ для двойнаго исслѣдованія положеній. Нѣтъ поэтому основанія ни для осмотра этихъ ни вышележащихъ частей, примѣнять особыя положенія. Крестцово-спинное поло-

женіе и здѣсь имѣетъ въ общемъ тоже значеніе, что и положеніе, какъ при камнебъщеніи, и только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при фиксациіи матки влагалищная часть не опускается внизъ, или въ которыхъ она, вълѣдствіе поднятія матки вверхъ новообразованіями и т. д., очень трудно достижима въ Douglas'овомъ пространствѣ, только въ этихъ случаяхъ мы отдадимъ предпочтеніе первому положенію. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей, слѣдуетъ обращать вниманіе на цвѣтъ слизистой оболочки, особенно требуютъ вниманія врачуетя Bartholin'евыхъ железъ (которыя находятся съ боковъ, какъ разъ кнаружи отъ дѣвственной плевы), потому что на нихъ часто показываются красныя пятна, встрѣчающіяся, безъ сомнѣнія, и на другихъ мѣстахъ вульвы, но представляющія здѣсь важное клиническое указаніе на инфекціонное начало въ некоторыхъ заболѣваній. Въ этомъ отношеніи далѣе достойны вниманія ладьевидная ямка, внутренняя поверхность малыхъ губъ и окружность мочеиспускательнаго канала. О томъ, что въ сомнительныхъ случаяхъ послѣдній тотчасъ долженъ быть испытанъ относительно качества его содержимаго при помощи давленія на валикъ мочеиспускательнаго канала мы уже упоминали.

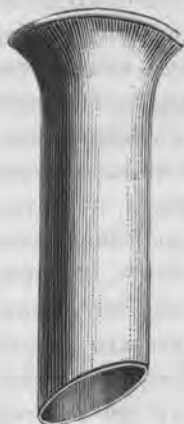
Поврежденія, могущія произойти отъ случайностей при родахъ, также и отъ всякаго рода изъязвленій, сидятъ на задней спайкѣ, равно какъ и въ окружности мочеиспускательнаго канала, и самыя извѣстныя суть поврежденія дѣвственной плевы, на которой мы, по указаніямъ Schroe'der'a<sup>1)</sup>, различаемъ поврежденія при дефлорациі отъ поврежденій при родахъ, смотря по тому, можно ли еще констатировать присутствіе дѣвственной плевы на всемъ первоначальномъ протяженіи, или же она болѣе или менѣе прерывается. Рядомъ съ вопросомъ о существованіи инфекціонныхъ процессовъ, всегда, даже при совершенно нормальныхъ условіяхъ, имѣетъ значеніе цвѣтъ слизистой оболочки, особенно когда вмѣсто блѣдной красноты существуетъ болѣе или менѣе интензивная синяя окраска, такъ какъ по послѣднюю мы разсматриваемъ какъ важное указаніе на возможность беременности.

§ 58. Осмотръ влагалища не возможенъ безъ особыхъ вспомогательныхъ средствъ, и мы употребляемъ для этого зеркала (Specula) различной конструкціи. Каждый изъ гинекологовъ оказываетъ особенное предпочтеніе тому или другому изъ этихъ инструментовъ, а также опредѣленнымъ формамъ, придаваемымъ тому или другому изъ нихъ. Я опишу и порекомендую примѣненіе только двухъ различныхъ

<sup>1)</sup> Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Bonn 1867, стр. 7. Kirk-Duncanson, Ed. Med. Journ., 1878, April.

видовъ, именно трубчатого, впервые примененнаго Саггомъ Мауеггомъ (см. рис. 11), и затѣмъ желобоватя зеркала G. Simon'a (см. рис. 12). Мауегговское зеркало удобнѣе всего сдѣлать такимъ образомъ,

Рис. 11.



Мауегговское зеркало.

чтобы оно представляло полый цилиндръ, на одномъ концѣ косо срезанный, а на другомъ концѣ имѣющій загнутый наружи край. За послѣдній можно легко вести инструментъ, немѣшая себѣ въ осмотрѣ внутреннихъ половыхъ органовъ. Я предпочитаю короткія зеркала, такъ чтобы введенный въ него палецъ могъ иногда также ocupar вставленную въ его верхній конецъ часть. Нерѣдко мы послѣ ощупыванія влагалищной части ожидаемъ совершенно другихъ вещей, чѣмъ потомъ въ дѣйствительности видимъ и, конечно, пріятно убѣдиться тогда въ зеркалѣ въ причинѣ различныхъ результатовъ изслѣдованія. При всемъ томъ, такого рода короткимъ зеркаломъ не всегда легко вставить влагалищную часть; можетъ иной разъ понадобится для осмотра зѣва матки поднять переднюю губу влагалищной части крючкомъ вверхъ. Для особенныхъ случаевъ можно, конечно, имѣть про запасъ немного болѣе длинныя зеркала, но вообще при нѣкоторомъ навыкѣ можно обойтись короткими зеркалами и пользоваться представляемой ими выгодой ощупыванія пальцемъ.

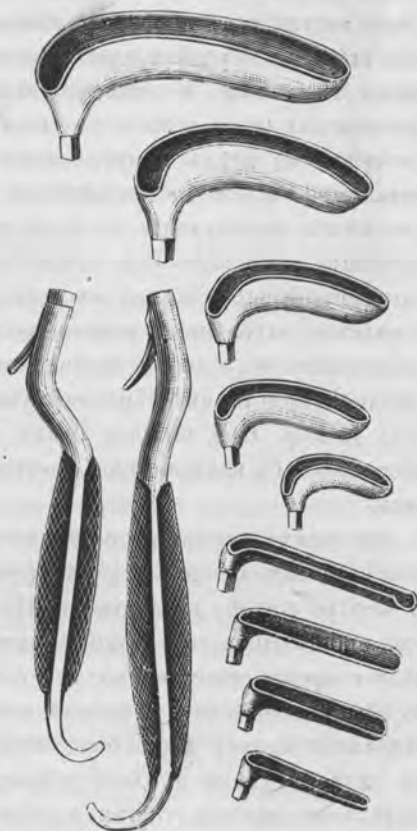
Цѣль, которой мы хотимъ достигнуть этими зеркалами, состоитъ въ осмотрѣ поверхности слизистой оболочки влагалища и влагалищной части. При введеніи зеркала нужно щадить чувствительность пациентки. Кососрезанный конецъ зеркала кладутъ на уздечку и отжимаютъ имъ промежность назадъ. Всегда нужно стараться не сдавить или не инсультировать отверстія мочеиспускательнаго канала, а также не задѣть и клитора. Лишь только вся периферія цилиндра прошла въ начало рукава, то дальнѣйшаго механическаго препятствія для введенія уже не существуетъ. Зеркало скользитъ тогда дальше, и нужно только, избѣгая вращательныхъ движеній, заботиться о томъ, чтобы срезанный конецъ зеркала смотрѣлъ къзади. Во время самаго введенія зеркала нужно прежде всего изслѣдовать слизистую оболочку влагалища, и если она покрыта слизью, то для лучшаго осмотра ее нужно очистить. Пользоваться-ли для этого корнцангомъ<sup>1)</sup>, или пинце-

<sup>1)</sup> Я употребляю корнцангъ изъ твердаго каучука, приготовляемый Leiter'омъ въ Вѣнѣ. Тогда возможна дезинфекція при помощи погруженія въ сулемовый или карболовый растворъ.

томъ, или губкодержателемъ, держащимъ маленькій комокъ ваты, все равно.

Вставленіе влагалищной части большей частью удается безъ труда. Нужно избѣгать отклоненія въ сторону и позаботиться о томъ, чтобы сръзанный конецъ все время былъ направленъ назадъ. Комокъ ваты служить для удаленія съ влагалищной части слизи, препятствующей осмотру. Осмотръ, достигаемый этими зеркалами, все-таки не вполне совершенный. Эти зеркала достаточны только при относительно простыхъ заболѣваніяхъ, однако, нужно вспомнить, что трубчатымъ зеркаломъ слегка раздвигаются обѣ губы влагалищной части и получается отношеніе, не всегда соответствующее дѣйствительно существующей или ожидавшейся послѣ ощупыванія картинѣ. Если получается значительная разница, то нужно употребить упоминаемое ниже Simon'овское зеркало. Однако, довольно часто можно и Мауер'овскимъ зеркаломъ составить себѣ полную картину влагалищной шейки и опредѣлить величину маточнаго зѣва, равно какъ измѣненіе цвѣта и заболѣванія слизистой оболочки. Вообще употребляются зеркала двухъ величинъ, 4-хъ и 3-хъ см. въ поперечникѣ; можно пользоваться еще и третьимъ меньшимъ номеромъ въ 2 см. въ поперечникѣ, для употребленія въ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ нужно ввести зеркало при цѣлой дѣвственной плевѣ. Зеркала должны быть сдѣланы изъ молочнаго стекла или тонкаго фарфора, но можно ихъ сдѣлать и изъ другаго матеріала.

Рис. 12.



Желобоватыя зеркала G. Simon'a.

§ 59. Simon'овскія зеркала (см. рис. 12) состоятъ изъ двухъ частей: желоба для задней стѣнки влагалища и пластинки для передней.

Обѣ имѣютъ длинныя рукоятки, служащія для того, чтобы можно было производить сильное влеченіе ложекъ. Сначала вводятъ заднюю ложку совершенно такимъ же образомъ, какъ трубчатое зеркало, надъ уздечкой и задней спайкой, такимъ же образомъ, по возможности щадя при этомъ чувствительность наружныхъ половыхъ частей. По задней стѣнкѣ эта ложка скользитъ до задняго свода, и ощущивающій велѣдъ затѣмъ палець заботится о томъ, чтобы влагалищная часть дѣйствительно вступила въ просвѣтъ ложки. Когда это произошло, то въ желобъ вводится передняя пластинка и поднимается ею вверхъ передняя стѣнка влагалища, а, слѣдовательно, и влагалищная часть. Теперь влагалищная часть лежитъ уже свободно, и безъ великаго труда можно осмотрѣть во всѣхъ направленіяхъ переходъ влагалищной части на влагалище. Само собой разумѣется, что можно тутъ-же предпринять и дальнѣйшія манипуляціи на влагалищной части, которыхъ я здѣсь не упоминаю, такъ какъ онѣ относятся въ область терапіи. Если кромѣ влагалищной части желательнo также осмотрѣть нижнюю часть шейки, то полезно, захвативши переднюю губу *Muzenich* ескими щипцами и приподнявши ее, а иногда захвативши и заднюю губу другими щипцами и раздвинувши такимъ образомъ губы, сдѣлать себѣ доступной нижнюю часть шейки. При помощи этихъ зеркалъ можно превосходно осмотрѣть своды съ влагалищной частью, равно какъ любую часть влагалища.

Для этихъ зеркалъ пользуются, согласно первому указанію *Simon'a*, большей частью двумя рукоятками, къ которымъ подходят по четыре желоба и пластинки. Прикрѣпленіе послѣднихъ къ рукояткамъ происходитъ при помощи пружины, устройство которой въ послѣднее время существенно улучшено *Härtel'омъ* (въ Бреславлѣ). Но обыкновенно не нужно всѣхъ четырехъ нумеровъ, а для цѣли изслѣдованія вполне достаточно двухъ желобовъ различной величины для задней стѣнки и одной небольшой пластинки для передней. Для болѣе совершенной чистки я сдѣлалъ себѣ эти инструменты изъ одного куска, двѣ ложки для задней стѣнки и одну для передней.

Разница между обоими видами зеркалъ та, что въ *Maueg'овскомъ* зеркалѣ мы получаемъ поверхностную картину всего влагалища, въ *Simon'овскомъ* же — полную. Невыгода послѣднихъ заключается единственно въ томъ, что они для своего примѣненія требуютъ ассистенцію, потому что даже вытираніе слизи съ влагалищной части требуютъ уже третьей руки, такъ какъ обѣ руки врача заняты ложками зеркала. Но въ виду того, что для управленія *Simon'овскимъ* зеркаломъ, когда оно уже введено, достаточно какой-бы то ни было помощи, то я не могу въ этомъ видѣть вообще упрека его примѣненію.

Въ отношеніи чистоты оно превосходитъ все аппараты, въ которыхъ передняя и задняя ложки соединены другъ съ другомъ при помощи винтового механизма, а всякій гинекологъ знаетъ, какъ настоятельно необходима самая совершенная чистота именно при примѣненіи зеркаль. Переносъ инфекціонныхъ веществъ можетъ послѣдовать отъ, повидимому, совершенно здоровыхъ женщинъ просто черезъ зеркало. Поэтому для изслѣдованія во время приѣма самое удобное — зеркало изъ молочнаго стекла, которое легко можетъ быть дезинфицировано погруженіемъ въ сулемовый растворъ, но чистка и дезинфекція Simon'овскихъ зеркаль, особенно если они состоятъ изъ одного куска, можетъ быть произведена такъ легко, безъ боязни, чтобы ржавчина уничтожила несуществующіе винтовые аппараты, что въ этомъ лежитъ ручательство въ томъ, что они войдутъ въ общее употребленіе.

Примѣчаніе. Само собой разумѣется, совершенно невозможно даже только упомянуть все зеркала, предложенныя вмѣсто обихъ названныхъ. Что я особенно рекомендую вышеописанные простые аппараты, зависитъ отчасти оттого, что они мнѣ оказались вполнѣ достаточными (у Schroeder'a я видѣлъ исключительно ихъ примѣненіе), отчасти же оттого, что они получили наиболѣе обширное распространіе. Трубочатыя зеркала различныхъ авторовъ отличаются только матеріаломъ и длиной. Особенно достойно вниманія немного сложное зеркало Fergusson'a, сдѣлавшій для лучшаго освѣщенія внутреннюю поверхность зеркала зеркальной. Я не считаю этого усиленія силъ необходимымъ. Равнымъ образомъ не могу ожидать большой выгоды отъ новаго предложенія Vishn'a <sup>1)</sup> и Fürst'a <sup>2)</sup>, которые желаютъ воспользоваться электрическимъ свѣтомъ въ зеркаль. Отдѣльные авторы, какъ Vandel употребляютъ еще болѣе короткія зеркала, чѣмъ я, другіе гораздо болѣе длинныя. Все инструменты, которые не удерживаютъ своей цилиндрической формы отъ верхушки до загнутаго края, должны быть оставлены.

Между желобоватыми зеркалами заслуживаетъ особаго упоминанія зеркало Sims'a. Это, похожее на утиный клювъ, зеркало должно примѣняться въ боковомъ положеніи. Онъ первый замѣтилъ и описалъ, что вслѣдствіе удаленія задней стѣнки влагалища отъ передней въ просвѣтъ влагалища вступаетъ воздухъ, и такъ какъ при этомъ положеніи брюшное давленіе не велико, то влагалище растягивается на подобіе шара. Но и при этомъ зеркаль нерѣдко необходимъ «depressor», маленькая пластинка, которая поднимала-бы также переднюю стѣнку. Осмотръ влагалища производится въ немъ также хорошо какъ и въ Simon'овскомъ зеркаль. Мы въ Германіи такъ мало употребляемъ этотъ инструментъ потому, что убѣждены въ господствѣ во всей гинекологической диагностикѣ двойнаго способа изслѣдованія и примѣняемъ только приспособленное для послѣдняго

<sup>1)</sup> Verh. des I Congresses der Deutschen Ges. f. Gynaecol. стр. 105, u. Anthes, Diss. in. Würzburg, 1887.

<sup>2)</sup> Deutsche med. Wochenschr. 1888, № 16.



способа положеніе, а отказываемся отъ него только вслѣдствіе настоятельной необходимости. Но я не вижу надобности отказываться отъ него ради Sims'овскаго зеркала, какъ ни велико его историческое значеніе. Изъ всѣхъ аппаратовъ, при помощи которыхъ обѣ ложки Simon'овскаго зеркала соединены между собой, чтобы употреблять для управленія зеркаломъ одну руку, я не упомяну ни одного, потому что всѣ они хотять сдѣлать лишней ассистенцію только насчетъ болѣе трудной чистки инструмента, ошибка, которая при столь часто употребляемомъ инструментѣ, какъ зеркало, очень тяжка. Форма ложки сама много разъ видоизмѣнилась, особенно широко распространено видоизмѣненіе полукруглой задней ложки въ болѣе плоскую форму. Оно ведетъ свое начало впервые отъ Negat'a, и особенно примѣняетъ послѣднюю Fritsch.

## Глава 9.

### Пробный разрьзъ.

§ 60. Несмотря на развитіе метода двойнаго изслѣдованія, въ рѣдкихъ случаяхъ попадаютъ болѣзненные состоянія, недоступныя нашимъ обыкновеннымъ вспомогательнымъ средствамъ и оправдывающія опредѣленные дальнѣйшіе шаги для точнаго діагноза. Понятно, что если при этомъ имѣется дѣло съ чрезвычайными трудностями, то установить общія правила едва-ли возможно, потому что ихъ причины совершенно различны. Если дѣвственная плева тѣсна, почти непроходима, то безъ всякихъ колебаній въ каждомъ затруднительномъ случаѣ будетъ оправдано надрѣзываніе ея. Если имѣется дѣло съ рубцами во влагалищѣ, или если видно, что за узкимъ наружнымъ звѣномъ сидитъ опухоль въ шейкѣ, то необходимость разрьза здѣсь такъ понятна, сама по себѣ, что врядъ-ли нужно разсматривать его какъ особый методъ. Этимъ маленькимъ вмѣшательствомъ мы не только обезпечиваемъ себѣ діагнозъ, но одновременно кладемъ начало цѣлесообразной терапіи. Развитіе этихъ пунктовъ не относится къ общей діагностикѣ.

Но гинекологія занимается не только влагалищными заболѣваніями полового канала, а также опухолями половыхъ органовъ, растущими въ брюшную полость. Здѣсь діагнозу нерѣдко предстоятъ большія затрудненія, и чтобы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ поставить діагнозъ самый точный, часто необходимы очень большая опытность и основательныя знанія патологической анатоміи, чтобы имѣть въ виду всѣ существующія здѣсь возможности. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ при повторномъ ощупываніи, а

иногда при наблюденіи больной еще удастся поставить діагнозъ. Тѣмъ не менѣе попадаются случаи, въ которыхъ отношенія въ діагнозѣ могутъ вызывать нѣкоторое сомнѣніе, и для такихъ случаевъ введено въ качествѣ метода вскрытіе брюшной полости и изслѣдованіе затѣмъ глазомъ или прямо ощупывающимъ пальцемъ органы и ихъ измѣненія—это и есть пробный разрѣзъ.

Въ первое время успѣховъ чревосѣченій очень часто безъ точнаго діагноза, а только по одному общему предположенію опухоли, вскрывали брюшную полость и при этомъ убѣждались, что ошибки въ діагностикѣ не принадлежали къ рѣдкостямъ именно при заболѣваніяхъ брюшной полости.

Дальнѣйшее развитіе гинекологической діагностики низвело число этихъ случаевъ къ *minimum*'у, и я считаю очень необходимымъ, чтобы теперь всякій врачъ, предпринимающій пробный разрѣзъ зналъ, что въ этой операціи заключается признаніе того, что онъ съ помощью всѣхъ методовъ не былъ въ состояніи вполнѣ уяснить себѣ данный случай. Врядъ-ли когда можетъ случаться, чтобы оставались не разрѣшенными много вопросовъ до вскрытія живота. Нужно всякій разъ отдавать себѣ отчетъ въ неясныхъ пунктахъ и въ причинахъ неясностей. Конечно, въ характерѣ человѣческой слабости лежитъ причина того, что иногда вскрывается брюшная полость вслѣдствіе невѣрной постановки показанія или невѣрнаго діагноза. Этихъ случаевъ я не могу отнести къ числу пробныхъ разрѣзовъ. Здѣсь поставленъ опредѣленный, но невѣрный діагнозъ, и во время операціи операторъ узнаетъ свою ошибку.

§ 61. Для изслѣдованія вскрываютъ животъ лишь тогда, когда изъ-за заболѣванія можетъ быть поднятъ вопросъ о чревосѣченіи, и вообще это бываетъ почти всегда при новообразованіяхъ, исходный пунктъ которыхъ неясенъ. Причины неясности во многихъ случаяхъ лежатъ въ сопровождающей ихъ брюшной водянкѣ, вызвавшей такое напряженіе брюшныхъ стѣнокъ, что онѣ дѣлаются совершенно неважимыми. Кромѣ того ненормальная величина опухоли, содержитъ-ли послѣдняя жидкость, или нѣтъ, можетъ обусловить почти такое же затрудненіе діагноза. Для гинеколога причины неясности при опухоляхъ всегда заключаются въ затрудненіи или невозможности прощупыванія трубъ и яичниковъ или связывающаго опухоль съ маткой тяжа. Понятно поэтому, что во всѣхъ случаяхъ вопросы, которые мы намѣрены рѣшить чревосѣченіемъ, относятся къ нижней периферіи новообразованія и во многихъ случаяхъ прямо къ тазу.

Далѣе встрѣчаются заболѣванія, въ которыхъ, послѣ двойнаго изслѣдованія, мы высказываемъ очень неблагопріятное мнѣніе о прогнозѣ случая: случай оказывается злокачественнымъ и крайне неблагопріятнымъ въ отношеніи техники операціи. Здѣсь этимъ диагнозомъ произносится пациенткѣ смертный приговоръ, если сомнѣнія не поддаются разрѣшенію, и съ человѣческой точки зрѣнія понятно, что при существованіи хотя-бы незначительнаго сомнѣнія въ этомъ неблагопріятномъ мнѣніи, послѣ того, какъ испытаны все другіе методы изслѣдованія, желателъно получить ясныя представленія помощью прямого осмотра опухоли. Только для подобныхъ случаевъ я считаю пробный разрезъ принципиально правильнымъ. Но понятно, что менѣе опытный гинекологъ чаще, конечно, станетъ прибѣгать къ подобнаго рода вмѣшательствамъ, чѣмъ вполне опытный. Для того врача, который сопровождаетъ свои дѣйствія строжайшей критикой, предприниманіе пробнаго разреза всегда служитъ пробнымъ камнемъ его способностей, и я сознаю, что въ началѣ своей дѣятельности и нерѣдко имѣлъ случай воочію убѣждаться въ слабости моихъ изслѣдованій тѣмъ, что послѣ чревосѣченія долженъ былъ сознаваться въ возможности правильнаго діагноза и безъ вскрытія живота. Если пристуать къ пробному разрезу съ такой строгостью, то мы всегда будемъ требовать, чтобы при этой операціи опредѣляли причины, дѣлающія невозможнымъ постановку діагноза при закрытой брюшной полости.

Въ повѣйшее время, вслѣдствіе того, что мы научились удалять при помощи чревосѣченія также и маленькія опухоли въ тазу, служащія причиной постоянно рецидивирующихъ заболѣваній или другихъ опасностей, пробный разрезъ дѣлается и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, подобныхъ опухолей, тѣхъ же случаевъ, въ которыхъ опредѣленно не знаешь, исходить-ли данное новообразование изъ трубы или яичника, я не могу относить въ область пробнаго разреза. Неопытный слишкомъ легко можетъ смѣшать именно опухоли трубы съ заболѣваніями яичника, слишкомъ часто будетъ существовать показаніе къ операціи при маленькихъ опухоляхъ въ тазу, все равно, служить-ли мѣстомъ заболѣванія труба, или яичникъ, или оба вмѣстѣ: какъ добросовѣстный операторъ, мы и здѣсь всегда будемъ стараться избѣгать пробнаго разреза; но для даннаго случая заболѣванія всегда существуетъ необходимость удаленія этихъ органовъ. Совершенно иначе обстоитъ дѣло, если мы никоимъ образомъ не въ состояніи отличить инкапсулированныя выпоты въ брюшную полость, опухоли, образующіяся вслѣдствіе склеиванія между собой кишечныхъ петель, и абсцессы въ соединительной ткани отъ трубно-яичниковыхъ заболѣваній. Здѣсь,

дѣйствительно, пробный разръзъ можетъ понадобится иной разъ лишь какъ исключеніе, здѣсь послѣ вскрытія живота онъ снова можетъ быть закрытъ безъ того, чтобы операторъ долженъ былъ себя упрекать.

Хотя я, послѣ всего вышесказаннаго, и полагаю, что вмѣстѣ съ успѣхами нашей діагностики эта операція для опредѣленія извѣстныхъ заболѣваній станетъ все рѣже примѣняться, тѣмъ не менѣе я ее пока считаю еще необходимой.

§ 62. Техника пробнаго разръза таже, что при всѣхъ чревоиссеченіяхъ и было-бы безцѣльно дать здѣсь подробныя обязательныя предписанія для этой операціи. Я самъ поступаю здѣсь по тѣмъ же основаніямъ, какія и изложилъ въ другомъ мѣстѣ<sup>1)</sup>: строгая антисептика внѣ брюшной полости, полная асептика внутри ея; возможно быстрый осмотръ сомнительныхъ пунктовъ. Отличіемъ отъ другихъ операцій остается поэтому въ сущности только послѣдняя задача. Въ иномъ случаѣ можетъ представить довольно большія затрудненія уже само распознаваніе брюшины, какъ таковой. Чѣмъ ближе къ пупку проводятъ разръзъ, тѣмъ вообще легче находима свободная брюшная полость. Но въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ случиться, что именно вблизи таза находятся болѣе свободные отдѣлы. Если мы намѣрены въ особенности опредѣлить связь матки съ новообразованіемъ, то нерѣдко съ выгодой воспользуемся высокимъ положеніемъ таза. Если хотимъ изслѣдовать вышележація части, особенно, если матка, смѣщенная вверхъ, прилегаетъ къ брюшной стѣнкѣ, то никогда не слѣдуетъ воздерживаться отъ производства довольно большаго разръза. Въ этомъ отношеніи все именно будетъ зависеть отъ того, насколько точное представленіе мы составили себѣ напередъ о подлежащихъ нашему разръшенію пунктахъ. Чѣмъ менѣе мы сомнѣваемся, тѣмъ вѣрнѣе и быстрѣе мы прійдемъ къ разръшенію важныхъ вопросовъ, слѣдуетъ-ли въ иномъ случаѣ опять закрыть брюшную полость, или должна быть произведена радикальная операція. Если вопросъ рѣшенъ въ послѣднемъ смыслѣ, то операторъ не въ правѣ больше сказать, что попробуетъ удалить опухоль, а прямо тутъ-же удаляетъ ее.

Въ практическомъ отношеніи изъ этого убѣжденія вытекаетъ важное предписаніе, по вскрытіи брюшной полости, никогда ничего не оперировать такого, что относится къ радикальной операціи, прежде чѣмъ не выяснишь себѣ дальнѣйшихъ намѣреній, послѣ разръшенія су-

<sup>1)</sup> Berliner Klinik, № 15, 1889.

существующихъ затрудненій. Слѣдуетъ, конечно, разорвать сращенія или отщипнуть лигатурой сальникъ, нужно также вывести изъ неправильнаго положенія органы, но прежде чѣмъ приступить ко вскрытію мѣшчатыхъ пространствъ, или гной содержащихъ мѣшковъ, или сомнительныхъ образованій долженъ быть рѣшенъ принципиальный вопросъ. Слишкомъ легко можетъ случиться, что пациентка получитъ вмѣсто неудалимой опухоли гноящуюся кисту, которая будетъ вшита въ брюшную рану въ сомнительной надеждѣ на излеченіе путемъ нагноенія. Чѣмъ строже поступаютъ по этимъ правиламъ, тѣмъ рѣже будутъ встрѣчаться неудачи.

Самая большая трудность заключается при этомъ, мнѣ кажется, въ обхожденіи съ могущими встрѣтиться сращеніями; тоже, что не должно раньше вскрывать существующей опухоли, ясно изъ предъидущаго. Въ то время, какъ при всѣхъ другихъ чревосѣченіяхъ существуетъ правило разрывать пальцами всѣ легко разрываемые брюшинные тяжи, здѣсь условія могутъ быть другія. Если сомнительная опухоль состоитъ изъ нагноившагося содержимаго, или дѣло идетъ о злокачественной опухоли съ содержимымъ, быть можетъ, подозрительнаго свойства, то никогда не должно неосторожнымъ образомъ заняться вблизи опухоли отдѣленіемъ сращеній. Слишкомъ легко можетъ случиться тогда, что во время отдѣленія сращеній вскрыется самая опухоль, дурно-пахучій секретъ изъ полости ея придетъ въ соприкосновеніе съ брюшиной, и этимъ судьба пациентки будетъ рѣшена. Такъ какъ невозможно дать общихъ правилъ для техники пробнаго разрыва, то я считаю своей обязанностью обратить вниманіе на эти обѣ трудности. Обѣ сводятся къ одному и тому же правилу: не приступать къ чему-либо радикальному прежде, чѣмъ не получимъ убѣжденія, что закончимъ операцію. Неосторожное разрываніе сращеній можетъ поставить оператора въ необходимость идти дальше, чѣмъ онъ того желалъ сначала. Проколъ существующей опухоли всегда заключается въ себѣ рѣшеніе также и закончить операцію. Ни нечаянно, ни намѣренно не слѣдуетъ легкомысленно начинать этой операціи.

§ 63. Въ вышеизложенномъ, хотя и между строкъ, найдутъ критику предложеннаго Vardenheuer'омъ внѣбрюшиннаго пробнаго разрыва<sup>1)</sup>. Не говоря уже о томъ, что во вскрытіи самой брюшной полости заключается меньшая опасность, чѣмъ въ производствѣ вблизи брюшины большаго раненія соединительной ткани, которое получается при разрывѣ всей передней стѣнки живота, рекомендація этого метода почти для всѣхъ гинекологическихъ заболѣваній можетъ только служить доказательствомъ

<sup>1)</sup> Stuttgart, Enke, 1887.

того, какъ мало гинекологической діагностики предполагаетъ Vardenheuer въ своихъ читателяхъ, и будетъ очень хорошо, если этотъ способъ возможно скорѣе будетъ преданъ забвенію, но крайней мѣрѣ, насколько онъ касается нашей области. Здѣсь этотъ методъ представляетъ шагъ назадъ.

Вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли при большой брюшной водянкѣ, происходящей навѣрное отъ брюшнаго заболѣванія или при большихъ мѣшеччатыхъ опухоляхъ, исходный пунктъ которыхъ совершенно неясенъ, лучше добиться ясности проколомъ, или прямо вскрыть животъ на большомъ протяженіи, чтобы поставить діагнозъ при помощи введеннаго пальца, вопросъ этотъ въ настоящее время вообще долженъ быть рѣшенъ въ пользу пробнаго разрѣза. Мы знаемъ, что именно за этими темными случаями брюшной водянки скрывается часто бугорчатка брюшины, и что ее можно излечить только разрѣзомъ, между тѣмъ какъ проколъ не ведетъ къ цѣли. Мы знаемъ далѣе, что проколъ немогущихъ положительно быть узванными мѣшеччатыхъ образованій можетъ имѣть очень серьезныя послѣдствія. Вѣдь высказалъ же прямо Zweifel<sup>1)</sup>, что никогда не слѣдуетъ производить прокола, не имѣя наготовѣ всѣхъ его приготовленій для немедленнаго производства чревосѣченія. Знаемъ же мы также, что довольно часто, не смотря на всю антисептику, проколъ велъ къ позднѣйшему нагноенію опухолей и дѣлалъ этимъ слѣдующее за нимъ чревосѣченіе довольно опаснымъ.

### Прибавленіе. Пробный проколъ.

§ 64. Изслѣдованіе жидкостей, добытыхъ путемъ прокола въ прежнее время играло очень большую роль въ гинекологіи. Двадцать лѣтъ тому назадъ казалось невозможнымъ вѣрно поставить точный діагнозъ брюшной опухоли безъ этого способа изслѣдованія. Съ двухъ сторонъ пытались воспользоваться результатомъ прокола. Микроскопическое и химическое изслѣдованія были предметомъ многочисленныхъ тщательныхъ работъ. Если резюмировать вкратцѣ свое теперешнее мнѣніе объ этомъ вопросѣ, то и долженъ сознаться, что не жду отъ обонихъ рядовъ изслѣдованій никакого практически полезнаго результата. Это отрицательное мнѣніе основывается на томъ, что изслѣдованіе брюшныхъ опухолей распространяется на образованія, которыя могутъ имѣть очень различное анатомическое происхожденіе. Предметомъ изслѣдованія можетъ быть содержимое яичниковой кисты, кистоміомы, эхинококка печени или селезенки, кисты поджелудочной железы, гидронефроза. При ученіи о микроскопическомъ изслѣдованіи маленькихъ частицъ я обращалъ уже вниманіе, что возможность постановки діагноза основывается тамъ на полномъ нашемъ гистологическомъ знакомствѣ при нормаль-

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Gyn. 1883, стр. 105.

ныхъ и патологическихъ обстоятельствахъ съ тѣми частями органовъ, изъ которыхъ мы беремъ объекты для изслѣдованія. Я согласенъ, положимъ, что многократнымъ изслѣдованіемъ мы въ состояніи познаться съ обыкновенными форменными элементами, встрѣчающимися въ упомянутыхъ жидкостяхъ, но во всѣхъ случаяхъ мы ничего другаго не получаемъ, кромѣ секрета стѣнки, и хотимъ по нему заключить о строеніи стѣнки. Мы не знаемъ характера стѣнки, не знаемъ, какой органъ служитъ исходнымъ пунктомъ, мы, слѣдовательно, никогда не можемъ предполагать извѣстной нормальной и патологическую анатомію исходнаго пункта опухоли. Такимъ образомъ мы вообще не знаемъ, какого гистологическаго характера мы можемъ требовать. Я считаю гораздо болѣе легкимъ, если намъ извѣстно, что имбющаяся передъ нами киста происходитъ изъ яичника, при помощи изслѣдованія содержимаго опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ дермоидной кистой или съ какой-нибудь другой формой, чѣмъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ отличить старую кисту почки отъ инкапсулированнаго перитоническаго эксудата.

Также и химическая реакція въ большинствѣ случаевъ совершенно обманываетъ наши надежды. Установленные, въ качествѣ характерныхъ, измѣненія бѣлка, встрѣчающіяся въ кистахъ яичника, не представляютъ вовсе химическихъ индивидуумовъ, которые могли бы быть открыты простыми и вѣрными реактивами; недавно опять было доказано точнымъ рядомъ изслѣдованій Pfaannenstiel'я<sup>1)</sup>, что характерныя для ячниковыхъ опухолей составныя части могутъ встрѣчаться и въ другихъ добытыхъ изъ живота жидкостяхъ. вмѣстѣ съ доказательствомъ этой возможности рушится послѣднее основаніе въ пользу пробнаго прокола, какъ средства для опредѣленія происхожденія сомнительной опухоли.

Это мнѣніе относится къ большинству случаевъ. Мы очень хорошо умѣемъ узнавать при помощи микроскопа, равно какъ при помощи химіи эхинококкъ по его вѣнку изъ крючьевъ и по янтарной кислотѣ. Равнымъ образомъ едва ли нужно будетъ микроскопическое изслѣдованіе для того, чтобы признать выпущенную жидкость гноемъ.

Немного иначе и благопріятнѣе, чѣмъ для прокола брюшныхъ опухолей, будутъ условія для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ мы производимъ проколъ со стороны влагалища. Здѣсь кругъ опухолей, о которыхъ можетъ быть рѣчь, будетъ гораздо ограниченнѣе, и операторъ съ легкостью узнаетъ простымъ глазомъ или при помощи микроскопа, представляетъ ли выпущенная жидкость кровь, гной или содержимое

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. т. XXXVIII, стр. 407.

кисты. Но главная причина, заставляющая меня предостеречь отъ применения этого способа изслѣдованія, заключается въ гораздо большей опасности его; трудность сдѣлать и продолжительное время держать половой каналъ вполне асептичнымъ и возможность поврежденія кишки объясняютъ ее въ достаточной степени. Далѣе очень рѣдко только мы почерпнемъ существенное указаніе для нашего дѣйствія изъ свойства содержимаго маленькой лежащей въ тазу опухоли. Для терапіи не очень важно, содержитъ ли трубная опухоль гной или слизь, рѣшеніе удалить ее обусловливается исключительно тяжестью явленій. Если при сомнительной тазовой опухоли ощупываемъ невозможно опредѣлить, принадлежитъ ли она трубѣ, или яичнику, то нельзя будетъ этого сдѣлать и помощью прокола. Если маленькая опухоль при помощи двойнаго изслѣдованія распознана, какъ яичниковая, то для дальнѣйшаго распознаванія влагалищный проколъ не годится точно также, какъ напр., для рѣшенія того, говоритъ ли добытый изъ сомнительной опухоли гной за выпотъ, pyosalpinx или яичниковый абсцессъ.

Такимъ образомъ я не могу признать за проколомъ сомнительнаго тѣла чрезъ влагалище никакого діагностическаго значенія для практики и предостерегаю не смотрѣть на, по виду незначительную, операцію, какъ на безопасную.

§ 65. Это неблагоприятное сужденіе о значеніи микроскопическаго изслѣдованія жидкостей, добытыхъ при помощи прокола, идетъ рука объ руку съ подобнымъ же мнѣніемъ о значеніи прокола вообще. Опасность прокола, положимъ, не велика, если оперируютъ при всѣхъ антисептическихъ мѣрахъ предосторожности, но тогда я считаю столь же ничтожной опасность пробнаго разрѣза, который къ тому гораздо вѣрнѣе прокола разрѣшаетъ наши сомнѣнія въ діагнозѣ. Особенно опасенъ проколъ для позднѣйшаго радикальнаго вмѣшательства. Къ этой маленькой операціи слишкомъ легко присоединяется, довольно часто только вторично, входеніе микроорганизмовъ, и опасность при позднѣйшей операціи заключается въ наступленіи общей инфекции.

Опасность прокола также со стороны влагалища вовсе не ничтожна, и я считаю здѣсь гораздо менѣе опаснымъ разрѣзъ влагалища и ощупываніе со стороны вскрытой соединительной ткани, и иногда и разрѣзываніе опухоли. Я знаю точно, какія части влагалища и опухоли разрѣзаетъ ножъ, и могу, насколько это вообще возможно, ориентироваться ощупывающимъ пальцемъ насчетъ имѣющихся передъ нами частей, между тѣмъ какъ острый конецъ троакара можетъ проникнуть въ недоступныя для меня части. Разрѣзъ представлялъ бы



еще дальнѣйшую выгоду для діагноза въ томъ отношеніи, что можно было бы достать для изслѣдованія острой ложкой, ножемъ или ножницами кусокъ стѣнки вскрытой кисты и, конечно, достигнуть этимъ путемъ большей опредѣленности, чѣмъ однимъ только изслѣдованіемъ содержимаго. Тѣмъ не менѣе, случаи, въ которыхъ мы желаемъ поставить діагнозъ при помощи вскрытія влагалищнаго свода, очень рѣдки, и мнѣ кажется, что здѣсь именно можно достичь цѣли и другимъ путемъ. Большинство гинекологовъ, какъ извѣстно, впрочемъ, предпочитаетъ для терапіи влагалищный разрѣзъ и дренажъ влагалищному проколу.

## Часть вторая.

### Частная гинекологическая диагностика.

---

#### Предварительное замѣчаніе.

#### Составленіе гинекологическаго діагноза.

§ 1. Послѣ разсмотрѣнія отдѣльныхъ методовъ изслѣдованія, находящихся въ нашемъ распоряженіи для распознаванія заболѣваній матки и ея придатковъ, мнѣ кажется, полезно еще разъ вернуться къ составленію гинекологическаго діагноза.

Не можетъ, конечно, подлежать сомнѣнію, что не всякій разъ примѣняются всѣ описанные методы, но что иные методы примѣняются всегда только при недостаточномъ результатѣ примѣненныхъ сначала. Гинекологическое изслѣдованіе вообще въ практической жизни предпринимается только тогда, когда на лицо находятся вѣрные признаки заболѣванія половыхъ органовъ, или же когда врачъ для объясненія какихъ бы то ни было болѣзненныхъ явленій долженъ познаться съ состояніемъ и этихъ органовъ, или, наконецъ, когда пациентка сама имѣетъ подозрѣніе, что въ нихъ заключается источникъ страданія. Если по одной изъ этихъ причинъ врачъ поставленъ въ необходимость изслѣдовать, то путемъ изслѣдованія слѣдуетъ составить себѣ ясное представленіе о состояніи тазовыхъ органовъ и примѣнять всѣ тѣ методы, какіе для этого необходимы.

Сдѣлать между ними правильный выборъ, не пускать въ ходъ ни слишкомъ много, ни слишкомъ мало способовъ, въ этомъ заключается трудная задача, разрѣшить которую предстоитъ гинекологу. Въ практикѣ еще и теперь, конечно, предпринимается рядъ изслѣдованій, ограничивающихся прощупываніемъ матки или части ея; но мы въ настоящее время всегда требуемъ при всякомъ гинекологическомъ заболѣваніи точнаго и полнаго примѣненія двойнаго изслѣдованія,

Нужно оцупать матку, яичники, трубы, связки, а обходятся ли при этомъ наипростѣйшимъ способомъ изслѣдованія, или приходится прибѣгнуть къ наркозу, низведенію матки и т. д., это рѣшительно все равно: не оцупавши этихъ частей или ихъ измѣненій, мы не можемъ, за исключеніемъ развѣ самыхъ рѣдкихъ случаевъ, поставить научно или практически полезнаго діагноза.

Если примѣненіе двойнаго изслѣдованія я считаю всегда обязательнымъ, то о другихъ методахъ не могу сказать того же. Только по результату двойнаго оцупыванія слѣдуетъ именно судить, могутъ ли имъ быть объяснены все симптомы; если остаются еще сомнѣнія, то нужно примѣнить дальнѣйшіе методы и, смотря по результату, отдавать предпочтеніе тому или другому.

Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, какъ было упомянуто, можетъ случиться, что мы не въ состояніи при двойномъ изслѣдованіи прощупать рядомъ съ маткой яичниковъ, трубъ или связокъ. Въ такомъ случаѣ нужно ясно опредѣлить причины, почему намъ это не удастся, и соотвѣтственно имъ постараться все-таки достигнуть цѣли примѣненіемъ дальнѣйшихъ способовъ. Описанный въ заключеніи первой части пробный разрѣзъ представляетъ самый крайній выводъ изъ этого убѣжденія, но показываетъ намъ въ то же время, что при недостаточности двойнаго изслѣдованія въ самихъ методахъ могутъ заключаться извѣстныя опасности, требующія дальнѣйшихъ соображеній насчетъ того, должны ли мы изъ за имѣющихся передъ нами симптомовъ прибѣгать къ рѣшительнымъ средствамъ. Впрочемъ, можетъ случиться, что получается результатъ, ясный не во всехъ мельчайшихъ подробностяхъ, но дальнѣйшее разсмотрѣніе котораго не имѣетъ никакого значенія, такъ что случай пока остается не вполне яснымъ.

Для этихъ случаевъ, но только для этихъ, можетъ далѣе дать результатъ еще умѣлое пользованіе показаніями ми пациентки, результатъ, который долженъ быть принимаемъ съ извѣстной вѣроятностью, но никогда не съ положительностью двойнаго изслѣдованія.

Отсюда понятно господствующее положеніе двойнаго изслѣдованія, оно должно быть примѣняемо во всякомъ гинекологическомъ случаѣ первымъ, и уже по полученному результату должно судить, нужны ли еще, и какіе дальнѣйшіе способы изслѣдованія.

Къ несчастью, еще до сихъ поръ привыкли видѣть въ результатѣ оцупыванія нѣчто субъективное и не видѣть въ немъ солиднаго основанія, которое мы признаемъ за способами изслѣдованія съ помощью глаза и уха. Но чѣмъ болѣе всякій отдѣльный врачъ будетъ упражняться въ оцупываніи, чѣмъ чаще онъ будетъ убѣждаться, повторяя изслѣдованіе на одной и той же пациенткѣ, въ томъ, что результатъ

перваго изслѣдованіи вѣренъ, или въ какихъ пунктахъ онъ долженъ быть пополненъ, и чѣмъ чаще будутъ сравнивать набросанную на бумагѣ картину, полученную при изслѣдованіи, съ результатомъ вскрытіи, тѣмъ болѣе убѣдятся въ томъ, что въ двойномъ изслѣдованіи заключается вѣрное и объективное основаніе всей гинекологической діагностики. Нужно, конечно, положительно убѣдиться въ томъ, что ощупываешь, а не довольствоваться предположеніемъ, что это то, а не другое. Сами гинекологи должны, конечно, чѣмъ дальше, тѣмъ больше разрабатывать эти методы изслѣдованія, чтобы и менѣе знакомаго съ нашей спеціальною товарища убѣдить въ ихъ значеніи<sup>1)</sup>.

Стремленіе нашей гинекологической діагностики поэтому заключается въ установкѣ путемъ ощупыванія по возможности определеннаго патолого-анатомическаго представленія.

§ 2. Въ дальнѣйшемъ я намѣренъ затронуть съ діагностической стороны лишь отдѣльныя главы гинекологіи, особенно такія, которыя представляютъ, по моему, нѣкоторыя затрудненія для пониманія. При этомъ станетъ ясно, что я считаю необходимымъ даже при ничтожныхъ пораженіяхъ одной части половыхъ органовъ изслѣдовать ихъ въ цѣлости; только этимъ путемъ діагнозъ дѣлается настолько полнымъ, что терапія вытекаетъ сама собой. Между тѣмъ какъ это свое мнѣніе я высказываю на каждомъ шагѣ, о томъ, что для гинеколога очень важно обратить вниманіе и на весь организмъ, будетъ достаточно замѣтить здѣсь разъ навсегда, и я по понятнымъ причинамъ не вхожу здѣсь въ подробное разсмотрѣніе этого положенія.

## Глава 1.

### Діагностика беременности.

§ 3. Между діагнозами, на которые должно быть обращено особенное вниманіе при всякомъ гинекологическомъ изслѣдованіи, на первомъ мѣстѣ стоитъ діагнозъ беременности. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ о возможности послѣдней врачу сообщаетъ сама

<sup>1)</sup> Я имѣю обыкновеніе передъ чревосѣченіемъ по возможности подробнѣе передать присутствующимъ товарищамъ результатъ изслѣдованія и доказываю правильность распознаванія или же стараюсь опредѣлить причины, дѣлавшія распознаваніе невозможнымъ.

паціентка, но, тѣмъ не менѣе, встрѣчаются отдѣльныя женщины, которыя, быть можетъ, вслѣдствіе предположенія, что возможность беременности будетъ узнава врачемъ и къ тому совершенно безразлична для изслѣдованія, или же, быть можетъ, и изъ другихъ цѣлей, намѣренно оставляютъ врача въ невѣдѣніи. Поэтому не слѣдуетъ забывать, что на долю именно гинеколога часто выпадаетъ объективное распознаваніе особенно ранней беременности, равно какъ, если бы даже онъ и не былъ одновременно акушеромъ, въ видѣ исключенія, можетъ иной разъ представляться также распознаваніе далеко подвинувшейся беременности. Понятно, что, смотря по имѣющемуся на лицо состоянію, распознаваніе должно идти разными путями.

§ 4. Если дѣло идетъ о ранней беременности, то, если даже беременность случайно распознана, можно говорить всегда только о возможности ея и никогда о непрѣмности. Въ этомъ отношеніи имѣетъ значеніе величина матки, какую мы находимъ при двойномъ изслѣдованіи, и далѣе консистенція ея. Въ отношеніи послѣдней вообще особенно важно научиться заблаговременно обращать вниманіе на характеръ матки. Такого рода пальпаторныя различія не поддаются точному описанію. Въ противоположность міомъ, и не беременная матка мягка, но мягкость, представляемая маткой послѣ наступленія беременности, гораздо больше. Эта мягкость можетъ стать столь сильной, что становится почти невозможнымъ прощупать матку вообще, что на томъ мѣстѣ, гдѣ мы обыкновенно находимъ матку, нѣтъ ничего, кромѣ извѣстнаго тѣстоватаго сопротивленія, и только постепенно дѣлается возможнымъ распознаваніе дѣйствительно существующаго тѣла. Мы ощупываемъ тогда не стѣнку матки, а только содержащееся въ послѣдней яйцо, и этотъ поразительный фактъ объясняетъ намъ то обстоятельство, что Негар <sup>1)</sup> могъ описать, какъ важный признакъ ранней беременности, найденное имъ кажущееся исчезновеніе всякой связи шейки и тѣла матки. Оно имѣетъ свое анатомическое основаніе въ мѣстѣ прикрѣпленія яйца ко дну матки.

Съ мягкой консистенціей нерѣдко чередуется быстро исчезающая плотная—вызванное изслѣдованіемъ сокращеніе,—и если уже мягкость служила важнымъ указаніемъ на беременность, то измѣненіе консистенціи тѣмъ болѣе. Но состояніе беременности не слѣдуетъ представлять себѣ такимъ образомъ, что на мѣстѣ пустой матки развивается туго напряженная опухоль, но какъ и это указывалъ въ дру-

<sup>1)</sup> Reindl, Prag. med. Wochenschr. 1884, № 26. — Compes, Berlin. klin. Wochenschr. 1885, № 38.

гомъ мѣсть <sup>1)</sup>, что при нормальныхъ условіяхъ ни яйцо, ни матка не имѣють упругой консистенціи. Рядомъ съ этимъ дальѣйшій важный признакъ—синеватая окраска слизистой оболочкѣ, которая, впрочемъ, въ слабыхъ степеняхъ можетъ встрѣчаться и безъ беременности, и даже въ высшихъ степеняхъ можетъ произойти при условіяхъ застоя подѣ влияніемъ опухолей. Изъ всѣхъ этихъ признаковъ внимательный изслѣдователь почерпнетъ мысль о беременности. Неопытный, къ несчастью, часто склоненъ пренебречь ими и примѣненіемъ зонда вызвать абортъ. Впрочемъ, на основаніи этихъ признаковъ—а это важно для вопроса, предлагаемаго врачу въ первые мѣсяцы—поставить вѣрный діагнозъ беременности невозможно; но до тѣхъ поръ, пока дальнѣйшее наблюденіе и изслѣдованіе не исключаетъ беременности, слѣдуетъ всегда съ одной стороны считаться въ умѣ съ возможностью ея, а съ другой, смотря по найденному результату, отвѣтить на вопросъ съ большей или меньшей вѣроятностью въ утвердительномъ смыслѣ.

Затрудненія особаго свойства наступить при патологическихъ состояніяхъ беременности. Я не намѣренъ здѣсь входить во всю ширину этой области, но я коснусь, по крайней мѣрѣ, только тѣхъ случаевъ, которые чаще всего могутъ ввести въ заблужденіе изслѣдователя, полагающаго, что передъ нимъ находится гинекологическія заболѣванія. Я не коснусь поэтому извѣстнаго затрудненія распознать при міомѣ матки какъ беременность вообще, такъ въ особенности мѣсто прикрѣпленія яйца въ увеличенномъ органѣ; не коснусь также усложненія яичниковой опухоли ранней беременностью. Въ обоихъ этихъ случаяхъ упрекъ при упущеніи беременности изъ виду не можетъ быть слишкомъ великъ. Но мнѣ кажется особенно важнымъ указать на тѣ случаи, въ которыхъ при угрожающемъ абортѣ, при мертвомъ яйцѣ, при андометритѣ наступаютъ нѣкоторыя явленія, которыхъ пациентка сама не относитъ къ беременности, и при которыхъ изслѣдователь вмѣсто мягкой матки наблюдаетъ уже болѣе сильное сокращеніе. Чтобы съ увѣренностью отличить эти случаи отъ заболѣваній матки, отъ врача требуется гораздо большая опытность, чѣмъ для діагноза нормальной беременности. Но и здѣсь гинекологъ долженъ быть въ состояніи, по крайней мѣрѣ, предполагать возможность беременности. И здѣсь консистенція матки именно будетъ не такой, какъ при другихъ увеличеніяхъ, напр. при міомахъ. Съ часто не слишкомъ твердой консистенціей соединяется большая иногда и напряженность или со слабой напряженностью часто большая твердость; эта разница, впро-

<sup>1)</sup> Handbuch d. Geburtshülfe. Stuttgart 1888, т. I, стр. 197.

чемъ, можетъ быть узнана при большой опытности, и поэтому дифференціальный діагнозъ между маленькими міомами и аномаліями беременности въ началѣ не всегда легокъ.

Но это измѣненіе консистенціи должно быть предметомъ наблюденія и въ другомъ направленіи. Осторожность въ распознаваніи, которая послѣ предыдущихъ разсужденій обязательна при ранней беременности, требуетъ того, чтобы для болѣе точнаго распознаванія попросили себѣ нѣкотораго времени для наблюденія. Возможно, чтобы тогда мимолетное нарушеніе беременности вызвало въ мягкой до того маткѣ сокращенія, дѣлающія ее теперь даже еще меньшей, чѣмъ она казалась нѣсколько недѣль тому назадъ, такъ какъ сокращеніе, конечно, дѣлаетъ органъ мнѣше; въ такомъ случаѣ можно было бы на основаніи этого ошибочно исключить беременность, и наступающимъ все-таки вслѣдъ за тѣмъ абортomъ быть доведеннымъ ad absurdum, или изъ уменьшенія матки заключить объ остановкѣ въ развитіи беременности и, соотвѣтственно этому, діагносцировать смерть плода, между тѣмъ какъ уменьшеніе произведено было скоропреходящимъ сокращеніемъ. Нрѣдко попадались мнѣ случаи, въ которыхъ развивался до конца беременности живой плодъ. Такъ какъ я не накопилъ подобнаго рода опыта уже заблаговременно, то имѣю обыкновеніе объявлять положительный діагнозъ смерти плода въ маткѣ въ первые мѣсяцы лишь послѣ восьминедѣльнаго наблюденія, хотя вѣроятность ея можетъ быть опредѣлена и гораздо раньше. Тогда уже размѣры матки столь значительно должны измѣниться, что исключается возможность всякой ошибки въ діагнозѣ.

На практикѣ это признаніе нашей діагностической слабости во всякомъ случаѣ полезно въ интересахъ ребенка и вообще нисколько не вредить; вѣдь абортъ, если только онъ показанъ, производится большей частью независимо отъ жизни плода. Если такимъ образомъ, онъ настоятельно показанъ въ интересахъ матери, то только для совѣтливыхъ родителей изъ призванія смерти плода будетъ вытекать извѣстное успокоеніе, но врачъ долженъ ставить показаніе независимо отъ этого. Если только для выведенія мертваго яйца вопросъ идетъ объ интересахъ, то потеря нѣсколькихъ недѣль времени не можетъ принести вреда.

Мнѣ возразятъ, что анамнезъ представитъ значительную поддержку діагнозу, равнымъ образомъ упрекнуть меня въ томъ, что въ предыдущемъ изложеніи распознаванія беременности я совершенно обошелъ анамнезъ молчаніемъ; но я дорожу исключительно объективнымъ распознаваніемъ именно всѣхъ стоящихъ въ связи съ беременностью вопросовъ. Конечно, пріятно, если послѣ опредѣле-

нія срока беременности или послѣ настаиванія на возможности таковой, получаешь подтвержденіе отъ пациентки, или если испуганное лицо женщины тотчасъ обнаруживаетъ опытному изслѣдователю правильность подозрѣнія. Но я совѣтую не придавать никакого рѣшающаго значенія показаніямъ пациентки ни для діагноза вообще, ни для опредѣленія срока, ни, наконецъ, для діагноза жизни или смерти плода. Только этимъ путемъ можно защитить себя отъ непріятныхъ испытаній. Для ранняго времени беременности я не стану входить въ вопросъ о внѣматочной беременности, потому что здѣсь имѣеть гораздо большее значеніе смѣшеніе съ опухолями другого рода.

§ 5. Гораздо важнѣе этотъ вопросъ для распознаванія позднѣйшаго времени. Въ томъ, что имѣется беременность, что въ животѣ женщины находится живой плодъ, здѣсь нѣтъ никакого сомнѣнія. Лежитъ ли яйцо внѣматочно, или нѣтъ, должно быть разобрано, по крайней мѣрѣ, вкратцѣ. Я желалъ бы въ особенности указать на описанное въ качествѣ особенной болѣзни состояніе, упоминаемое различными авторами. Я говорю о гипертрофіи шейки во время беременности, на которую указываютъ А. Martin, Howitz и Priestley <sup>1)</sup>). Находимое здѣсь состояніе сводится къ тому, что особенно у много разъ беременѣвшихъ мы находимъ объемистую и мало разрыхленную въ нижнихъ частяхъ шейку, которая въ верхнихъ частяхъ такъ мягка, что получается совершенное отдѣленіе беременнаго тѣла отъ шейки въ томъ видѣ, какъ это описалъ Hegar для ранней беременности. Если при этомъ стѣвка плодохранилища имѣеть упругую консистенцію, то никто даже не подумаетъ о внѣматочной беременности, но можетъ также случиться, чтобы матка здѣсь была очень тонкостѣнна и мягка, и тогда толстая и относительно длинная шейка можетъ быть смѣшана съ пустымъ маточнымъ тѣломъ. Я указываю на это состояніе, котораго я, впрочемъ, вообще не считаю патологическимъ, а наоборотъ, большей частью случайнымъ, въ особенности вслѣдствіе принципіальнаго значенія отличительныхъ моментовъ: надъ плодомъ при беременности лежитъ маточная стѣвка, и хотя вниманіе начинающаго часто должно быть обращено именно на ощупываніе частей плода, тѣмъ не менѣе усердіе въ этомъ отношеніи не должно заходить такъ далеко, чтобы изъ за этого упустить или тѣмъ болѣе забыть всякій разъ изслѣдовать стѣвку матки, а необходимо пріучить себя ощупывать трубы и круглыя связки, равно

<sup>1)</sup> См. Verhandlungen des 8 internationalen med. Congresses in Copenhagen. Centralbl. f. Gyn. 1884, стр. 563.—А. Martin, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., т. VI, стр. 101.



какъ мѣсто прикрѣпленія послѣднихъ къ маткѣ, и исходя отъ нихъ, найти дно матки. Въ упомянутомъ примѣрѣ можно будетъ избѣжать ошибки, опредѣливши, что шейка все-таки не такъ велика, какъ бы должно было быть тѣло матки, и дальнѣйшимъ открытіемъ, что отъ шейки ни въ одну сторону не отходятъ придатки.

Вообще внѣматочная беременность позднѣйшихъ мѣсяцевъ всегда должна быть діагносцирована только, когда прощупываютъ пустую и рѣшительно увеличенную противъ нормы матку рядомъ съ плодохранищемъ. Въ другихъ отношеніяхъ позднѣйшее время беременности имѣетъ для гинекологіи меньшей діагностическій интересъ, при истолкованіи опухолей всегда должно помнить, что сердечные тоны ребенка обыкновенно слышны не безъ труда, что часто удается открыть ихъ только послѣ многократнаго выслушиванія, и что при мертвомъ ребенкѣ и безъ нихъ долженъ быть поставленъ діагнозъ.

Изъ этого описанія явствуется важность беременности для гинекологической діагностики, и хорошо будетъ при изслѣдованіяхъ зрѣлыхъ въ половомъ отношеніи женщинъ, всегда имѣть въ виду возможность ея.

## Глава 2.

### Нормальное положеніе матки.

§ 6. Прежде, чѣмъ займемся діагностикой неправильныхъ положеній матки, необходимо предпослать нѣсколько словъ о нормальномъ положеніи матки, потому что правильное представленіе объ относящихся сюда вопросахъ лишь постепенно распространилось повсюду подъ вліяніемъ знаменитыхъ работъ B. S. Schultze <sup>1)</sup>.

Опредѣленіе нормальнаго положенія матки невозможно, если не принять въ расчетъ и окружающихъ условій. Если бы матка была крѣпко фиксирована въ среднемъ положеніи, которое можно было бы назвать нормальнымъ, то она была бы лишена способности измѣнить при опредѣленныхъ фізіологическихъ условіяхъ это среднее нормальное положеніе на также нормальное, но для измѣнившихся условій, и мы не въ состояніи были бы говорить здѣсь о правильномъ положеніи матки, потому что матка фиксирована. Если, напротивъ, при очень сильномъ наполненіи пузыря матка

<sup>1)</sup> См. особ. *Pathol. u. Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter* Berlin 1881. Тамъ же относящаяся сюда литература.

совершенно отбъснена назадъ и внизъ, если ея задняя поверхность приближается къ передней поверхности крестца, то, понятно, это положеніе матки значительно отличается отъ нормальнаго, но оно не можетъ быть разсматриваемо, какъ патологическое, потому что послѣ опорожненія пузыря, т. е., по устраненіи смѣщающей причины, матка снова возвращается къ среднему нормальному положенію. Мы требуемъ отъ матки рядомъ съ среднимъ положеніемъ возможности измѣнить его, какъ только наступаютъ опредѣленные причины: нормальная матка подвижна, она всегда выводится, если нужно, изъ нормальнаго средняго положенія, чтобы, пока имѣется дѣло съ здоровыми условіями, снова вернуться къ прежнему положенію.

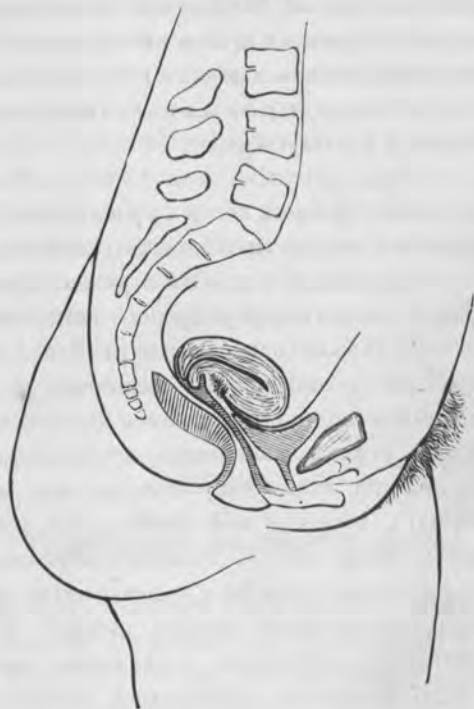
§ 7. Признаки этого средняго нормальнаго положенія (см. рис. 13) лучше всего могутъ быть описаны слѣдующимъ образомъ:

Если при пустомъ пузырьѣ и нижній отрѣзокъ прямой кишки не представляетъ никакого или только умѣренное наполненіе, то область внутренняго маточнаго зѣва находится кзади приблизительно на  $2\frac{1}{2}$ —3 см. впереди крестцово-подвздошнаго соединенія и отсюда шейка идетъ по направленію влагалища. Тѣло матки лежитъ своей передней стѣнкой на передней стѣнкѣ влагалища, отдѣленная отъ нея въ верхней части при помощи *excavatio vesico-uterina*, въ которой не содержится кишечныхъ петель и обѣ поверхности которой поэтому тѣсно соприкасаются между собой. Равнымъ образомъ безъ содержимаго лежитъ далѣе между *excavatio vesica-uterina* и влагалищемъ различной величины дивертикулъ пустаго пузыря. Спереди матка, не покрытая брюшиннымъ покровомъ и связанная рыхлой соединительной тканью тѣсно прилегаетъ къ передней стѣнкѣ влагалища въ области тотчасъ надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ, соответствующей такъ называемому нижнему сегменту матки; задняя стѣнка матки лежитъ приблизительно параллельно къ передней, хотя съ легкой выпуклостью вверхъ. Въ цѣломъ матка при этомъ среднемъ положеніи едва превышаетъ на одну линію плоскость, идущую отъ середины задней стѣнки симфиза до втораго крестцоваго позвонка. Вокругъ матки проходятъ безъ всякаго напряженія различные, описанные какъ связки, мышечные пучки и соединительно-тканные складки.

Когда пузырь наполняется, то обыкновенно сначала наполняется отрѣзокъ, лежащій впереди матки, между дномъ и задней стѣнкой симфиза, за нимъ слѣдуютъ боковые дивертикулы и постепенно болѣе растягивается также часть пузыря, лежащая между маткой и передней стѣнкой влагалища. Въ тоже время этотъ отрѣзокъ пу-

зѣря близко подходитъ къ той части тѣла матки, которая лежитъ непокрытая брюшиной подъ *excavatio vesico-uterina* до мѣста перегиба тѣла и шейки, и такимъ образомъ тѣло матки удаляется отъ передней стѣнки влагалища. Если изслѣдовать теперь обѣими руками положеніе матки, то въ началѣ еще можно совершенно приблизить переднюю стѣнку ко влагалищу, потому что содержимое пузыря уходитъ вверхъ,

Рис. 13.



Среднее нормальное положеніе матки, при умѣренно пустомъ пузырьѣ, схематически нанесенное на схему В. S. Schultze.

и въ оба боковыхъ дивертикула. Но чѣмъ больше наполняется пузырь, тѣмъ болѣе выравниваются описанный выше уголъ между шейкой и тѣломъ, и сближаются оба брюшинныхъ листка *Douglas'ova* пространства. Наконецъ, матка можетъ быть смѣщена назадъ и вверхъ и помѣститься параллельно передней стѣнкѣ крестца. Эти перемѣщенія составляютъ принадлежность нормальнаго положенія матки, и въ этомъ можно убѣдиться ежедневно. Но если бы мы захотѣли описанное подъ конецъ положеніе матки считать правильнымъ при всѣхъ обстоятельствахъ, то мы бы глубоко ошибались, потому что здѣсь слѣдуетъ искать тѣло матки только при полномъ пузырьѣ.

Соотвѣтственно этому физиологическому отношенію, можно говорить о типическомъ смѣщеніи матки, если въ ея передней стѣнкѣ развились опухоли, или если большей величины яичниковая опухоль поднимается изъ Douglas'ова пространства и лежитъ на передней стѣнкѣ матки и на пузырьѣ. И здѣсь нормальная матка будетъ смѣщена назадъ и внизъ, причемъ смѣщающимъ сверху и спереди образомъ дѣйствуютъ особенно яичниковыя опухоли (см. рис. 25).

Рис. 14.



Нормальное смѣщеніе матки эксудатомъ въ Douglas'овомъ пространствѣ. Матка лежитъ спереди за симфізомъ, сверху эксудатъ прикрытъ описываемымъ при периметритѣ образомъ кишечными петлями, нижняя граница эксудата прорывается рѣзко, задняя граница должна быть пополнена соотвѣтственно результату ощущиванія (потому она нарисована пунктиромъ).

Гораздо рѣже, чѣмъ образованіями въ передней стѣнкѣ, удастся наблюдать физиологическія смѣщенія матки въ слѣдствіе наполненія прямой кишки, потому что въ послѣднемъ случаѣ естественно наступаетъ позывъ къ испражненію. Но если прямая кишка сильно наполняется, то область внутренняго маточнаго зѣва смѣщается впередъ. Кишка наполняетъ Douglas'ово пространство, и матка снова немного выпрямляется. Въ слѣдствіе наполненія кишечника матка ни-

когда не смѣщается впередъ дальше середины таза. Это смѣщеніе матки гораздо чаще наблюдается подъ вліяніемъ наполненія Douglas'ова пространства чѣмъ нибудь другимъ, такъ, напр., жидкими эксудатами, меньшими или крѣпко приросшими здѣсь большими опухолями, особенно яичника. Дѣло здѣсь происходитъ тогда аналогично тому, какъ при наполненіи прямой кишки, если самая глубокая часть Douglas'ова пространства не облитерирована, и слѣдовательно, смѣщеніе происходитъ, начиная отсюда. Сначала слегка поднимается влагалищная часть, но главнымъ образомъ выпрямляется матка, и при высшихъ степеняхъ развитія влагалищную часть находятъ прилегающей къ серединѣ задней поверхности симфиза (см. рис. 14) и вытянутой, а тѣло матки—тотчасъ за передней брюшной стѣнкой. И это положеніе матки относится въ область нормы, предполагая существованіе опредѣленныхъ смѣщающихъ матку условій.

Что всѣ эти смѣщенія матки—я могъ бы здѣсь прибавить еще другія, напр., боковыя смѣщенія при развитіи параметритическихъ эксудатовъ—не имѣютъ характера первично неправильныхъ положеній, доказывается тѣмъ, что, когда исчезаютъ условія, вызывающія смѣщенія, матка тотчасъ снова принимаетъ среднее положеніе.

Отсюда вытекаютъ предѣлы различныхъ возможностей, могущихъ еще быть отнесенными въ область нормальныхъ положеній, и вообще самое краткое опредѣленіе гласило бы такъ: при нормальныхъ условіяхъ мы находимъ согнутую по передней поверхности матку подвижно расположенной между пузыряремъ и прямой кишкой. Подъ среднимъ положеніемъ матки мы понимаемъ подробно описанное въ началѣ положеніе, если при немъ сохраняется подвижность матки.

§ 8. Если при изслѣдованіи желательнo опредѣлить, насколько положеніе матки нормально, то слѣдуетъ строго различать описаніе, гдѣ и какъ мы находимъ матку, отъ соображенія, насколько найденное нами положеніе нормально, гсрр. представляетъ ли найденное положеніе само по себѣ заболѣваніе. Первое—дѣло двойнаго изслѣдованія, и необходимо точно опредѣлить, гдѣ мы нашли матку и соотвѣтственно этому, внести ее въ схему, для втораго же необходимы общія, основанныя на опытѣ предварительныя знанія и затѣмъ точное дальнѣйшее изслѣдованіе.

Мы знаемъ, именно, объ извѣстныхъ положеніяхъ матки, что почти никогда они не возвращаются къ нормѣ, разъ образовавшись. Это относится, какъ къ вывороту и выпаденію, такъ и къ ретроверсии и

ретрофлексіи. Правда, и здѣсь попадаются болѣе рѣдкіе случаи, въ которыхъ, напр., матку смѣщаетъ яичниковая опухоль, и среднее положеніе возстановляется только послѣ удаленія опухоли; но если новообразование существовало долгое время, то его вліяніе исчезнетъ вовсе не такъ быстро. Такимъ образомъ, можно съ извѣстнымъ правомъ оставить безъ вниманія эти сложные случаи и разсматривать всѣ ретрофлексіи и всѣ выраженные ретроверсіи, какъ самостоятельныя заболѣванія, потому что матка никогда прямо не переходитъ отъ нихъ къ среднему положенію. При томъ при обоихъ этихъ измѣненіяхъ положенія матки невозможно, несмотря на различную этиологію, поставить другого анатомическаго діагноза, какъ ретрофлексія или ретроверсія, и это даетъ мнѣ право изъ описательнаго результата изслѣдованія прямо выводить заключеніе о неправильности положенія. Мы, поэтому, о діагностикѣ неправильныхъ положеній поговоримъ въ особой главѣ.

§ 9. Совершенно иначе обстоитъ дѣло съ остальными положеніями матки. Болѣе всего было споровъ о сущности антефлексіи. В. S. Schultze по справедливости охарактеризовалъ нормальную антефлексію подвижностью, а патологическую—стойкостью. Но въ этомъ опредѣленіи нѣтъ анатомической подкладки, и поэтому, мнѣ кажется, лучше вычеркнуть антефлексію изъ патологическихъ понятій, и изучить ея анатомическія измѣненія, если находятъ матку фиксированной въ ея нормальномъ положеніи. Діагностическій путь совершенно тотъ же, когда признаемъ патологическую антефлексію, или ставимъ анатомическій діагнозъ. Никогда не слѣдуетъ позволить себѣ признавать антефлексію патологической, руководствуясь величиной угла перегиба,—по ученію Schultze, «патологическую антефлексію» всегда слѣдуетъ діагностицировать, руководствуясь фиксированіемъ. Будучи совершенно согласенъ съ нимъ въ принципѣ, я полагаю, что полное признаніе его ученія будетъ заключаться въ томъ, что мы не будемъ довольствоваться этимъ діагнозомъ, а постараемся опредѣлить и обозначить анатомическія причины. Если я возьму обѣ наиболѣе частыя причины «патологической антефлексіи», то станеть еще яснѣе, что здѣсь нѣтъ единства, а имѣется только случайное совпаденіе, пользование которымъ ведетъ свое начало отъ времени несовершеннаго двойнаго изслѣдованія. Какъ иначе можно было бы разсматривать недостаточное развитіе матки и задній параметритъ въ одной главѣ! Причину этого я нахожу въ томъ, что прежде отъ врача ничего больше не требовали, какъ того, чтобы онъ нащупалъ, самое большее, матку; теперь же отъ полнаго гинекологи-

ческаго изслѣдованія требуется, чтобы рядомъ съ яичниками и трубами убѣдились и въ состояніи тазовой брюшины. Отношеніе маленькаго тѣла къ толстой длинной шейкѣ само по себѣ бросится въ глаза при двойномъ оцупываніи. Такимъ образомъ теперь діагнозъ «ante-flexio uteri» ничего больше не обозначаетъ, какъ то, что прощупали матку. Ни острый уголъ между тѣломъ и шейкой, ни легкое наклоненіе впередъ не можетъ служить доказательствомъ правильнаго положенія. Послѣ того, какъ прощупали матку, «должно убѣдиться въ отношеніи тѣла къ шейкѣ, въ состояніи яичниковъ, трубъ и маточныхъ связокъ», такъ гласитъ правило въ настоящее время; прежде же выражались такъ: «должно убѣдиться въ томъ, патологическая ли антефлексія, т. е., фиксирована ли она, существуетъ ли, слѣдовательно, неправильное отношеніе къ шейкѣ, или сморщиваніе связокъ». Въ сущности это одно и то же, но, по моему мнѣнію, мы приходимъ на помощь пониманію начинающаго врача тѣмъ, что имѣемъ задачей ставить на живой только патолого-анатомическіе діагнозы.

§ 10. Между фиксирующими причинами важнѣйшая есть *Parametritis posterior*, сокращеніе *ligg. recto-uterinorum*.

Не входя въ патологію этого явленія, я желалъ бы обратить вниманіе на то, что распознаваніе его съ вѣроятностью можетъ быть сдѣлано всякимъ внимательнымъ наблюдателемъ черезъ влагалище, и съ положительностью установлено черезъ прямую кишку. Уже со стороны влагалища прощупываютъ именно, что область внутренняго маточнаго зѣва притянута далеко назадъ. Можно легко поднять верхнюю часть маточнаго тѣла, но влагалищная часть постоянно остается на томъ же мѣстѣ. Затѣмъ палецъ вводится въ прямую кишку. Влагалищная часть легко узнается черезъ переднюю стѣнку кишки, и тотчасъ надъ мѣстомъ прикрѣпленія влагалищнаго свода идутъ, расходясь, два упругихъ тяжа, очень короткихъ и неподатливыхъ, къ передней стѣнкѣ крестцовой кости. Въ другихъ случаяхъ оказывается въ тоже время, хотя и очень рѣдко, мозолистое утолщеніе и зарощеніе всего Douglas'ова пространства.

Гораздо рѣже, чѣмъ на задней стѣнкѣ, причиной «неподвижной антефлексіи» служатъ прикрѣпленія на передней стѣнкѣ. Если именно наступило только зарощеніе *cavi vesico-uterini*, то вслѣдствіе еще болѣе тѣсной связи матки съ пузыремъ, матка еще болѣе будетъ слѣдовать за наполняющимся пузыремъ. Причиной этого явленія должны были бы, слѣдовательно, быть тяжи, идущіе отъ дна матки къ передней брюшной стѣнкѣ или же, въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, сильное укороченіе круглыхъ связокъ. Но что эти процессы такъ рѣдко вызываютъ серьезныя нарушенія, а поэтому относительно рѣдко наблюдаются, то причина этого заключается, повидимому, въ томъ, что во время развитія ихъ различное наполненіе пузыря обуславливаетъ подвижность. Діагнозъ сращеній *in excavatione vesico-uterina* дѣлается возможнымъ потому, что, хотя и опредѣляютъ подвижность тѣла матки, но не могутъ оцупать рукой передней поверхности ея, потому что пузырь не вдавимъ, а его задняя стѣнка смѣщается

вмѣстѣ съ маткой назадъ насчетъ выравниванія его боковыхъ дивертикуловъ; напротивъ, рубцовые тяжи отъ маточнаго тѣла къ передней брюшной стѣнкѣ опредѣляются при двойномъ изслѣдованіи легко.

Гораздо рѣже еще этихъ заболѣваній связокъ, за «патологическую антефлексію» принимается положеніе инфантильной матки. При толстой или удлиненной шейкѣ тѣло остается относительно малымъ, оно играетъ роль только короткаго придатка къ первому. Съ этимъ соединяется трудная подвижность, потому что эластичность меньше и кромѣ того на недостаточно развитой маткѣ легче развиваются вторичные хроническіе воспалительные процессы. Именно такого рода случаи, къ сожалѣнію, въ прежнее время часто невѣрно истолковывались. Не у одной дѣвушки, испытывавшей разныя непріятныя ощущенія при регулахъ и считавшей себя больной въ половомъ отношеніи, при изслѣдованіи обнаруживали настоящую остроугольную антифлексію и полагали, что причина ея страданій найдена. Точное двойное изслѣдованіе должно здѣсь произвести переворотъ распознаваніемъ неправильнаго отношенія. Довольно часто улучшеніемъ общаго состоянія мы можемъ здѣсь помочь развитію матки; нерѣдко сопутствующій эндометритъ играетъ здѣсь болѣе важную роль.

Что далѣе міомы дѣлаютъ антефлексію трудно подвижной, это ясно. Но и здѣсь мы не имѣемъ неправильнаго положенія матки, а другое заболѣваніе ея.

Рис. 15.



*Lateroflexio uteri* вслѣдствіе фиксаціи дна въ области праваго symphysis sacro-iliaca.

Слѣдуетъ только привыкнуть разсматривать антефлексію какъ нормальное состояніе и будетъ меньше поводовъ говорить о патологической антефлексіи, происходящей безъ какого-либо заболѣванія, а имѣющей свою причину въ одной маткѣ.

§ 11. Съ антеверсіей дѣло обстоитъ почти такимъ же образомъ. Во многихъ случаяхъ умѣренныя степени ея нужно будетъ считать нормальными, особенно женщины рожавшія часто представляютъ



версію, тогда какъ нерожавшія имѣютъ флексію. Патологическое значеніе она имѣетъ только при заболѣваніи матки—*Metritis*—или при заднихъ пери- и параметритахъ.

Такимъ образомъ и антеверсія имѣетъ только описательное значеніе, и къ созданію понятія антеверсіи послужило поводомъ то обстоятельство, что со стороны влагалища можетъ быть прощупываема на одной линіи передняя стѣнка матки отъ влагалищной части до дна. Уже полное производство двойнаго изслѣдованія, при которомъ обращается вниманіе и на заднюю стѣнку матки, безъ труда обнаружить, съ какой изъ причинъ антеверсіи мы имѣемъ дѣло въ данномъ случаѣ, или иначе говоря, съ какимъ вообще заболѣваніемъ имѣемъ дѣло. Хроническое увеличеніе всей матки съ увеличеніемъ вѣса тѣла и инфильтраціей также угла сгиба столь же легко можно будетъ узнать, какъ и образованіе міомы въ днѣ, или, наконецъ, сильное зарощеніе нижней части *Douglas'*ова пространства. Если находить сильную степень антеверсіи, то большей частью можно будетъ доказать существованіе одного изъ этихъ страданій.

Рис. 16.



*Lateroflexio uteri.* Здѣсь боковое отклоненіе матки происходитъ отъ аномаліи развитія, *uterus unicornis* съ зачаточнымъ рогомъ, отходящимъ отъ области внутренняго маточнаго зѣва развитаго рога, труба, *lig. ovarii* и *lig. rotundum* отходятъ на большой сторонѣ отъ рога.

§ 12. Въ такомъ же смыслѣ мы говоримъ описательно о латерофлексіи. Она никогда не представляетъ болѣзни *sui generis*, но нахожденіе бокового смѣщенія всей матки и угловой перегибъ тѣла по отношенію къ шейкѣ должны только служить изслѣдователю важнымъ указаніемъ, руководясь которымъ стараются распознать опредѣленные заболѣванія; въ этомъ отношеніи часто незамѣчаемымъ заболѣваніемъ служить одностороннее развитіе *Müller'*овскаго хода, *uterus unicornis* съ зачаточнымъ развитіемъ соединяго рога. Двойное

изслѣдованіе показываетъ, что одна сторона придатковъ отсутствуетъ на мнимомъ днѣ, тогда какъ другая теряется въ тяжѣ (рудиментъ матки), проходящемъ въ области внутренняго маточнаго зѣва (см. рис. 16). Разницу этого рода «лятерофлексіи» отъ той, которая происходитъ, благодаря притяженію дна периметрическими тяжами, объяснять лучше всякихъ описаній прилагаемые рисунки (см. рис. 15). Но и сморщиваніе *ligamenti recto-uterini* или основанія одной широкой связки можетъ притянуть область внутренняго маточнаго зѣва къ противоположной лятерофлексіи сторонѣ и тѣмъ заставить дно отклониться въ другую сторону.

Наконецъ едва-ли требуетъ упоминанія, что опухоли, развивающіяся въ широкой связкѣ одной стороны отодвигаютъ матку въ другую сторону. И здѣсь эти образованія составляютъ болѣзь, а смѣщеніе матки—второстепенное обстоятельство.

§ 13. Точно также должно быть разсматриваемо поднятіе тѣла матки, когда влагалищная часть стоитъ высоко за симфизомъ или матка прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ; здѣсь причиной должно быть какое-либо образованіе въ Douglas'овомъ пространствѣ или опухоль задней стѣнки шейки, и какъ таковыя должны быть открыты. Сама-же антепозиція имѣетъ небольшое значеніе, она исчезаетъ, по устраненіи причины.

Съ остальными положеніями матки дѣло обстоитъ такимъ же образомъ, они, за исключеніемъ только ниже описываемыхъ, представляютъ только настоятельное требованіе найти физиологическую или патологическую причину смѣщенія, находятъ-ли «ретропозицію» или «антефлексію съ ретроверсией», опредѣляютъ-ли *perimetritidem posteriorem*, или наполненіе пузыря, какъ причину первой, *parametritidem posteriorem* и т. д., какъ причину послѣдней, въ самомъ отклоненіи отъ средняго положенія нѣтъ собственно заболѣванія, а есть только слѣдствіе какого-либо другаго заболѣванія.

§ 14. Этими предварительными свѣдѣніями, практическое значеніе которыхъ сводится къ необходимости въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ полнаго двойнаго изслѣдованія, долженъ обладать гинекологъ, чтобы отвѣчать второму, выставленному въ § 8 требованію, и столкновать найденное при изслѣдованіи, какъ нормальное или патологическое. Но къ этому въ каждомъ данномъ случаѣ должно присоединяться точное изслѣдованіе, чтобы рѣшить, какія изъ физиологическихъ и патологическихъ причинъ обусловливали найденное уклоненіе отъ средняго положенія. Лишь мало останется случаевъ, въ

которыхъ помощью оцупыванія нельзя было бы удовлетворить этому требованію.

Въ дальнѣйшемъ я буду говорить о діагностикѣ только тѣхъ измѣненій положенія матки, которыя, послѣ всего вышесказаннаго, одни лишь должны всегда считаться патологическими, т. е. ретрофлексіи, ретроверсіи, выворота и выпаденія.

### Глава 3.

## Діагностика измѣненій положенія матки.

### I. Ретрофлексія.

§ 15. Подъ именемъ ретрофлексіи матки мы понимаемъ такое измѣненіе формы послѣдней, при которомъ уничтожается перегибъ на передней поверхности ея, и тѣло сгибается по отношенію къ шейкѣ назадъ. Большею частью съ этимъ соединяется смѣщеніе влагалитцной части впередъ и часто только кажущееся приближеніе къ вульвѣ.

Подозрѣніе насчетъ ретрофлексіи матки является у насъ, когда при пустомъ пузырьѣ мы нигдѣ не прощупываемъ матки ни впереди шейки, ни на продолженіи ося ея. О ретрофлексіи можно подумать также тогда, когда, при введеніи пальца во влагалитце, позади влагалитцной части прощупываютъ твердое тѣло приблизительно величины матки. Но больше, чѣмъ подозрѣніе, отсюда произойти не можетъ. Дѣйствительный діагнозъ ретрофлексіи возможенъ только при помощи двойнаго изслѣдованія. Владѣя послѣднимъ, мы легко можемъ поставить діагнозъ.

При благопріятномъ свойствѣ брюшныхъ покрововъ, мы прощупываемъ при двойномъ изслѣдованіи шейку матки, какъ внутренней такъ и наружной рукой, и начиная отъ нея, можно оцупать все тѣло матки, направляясь обѣими руками одновременно по направленію ко дну матки. Но если у чувствительныхъ больныхъ это не такъ легко удастся, то можно довольствоваться тѣмъ, что находящимся во влагалитцѣ пальцемъ прощупываютъ всю заднюю стѣнку матки, въ то время, какъ снаружи лежащей рукой опредѣляютъ переходъ шейки на переднюю стѣнку тѣла, и можно даже еще оцупать на хорошей палецъ и самую переднюю стѣнку. Въ особенности должно довольствоваться этимъ при первомъ изслѣдованіи чувствительныхъ больныхъ, настоящая же терапія, конечно, должна быть назначена только тогда, когда оцупали весь органъ описаннымъ выше образомъ. На рис. 17-мъ я

представляю это минимальное требованіе жирной линіей, а то, что остается еще дополнить, пунктиромъ.

Величину угла сгиба и вмѣстѣ съ тѣмъ степень измѣненія положенія можно будетъ опредѣлить при описанномъ изслѣдованіи безъ труда и нужно только стараться не увеличить безъ нужды или даже незамѣтно этого угла черезчуръ сильнымъ давленіемъ сверху. Но опредѣлить величину угла можетъ даже начинающій, ощупывая пальцемъ

Рис. 17.



Retroflexio uteri. Результатъ изслѣдованія, врисованный въ схему В. S Schultze. Жирныя линіи представляютъ минимумъ того, что необходимо прощупать для діагноза, пунктированыя линіи—то, что должно быть пополнено послѣ ощупыванія.

одни задніе контуры шейки и тѣла матки. Тѣмъ не менѣе онъ никогда не долженъ полагать, что можно поставить діагнозъ ретрофлексіи на основаніи одного изслѣдованія черезъ влагалище. Оттого, что въ прежнее время считали это изслѣдованіе достаточнымъ, дѣлались грубыя ошибки въ леченіи, ошибки, которыя и теперь могутъ быть повторяемы поверхностными изслѣдователями.

§ 16. Затрудненіе въ распознаваніи происходитъ при ретрофлексіи особенно вслѣдствіе того, что задній влагалищный сводъ очень коротокъ или стѣнка влагалища здѣсь необыкновенно утолщена, какъ это чаще всего бываетъ при старческихъ условіяхъ, но наблюдается также при кожномъ характерѣ влагалища вслѣдствіе хроническаго воспаленія. Въ такихъ случаяхъ двойное изслѣдованіе должно предприниматься черезъ прямую кишку. Дальнѣйшія затрудненія могутъ встрѣтиться, когда развились опухоли, въ маткѣ-ли или около нея. И здѣсь для опредѣленія положенія тѣла матки въ громадномъ большинствѣ случаевъ достаточно одного ощупыванія, часто съ одновременнымъ введеніемъ пальца въ rectum. Консистенція опухолей большей частью значительно отличается отъ болѣе мягкаго характера маточной ткани. Опухоли придатковъ равнымъ образомъ могутъ быть отличены отъ тѣла матки по формѣ и по, во всякомъ случаѣ, различной консистенціи, равно какъ по условіямъ напряженія, такъ что даже здѣсь введеніе зонда необходимо не для опредѣленія направленія канала, а только для подтвержденія заранѣе опредѣленнаго направленія. Для изслѣдованія даже этихъ условій, предъявляющихъ болѣе тонкія пальпаторныя требованія, цѣлесообразнѣе предпочесть болѣе мягкую слизистую прямыи кишки жесткому влагалищу. Начинаящій чаще всего будетъ смѣшивать жидкіе экссудаты въ Douglas'овомъ пространствѣ съ ретрофлексіей; но ихъ легко распознать при помощи двойнаго изслѣдованія, потому что находятъ матку смѣщенной вверхъ и впередъ, за передней стѣнкой живота. Нельзя достаточно настоятельно быть предостереженнымъ отъ того, чтобы думать, что для изслѣдованія ретрофлексіи необходимъ зондъ.

Для правильнаго выбора метода леченія нужно затѣмъ обратить далѣе вниманіе на существующія осложненія. Въ этомъ отношеніи большей частью очень мало думаютъ объ одновременномъ или послѣдовательномъ заболѣваніи эндометрія, опредѣленіе котораго къ тому здѣсь ни въ чемъ не отличается отъ обыкновеннаго способа. Но особенно полнаго вниманія заслуживаетъ далѣе окружность матки; слипчивыя образованія на задней стѣнкѣ, перитонитическіе процессы въ окружности трубъ и, наконецъ, болѣе тяжелыя заболѣванія трубъ вообще нужно констатировать или исключить прежде, чѣмъ приступаютъ къ выпрямленію матки. И здѣсь въ огромномъ большинствѣ случаевъ достаточно будетъ двойнаго изслѣдованія черезъ rectum, при чемъ я особенно желалъ-бы обратить вниманіе на то, что случаи ретрофлексіи менѣе высокихъ степеней въ особенности требуютъ этого изслѣдованія. Свободная подвижность маточнаго тѣла при ретрофлексіи всегда именно производитъ то, что тѣло матки

вслѣдствіе внутробрюшнаго давленія опускается глубоко въ Douglas'ovo пространство. Только фиксація тѣла въ тазовомъ входѣ сбоку или сзади, или рубцовое измѣненіе его могутъ служить поводомъ къ тому, что матка удерживается на полпути, слѣд., въ ретроверсіи. Наконецъ при ретрофлексіи изслѣдователь долженъ также помнить о возможности беременности и вслѣдствіе этого долженъ стараться составить себѣ вѣрное представленіе о консистенціи матки и о различныхъ выпуклостяхъ ея обѣихъ поверхностей.

§ 17. Распознаваніе усложненій сращеніями относится, конечно, къ діагностикѣ ретрофлексіи, потому что безъ констатированія состоянія придатковъ невозможна никакая терапія. За подробностями отсылаю въ главу о периметритѣ.

Но для леченія именно также должно быть обращено вниманіе на состояніе тѣла матки. Чѣмъ оно меньше, чѣмъ болѣе наступило старческое развитіе матки, тѣмъ болѣе нужно будетъ отказываться объяснять какіе-либо симптомы находеніемъ измѣненія положенія, здѣсь дальнѣйшее изслѣдованіе должно открыть дѣйствительно имѣющееся заболѣваніе.

Но и особенностей влагалища не должно оставлять безъ вниманія, потому что какъ дѣвственный характеръ его, такъ и жесткій, кожистый характеръ, такъ, наконецъ, острые воспалительные процессы могутъ воспрепятствовать обычному леченію.

Опытный гинекологъ всегда, впрочемъ, долженъ будетъ при ретрофлексіи дорожить полнотой двойнаго изслѣдованія; при латерофлексіи, напр., мы знаемъ, что какая-то болѣзнь обусловила это смѣщеніе матки; при ретрофлексіи же мы большей частью можемъ разсматривать какъ причину лежащія въ самой маткѣ процессы, которые часто идутъ рука объ руку съ высокой степенью ослабленія связокъ, мы потому менѣе будемъ обращать вниманіе на патогенезъ, чѣмъ на самый фактъ ретрофлексіи. Но всегда должно имѣть въ виду, что, въ видѣ исключенія, основное заболѣваніе есть сморщиваніе Ligg. rubo-vesico-uterinorum или высокая фиксація шейки назадъ, а что ретрофлексія составляетъ только слѣдствіе, что, слѣдовательно, дозволительно совершенно такое же отношеніе къ такому рода ретрофлексіи, какъ при вышеназванномъ положеніи.

Наконецъ, нужно принять во вниманіе, что въ видѣ исключенія чрезвычайная подвижность матки также можетъ привести матку то въ ретрофлексію, то въ антеверсію, что слѣдовательно передъ нами имѣются только переходящія состоянія. Распознаваніе ихъ вообще возможно по вялости всѣхъ маточныхъ связокъ.

## III. Ретроверсія.

§ 18. Ретроверсія матки состоитъ въ выпрямленіи и въ одновременномъ поворотѣ матки назадъ. Въ то время, какъ тѣло матки, вслѣдствіе исчезанія нормальнаго сгиба впередъ, подается назадъ,

влагалищная часть передвигается впередъ, такъ что маточный каналъ образуетъ прямую линію.

Это измѣненіе положенія, послѣ всего вышесказаннаго, тоже представитъ мало затрудненій для двойнаго изслѣдованія. Или при сильно направленной впередъ влагалищной части найдемъ тѣло матки идущимъ прямо назадъ, или при легкомъ сгибѣ впередъ не найдемъ болѣе

Рис. 18.



Retroversio uteri. Врисовано въ схему Schultze. Значеніе линій то-же, что на рис. 17-мъ.

сильной выпуклости на задней стѣнкѣ. И въ послѣднихъ случаяхъ, въ которыхъ, слѣдовательно, направленіе матки несовершенно прямое, но носить еще ничтожный слѣдъ физиологической антефлексіи, мы говоримъ о ретроверсіи. Здѣсь также должны быть приняты во вниманіе все затрудненія, игравшія роль при распознаваніи ретрофлексіи, и въ особенности слѣдуетъ попробовать опредѣлить причину, почему при этомъ положеніи назадъ тѣло матки не переходитъ въ ретрофлексію, такъ какъ простая, безъ усложненій ретроверсія представляетъ только преходящее положеніе. Причиной стойкаго существованія ретроверсіи могутъ быть хроническое утолщеніе матки, распространяющееся на обѣ

стѣнки тѣла равномѣрно или захватывающее также мѣсто перегиба матки, или перитонитическія сращения. И здѣсь могутъ быть наблюдаемы въ качествѣ усложненія или причины опухоли различнаго рода и нужно будетъ, какъ и при ретрофлексіи, примѣнить изслѣдованіе черезъ rectum, иногда подъ наркозомъ, чтобы рѣшить встрѣчающіяся сомнѣнія. Но при діагнозѣ ретроверсії всякій врачъ особенно долженъ помнить о подобнаго рода усложненіяхъ, потому что наблюденіе слишкомъ часто показываетъ, что свободныя ретроверсії въ очень короткое время переходятъ въ ретрофлексіи.

Ретроверсію поэтому въ извѣстномъ смыслѣ часто можно отнести въ область тѣхъ измѣненій положенія, которыя должны быть понимаемы, какъ слѣдствіе различныхъ заболѣваній; она поэтому уступаетъ большей частью въ значеніи ретрофлексіи.

### III. Выпаденіе.

§ 19. Подъ выпаденіемъ мы вообще понимаемъ явленіе, при которомъ наружный маточный зѣвъ виденъ впереди наружныхъ половыхъ частей. Если я избѣгаю, помни цѣль настоящаго сочиненія, слишкомъ большихъ отступленій въ область патологіи, то здѣсь все-таки должны быть хоть затронуты патогенезъ выпаденія матки и связь послѣдняго съ выпаденіемъ влагалища.

Выпаденіе передней стѣнки влагалища ведетъ свое начало отъ времени непосредственно послѣ родовъ; подъ влияніемъ разрыхленія во время беременности и естественнаго растяженія и расширенія вульвы головкой ребенка—усиленнаго, быть можетъ, патологическимъ расширеніемъ при разрывахъ промежности—вслѣдствіе слишкомъ ранняго притомъ примѣненія брюшнаго пресса при тѣлесныхъ напряженіяхъ или при затрудненной дефекаціи происходитъ опущеніе валика мочеиспускательнаго канала и находящейся съ нимъ въ прямой связи сосѣдней части передней стѣнки влагалища. При всякомъ мочеиспусканіи и испраженіи брюшной прессъ все увеличиваетъ валикъ проникающій во входъ влагалищной стѣнки, которая въ то-же время производитъ влеченіе за шейку. Послѣднее только при весьма и исключительныхъ условіяхъ ведетъ къ тому, что матка прямо опускается. Это произойдетъ при уже слегка уменьшенной маткѣ и при одновременномъ очень плохомъ обратномъ развитіи мускулатуры маточныхъ связокъ, потому что безъ послѣдняго вся матка не можетъ стойко опуститься внизъ при потягиваніи. Необходимо еще, чтобы дно таза было совершенно разрыхлено или же стало совершенно неспособнымъ по своей слабости къ сопротивленію. Это особенно важно уже



въ то время, когда матка слишкомъ велика, чтобы могла, слѣдуя влеченію, вступить въ тазъ, и одновременно съ недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ связокъ всегда пріобрѣтаетъ значеніе такое-же состояніе тѣла матки. Но послѣднее оставляетъ матку чрезмѣрно большой или сопровождается такими явленіями, особенно кровотечениями, которыя исключаютъ болѣе сильное примѣненіе брюшнаго прессы. Отсюда станетъ ясно, что маточное тѣло не слѣдуетъ за влеченіемъ передней стѣнки влагалища, но что присоединяется гипертрофія или, быть можетъ, сначала только растяженіе передней стѣнки шейки, которое въ послѣднемъ случаѣ аналогично одновременному утолщенію и гипертрофіи участвующаго отрѣзка влагалища самого. Долго существующей гипертрофіи, развивающейся даже тогда, когда сначала дѣло шло только о простомъ растяженіи, обязано своимъ происхожденіемъ вторичное расширеніе входа во влагалище, вторичное утолщеніе и растяженіе маточныхъ связокъ съ медленнымъ незначительнымъ опущеніемъ тѣла матки. Это самая обыкновенная форма выпаденія.

Участіе задней стѣнки влагалища при этомъ различно, смотря по тому, гипертрофировалась-ли средняя или надвлагалищная часть шейки. Въ первомъ случаѣ задній влагалищный сводъ совершенно сохраняется, въ послѣднемъ дѣло доходитъ до совершеннаго выворота влагалища, и маленькій карманъ, встрѣчающійся очень часто еще на задней стѣнкѣ, слѣдуетъ отнести насчетъ ладьевидной ямки. Между обоими видами гипертрофіи существуетъ, впрочемъ, рядъ переходовъ.

Если женщина долгое время лежала въ постели или долгое время была свободна отъ выпаденія, подъ влияніемъ-ли старческаго обратнаго развитія половыхъ органовъ, или вслѣдствіе долгаго ношенія препятствующаго выпаденію инструмента, то гипертрофія шейки всегда подвергается обратному развитію. Остается расширеніе вульвы, растяженіе и расслабленіе маточныхъ связокъ и неудовлетворительное состояніе мускулатуры тазоваго дна. Если подобнаго рода женщины послѣ долгаго покоя или послѣ удаленія пессарія сильно примѣняютъ брюшную прессу, то происходитъ полное выпаденіе матки, при чемъ влагалище выходитъ настолько-же, какъ и прежде, и тогда при обратно развившейся гипертрофіи шейки и оставшихся расслабленными связкахъ за нимъ должно слѣдовать и маточное тѣло.

Въ отличіе отъ вышеописаннаго существуетъ вслѣдствіе рубцеваго стягиванія отъ разрывовъ изолированное выпаденіе нижней части задней стѣнки влагалища, въ которое обыкновенно вдается дивертикулъ передней стѣнки прямой кишки (Rectocele).

Если, такимъ образомъ существуетъ цѣлый рядъ заболѣваній обо-

значаемыхъ именовъ «выпаденіе», въ которыхъ это названіе собственно только подходитъ для влагалища, то далѣе для распознаванія важна чистая гипертрофія влагалищной части, при которой по причинамъ, въ которыя здѣсь не мѣсто входить, шейка растетъ внизъ изъ вульвы безъ всякаго участія нижнихъ отрѣзковъ влагалища; она не происходитъ отъ расширенія вульвы и измѣненій во время родовъ, она чаще всего развивается у нерожавшихъ. При ней маточный зѣвъ и большій или меньшій отрѣзокъ влагалищной части лежатъ впереди половой щели, передній и задній своды находятся приблизительно на равной высотѣ.

§ 20. Поэтому для діагноза слѣдуетъ различать:

Выпаденіе передней стѣнки влагалища безъ или съ гипертрофіей шейки (гипертрофія средней части);

Выворотъ всего влагалища съ гипертрофіей шейки (надвлагалищная гипертрофія);

Выпаденіе задней стѣнки влагалища;

Выпаденіе всего тѣла матки;

Чистую гипертрофію влагалищной части;

Рядомъ съ распознаваніемъ этихъ различныхъ заболѣваній, имѣющихъ то общее, что наружный маточный зѣвъ лежитъ впереди половой щели, нужно всегда обращать вниманіе на состояніе вульвы самой и тазоваго дна, потому что только тогда возможна правильная терапія.

§ 21. Изслѣдованіе при выпаденіи матки и влагалища всегда сначала должно производиться такимъ образомъ, чтобы выпаденіе по возможности выступило настолько, насколько оно вообще выступаетъ. Лишь когда это изслѣдованіе произведено, слѣдуетъ еще разъ убѣдиться во всемъ послѣ вправленія. Само изслѣдованіе въ первомъ случаѣ вовсе не трудно. Замѣчаютъ особенности слизистой оболочки и изъязвленія послѣдней. Убѣждаются въ состояніи влагалищной части и затѣмъ изслѣдуютъ мочевоу пузырь при помощи зонда, введеннаго въ него; при этомъ всегда слѣдуетъ помнить, что мочеиспускательный каналъ отдѣлился отъ задней стѣнки симфиза и что, соотвѣтственно этому, вогнутость инструмента должна быть повернута назадъ. Только такимъ образомъ попадаютъ въ нижній и затѣмъ только, послѣ повторныхъ поворачиваній зондомъ, и въ верхній дивертикулъ пузыря. Изслѣдованіе пузыря имѣетъ большое значеніе для операціи и для опредѣленія, насколько пузырь вдается въ переднюю стѣнку вла-

галища. Вслѣдъ затѣмъ ориентируются насчетъ состоянія задняго влагалищнаго свода, что удается безъ труда.

При помощи этого изслѣдованія удается безъ труда опредѣлить, имѣется-ли дѣло съ выпаденіемъ передней влагалищной стѣнки, выворотомъ всего влагалища или чистой гипертрофіей влагалищной части; въ первомъ случаѣ даже при самомъ сильномъ натуживаніи сохраняется болѣе или менѣе задній влагалищный сводъ, во второмъ случаѣ самое большее остается небольшое вдавленіе ладьевидной ямки, въ последнемъ случаѣ существуетъ какъ передній, такъ и задній влагалищный сводъ.

Состояніе тѣла матки герп. гипертрофической шейки можетъ быть опредѣлено только при помощи двойнаго изслѣдованія.

Поэтому теперь вводится палецъ въ прямую кишку, и опредѣляютъ положеніе тѣла матки. Въ большинствѣ случаевъ оно можетъ быть прослѣжено въ тазу вверхъ и назадъ и при этомъ легко отличать шейку отъ тѣла отхожденіемъ *lig. recto-uterini*. Только въ исключительныхъ случаяхъ прямо достигаютъ согнутымъ впередъ пальцемъ выше дна, лежащаго совершенно внѣ наружныхъ половыхъ органовъ. Въ последнемъ случаѣ палецъ сможетъ прослѣдить вверхъ натянутыя связки и прощупаетъ далѣе тотчасъ выше тѣла матки яичники и трубы.

Затѣмъ вправляютъ проляпсъ, и изслѣдователь долженъ теперь обратить вниманіе на ширину вульвы, опредѣлить растяженіе нижней части задней стѣнки влагалища и вслѣдъ затѣмъ повторнымъ изслѣдованіемъ черезъ прямую кишку участіе послѣдней въ выпаденіи и свойство мускулатуры тазоваго дна. Полезно также замѣтить, находится-ли тѣло матки послѣ вправленія въ очень сильной ретрофлексіи.

Если дѣло идетъ только о выпаденіи влагалища безъ участія маточнаго тѣла, то опредѣленіе положенія матки и состоянія придатковъ, впрочемъ, также будетъ имѣть значеніе и дастъ возможность поставить важныя терапевтическія показанія. Впрочемъ, при выпаденіи влагалища существуетъ мало діагностическихъ затрудненій, если предварительнымъ сильнымъ натуживаніемъ было доказано, что больше, чѣмъ въ данную минуту, не выходитъ. Нужно только отличать выпаденіе задней стѣнки отъ выпаденія передней и при этомъ обращать вниманіе на размѣръ вульвы.

§ 22. Дифференціально діагностическія затрудненія происходятъ главнымъ образомъ только вслѣдствіе усложненій и разной этиологій выпаденія. Въ этомъ отношеніи, разумѣется, слѣдуетъ замѣтить чистую гипертрофію влагалищной части, которая, впрочемъ, вто-

рично можетъ вести также къ расширенію вульвы и къ небольшому опущенію матки: состояніе передняго влагалищнаго свода, который здѣсь, какъ и задній, вполнѣ сохраняется, и большей частью совершенно измѣненная форма подлежащей части достаточны для распознаванія.

Иначе обстоитъ дѣло съ различнаго рода опухолями, появляющимися на различныхъ частяхъ маточнаго тѣла или шейки и могущими вызвать очень разнообразную картину выпаденія, подробное обсужденіе которой здѣсь невозможно. Заслуживаетъ только замѣчанія, что такія усложненія могутъ имѣть мѣсто. Впрочемъ, едва-ли нужно упоминать, что изъ матки могутъ выступать опухоли и, торча, на подобіе полиповъ, изъ маточнаго зѣва, могутъ разрастаться до наружныхъ половыхъ частей. Внимательное изслѣдованіе, особенно вызываемое интереснымъ усложненіемъ, и здѣсь найдетъ мало затрудненій въ распознаваніи. Я вспомню въ заключеніе, какъ достойны вниманія, кисты влагалища, столь-же часто встрѣчающіяся при выпаденіи, какъ и самыя могущія быть причиной выпаденія влагалища. Здѣсь черезъ утончившуюся поверхность надъ кистой большей частью просвѣчиваетъ синеватымъ цвѣтомъ содержимое, между тѣмъ какъ всѣ другія выпаденія представляютъ сильное мозолистое утолщеніе. Наконецъ, здѣсь будетъ сдѣлано распознаваніе, смотря по мѣсту, или помощью введеннаго въ пузырь катетера или помощью введеннаго въ прямую кишку пальца.

Объ участіи въ выпаденіи брюшины или содержащихся въ ней кишечныхъ петель у насъ явится подозрѣніе на основаніи особенныхъ измѣненій формы, кишечныя-же петли откроемъ по тимпаническому звуку при постукиваніи.

#### IV. Выворотъ матки.

§ 23. Выворотъ матки состоитъ во впячиваніи дна матки въ полость ея, такъ что маточная стѣнка своей внутренней поверхностью опускается въ просвѣтъ полового канала и на мѣсто дна появляется воронка, изъ которой выходятъ трубы и связки. Если поверхность слизистой оболочки впятившагося дна еще находится выше наружнаго маточнаго зѣва, то выворотъ называется неполнымъ; если тѣло вступаетъ во влагалище, онъ называется полнымъ; если внутренняя поверхность матки видима впереди половой щели, то говорятъ о выпаденіи вывороченной матки.

Выворотъ матки, если онъ обязанъ своимъ происхожденіемъ послѣ родовому періоду, опредѣляется исключительно при помощи двойнаго изслѣдованія. Введеннымъ во влагалище пальцемъ

ощупываютъ выступившее изъ маточнаго зѣва тѣло, его поверхность мягка, можетъ кровоточить, можетъ быть легко вдавима, представляетъ различную окраску. Отсюда вытекаетъ поводъ спросить, имѣемъ-ли мы выворотъ или полипъ. Опреѣленное рѣшеніе даетъ двойное изслѣдованіе черезъ прямую кишку.

Оно показываетъ, что дно отсутствуетъ на своемъ нормальномъ мѣстѣ, что здѣсь прощупывается воронка по направленію къ шейкѣ и, что отъ нея поднимаются вверхъ напряженные придатки. Всѣ другіе методы изслѣдованія излишни или только запутываютъ. Что пользы въ томъ, что палецъ находящійся въ прямой кишкѣ, прощупываетъ катетеръ? Кто осмѣлится отрицать, что здѣсь, въ видѣ исключенія, пузырь не могъ выпятить сбоку отъ матки широкую связку назадъ и поэтому легко ощупывается со стороны прямой кишки? Какую цѣль имѣетъ введеніе зонда въ случаяхъ выворота тѣла матки? Если онъ нигдѣ не входитъ, то всегда причиной затрудненія можетъ быть просто складка въ шейкѣ, если-же онъ проникаетъ высоко вверхъ мимо сомнительнаго тѣла, то неузнанной причиной можетъ быть прободеніе матки. Нужно изслѣдовать двойнымъ способомъ, тогда надъ мнимымъ полипомъ не будутъ пытаться производить откручиваніе, а будутъ довѣрять одному только результату ощупыванія и ощупывать во всякомъ случаѣ, только со стороны прямой кишки.

Если дѣло идетъ о выворотъ, произведенномъ міомой, то самое вѣрное распознаваніе равнымъ образомъ будетъ сдѣлано при помощи изслѣдованія со стороны прямой кишки. И здѣсь нужно быть въ состояніи прощупать воронку, которая не всегда должна захватывать все дно, а только любую часть матки. Впрочемъ, здѣсь именно изслѣдованіе можетъ представлять особенныя затрудненія, потому что величина существующаго новообразованія не позволяетъ пальцу пройти мимо него. Здѣсь безъ всякаго затрудненія будетъ ясно существованіе большой міомы, и здѣсь въ отдѣльныхъ, впрочемъ, рѣдкихъ случаяхъ будетъ очень цѣлесообразно расширить предъ изслѣдованіемъ мочеиспускательный каналъ, чтобы со стороны пузыря достигнуть воронки отъ выворота. Чаще всего слѣдуетъ вспомнить о возможности выворота вслѣдствіе міомы во время операціи, потому что мнимый выворотъ нерѣдко только образуется при потягиваніи внизъ полипозной міомы. Поэтому слѣдуетъ всегда при этихъ операціяхъ помнить объ этихъ случайностяхъ до тѣхъ поръ, пока не прощупаютъ послѣ уменьшенія опухоли правильно сформированную матку.

Меня бы завлекло въ область ученія объ операціяхъ, еслибы я даѣе распространился объ этомъ. Здѣсь, въ гинекологической діагностикѣ, для распознаванія выворота при выступившемъ черезъ наруж-

ный маточный зѣвъ сомнительномъ тѣлѣ, на первомъ мѣстѣ должно быть поставлено исключительно комбинированное изслѣдованіе.

#### Глава 4.

### Діагностика съуженія шейки.

§ 24. Подъ названіемъ стеноза подразумѣваютъ чрезмѣрную узость наружнаго маточнаго зѣва, канала шейки или внутренняго маточнаго зѣва; эти три формы могутъ встрѣчаться всѣ вмѣстѣ, но гораздо чаще онѣ встрѣчаются независимо другъ отъ друга; поэтому я считаю себя вправѣ описать ихъ каждую отдѣльно.

Чаще всего встрѣчается стенозъ наружнаго маточнаго зѣва. Объективно не должно діагносцировать этой болѣзни при помощи изслѣдованія размѣра наружнаго маточнаго зѣва пуговкой зонда или какимъ-либо рѣжущимъ инструментомъ, а слѣдуетъ ставить діагнозъ сильнаго съуженія маточнаго зѣва тогда, когда наступили послѣдствія этого состоянія, указывающія на долгое существованіе его. Они заключаются при изслѣдованіи исключительно въ расширеніи шеечнаго канала, постепенно развивающемся позади наружнаго маточнаго зѣва, благодаря тому, что слизь шейки не можетъ достаточно легко выступить и, скопляясь, механически растягиваетъ полость. Это обстоятельство открывается при обнаженіи влагалищной части въ зеркалѣ изъ молочнаго стекла; смотря по содержанию расширенной шейки, наружный маточный зѣвъ представляется изслѣдователю различнымъ. Онъ бываетъ чернымъ, если за нимъ находится прозрачная стекловидная слизь, грязновато-бѣлымъ, если имѣло мѣсто болѣе или менѣе обильное примѣшиваніе гнойныхъ или слизистыхъ тѣлецъ, и, наконецъ, бѣлымъ, бѣловато-желтымъ до зеленовато-желтаго, если въ немъ находится чистый гной. Большею частью изъ наружнаго зѣва свѣшивается тягучій канатикъ того или другаго качества; простой осмотръ шейки показываетъ въ такихъ случаяхъ, что узость маточнаго зѣва вызвала послѣдовательныя состоянія, и по нимъ можно объективно опредѣлить, что въ данномъ случаѣ слишкомъ узокъ наружный маточный зѣвъ. Еслибы мы захотѣли поставить діагнозъ стеноза безъ этихъ послѣдовательныхъ состояній, то слишкомъ часто дѣлали бы ошибки. Ни дисменоррея не должна существовать въ такихъ случаяхъ, ни безплодіе не должно зависѣть отъ свойства зѣва.

Возможно даже, что безъ особеннаго повода маточный зѣвъ, послѣ предшествовавшихъ абортѣвъ, опять суживается вслѣдствіе гипертрофіи стѣнокъ матки, причемъ никакое страданіе не можетъ быть отнесено на счетъ малости зѣва. Ни измѣреніемъ паружнаго зѣва помощью зонда, ни оцупываніемъ помощью пальца мы не въ состояніи поставить діагноза, послѣдній можетъ лишь тогда стать яснымъ, когда обнажаютъ влагалищную часть въ зеркаль—лучше всего въ Мауег'овскомъ—и опредѣляютъ послѣдствія суженія.

Изслѣдованіе, еслибы оно должно было при этой болѣзни ограничиться наружнымъ маточнымъ зѣвомъ, имѣетъ легкую задачу. Смотри по степени стеноза, находятъ измѣненной форму влагалищной части. Образующаяся обыкновенно вмѣстѣ со стенозомъ гипертрофія стѣнокъ шейки ведетъ или къ коническому удлиненію шейки, или къ утолщенію влагалищной части на подобіе бильярднаго шара. Существуетъ, конечно, постепенный переходъ между обоими видами.

Но при всякомъ случаѣ стеноза вниманіе изслѣдователя должно быть направлено также и на остальные отношенія внутреннихъ половыхъ органовъ. Только такимъ путемъ діагнозъ всякій разъ будетъ настолько полнымъ, что терапія нѣкоторымъ образомъ сама будетъ вытекать изъ него. Нужно, конечно, обратить вниманіе на положеніе матки; но изслѣдованіе въ каждомъ случаѣ особенно должно распространяться на состояніе трубъ, тазовой клѣтчатки и тазовой брюшины. Никогда не слѣдуетъ удовлетвориться діагнозомъ: «суженія наружнаго маточнаго зѣва».

Слишкомъ часто дѣлаютъ ошибки въ этомъ отношеніи; не только начинающій щедръ въ постановкѣ діагноза стеноза наружнаго маточнаго зѣва, но и болѣе старый врачъ подъ вліяніемъ неотступныхъ просьбъ бесплодной женщины можетъ быть принужденъ признать его. Даже иные гинекологи новѣйшаго времени не могутъ считать себя свободными отъ упрека самимъ себѣ въ томъ, что діагносцировали и оперировали слишкомъ много суженій. Несчастіе не особенно велико, когда оперируютъ при, въ другихъ отношеніяхъ, здоровомъ половомъ аппаратѣ, но можно сильно поплатиться, если дѣйствительной причиной безплодія былъ не стенозъ, а *ruosalpinx*, и узкое мѣсто теперь разрывано. Если ставятъ діагнозъ суженія маточнаго зѣва безъ какихъ-либо другихъ осложненій, то само собой разумѣется, нужно произвести расширеніе, между тѣмъ, какъ при периметритическихъ и трубныхъ сопутствующихъ явленіяхъ должна соблюдаться величайшая осторожность.

§ 25. Вторая форма есть стенозъ внутренняго маточнаго зѣва. О немъ нужно только думать при двухъ обстоятельствахъ: или онъ представляетъ сопутствующее явленіе стеноза наружнаго маточнаго зѣва, или-же находить явленія, указывающія на стенозъ, межъ тѣмъ, какъ наружный зѣвъ не представляетъ суженія. Распознаваніе его возможно только при помощи введенія зонда въ маточную полость. Здѣсь требуется предварительно установить отсутствіе какихъ-либо воспалительныхъ процессовъ въ тазовой брюшинѣ; только тогда я считаю зондированіе настолько безопаснымъ, что оно можетъ быть примѣнено для распознаванія этого самого по себѣ не опаснаго для жизни заболѣванія. Но далѣе примѣненіе зонда для этой цѣли предполагаетъ самое точное знаніе положенія матки. Иначе мы очень легко будемъ склонны объяснить затрудненія при введеніи зонда, происходящія отъ боковаго смѣщенія матки или заключающіяся въ складкахъ шейки, суженіемъ. Для объективнаго опредѣленія стеноза внутренняго маточнаго зѣва я пользуюсь испытаніемъ растяжимости послѣдняго. При легкомъ потягиваніи матки зондъ въ 3 мм. толщиной долженъ проникнуть въ маточную полость безъ чрезмѣрнаго на-силія. Впрочемъ, я тутъ-же долженъ сознаться, что послѣднее опредѣленіе предполагаетъ довольно большую опытность и упражненіе, особенно, конечно, слѣдуетъ имѣть въ виду другія возможности, могущія затруднить зондированіе, такъ, напр., сильное образованіе складокъ въ шеечномъ каналѣ. Но поэтому именно начинающій долженъ ставить діагнозъ суженія внутренняго маточнаго зѣва только съ осторожностью и послѣ повторнаго изслѣдованія. Важныя для терапіи усложненія слѣдуетъ исключить еще до изслѣдованія, такъ что здѣсь вообще всегда можетъ быть предпринято оперативное леченіе, какъ только діагнозъ ясенъ.

§ 26. Стенозъ всей шейки составляетъ обыкновенно частичное явленіе недостаточнаго образованія всей матки. Это заболѣваніе встрѣчается какъ при атрофіи матки, такъ и при инфантильной маткѣ. Въ обоихъ случаяхъ предполагается, что при двойномъ изслѣдованіи достаточно было обращено вниманіе на отношеніе тѣла къ шейкѣ. Осмотръ наружнаго маточнаго зѣва обыкновенно обнаруживаетъ очень маленькій маточный зѣвъ при крайне небольшой влагалищной части. Если затѣмъ попробовать ввести обыкновенный зондъ, то всегда наталкиваются на возрастающія сопротивленія.

Здѣсь большей частью не найдутъ частичнаго расширенія шеечнаго канала, и поэтому можно будетъ опредѣлить небольшой размѣръ наружнаго маточнаго зѣва также и безъ него; но въ большинствѣ случаевъ



бросается здѣсь въ глаза небольшая величина всей влагалищной части, и рядомъ съ этимъ явленіемъ свойство маточнаго зѣва имѣеть гораздо меньшее значеніе. Введеніе зонда и здѣсь, конечно, возможно только при отсутствіи всякихъ болѣзненныхъ измѣненій въ окружности матки. Двойное изслѣдованіе должно обратить также особенное вниманіе на состояніе тѣла матки. Только такимъ образомъ можно будетъ оцѣнить практическое значеніе ошибки: если имѣется частичное явленіе недостаточнаго развитія, то терапия, направленная противъ стеноза шейки, не устранивъ лежащаго въ основаніи заболѣванія. Только когда на съуженномъ по всей длинѣ каналѣ сидитъ нормальная матка, лечение должно быть направлено противъ съуженія.

§ 27. Последнее, впрочемъ, встрѣчается особенно при опредѣленной этиологіи съуженія, при рубцевомъ съуженіи, произошедшемъ отъ прижиганія, изъязвленія и гангрены. Эти именно рубцевыя съуженія—они довольно часто составляютъ послѣдствіе несоответственнаго врачебнаго вмѣшательства, рѣже послѣдствіе тяжелыхъ поврежденій при родахъ—тоже не трудны для распознаванія. Большею частью влагалищная часть уже разрушена или замѣщена рубцовой тканью; въ другихъ случаяхъ рядомъ съ шейкой прощупываютъ мозолистыя утолщенія въ параметріи. Рѣдко только рубцы захватываютъ небольшую поверхность, большей-же частью принимаетъ участіе весь шеечный каналъ. Рядомъ съ распознаваніемъ рубца здѣсь, конечно, важенъ результатъ зондированія.

§ 28. Раздѣленіе стенозовъ шейки на три вида отвѣчаетъ практической потребности, и въ особенности объ послѣднія формы въ предвидущемъ изложеніи ихъ діагностики и въ намѣченномъ, по крайней мѣрѣ, патологическомъ представленіи едва-ли встрѣтитъ противорѣчія.

Въ отношеніи съуженія наружнаго маточнаго зѣва мнѣ немедленно можно будетъ выставить возраженіе, что если я описываю послѣдовательное состояніе съуженія, то я долженъ былъ также обозначить свойства, принадлежащія той маткѣ, которая въ позднѣйшее время представляетъ эти послѣдовательныя состоянія. И здѣсь я могу только выставить на видъ что діагносцировать стенозъ только тогда отвѣчаетъ условіямъ практики, когда онъ повелъ къ какимъ либо послѣдствіямъ. Такъ какъ женщина рѣдко непосредственно послѣ свадьбы предложитъ гинекологу вопросъ о томъ, достаточно-ли широкъ маточный зѣвъ для зачатія и такъ какъ опытный врачъ здѣсь рѣдко отвѣтитъ отрицательно на этотъ вопросъ (потому что вслѣдъ загѣмъ прекратившіеся регулы слишкомъ легко могутъ привести высказанное имъ мнѣніе ad absurdum), то съуженіе наружнаго маточнаго зѣва, разъ оно не вызвало никакихъ послѣдствій, рѣдко подвергается лечению. И здѣсь, впрочемъ, противорѣчу обыкновенному утвержденію, что эта болѣзнь прирождена, и могу въ этомъ отно-

шеніи только обратить вниманіе на то, что при многочисленныхъ вскрытіяхъ новорожденныхъ дѣвочекъ я никогда не видѣлъ суженія наружнаго зѣва. Мое мнѣніе о происхожденіи суженія, наоборотъ, такое, что оно всегда приобрѣтено вслѣдствіе хроническаго раздраженія, приведшаго стѣнку шейки къ чрезмѣрной гипертрофіи. Эти раздраженія заключаются въ самыхъ различныхъ состояніяхъ. И не хочу отрицать, что причина ихъ можетъ заключаться въ извѣстномъ предрасположеніи къ заболѣваніямъ во время половой зрѣлости, предрасположеніи, извѣстномъ намъ въ видѣ клинической картины блѣдной немочи, и въ половыхъ возбужденіяхъ всякаго рода до замужества. Но особенно часто раздраженія производятся остатками инфекціонныхъ процессовъ въ мужской уретрѣ, которые сводятся къ гонорреѣ, и половымъ безсиліемъ мужа. Съ гипертрофіей стѣнки шейки, которая легко можетъ вести къ набуханію наружнаго маточнаго зѣва, всегда связана гиперплазія слизистой оболочки, и послѣдняя ведетъ одновременно къ образованію суженія и къ усиленному отдѣленію шейки, смотря по этиологіи слизистаго, слизисто-гнойнаго или чисто гнойнаго секрета. Съ этимъ представленіемъ легко можно будетъ въ каждомъ данномъ случаѣ согласовать опредѣленные терапевтическія показанія. Особенно, мнѣ кажется, ясно, что съ объясненіемъ дисменорреи суженіемъ надо быть очень осторожнымъ. Существуютъ, безъ сомнѣнія, случаи, въ которыхъ устраненіе суженія наружнаго зѣва освобождаетъ пациентку отъ болей во время регуль, но гораздо чаще этотъ симптомъ слѣдуетъ объяснить другимъ заболѣваніемъ или совокупностью состояній. Если дѣвушка съ дѣвственной плевой жалуется на дизменоррею и находятъ маточный зѣвъ относительно узкимъ, то должно во всякомъ случаѣ остерегаться объяснить жалобу узостью зѣва, прежде чѣмъ дѣйствительно не убѣдимся послѣдствіями суженія, что зѣвъ очень узокъ. Нигдѣ мы не можемъ больше полатиться за не вполне объективное отношеніе, какъ здѣсь.

## Глава 5.

### Діагностика катарра.

§ 29. Цѣли настоящаго сочиненія лучше всего отвѣчало-бы соединеніе различныхъ формъ катарра въ одно. Въдь, при жалобѣ на усиленное истеченіе мы не хотимъ только убѣдиться, что оно дѣйствительно такъ, что, слѣдовательно, заболѣлъ опредѣленный участокъ слизистой оболочки, но желаемъ также опредѣлить и распространеніе на другія части.

Катарральное заболѣваніе можетъ имѣть мѣсто въ слизистой вульвы, влагалища, шейки или тѣла матки; явленія при немъ заключаются въ слизистомъ, слизисто-гнойномъ или гнойномъ истеченіи, но встрѣчаются формы эндометрита, при которыхъ значительное отдѣленіе та-

кого рода не имѣть мѣста, а выступаютъ на первый планъ кровото- ченія или другіе признаки.

Способъ распознаванія долженъ здѣсь быть такой-же, какъ, напр., при кровотеченияхъ въ акушерствѣ; начинаютъ съ изслѣдованія наружныхъ половыхъ частей и, начиная отсюда, переходятъ къ влагалищу, шейкѣ и тѣлу. Вообще изслѣдованіе должно быть ведѣть произведено во всей его полнотѣ, но тѣмъ не менѣе перѣдко полезно оставить пока *in suspensio* вопросъ о томъ, насколько участвуетъ тѣло матки, разъ на лицо имѣются очень сильныя катарральныя измѣненія влагалища и вульвы. Только когда, послѣ ихъ улучшенія или излеченія, истеченіе остается неизмѣненнымъ, пужно будетъ изслѣдовать и матку.

Какъ ни важно распространить діагнозъ также и на этиологию, это связано съ затрудненіями именно при катаррѣ. На практикѣ это этиологическое изслѣдованіе большей частью сведется къ бактерійному происхожденію и нашему разсмотрѣнію подлежатъ здѣсь почти только плѣневые грибки и гонококки. Но между тѣмъ какъ первые могутъ быть узнаны безъ затрудненія какъ простымъ глазомъ, такъ и микроскопомъ, вѣрное распознаваніе послѣднихъ пока еще такъ сложно, что нельзя требовать такого рода изслѣдованія всякій разъ. Поэтому мы пока еще обязаны придерживаться распознаванія клиническаго характера гонорреи.

§ 30. Я начинаю разсмотрѣніе изслѣдованія катарра съ діагностическихъ методовъ и съ того, что мы находимъ, при катаррѣ вульвы.

Въ типическихъ случаяхъ его въ окрестности половыхъ частей находятъ экскоріаціи, внутренняя поверхность малыхъ губъ и вся слизистая оболочка входа во влагалище имѣетъ ярко красную окраску и опухла. Липкая поверхность ихъ чувствительна и изслѣдующій или обнажающій части палецъ легко вызываетъ маленькія раненія. Рядомъ съ диффузнымъ измѣненіемъ существуютъ и другія формы, при которыхъ на болѣе блѣдной вульвѣ встрѣчаются темно-красныя пятна, особенно на краю дѣвственной плевы. Далѣе отверстіе Bartholinievыхъ железъ, которыя легко опредѣляются тотчасъ снаружи отъ дѣвственной плевы, какъ маленькія, при закупоркѣ нерѣдко черныя точки, представляютъ сильную красноту въ своей ближайшей окрестности. Нужно также помнить объ участии слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала и просто-ли, или особенно помощью болѣе сильнаго давленія на валикъ мочеиспускательнаго канала убѣдиться въ существованіи и въ характерѣ выступающаго изъ него секрета.

Гнойный секретъ мочеиспускательнаго канала, пятнистая краснота вульвы, заболѣваніе Bartholinievыхъ железъ, маленькія покраснѣнія разрастанія слизистой оболочки говорятъ въ пользу гонорреи. Въ другихъ случаяхъ, особенно часто у беременныхъ, слизистая оболочка вульвы характеризуется кругловатыми, крѣпко пристающими, хотя и способными быть содранными бѣлыми пленками и имѣетъ видъ какъ-бы измѣненной плѣсенивицей (soor).

На встрѣчающіяся нерѣдко вмѣстѣ съ воспаленіемъ вульвы изъясненія надо обращать особенное вниманіе и искать ихъ мѣсто находенія чаще всего въ ладьевидной ямкѣ на краю дѣвственной плевы и въ окружности отверстія мочеиспускательнаго канала.

Особенная форма, по крайней мѣрѣ, сходная съ катарромъ и при которой главная жалоба заключается въ жженіи и зудѣ — Pruritus vulvae—кромѣ послѣдствій чесанія представляетъ нерѣдко очень ничтожныя измѣненія, въ другихъ случаяхъ находятъ особенное утолщеніе кожи, которая даже блѣдностью своей отличается отъ обыкновенной слизистой оболочки. При катаррѣ вульвы, положительно не происходящемъ отъ гонорреи или плѣсенивицы, и при pruritus vulvae всегда нужно изслѣдовать мочу на сахаръ, потому что часто причиной заболѣванія служитъ діабетъ и, благодаря этимъ измѣненіямъ, на него можетъ быть направлено вниманіе въ относительно раннихъ стадіяхъ.

§ 31. Катарръ влагалища дѣлается уже вѣроятнымъ, если при осмотрѣ вульвы находятъ и на нижнихъ частяхъ влагалища пятнистую красноту. Введенный затѣмъ палецъ открываетъ зернистый характеръ влагалища; здѣсь иной разъ сидятъ отдѣльныя возвышенности на первоначальныхъ поперечныхъ складкахъ влагалища и, если онѣ сильно инфильтрованы, то получится характеръ терки. Въ другихъ случаяхъ палецъ ощущаетъ тѣстоватое бархатистое набуханіе всего влагалища и, наконецъ, можетъ также существовать необыкновенное повышеніе температуры; въ отдѣльныхъ случаяхъ не ощущаютъ вовсе ничего. Определенно рѣшаетъ все дальнѣйшее введеніе зеркала. Тогда мы видимъ безъ труда равномерно яркокрасную слизистую оболочку, или на умѣренно набухшемъ влагалищѣ различаютъ отдѣльныя, темно-красныя, часто легко кровоточація отъ механическаго инсульта, отъ соприкосновенія инструментомъ, пуговки воспаленныхъ сосочковъ. Могутъ быть поражены также только ограниченныя участки. Здѣсь предшествующее введеніе пальца во влагалище должно дать цѣлесообразное направленіе послѣдующему примѣненію зеркала. При старческихъ формахъ катарра измѣненія не должны вести къ возвышенію набухшихъ сосочковъ. Здѣсь особенно можетъ случиться,

что палецъ ничего не опредѣляетъ, между тѣмъ какъ зеркало даетъ возможность опредѣлить пятнистый характеръ влагалища.

§ 32. Заболѣванія наружной стороны влагалищной части только тогда представляютъ затрудненія для распознаванія, когда они приближаются къ злокачественнымъ измѣненіямъ; здѣсь для начинающагося сомнѣнія мы употребляемъ выраженіе «подозрительный характеръ влагалищной части». Особенности послѣдней, равно какъ способъ разрѣшенія сомнѣнія мы опишемъ при диагностикѣ рака матки. При дѣйствительныхъ катарральныхъ измѣненіяхъ влагалищной части нужно для распознаванія различать главнымъ образомъ двѣ формы: воспаленіе по влагалищному типу и по шеечному.

Первое вполне соотвѣтствуетъ при изслѣдованіи пальцемъ и зеркаломъ только что описаннымъ видамъ вагинита, только здѣсь складки не будутъ, естественно, основаніемъ измѣненія, и поэтому папиллярныя возвышенія менѣе достойны примѣчанія, чѣмъ пятнистыя точки, отличающіяся по своему цвѣту отъ окружающаго. Особенно важна опять витенсивная краснота, а ердина ея можетъ представлять даже легкій сѣрый налетъ. При первой формѣ часто легко вызывается кровотеченіе поделизистаго характера, при второй—характеръ сыпи — французскіе авторы середины настоящаго столѣтія описываютъ это состояніе отчасти подъ названіями, ведущими свое начало отъ заболѣваній наружной кожи. Конечно, здѣсь, какъ и при всякомъ инфекціонномъ вагинитѣ встрѣчаются также разростанія, приближающіяся къ типу остроконечныхъ кондиломъ; наконецъ вся поверхность влагалищной части можетъ также представляться диффузно покраснѣвшей. При всѣхъ этихъ измѣненіяхъ влагалищная часть представляется въ зеркалѣ слегка матоваго блеска, и если съ поверхности и отдѣляется секретъ, то послѣ вытиранія онъ все-таки не тотчасъ опять появляется.

Шеечная форма воспаленія влагалищной части, напротивъ, представляетъ «эрозію»; ея особенности заключаются въ яркочерной окраскѣ ея влажной блестящей поверхности и въ томъ, что она почти исключительно присоединяется къ большей частью измѣненной одновременно слизистой оболочкѣ шейки, и только рѣдко, и то только на одномъ или, самое большее, на двухъ мѣстахъ, появляется независимо отъ нея. Край измѣненія большей частью рѣзко отдѣляется отъ окружности, въ ближайшемъ сосѣдствѣ лежатъ кругомъ отдѣльные просвѣчивающіе синеватымъ цвѣтомъ фолликулы. Внѣшній видъ эрозіи можетъ быть различнымъ; здѣсь имѣютъ вліяніе какъ расположеніе

ихъ гистологическихъ элементовъ, такъ и болѣе грубыя измѣненія формы шейки, и особенно послѣднія дѣлаютъ невозможнымъ провести границу между ними и катарромъ шейки.

Въ первомъ отношеніи все еще полезно сохранить старое дѣленіе Carl'a Mayer'a на простую, фолликулярную и папиллярную эрозію, хотя никто теперь уже не сомнѣвается въ ихъ вообще одинаковомъ анатомическомъ характерѣ, именно въ описанномъ Carl'омъ Ruge и мной <sup>1)</sup> разростаніи цервикальныхъ железъ на томъ мѣстѣ, гдѣ находился прежде многослойный плоскій эпителий. Но внѣшній видъ тѣмъ не менѣе различенъ; въ первомъ случаѣ «эродированная» поверхность совершенно гладка и равномерна, только въ ближайшей окружности ея показываются отдѣльные фолликулы, ихъ протяженіе большей частью очень незначительно. Во второмъ случаѣ мы видимъ главное участіе фолликуловъ, такимъ-ли образомъ, что они возвышаются съ различнымъ просвѣчивающимъ содержимымъ надъ поверхностью, обыкновенно покрытой плоскимъ эпителиемъ, или-же что на отдѣльныхъ мѣстахъ эрозии образовались чечевицеобразныя углубленія отъ лопнувшихъ фолликуловъ, или же что на сильно покрасившихъ частяхъ просвѣчиваютъ много большихъ пузырей, или же наконецъ, что съ эрозіей соединяются полипы. Въ третьемъ случаѣ, какъ только вполнѣ удалена слизь, изъ различныхъ пунктовъ, вслѣдствіе необходимыхъ для этого манипуляцій происходятъ часто небольшія кровотеченія, поверхность хотя гладка, однако, какъ будто прямо замѣтенъ мелкозернистый, бархатистый характеръ маленькихъ микроскопическихъ выступовъ. Здѣсь именно не замѣчаютъ большей частью никакого участія фолликуловъ и въ особенности бросается въ глаза рѣзкое ограниченіе отъ нормальнаго.

Для опредѣленія, когда и какъ лечить, это раздѣленіе остается важнымъ; при папиллярныхъ или еще рѣже фолликулярныхъ формахъ только въ видѣ исключенія нужно будетъ подумать о злокачественныхъ процессахъ.

Рядомъ съ этимъ раздѣленіемъ нѣкоторымъ образомъ по степени заболѣванія, надрывы шейки особенно способны измѣнить картину. Уже при изслѣдованіи пальцемъ ощущаютъ, что влагалищная часть разорвана до основанія и распадается на переднюю и заднюю губы, въ типическихъ случаяхъ сильно зіяющія. Если одновременно существуетъ катарръ—безъ послѣдняго дѣло доходитъ только до покрытія эпидермисомъ до того покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ слизи-

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. т. II, стр. 415.

стой оболочки,—то обнаженная слизистая оболочка шейки при свѣжей воспалительной краснотѣ ложится въ большія складки, отчасти соотвѣтствующія прежнимъ складкамъ *arboris vitae*, отчасти же вызванныя вновь образовавшимися бороздками. Поверхность этой неровной слизистой оболочки можетъ большей частью быть уподоблена плотной, хотя и яркокрасной грануляціонной ткани. И здѣсь очень сильныя разрастанія подадутъ намъ поводъ подозрѣвать ракъ, когда существуетъ большая склонность къ кровотеченіямъ. Такое подозрѣніе побуждаетъ къ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ по даваемымъ ниже правиламъ.

§ 33. Катарръ шейки также большей частью легко можетъ быть узнавъ; въ тѣхъ именно случаяхъ, въ которыхъ по эрозіи можно констатировать выдающееся участіе также наружной поверхности влагалищной части, можно быть увѣреннымъ, что участвуетъ, по крайней мѣрѣ, нижній, не вполнѣ обнаженный отрѣзокъ. Нетрудно далѣе распознаваніе, когда при существующемъ расширеніи наружнаго маточнаго зѣва палецъ, проникая въ каналъ можетъ прямо ощупать твердыя, воспалительно инфильтрованные складки слизистой оболочки шейки. Легко можно далѣе распознать катарръ шейки, когда за узкимъ наружнымъ зѣвомъ, полость шейки расширилась и наполнилась различнаго цвѣта слизью.

Затрудненія могутъ произойти только тогда, когда, при совершенно неизмѣненномъ характерѣ влагалищной части и непроходимомъ наружномъ зѣвѣ, изъ послѣдняго отдѣляется слизь и полость шейки не расширена. Здѣсь долженъ возникнуть вопросъ, шейка-ли, или тѣло служить мѣстомъ катарра, и къ этому вопросу я возвращусь лишь послѣ разсмотрѣнія катарра тѣла.

§ 34. *Endometritis corporis*, катарръ тѣла матки представляетъ различные симптомы: истеченіе, временная или постоянная боль, кровотеченіе. Здѣсь насъ интересуетъ прежде всего форма, ведущая къ слизистому, слизисто-гнойному или гнойному истеченію.

Первое средство для изслѣдованія слизистой оболочки матки заключается въ зондѣ.

Катарръ тѣла матки даетъ при примѣненіи зонда различный результатъ: въ отдѣльныхъ случаяхъ вся слизистая оболочка покрыта довольно твердыми неровностями, которыя легко узнаются при всякомъ движеніи введеннаго зонда. Сюда главнымъ образомъ принадлежатъ и тѣ случаи, въ которыхъ находятъ шероховатости только на ограниченныхъ мѣстахъ (здѣсь симптомомъ, главнымъ

образомъ, служатъ кровотеченія). Но въ другихъ случаяхъ находятъ, какъ выдающійся признакъ, появленіе сильнѣйшихъ коликообразныхъ болей при всякомъ прикосновеніи къ эндометрію и сначала часто едва возможно что-нибудь нащупать вслѣдствіе наступающаго безпокойства пациентки. (Здѣсь самый выдающійся симптомъ заключается въ сильномъ чувствѣ боли, локализирующемся въ самыхъ различныхъ мѣстахъ и появляющемся въ самое различное время, во время регуль или въ промежуточное время).

Понятное дѣло, что при этихъ формахъ вовсе не легко локализовать боль навѣрное въ эндометріи. Даже опытный поступить лучше, если при этомъ именно субъективномъ признакѣ повтореніемъ изслѣдованія подтвердить результатъ перваго изслѣдованія, если боль окажется опять на томъ же мѣстѣ. Прежде всего нужно умѣть отличать чрезмѣрную чувствительность отъ дѣйствительно существующихъ болей. Для этого служатъ ложныя движенія, равно какъ манипуляціи зондомъ, ускользяющія отъ вниманія пациентки. Далѣе необходимо различать боль вслѣдствіе заболѣванія брюшины отъ внутриматочной. Уже результатъ двойнаго изслѣдованія имѣетъ для этого значеніе. Существованіе или отсутствіе периметрическихъ измѣненій должно быть иногда констатировано съ помощью наркоза. При ихъ существованіи нужно не забывать, что и движенія матки могутъ вызывать боли, оттого-ли, что инструментомъ смѣщается весь органъ, или только больная часть. Лежащій на зондѣ возлѣ наружнаго маточнаго зѣва палецъ, служить для разрѣшенія этого вопроса. Тогда лишь, когда мы увѣрены, что веденіе зондомъ въ полости матки не передвинуло тѣла матки, а боль все-таки появляется, лишь тогда очень вѣроятно, что мѣстомъ заболѣванія служитъ эндометрій. Далѣе должна быть различаема болѣзненность внутренняго маточнаго зѣва, не всегда имѣющая значеніе, отъ боли въ полости.

Дѣйствительное распознаваніе заболѣванія эндометрія такимъ путемъ невозможно, хотя существованіе его, конечно, становится очень вѣроятнымъ. И здѣсь именно должно существовать объективное измѣненіе слизистой оболочки, доступное ощупыванію зондомъ. При этомъ или находятъ неровности (а именно, особенно часто) въ углахъ матки, переходящихъ въ трубы, или же вся слизистая оболочка, или какое-нибудь ограниченное мѣсто представляетъ шероховатости (въ послѣднемъ случаѣ или имѣется маленькій полипъ, или же недостаточное обратное развитіе послѣ выкидыша). Еще труднѣе распознаваніе заболѣванія тогда, когда слизистая оболочка слишкомъ мягка; нужна большая опытность, чтобы отличить это заболѣваніе отъ ослабленія мышечнаго вещества матки (см. § 44, ч. I).



Въ обоихъ описанныхъ рядахъ заболѣваній при зондированіи нужно будетъ также обратить вниманіе на размѣръ всей полости. Мѣриломъ для этого служить размахъ движеній, могущихъ быть произведенными зондомъ въ маткѣ.

Въ послѣднемъ ряду случаевъ отсутствуютъ неровности на эндометріи и, несмотря на то, существуетъ измѣненіе его. Это суть случаи, въ которыхъ находятъ только отдѣленіе катаррального секрета. Не слѣдуетъ, однако, представить себѣ, что при катаррѣ совсѣмъ должны отсутствовать описанныя измѣненія; существуютъ только отдѣльные случаи, въ которыхъ ихъ обыкновенно не находятъ при изслѣдованіи зондомъ. Здѣсь изъ существенныхъ измѣненій эндометрія особенно важна обширность маточной полости, и я нахожу въ ней одну изъ важнѣйшихъ особенностей не совсѣмъ простаго діагноза катаррального эндометрита тѣла. Величину матки опредѣляютъ двойнымъ изслѣдованіемъ, обширность же полости только зондированіемъ.

Здѣсь, и только здѣсь, результатъ зондированія, сдѣлавшій вѣроятнымъ существованіе катарра, долженъ быть пополненъ примѣненіемъ рекомендованнаго B. S. Schultze пробнаго тампона <sup>1)</sup>. Schultze принадлежитъ заслуга того, что онъ при помощи тампона доказалъ частоту гнойнаго эндометрита въ то время, когда склонны были совершенно отрицать его значеніе; онъ доказалъ важность его и возможность вѣрнаго доказательства его помощью собиранія секрета.

Особенно усердно Schultze рекомендуетъ употребленіе этого пробнаго тампона для не специально подготовленнаго врача. Ватный тампонъ насквозь смачивается глицериномъ, а поверхность его 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-нымъ растворомъ танина въ глицеринѣ; кладутъ его во влагалищный сводъ такимъ образомъ, чтобы маточный зѣвъ кругомъ былъ прикрытъ, и удаляютъ его, спустя 24 часа, съ помощью зеркала. Тогда знаютъ, какая поверхность прилегала къ зѣву, и на этой поверхности при нормальныхъ условіяхъ долженъ лежать маленькій студенистый комочекъ прозрачной или слегка мутной слизи, нерѣдко окрашенной таниномъ въ фіолетовый цвѣтъ. Если вмѣсто него на тампонѣ лежитъ гной или гнойная слизь, то имѣется катарръ тѣла. Цервикальное происхожденіе секрета мы, по указаніямъ Schultze, узнаемъ потому, что гной тѣсно смѣшанъ съ вязкой студенистой слизью шеечнаго канала, между тѣмъ какъ маточный гной не смѣшивается съ послѣдней.

Относительно значенія пробнаго тампона я хотѣлъ бы замѣтить, что оно ограничивается опредѣленнымъ числомъ случаевъ.

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Gyn. 1890, № 19 и 1880. № 17.

Если при отсутствіи какого-нибудь значительнаго периметрита имѣютъ поводъ на основаніи жалобъ пациентки изслѣдовать эндометрій на приеутствіе въ немъ катарра, то я совѣтую, послѣ производства двойнаго изслѣдованія и осмотра шейки, сперва прибѣгнуть къ зонду. Я убѣжденъ, что въ большинствѣ случаевъ возможенъ будетъ діагнозъ при помощи него. Если не оказывается никакихъ измѣненій слизистой оболочки, но если, вслѣдствіе расширенія полости и другихъ какихъ-либо жалобъ пациентки, существованіе эндометрита все-таки вѣроятно, то я примѣняю пробный тампонъ, и мы даже вправѣ повторить этотъ приемъ одинъ или два раза въ разное время, чтобы составить себѣ сужденіе объ эндометриі, смотря по разстоянію отъ менструаціи.

§ 35. Если при показаніи больной, что изъ половыхъ частей существуетъ усиленное истеченіе, требуется опредѣлить мѣсто заболѣванія, то, конечно, нужно будетъ принять во вниманіе только-что описанные въ отдѣльности результаты точнаго изслѣдованія. Но я считаю все-таки необходимымъ еще отдѣльно поговорить о вопросахъ, относящихся къ дифференціальной діагностикѣ.

Вообще слѣдуетъ подвигаться въ изслѣдованіи снаружи внутрь и всякій разъ останавливаться на самомъ глубокомъ мѣстѣ, гдѣ мы нашли катарръ. Отъ этого правила полезно будетъ отступитъ, если только, по крайней мѣрѣ, изслѣдовали все до наружнаго маточнаго зѣва, предполагая, что влагалище доступно. Если на этомъ разстояніи находятъ вѣрные признаки катаррального воспаленія, то слѣдуетъ ихъ пока принять за причину симптомовъ. Это правило уже потому практически важно, что при изслѣдованіи зондомъ легко можетъ быть занесено изъ ниже лежащихъ частей на верхъ вызывающая катарръ причина; но особенно важно это будетъ потому, что опытъ показываетъ, что катарральные процессы нижнихъ частей, не составляющіе послѣдствія заболѣваній вышележащихъ частей, легко могутъ быть излечены въ короткое время простыми средствами. Если они послѣ устраненія снова возвращаются, не смотря на положительное устраненіе вышнихъ вредныхъ вліяній, или если начинающееся улучшеніе скоро уступаетъ мѣсто возобновившемуся ухудшенію, или если, наконецъ, несмотря на улучшеніе, отдѣленіе слизи остается, повидимому, такимъ-же сильнымъ, то изслѣдованіе уже должно быть направлено на то, какая изъ вышележащихъ частей заболѣла.

На нихъ очень часто можно будетъ убѣдиться, что теоретически важное различіе между катарромъ шейки и тѣла потому практически не необходимо, что обѣ части болыны. Съ увѣренностью можно діагно-

стицировать, по моему, изолированный катарръ одного отдѣла не по секрету, но по результату изслѣдованія матки.

Если существуетъ эрозія наружнаго маточнаго зѣва, то прежде всего слѣдуетъ обвинить шейку; здѣсь, конечно, опять трудно будетъ теоретически отличить одновременное участіе также тѣла матки. Но небольшія эрозии при очень сильномъ отдѣленіи указываютъ на заболѣваніе тѣла. Последнее становится положительнымъ, когда находятъ или неровности, или сильное расширеніе маточной полости. Можно исключить заболѣваніе тѣла, если полость послѣдняго слишкомъ узка, и едва-ли когда нибудь не замѣтимъ тогда сильнаго расширенія шеечнаго канала, представляющагося различнымъ, смотря по роду катарра.

Если при узкомъ наружномъ зѣвѣ или при сильно надорванной шейкѣ не видно ни эрозии, ни катарра, а все-таки находятъ сильное отдѣленіе слизи, то существуютъ различныя возможности. Существуютъ особенные случаи катарра шейки, въ которыхъ за узкимъ наружнымъ зѣвомъ безъ эрозии каналъ шейки расширяеть. Тогда наружный зѣвъ просвѣчиваетъ чернымъ, сѣрымъ или бѣлымъ цвѣтомъ вслѣдствіе накопившагося за нимъ секрета. Здѣсь имѣется дѣло съ катарромъ шейки, но съ такой формой, при которой довольно часто дальнѣйшее изслѣдованіе обнаруживаетъ измѣненія также и въ полости матки. Но если это расширеніе отсутствуетъ, то заболѣваніе навѣрное имѣеть мѣсто въ эндометріи, и вридь-ли когда здѣсь при зондированіи не найдутъ неровностей или расширенія полости.

Такимъ образомъ, мнѣ кажется, что дифференціальныи діагнозы между катарромъ частей, лежащихъ ниже и выше наружнаго зѣва, легокъ, но и различіе между катарромъ шейки и тѣла тоже не трудно. Для послѣднихъ случаевъ можетъ служить правиломъ, что если при обильномъ секретѣ не существуетъ сильныхъ измѣненій шейки, видимыхъ при осмотрѣ въ Simon'овскомъ зеркалѣ, то мы должны подозрѣвать заболѣваніе тѣла и, слѣдовательно, изслѣдовать эндометрію; лишь если въ послѣднемъ ничего невозможно доказать, то слѣдуетъ признать изолированный катарръ шейки.

§ 36. Существуютъ, далѣе, случаи катарра, особенно эндометріи, единственный или выдающійся симптомъ которыхъ составляютъ кровотеченія, поэтому необходимо здѣсь вкратцѣ коснуться также діагностики и этого явленія. Уже изъ показаній больной о способѣ явленія кровотеченій можно, конечно, опредѣлить съ вѣроятностью мѣсто. Если появляется усиленное отхожденіе крови только во время регулъ, то источникомъ должно считать тѣло матки, если кровотеченіе всегда наступаетъ во время coitus'a, то источникъ его — влагалищная

часть. Для точнаго діагноза этотъ путь не цѣлесообразенъ, и я избѣгаю выводить изъ анамнеза какіе-либо характерные признаки. Намъ грозитъ тогда опасность относиться къ результату изслѣдованія съ предубѣжденіемъ.

Если изслѣдуютъ кровоточащую женщину или такую, которая жалуется на правильную или неправильную потерю крови, то сначала слѣдуетъ опредѣлить, гдѣ должно искать источникъ, и на практикѣ здѣсь дѣло идетъ объ отдѣленіи крови черезъ наружный маточный зѣвъ. Происхожденіе кровотеченія изъ вульвы или влагалища легче всего можно будетъ опредѣлить введеннымъ пальцемъ; но если оно, вопреки обыкновенію, происходитъ не отсюда, то должна быть подвергнута осмотру, и именно въ Simon'овскомъ зеркалѣ наружная поверхность влагалищной части.

Кровоточація эрозія мы видимъ, такимъ образомъ, долго покрытыми кровью, количество крови увеличивается отъ болѣе сильнаго вытиранія поверхности. Если на самомъ дѣлѣ только сомнительно, составляютъ ли эрозія причину кровотеченія, то примѣняютъ однажды сильное кровоостанавливающее средство, какъ смазываніе полторахлористымъ желѣзомъ. Вопросъ рѣшается немедленно. Изъ другихъ заболѣвавшей влагалищной части здѣсь, конечно, можетъ зародиться сомнѣніе насчетъ начинающагося рака или полиповъ, явно свѣшивающихся изъ наружнаго зѣва; къ дифференціальному діагнозу перваго заболѣванія я еще вернусь.

Изслѣдованіе пальцемъ и Simon'овскимъ зеркаломъ, такимъ образомъ, безъ труда открываетъ, слѣдуетъ-ли искать источникъ кровотеченія ниже или выше наружнаго зѣва.

Если, какъ это обыкновенно бываетъ, источникъ кровотеченія не здѣсь, то его слѣдуетъ искать еще только въ шейкѣ и тѣлѣ.

Изъ той части шейки, которая лежитъ позади наружнаго зѣва, кромѣ рака, къ которому я еще вернусь, кровоточить лишь тогда когда она шарообразно растянута лежащимъ въ ней міоматознымъ полипомъ или абортивнымъ яйцомъ. Въ обоихъ случаяхъ двойное изслѣдованіе должно открыть измѣненіе формы или иногда подозрительное затвердѣніе.

При отрицательномъ результатѣ на всѣхъ пунктахъ до сихъ поръ, переходить къ тѣлу матки, и здѣсь результатъ двойнаго изслѣдованія будетъ, конечно, очень важенъ. Если мы находимъ увеличеніе матки—хоть и незначительное,—то сначала долженъ быть взвѣшенъ вопросъ, нѣтъ-ли здѣсь возможности, хоть и угрожаемой,—симптомомъ этого служить кровотеченіе,—но все-таки еще, быть можетъ, способной продолжаться беременності. Прежде чѣмъ примѣнять

дальнѣйшіе способы, нужно по даннымъ выше правиламъ (§ 4, ч. II) исключить возможность послѣдней. Для этого можетъ даже потребоваться нѣкоторое время наблюденія, и отъ силы кровотечения будетъ зависеть, видѣть-ли въ явленіихъ настоятельное показаніе къ дальнѣйшему вмѣшательству.

Если беременность исключена, то надо остановиться на мысли, что источникомъ кровотечения служить эндометрій, весь или ограниченное мѣсто на немъ, и что изслѣдованіе имѣетъ своей задачей рядомъ съ этимъ опредѣленіемъ еще и то, имѣется-ли заболѣваніе только слизистой оболочки, или также и стѣнки. Если послѣднее довольно часто можетъ быть узнано помощью двойнаго изслѣдованія, то внутренняя поверхность матки всегда должна быть ошупана зондомъ, а при нѣсколько расширенной шейкѣ пальцемъ. Впрочемъ, здѣсь именно настоятельно рекомендуется поступать при зондированіи съ особенными предосторожностями, вводить зондъ, слѣд., ради антисептики въ зеркалъ, послѣ осторожнаго вытиранія шейки. Зондомъ, или иногда пальцемъ нужно доказать или исключить ограниченные или распространенные разрастанія или неровности, полипы или узлы. Этимъ доставляется тогда доказательство, что винить слѣдуетъ эндометрій или нѣтъ. Равнымъ образомъ вводимый палецъ долженъ, конечно, всегда дезинфицироваться при симптомѣ кровотечения.

Служитъ ли причиной заболѣванія эндометритъ, остатки выкидыша или злокачественныя новообразованія слизистой оболочки, большей частью, а съ положительностью, даже всегда можетъ быть опредѣлено лишь послѣ микроскопическаго изслѣдованія выскобленныхъ частицъ. О діагнозѣ рака рѣчь будетъ впереди, остатки аборта узнаютъ по децидуальному строенію препарата, довольно большіе промежутки, выстланные эндотеліемъ, и кой-гдѣ отдѣльныя желѣзы придаютъ ему губчатый видъ, далѣе остатки аборта распознаются по, впрочемъ, различно измѣненнымъ ворсинкамъ chorion'a. Эндометритъ распознается по описаннымъ С. Ruge типамъ: железистая ткань и интерстиціальныя клѣтки всегда должны быть на лицо, хоть и въ ихъ видоизмѣненіяхъ. Затрудненія, кромѣ рака, встрѣчаются только, когда желательнo отличить хроническій эндометритъ отъ вновь образующейся слизистой оболочки послѣ выкидыша; но и здѣсь нѣкоторый навыкъ сдѣлаетъ распознаваніе возможнымъ. Чтобы прійти здѣсь скоро къ рѣшенію, рекомендуется прежде всего не пропускать ни одного случая для изслѣдованія доброкачественно измѣненныхъ слизистыхъ оболочекъ полости матки.

Признаніе связи съ абортomъ, конечно, слѣдуетъ еще подтвердить или устранить помощью анамнеза, но и здѣсь мы большаго достигнемъ

объективнимъ изслѣдованіемъ, чѣмъ показаніями больныхъ; только микроскопъ можетъ рѣшить, имѣемъ ли мы предъ собою недостаточное обратное развитіе послѣ аборта, эндометритъ въ связи съ послѣднимъ (т. е. какъ причина такового) или задержка частей яйца, отличіе, которое, понятное дѣло, очень важно для дальнѣйшаго леченія.

## Глава 6.

### Діагностика міомы.

§ 37. Міомы суть доброкачественныя опухоли маточной стѣнки, кругловатой формы, бѣдныя на разрѣзѣ сосудами, и поэтому бѣлыя, лежатъ въ капсулѣ изъ оплотненной ткани и состоятъ изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, пронизанныхъ соединительнотканными тяжами. Они представляютъ новообразованіе, подобное по строенію маточной мускулатурѣ. Смотря по мѣсту, различаютъ внутривъстѣнныя, интерстиціальныя, сидяція еще въ стѣнкѣ матки, міомы отъ подбрюшинныхъ, вдающихся въ брюшную полость. Діагностика міомъ матки должна преодолѣть затрудненія въ нѣсколькихъ направленіяхъ; на первомъ планѣ стоитъ задача распознать опухоль, какъ таковую; вслѣдъ за тѣмъ нужно опредѣлить отношеніе опухоли къ маткѣ, а съ послѣднимъ стоитъ въ связи вопросъ о подслизистыхъ опухоляхъ, насколько онѣ выдаются въ полость матки на подобіе полипа; наконецъ нужно отграничить ее отъ злокачественныхъ опухолей.

Тѣсная связь съ маткой и консистенція опухоли служатъ главнымъ образомъ первой задачѣ. Для ея разрѣшенія прежде всего опять-таки необходимо двойное изслѣдованіе. Если имѣется дѣло съ маленькими новообразованіями, то мы найдемъ или равномерное увеличеніе объема матки, или мѣстами бугристыя наросты на послѣдней. Довольно часто и первое оказывается вовсе не совершенно разлитымъ, но при болѣе точномъ ощупываніи ощущаютъ мѣсто перехода опухоли въ нормальную часть матки. Здѣсь твердость вполне характерна для міомы, никакая другая опухоль матки не представляетъ подобной плотности, притомъ безъ слѣда флюктуаціи; различіе отъ здоровой маточной паренхимы особенно бросается въ глаза. При столь частомъ множественномъ появленіи опухолей маточная полость хотя и можетъ быть прерываема маленькими узлами, но вообще остатокъ нормального вещества матки такъ ясно можетъ быть отличаемо отъ міомы, что заключеніе о направленіи маточнаго канала

большей частью можетъ быть сдѣлано правильно. Твердость опухоли большей частью бросается въ глаза, когда надъ ней лежитъ мало мускулатуры. Гораздо больше вниманія требуется, когда новообразованіе лежитъ вездѣ одинаково въ толстой мышечной стѣнкѣ; здѣсь мы при маленькой опухоли чувствуемъ только, что одно мѣсто маточной стѣнки немного тверже, хотя не удается рѣзко опредѣлить границы кругомъ. Легче всего, напротивъ, мы убѣдимся въ заболѣваніи, если матка и миома почти независимы другъ отъ друга, и ихъ связываетъ только ножка. Но двойное изслѣдованіе всегда должно здѣсь рядомъ съ маткой констатировать еще и оба придатка.

При маленькихъ опухоляхъ зондъ на первомъ планѣ служить для подтвержденія только-что найденнаго результата; становится яснымъ направленіе маточной полости и внутренняго связъ матки съ опухолью. Далѣе зондъ очень важенъ для отличія интерстиціальной отъ полипозной миомы; далѣе онъ долженъ изслѣдовать, на сколько и здѣсь выражено измѣненіе слизистой оболочки, *endometritis corporis*.

Отклоненія отъ описаннаго встрѣчаются при небольшихъ образованіяхъ различныя. Такъ ставшая полипозной опухоль можетъ достигнуть шейки или даже наружнаго маточнаго зѣва.

Въ первомъ случаѣ прощупываютъ шарообразно растянутую шейку, контуры которой начинаютъ расширяться тотчасъ за наружнымъ зѣвомъ и которая поэтому придаетъ и влагалищной части форму билліарднаго шара; на шейкѣ помѣщается пустое или немного измѣненное другими миомами тѣло матки. Въ послѣднемъ случаѣ палецъ тотчасъ наталкивается на болѣе или менѣе проникающій во влагалище полипъ. Двойное изслѣдованіе должно здѣсь особенно опредѣлить состояніе тѣла матки, а когда убѣдились въ существованіи полипа и, слѣдовательно, исключили страшную картину выворота матки, то нужно составить себѣ ясное представленіе о величинѣ опухоли, объ образованіи ея ножки или о переходѣ опухоли въ маточную стѣнку. Консистенція миомы въ шейкѣ можетъ, впрочемъ, вслѣдствіе отекаго пропитыванія значительно измѣниться также, какъ и консистенція полиповъ, можетъ даже появиться ложная флюктуация.

Шеечныя миомы мало будутъ отличаться въ общемъ отъ предъидущаго описанія, ихъ консистенція всегда будетъ отличная, тѣло матки, сидя на опухоли, должно быть находимо большею частью смѣщеннымъ впередъ и вверхъ. Отъ выступившихъ въ шеечный каналъ полиповъ онѣ отличаются тѣмъ, что ими растягивается только одна стѣнка, и зѣвъ матки, слѣдовательно, не находится въ центрѣ.

§ 38. Большія опухоли всегда представляют въ своемъ явленіи нѣчто очень характерное; въ дѣйствительности здѣсь ставится распознаваніе большей частью помощью оцупыванія снаружи, и тѣмъ не менѣе здѣсь можетъ произойти иной разъ ошибка, если рядомъ съ консистенціей опухоли не обращать вниманія на связь съ маткой.

Внѣшній видъ міомы рядомъ съ характерной плотностью представляетъ именно бугристость. Она обыкновенно недоказательна, вторичныя разрастанія могутъ, наконецъ, встрѣчаться при всякихъ внутрибрюшныхъ новообразованіяхъ, но ихъ кругловатая форма и гладкая поверхность, во всякомъ случаѣ, очень достойна вниманія. Далѣе множественное появленіе всегда отличаетъ міомы отъ всѣхъ другихъ опухолей.

Но рѣшить, что имѣется міома, мы можемъ, лишь опредѣливши связь ея съ маткой. Въ прежнее время для этого пользовались исключительно зондомъ. Если онъ при существующей опухоли проникалъ далеко въ матку или если даже входилъ въ опухоль, то говорили, что имѣется міома. Подобный взглядъ вѣренъ, конечно, во многихъ случаяхъ, но здѣсь могутъ все-таки произойти ошибки вслѣдствіе перфорации маточной стѣнки зондомъ, незамѣтно производимой при опухоли. Schroeder самъ описалъ случай яичниковой опухоли, при которой онъ перфорировалъ зондомъ маточную стѣнку и проникъ—яко-бы въ опухоль—далеко мимо опухоли; только изслѣдованіе черезъ rectum объяснило положеніе вещей, оказалась маленькая матка, ясная яичниковая связка. Операция подтвердила діагнозъ, потому что на маткѣ было видно мѣсто прободенія. Еще чаще этого, яко-бы далекаго, прониканія зонда въ матку, невозможность далеко ввести его, оттого что препятствуютъ складки шейки, перегибъ въ области внутреннего зѣва или отдѣльныя части міомы послужить для діагноза міомы источникомъ противоположной ошибки; послѣдняя можетъ стать еще болѣе опасной, когда вслѣдствіе распознаванія яичниковой опухоли вскрывается животъ и находятъ міому. Прежде этотъ ошибочный діагнозъ считался извинительнымъ, но теперь мы должны требовать болѣе серьезнаго отношенія къ такимъ вещамъ; теперь должны существовать совершенно особенныя условія, которыя дѣлали-бы невозможнымъ діагнозъ міомы.

При двойномъ изслѣдованіи прощупываютъ шейку смѣщенной вверхъ, и изъ нея развивается опухоль: тѣло матки, которое при яичниковомъ происхожденіи опухоли должно было-бы находиться возлѣ, найти невозможно; вмѣсто него замѣчаютъ, что начиная отъ шейки вдоль по одной сторонѣ опухоли тянется болѣе мягкое ясно



различаемое здѣсь вещество. Можетъ, конечно, случиться, что опухоль распадается на нѣсколько отдѣловъ, изъ которыхъ одинъ находится въ связи съ маточнымъ каналомъ, между тѣмъ какъ другой сидитъ только въ стѣнкѣ. И здѣсь большей частью возможно будетъ впередъ опредѣлить, какое направленіе долженъ принять маточный зондъ. Въ этого рода изслѣдованіяхъ гинекологъ долженъ стараться достигъ совершенства; какъ ни трудна эта задача, но вѣрно одно, что только двойнымъ изслѣдованіемъ, иной разъ при сильномъ смѣщеніи назадъ шейки, міома можетъ быть опредѣлена, какъ таковая.

Для вѣрнаго діагноза мы имѣемъ существенное подспорье въ ошупываніи яичниковъ; мы часто слышимъ жалобы начинающихъ на то, какъ легко смѣшать нѣсколько длинную шейку съ тѣломъ, — но есть, вѣдь, при датки, послѣдніе тотчасъ должны противоудѣйствовать ошибкѣ. На концѣ шейки отходятъ въ стороны туго натянутыя части широкихъ маточныхъ связокъ, назадъ и въ стороны Douglas'овы складки, эти тяжи показываютъ, гдѣ начинается тѣло. Но и тамъ, гдѣ тѣло кончается, должны быть прощупаны трубы и яичники. Этому требованію можно удовлетворить съ величайшей положительностью тѣмъ, что слѣдуетъ нащупать не только тѣло, принимаемое за яичникъ, но и продолговатый, катящійся подъ пальцами тяжъ трубы. Велика-ли матка, или мала, но трубы и яичники она должна имѣть. Конечно, задача прощупать ихъ трудно исполнима, но только этимъ путемъ можно добиться правильности діагноза.

Если разсматриваютъ въ анатомическомъ собраніи препараты міомъ, то всегда нужно начинать съ отыскиванія придатковъ, лишь тогда можно составить себѣ ясное представленіе о способѣ развитія опухоли изъ матки. Также точно должно поступать и на живой женщинѣ.

То, что было сказано выше о возможности неправильнаго діагноза, получаетъ теперь свое дополненіе: необходимо, если требуется оправдать діагнозъ, найти при операціи объясненіе, почему опредѣленные тяжи могли быть приняты за трубы, опредѣленные бугры — за яичники. Но опытъ показываетъ, что именно въ этомъ отношеніи случается меньше всего ошибокъ, если только вообще обрацали вниманіе на ошупываніе этихъ частей.

Задававшійся въ прежнее время обыкновенно рядомъ съ ошупываніемъ вопросъ о менструаціи не можетъ быть притянутъ для рѣшенія сомнительныхъ случаевъ, здѣсь именно могутъ встрѣчаться значительныя ошибки.

§ 39. Особенности затрудненія происходятъ вслѣдствіе подбрюшиннаго развитія большихъ опухолей, потому что онѣ, конечно, находятся въ соединеніи съ маткой при помощи ножки, могущей быть принятой за *lig. ovarii*. Здѣсь дѣйствительная возможность распознаванія дается только находженіемъ обоихъ яичниковъ и трубъ, независимо отъ опухоли; нельзя отрицать, что ограниченность пространства, равно какъ исходный пунктъ новообразованія могутъ представить почти непобѣдимыя препятствія; это суть случаи, въ которыхъ мы можемъ быть принуждены прибѣгнуть за помощью къ сосѣднимъ органамъ. Здѣсь опять могутъ пріобрѣсть важное значеніе какъ изслѣдованіе черезъ прямую кишку низведенной матки, такъ и въ рѣдкихъ случаяхъ оцупываніе матки черезъ пузырь. При всѣхъ находящихся въ связи съ маткой міомахъ особенно слѣдуетъ обращать вниманіе на *excavatio vesicouterina*; изъ оцупыванія всей передней поверхности новообразованія до перехода въ переднюю поверхность шейки, мы получимъ различную выгоду.

§ 40. Послѣднія разсужденія привели уже насъ къ различнымъ возможностямъ мѣста нахождения міомъ. Подслизистую опухоль можно будетъ съ увѣренностью опредѣлить, какъ таковую, только помощью зонда или введеннаго въ маточную полость пальца, между тѣмъ, какъ фактъ, что вообще имѣется міома, опредѣляется двойнымъ изслѣдованіемъ. Стѣнка матки такъ мягка, когда въ ней развивается подобнаго рода опухоль, что безъ труда прощупаютъ твердую подслизистую опухоль, часто даже мы склонны будемъ считать невозможнымъ, что опухоль такъ близко сидитъ къ слизистой оболочкѣ. Здѣсь зондъ долженъ высказать подозрѣніе, а расширение матки должно рѣшить этотъ вопросъ. При этомъ, понятно, что на послѣдній способъ діагноза, только тогда должно рѣшиться, когда съ одной стороны симптомы становятся очень угрожающими, а съ другой зондированіе дѣлало уже очень вѣроятнымъ подслизистое мѣстопребываніе.

Настоящими интерстиціальными въ клиническомъ смыслѣ называютъ всѣ тѣ міомы, которыя привели всю матку къ увеличенію, хотя и неправильному. Отдѣльныя части и здѣсь могутъ лежать подслизисто, другія подбрюшинно; названіе здѣсь должно будетъ быть избрано потому, гдѣ находится большая часть опухоли.

Подбрюшинныя опухоли всегда должны, на подобіе гриба, сидѣть на маткѣ при помощи болѣе или менѣе широкой ножки; связь опухоли съ маткой должна быть доступна иногда опредѣленію черезъ прямую кишку при низведенной маткѣ. Что сидящая на ножкѣ опу-

холь не яичниковаго происхожденія, во многихъ случаяхъ опредѣляютъ уже помощью точнаго ощупыванія ножки, въ которой отсутствуетъ труба; но особенно пріобрѣтають увѣренность, когда находятъ оба яичника и трубы, независимо отъ ножки, рядомъ съ тѣломъ матки, которое, впрочемъ, можетъ содержать еще и другія опухоли.

Развитіе міомы въ тазовую клѣтчатку равнымъ образомъ представляетъ большія затрудненія для распознаванія, и здѣсь въ прежнее время привыкли ставить распознаваніе отъ другихъ опухолей на основаніи сопутствующихъ симптомовъ. Перѣдко, конечно, остроумно пользуясь объективными симптомами и показаніями больной, можно поставить діагнозъ съ извѣстной вѣроятностью; но больше этого невозможно. Если располагаемъ временемъ, то нужно будетъ воспользоваться повторнымъ изслѣдованіемъ въ теченіи большихъ промежутковъ и возможнымъ вслѣдствіе того болѣе продолжительнымъ наблюденіемъ. Я считаю желательнымъ, чтобы, уклоняясь отъ обычнаго до сихъ поръ пути, старались составить себѣ ясное представленіе объ исходномъ пунктѣ опухоли сочетаніемъ различнѣйшихъ способовъ изслѣдованія. Впрочемъ, иной разъ даже на секціонномъ столѣ, можетъ оставаться сомнительнымъ, произошла ли данная опухоль изъ широкой связки, или изъ матки. На первомъ планѣ желательно будетъ опредѣлить ея свойство, какъ новообразованія, ея доброкачественность и рѣшить, яичниковаго или маточнаго происхожденія она. Въ первомъ отношеніи легче всего различіе отъ параметритическихъ экзудатовъ; хотя послѣдніе при болѣе продолжительномъ существованіи и могли достигнуть твердости міомы, никогда, однако, не должно упускать на нѣкоторыхъ частяхъ, обращенныхъ къ клѣтчаткѣ, продолженія мозолистаго образованія или инфильтратовъ. Окруженная поверхность, составляющая необходимую принадлежность всѣхъ міомъ, и если и прерываемая вторичными узлами, то опять-таки только круглыми, при параметритѣ будетъ возможна только сверху, въ глубинѣ-же, напротивъ, будетъ отсутствовать. Что перитонитическія опухоли, неясно ограниченныя сверху сросшимися петлями кишекъ, легче можно будетъ различить, это ясно.

Кровоизліяніе въ тазовую клѣтчатку перѣдко можно будетъ смѣшать съ міомами, если оно очень велико, если оно послѣ продолжительнаго существованія пріобрѣло каменную твердость и если вслѣдствіе растяженія широкой связки оно представляетъ спереди, сзади и сверху круглую поверхность. Но и здѣсь диффузный переходъ въ соединительную ткань широкой связки, по направленію къ тазовой стѣнкѣ и особенно въ сторону матки будетъ имѣть рѣшающее значеніе по сравненію съ рѣзкимъ ограниченіемъ

міомы. Рядомъ съ отсутствіемъ закругленной границы сбоку часто характерно далѣе отношеніе къ маткѣ; міома окружена растянутой и сначала ясно опредѣляемой по своей мягкости мускулатурой матки; твердое кровоизліаніе въ противоположность къ этому будетъ сбоку отъ матки приподнимать брюшину и поэтому не матка будетъ охватывать опухоль, а, наоборотъ, послѣдняя матку. Безъ сомнѣнія встрѣчаются болѣе рѣдкія формы тазовыхъ опухолей, которыя могутъ быть смѣшаны, но подробное перечисленіе которыхъ едва возможно. Всегда будетъ имѣть рѣшающее значеніе кругловатая форма опухоли, переходъ одной части маточной стѣнки на нее. Въ вопросѣ о яичниковомъ происхожденіи важное значеніе имѣетъ именно существованіе или отсутствіе этого перехода. При яичниковой опухоли борозда должна отдѣлять болѣе или менѣе цилиндрическую матку отъ выдающейся со всѣхъ сторонъ опухоли; не всегда здѣсь возможно рѣшить вопросъ ощупываніемъ трубы и яичниковой связки. Интралигаментарное развитіе яичниковыхъ опухолей затрудняетъ напряженіе яичниковой связки и вмѣстѣ съ тѣмъ и открытіе послѣдней. Желаніе рядомъ съ міомой прощупать неизмѣненный яичникъ можетъ остаться здѣсь желаніемъ, благодаря вторичнымъ узламъ, которые могли какъ разъ развиться на задней стѣнкѣ. Распознаваніе облегчается тѣмъ, что міомѣ всегда свойственна доброкачественность и поэтому диффузный переходъ новообразованія въ одномъ какомъ-либо направленіи въ тазовую клѣтчатку не долженъ имѣть мѣста. Въ иныхъ случаяхъ подобнаго рода можно будетъ введеніемъ пальца въ расширенную маточную полость точнѣе опредѣлить исходный пунктъ.

Смотря по постановкѣ вопроса, въ отдѣльныхъ случаяхъ должны будутъ примѣняться въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ всякіе методы изслѣдованія, дѣлающіе возможнымъ ощупываніе связки маточнаго тѣла съ интересующимъ насъ новообразованіемъ. Чѣмъ большаго мы желаемъ достигъ ощупываніемъ, тѣмъ болѣе будемъ удовлетворены вѣрностью его результата и мало только останется случаевъ, въ которыхъ мы, дѣйствительно, должны остаться въ нерѣшительности на основаніи изслѣдованія. Если симптомы такъ угрожающи, какъ, напр., при перекручиваніи, что требуется тотчасъ-же рѣшить, съ чѣмъ имѣемъ дѣло, то остается, конечно, только въ видѣ исключенія, пробный разрѣзъ. Взвѣшиваніе показаній больной для неясныхъ случаевъ не будетъ имѣть цѣны, равнымъ образомъ и найденное въ маткѣ само не должно имѣть рѣшающаго значенія. Яичниковая опухоль можетъ также вызвать удлиненіе маточной полости, какъ и міома; рядомъ съ опухолью, лежащей въ тазовой клѣтчаткѣ, можетъ быть най-

дена и небольшая міома на тѣлѣ матки, которой нельзя воспользоваться для объясненія имѣющейся опухоли.

§ 41. Въ видѣ исключенія существуютъ міомы, которыя для своего пониманія представляютъ изслѣдователю затрудненія тѣмъ, что обладаютъ другою консистенціею, чѣмъ обыкновенная міоматозная твердость. Сюда относится мягкая консистенція, встрѣчающаяся при быстро растущихъ опухоляхъ, и флюктуация, свойственная кисто—міомамъ. Въ предъидущемъ описаніи мы хотя приводили твердость міомы, какъ довольно характерное явленіе при ней, но никогда невозможно исключить міому при отсутствіи этой твердости. Возможность того, что передъ нами имѣется міома, должна всегда быть на умѣ у изслѣдователя; но определенное рѣшеніе слѣдуетъ высказать только послѣ изслѣдованія связи опухоли съ маткой. Определеніе послѣдней рядомъ съ міомой, быть можетъ, будетъ затруднено, потому что отсутствуетъ разница консистенціи, но точное примѣненіе всѣхъ рекомендованныхъ способовъ, сдѣлаетъ все-таки возможнымъ вѣрный діагнозъ, если-бы даже и существовала черезъ-чуръ мягкая консистенція и флюктуация.

§ 42. Довольно часто долженъ будетъ задаваться еще одинъ вопросъ, о злокачественномъ перерожденіи опухолей. Прежде чѣмъ займемся распознаваніемъ послѣдняго, мы должны обратить вниманіе на то, когда мы имѣемъ право подозрѣвать его.

Мы находимъ основаніе во вліяніи на весь организмъ и въ симптомахъ. Въ первомъ отношеніи извѣстно, что больная хотя и можетъ стать очень анемичной отъ міомы, но что настоящей кахексін не должно наступать. Изъ симптомовъ, долженствующихъ возбудить вниманіе, появленіе кровотеченій въ климактеріи здѣсь также, какъ и вообще, говоритъ въ пользу возможности карциномы. Для гораздо болѣе важнаго вопроса о томъ, когда наступаетъ саркоматозное измѣненіе, очень подозрительно обильное отдѣленіе водянистой слизи и дѣлаетъ возможнымъ саркоматозное заболѣваніе именно слизистой оболочки. Прямой переходъ міомы въ саркому безъ участія слизистой должно принимать тогда, если и послѣ климактеріи выступаютъ грозныя явленія, быстрый ростъ, чрезмѣрное напряженіе, серьезныя явленія отъ давленія, начинающійся асцитъ. Прямое гистологическое доказательство послѣдней формы на живой женщинѣ невозможно.

Я упомянулъ при вопросѣ о переходѣ міомы въ саркому рядомъ съ симптомами и объективныя признаки, легко вытекающіе изъ наблюденія больныхъ. Вполнѣ точный діагнозъ невозможенъ. Но вѣ-

роятность послѣдняго тѣмъ большая, чѣмъ больше къ описаннымъ явленіямъ и измѣненіямъ присоединяется кахекезія; никогда, однако, нельзя будетъ съ увѣренностью распознать или отвергнуть эту возможность, какъ предложенный вопросъ, присоединилось-ли къ міомъ злокачественное перерожденіе слизистой оболочки. Что касается карциномы, которая только въ этой формѣ и встрѣчается при міомъ (также и яко-бы начинающіяся внутри міомы перерожденія всегда ведутъ свое начало отъ первичнаго заболѣванія слизистой оболочки), то я могу вполне отослать къ тому, что будетъ рассмотрѣно при карциномѣ тѣла матки. Если мы находимъ описанное водянистое отдѣленіе, то слѣдуетъ взять частицу слизистой оболочки тѣла матки, лучше всего послѣ расширенія шеечнаго канала. Полезно прежде нащупать пальцемъ тѣ мѣста, изъ которыхъ мы беремъ объектъ для изслѣдованія: именно при начинающихся саркомахъ встрѣчаются ограниченныя заболѣванія. Распознаваніе подъ микроскопомъ затѣмъ не трудно. Отъ отпадающей оболочки это заболѣваніе отличается тѣмъ, что здѣсь мы находимъ совершенно равномерную ткань; кавернозное строеніе deciduae отсутствуесть. Если мы это устанавливаемъ при слабомъ увеличеніи, то болѣе сильное даетъ возможность прямо опредѣлить способъ разростанія клетокъ. И здѣсь легче и вѣрнѣе всехъ будетъ судить тотъ, кто многократно пользовался случаемъ микроскопически изучать доброкачественно измѣненную слизистую оболочку и образованія, произошедшія отъ аборта.

§ 43. Вообще отсюда видно, что должны существовать особенныя усложненія, которыя дѣлали-бы невозможнымъ узнать міому матки, какъ таковую; рѣдко только понадобится болѣе продолжительное наблюденіе, большей-же частью достаточно будетъ одного единственнаго изслѣдованія, въ затруднительныхъ случаяхъ подъ наркозомъ. Но сомнительнѣе всего дѣло съ положительностью діагноза будетъ обстоитъ тогда, когда опухоль достигла чрезмѣрной величины, тѣмъ не менѣе и здѣсь не должно напередъ терять надежды достигнуть цѣли предложенными способами.

## Глава 7.

### Діагностика рака.

§ 44. Діагностика рака матки имѣетъ своей задачей опредѣлить характеръ заболѣванія и его распространеніе. И то,

и другое по меньшей мѣрѣ одинаково важно, потому что только вслѣдствіе точнаго знанія и того, и другого становится ясной терапія. Первая часть задачи разрѣшается различными методами изслѣдованія, смотря по происхожденію, и потому я начинаю разсматриваніе этого заболѣванія въ трехъ отдѣлахъ, смотря по тому, служить-ли исходнымъ пунктомъ влагалищная часть, шейка или тѣло; при этомъ всегда слѣдуетъ различать болѣе раннія стадіи отъ болѣе позднихъ.

### I. Ракъ влагалищной части.

§ 45. Въ видѣ узловъ (см. рис. 20) или въ видѣ сначала поверхностнаго ограниченнаго заболѣванія (см. рис. 19) начинается

Рис. 19.



Поверхностный канкрондъ влагалищной части.

Рис. 20.



Поверхностный раковый узелъ влагалищной части.

канкрондъ влагалищной части, и для діагноза безразлично, составляетъ-ли здѣсь въ гистологическомъ смыслѣ исходный пунктъ соединительная ткань, лежащая тотчасъ подъ эпителиемъ, нормальный плоскій или цилиндрической эпителий вновь образованныхъ железъ. Въ самый ранній стадій невозможно съ положительностью поставить діагнозъ съ помощью ощупыванія или осмотра здѣсь только палецъ или глазъ опытнаго гинеколога можетъ сказать, что то или другое явленіе дѣлаетъ подозрительнымъ имѣющееся предъ нами заболѣваніе. Упражненіе, безъ сомнѣнія, низведетъ число этихъ сомнительныхъ случаевъ до минимума: если въ началѣ моихъ работъ объ этомъ предметѣ едва проходилъ день, въ который я не предлагалъ-бы этого вопроса, то теперь вообще рѣдко случается, чтобы я испытывалъ серьезное сомнѣніе на счетъ природы какого-нибудь случая заболѣванія влагалищной части. Но понятіе «подозрительные случаи» нуждается здѣсь въ болѣе подробномъ разсмотрѣніи. Къ нимъ я отношу тѣ случаи, въ которыхъ при всякомъ прикосновеніи ко влагалищной части наступаетъ всегда повторяющееся кровотеченіе

изъ влагалищной части. Что оно происходитъ отсюда, мы видимъ, какъ только обнажили въ зеркалѣ весь влагалищный сводъ: Вся поверхность влагалищной части обнаруживаетъ паренхиматозное кровотеченіе. Правда, существуютъ эрозіи, имѣющія подобную-же наклонность, но покрытыя кровью дѣйствительно больныя мѣста никакимъ простымъ средствомъ не могутъ быть прямо раздѣляемы на добро- и злокачественныя; здѣсь мы имѣемъ ясный примѣръ подозрѣнія злокачественности—если только происходящее при всякомъ надавливаніи пальцемъ поверхностное распаденіе не показываетъ, что имѣется уже дѣло съ далеко развившейся карциномой.

Подозрительными я считаю далѣе все случаи, въ которыхъ у нерожавшихъ отъ влагалищной части получается впечатлѣніе, какъ будто она обезображена поврежденіями во время родовъ. Небольшіе узлы, выступы, болѣе обширныя возвышенія должны возбуждать подозрѣніе о существованіи здѣсь достойнаго вниманія заболѣванія. Единственное доброкачественное измѣненіе здѣсь есть ретенціонная киста, *ovulum Nabothi*. Все другія образованія, сидяція въ самыхъ поверхностныхъ частяхъ влагалищной части, такъ просто не могутъ быть узнаны. Говорить, положимъ, что ракъ здѣсь обыкновенно представляетъ желтоватую окраску, что твердость міомы болѣшая, чѣмъ неподатливая, но все-таки болѣе мягкая консистенція рака, но все другія пораженія, за исключеніемъ *ovula Nabothi*, съ одной стороны, чрезвычайно рѣдки, отвѣтственность очень велика, а съ другой стороны, никто не видѣлъ ихъ въ такомъ количествѣ, чтобы могъ поставить дифференціальный діагнозъ по первому взгляду.

Немного иныя отношенія существуютъ послѣ предшествовавшихъ родовъ, потому что остающаяся именно между двумя разрывами часть шейки, велика-ли она, или мала, можетъ особеннымъ образомъ затвердѣть или измѣниться, но и здѣсь случаи, которые должны быть отнесены къ подозрительнымъ, характеризуются измѣнившейся консистенціей небольшой части такого рода зияющаго отрѣзка. Если-бы здѣсь произошли явленія застоя *resp.* индурации влѣдствіе поврежденій, то вся зияющая поверхность должна была бы представляться равномерно измѣненной.

Самый поверхностный распадъ на влагалищной части и самое поверхностное нахожденіе маленькихъ опухолей даетъ еще болѣе основаніе къ подозрѣнію. Кроме того встрѣчаются случаи, въ которыхъ теоретическое обоснованіе такового вовсе не легко; уклоняющаяся отъ обыкновенной картина эрозіи можетъ здѣсь сдѣлать желательнымъ дальнѣйшее изслѣдованіе, которое, быть можетъ, позволитъ поставить діагнозъ рака; я не считаю,



однако, возможнымъ распредѣлять въ опредѣленную схему все эти различные случаи.

Какъ доказательство доброкачественности, Schroeder всегда приводилъ находженіе фолликуловъ; нужно только замѣтить, что единственный фолликулъ ничего не доказываетъ, и лишь многочисленные наполненные жидкостью Naboth'овы яички говорятъ за доброкачественность.

Опредѣленнаго рѣшенія того, имѣемъ-ли мы предъ собой на подозрительной влагалищной части начало конкроида, никогда не дать даже въ теченіи недѣль проведенное наблюденіе или леченіе, а можетъ дать только гистологическое изслѣдованіе вырѣзаннаго изъ наиболѣе подозрительнаго мѣста кусочка (§ 55, часть I). Убѣжденію недостаточно подготовленныхъ опытомъ и микроскопической техникой изслѣдователей, что этимъ способомъ ничего не достигается, можно, конечно, противопоставить большое число отдѣльныхъ наблюденій; приведеніе ихъ, однако, не отклонить предубѣжденнаго отъ его мнѣнія. Но приверженцы микроскопической діагностики вовсе не того мнѣнія, что всякій врачъ въ настоящее время безъ труда можетъ поставить точный діагнозъ въ каждомъ случаѣ. Предварительнымъ условіемъ остается точнѣйшее знаніе нормальной, доброкачественной или злокачественной патологической гистологии влагалищной части и владѣніе въ совершенствѣ техникой, чтобы производились безукоризненные разрѣзы, и тогда въ результатѣ мы будемъ въ состояніи свести число подозрительныхъ случаевъ на минимумъ. Невозможно устранить все подобнаго рода вопросы, потому что всегда можетъ случиться, что еще доброкачественныя мѣста въ окрестности узла, хотя и не имѣютъ нормальнаго вида, однако, не могутъ быть разсматриваемы и какъ прямо злокачественныя, потому что еще не представляютъ раковаго характера.

Только богатѣйшій опытъ, который, можетъ быть приобрѣтенъ лишь гинекологомъ, владѣющимъ микроскопомъ, прійдетъ на помощь при затрудненіяхъ въ отдѣльномъ случаѣ. Нерѣдко по первому взгляду найдемъ раковые стержни, далеко вглубь идущіе съ поверхности, лежащіе въ инфильтрованной ткани, однимъ словомъ, ясны во всехъ направленіяхъ; но изъ доброкачественныхъ измѣненій особеннаго вниманія достойны явленія заживленія на границѣ эрозіи и находящееся съ ними въ связи орогованіе (Epidermoidalisiren) направленныхъ къ поверхности частей железъ. И то, и другое можетъ ввести въ заблужденіе на счетъ рака; здѣсь нужно знать, изъ какого мѣста влагалищной части происходитъ кусокъ, взятый для изслѣдованія, и гдѣ лежитъ поверхность на вырѣзанномъ кускѣ; безъ этого иной разъ

невозможно высказать своего заключенія. Особенно важна глубина, до которой стержни проникаютъ въ ткань; если они находятся въ связи съ поверхностнымъ эпителиемъ, то нужно требовать значительной глубины; если они совершенно независимы отъ поверхностнаго эпителия, то уже и поверхностное ихъ появленіе достаточно доказательно; эпителий тогда отдѣляется отъ Rete рядомъ молодыхъ или подвергнувшихся перероженію клѣтокъ. Если плоскій эпителий встречается на железахъ, то онъ всегда долженъ врости снаружки внутрь, т. е. поверхностный конецъ выводнаго канала никогда не долженъ носить на себѣ цилиндрическаго эпителия, если въ глубинѣ капаль уже состоитъ изъ многослойнаго плоскаго эпителия.

Влагалищная часть доброкачественна, если вырѣзанная часть представляетъ только железы цервикальнаго типа съ ретенціонными кистами и круглыя клѣтки въ интерстиціальной ткани; доброкачественна она, если находитъ фиброзно затвердѣвшую соединительную ткань, на которой сидитъ нетронутый плоскій эпителий и въ которую проникаютъ отдѣльныя железы изъ шейки. Злокачественна влагалищная часть, если среди нетронутой эпителиальной поверхности найдутъ раздѣленные тканью стержни съ просвѣтомъ или безъ него, если на большой глубинѣ замѣчаютъ эпителиальные стержни съ заболѣваніемъ соединительной ткани. Подозрительной и послѣ микроскопическаго изслѣдованія остается влагалищная часть, когда при отсутствіи всѣхъ шеечныхъ железъ и поверхностнаго плоскаго эпителия не находятъ вполнѣ равномерной инфильтрованной меньшими или бѣльшими клѣтками соединительной ткани.

Изъ этого краткаго очерка особенно для начинающаго должна вытекать необходимость приступать къ упражненію въ діагностикѣ съ ножомъ и микроскопомъ и не упускать ни одного случая изслѣдовать также и несомнѣнно доброкачественныя или несомнѣнно злокачественныя заболѣванія влагалищной части.

§ 46. Отъ подозрительныхъ заболѣваній влагалищной части я отдѣлю начинающійся канкротъ въ клиническомъ смыслѣ. Здѣсь мы при оцупываніи тотчасъ находимъ на мѣстѣ влагалищной части грибовидную, на подобіе цвѣтной капусты опухоль. Она имѣетъ негладкій зернистый характеръ, отъ поверхности уже при ничтожнѣйшемъ давленіи отдѣляются съ различной силы кровотеченіемъ отдѣльныя маленькія крошки. Но не во всѣхъ случаяхъ дѣло такъ просто; распространеніе заболѣванія на влагалищный сводъ, равно какъ величина лежащей во влагалищѣ опухоли и особенно распаденіе послѣдней можетъ увеличить затрудненія; едва-ли можно бу-

детъ задавать вопросъ, была-ли исходнымъ пунктомъ влагалищная часть, разъ находить опухоль въ просвѣтѣ влагалища.

Діагностическія колебанія въслѣдствіе распространенія на влагалище всегда должны быть устранены до начала леченія; не всегда очевидно, какая половина влагалищной части была исходнымъ пунктомъ, отверстіе наружнаго маточнаго зѣва закладывается, смѣщается въ ту или другую сторону настолько, что это затрудненіе становится понятнымъ; но тѣмъ не менѣе, если ракъ ограничивается одной губой, требуется опредѣлить первоначальное мѣсто заболѣванія, потому что, только благодаря этому, знаемъ, гдѣ можетъ принимать участіе влагалище. Границы заболѣванія послѣдняго большей частью можно ощупать пальцемъ; рядомъ съ разницей въ консистенціи, которая трудно поддается описанію, границей служить какъ-бы валикъ изъ тканей. Но послѣ обнаженія въ Simon'овскомъ зеркалѣ удается съ большей положительностью узнать послѣднюю; поверхностный распадъ гриба во влагалищѣ переходитъ больше въ изъевную, чѣмъ гангренозную поверхность, и край новообразованія представляется нѣсколько желтоватымъ, лишь мало прозрачнымъ валомъ; для этого изслѣдованія всегда придется употребить нѣкоторый трудъ и рѣдко обойдется при этомъ безъ болѣе или менѣе сильнаго кровотечения; чувствительныхъ паціентовъ съ трусливыми окружающими, у которыхъ для опредѣленія операціоннаго плана необходимъ все-таки наркозъ, лучше всего изслѣдовать поэтому уже послѣ его примѣненія; тѣмъ не менѣе можно будетъ достигнуть цѣли и безъ него.

Если новообразованіе переходитъ нѣсколько далеко на влагалище, то ощупывающій палецъ долженъ изслѣдовать также и подлежащую соединительную ткань на этомъ мѣстѣ; довольно рѣдко она будетъ здѣсь поражена, вѣдь самое послѣднее мѣсто разростанія находится передъ нами, и поэтому вообще вѣроятность новообразованія въ подвлагалищной ткани мала. Но все-таки слѣдовало-бы всегда считаться съ возможностью; въ особенности должно помнить о томъ, что пузырьно-влагалищная перегородка уже рано можетъ быть захвачена. Какъ только слизистая оболочка пузыря даже только подозрительна въ этомъ отношеніи, нужно ввести или палецъ или кистоскопъ. Чѣмъ точнѣе здѣсь былъ поставленъ діагнозъ передъ операціей, тѣмъ увѣреннѣе мы будемъ въ прогнозъ предпринимаемой терапіи.

Границы новообразованія по направленію шеечнаго канала нельзя опредѣлить просто; наружный маточный зѣвъ большей частью узокъ, рѣдко доступенъ пальцу. Здѣсь изслѣдователь можетъ довольствоваться замѣченнымъ не разъ фактомъ, что при ракѣ влагалищной части шейка остается нетронутой; точную-же

границу новообразованія можно опредѣлить, лишь разрѣзавши каналъ ножомъ или пожницами. Мнѣ трудно здѣсь дальше распространяться о діагностикѣ; я столько разъ убѣждался въ томъ, что ракъ влагалищной части не переходитъ на слизистую шейки или стѣнку шейки, что при типическомъ разрастаніи на подобіе цвѣтной капусты я ни минуты не сомнѣваюсь въ томъ, что новообразование кончается на наружномъ маточномъ зѣвъ, и если иной разъ уклоняющіяся отношенія отдѣльнаго случая вызываютъ колебаніе, то я всегда прибѣгалъ къ помощи оцупыванія черезъ rectum. Здѣсь ясно прощупываютъ шейку, самымъ точнымъ образомъ можно опредѣлить разницу нормальной консистенціи отъ особенно инфильтрированного характера влагалищной части и, если влагалищная часть дѣйствительно была исходнымъ пунктомъ, то находить обыкновенно шейку свободной. Тѣ врачи, которыхъ убѣжденіе заставляетъ всякій разъ при ракѣ дѣлать полную экстирпацію матки, конечно, совѣмъ не должны будутъ обращать вниманія на этотъ пунктъ, для нихъ рѣшающее значеніе имѣетъ разематриваемое далѣе свободное состояніе соединительной ткани.

Опредѣленіе понятія рака влагалищной части только въ видѣ исключенія можетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ представлять затрудненія, но что они встрѣчаются, уже ясно изъ того, что John Williams<sup>4)</sup> высказываетъ взглядъ, что Ruge и я еще не видѣли ни одного случая рака влагалищной части. Доказательство этого взгляда столь краткое, что я нахожу объясненіе его только въ недостаточномъ пониманіи нѣмецкаго языка.

Только выворотъ губъ, измѣнившій уже раньше форму влагалищной части, и прогрессирующій распадъ въ существующихъ продолжительное время случаяхъ одинъ въ состояніи вызвать сомніе въ прохожденіи рака влагалищной части, тѣмъ не менѣе въ обоихъ случаяхъ болѣе точное разсмотрѣніе рѣшить, съ чѣмъ имѣемъ дѣло. Въ видѣ грибовидной, болѣе или менѣе выполняющей просвѣтъ влагалища опухоли, ракъ никогда не исходитъ изъ шейки, рѣчь можетъ идти здѣсь только объ изъязвляющейся или узловатой формѣ. Но тогда наружная сторона влагалищной части должна представиться внимательному пальцу еще нетронутой, еслибъ даже она ускользала сначала отъ распознаванія—велѣдствіе выворота снаружи. Рѣшенію вопроса кромѣ оставшейся свободной стороны влагалищной части помогаетъ найденное при двойномъ изслѣдованіи короткое, сидящее

<sup>4)</sup> Lancet, Februar 1887 и нѣмецк. переводъ Abel u. Landau Berlin 1889,

прямо на влагалищѣ тѣло матки. Ракъ влагалищной части имѣется только, когда исходный пунктъ находится между наружнымъ зѣвомъ и прикрѣпленіемъ сводовъ, а не когда раковое новообразование или изъясненіе находится на мѣстѣ влагалищной части.

Послѣдній пунктъ долженъ быть принятъ во вниманіе при развившихся случаяхъ; конечно, какъ кроидъ влагалищной части, не придерживаясь какой-либо опредѣленной заранѣе границы, захватываетъ позднѣе вышележація части, но только долго спустя послѣ того, какъ онъ инфильтрировалъ неподвижно клѣтчатку и грибовидное новообразование гангренозно распадается. Тогда на мѣстѣ шейки находятъ распавшуюся поверхность, которая можетъ отъ середины влагалища достигать до внутренняго маточнаго зѣва; мы тогда всегда находимъ большій или меньшій отрѣзокъ влагалища раково-инфильтрованнымъ, встрѣчаются даже случаи, въ которыхъ разростанія могутъ достигать до вульвы. Но желать здѣсь еще опредѣлить, какая часть была исходнымъ пунктомъ, это значить дѣлать предположенія, которыя совершенно не имѣютъ ни научнаго, ни практическаго значенія. Само собою разумѣется, что встрѣчаются случаи рака шейки и влагалищной части, перешедшіе великія тканевыя границы матки и поэтому не обѣщающіе болѣе никакого терапевтическаго успѣха; здѣсь врачъ долженъ только опредѣлить, что имѣется случай рака, который рядомъ съ своими разрушительными наклонностями послалъ еще такія инфильтраціи въ ткань, что нѣтъ больше никакой надежды на излеченіе.

Начинающійся ракъ влагалищной части можетъ быть распознанъ, какъ опять должно быть обращено вниманіе, безъ микроскопа, только подозрительная влагалищная часть нуждается въ его помощи.

Развившихся случаевъ, равно какъ отношенія клѣтчатки и коснусь позднѣе, когда скажемъ о болѣе раннихъ стадіяхъ рака шейки.

§ 47. Отъ рака влагалищной части краями наружнаго маточнаго зѣва отдѣляется ракъ шейки, который начинаетъ развиваться въ двухъ видахъ: какъ поверхностное новообразование слизистой оболочки (см. рис. 22) или какъ сидящій въ собственномъ веществѣ шейки узелъ (см. рис. 21).

Очень ранніе стадіи встрѣчаются довольно рѣдко, они представляютъ при заболѣваніи слизистой оболочки ту-же картину легко кровоточащихъ, имѣющихъ подозрительный видъ или уже свачала перешедшихъ въ распадъ неровностей, какъ и подобное-же заболѣваніе влагалищной части, конечно, только въ томъ случаѣ, когда наружный зѣвъ поврежденъ предшествовавшими родами. Тогда палецъ

открываетъ, что въ каналѣ существуютъ измѣненія, настоятельно требующія точнѣйшаго изслѣдованія; затѣмъ, обнаживши влагалищную часть, мы глазомъ убѣждаемся въ характеръ канала шейки, или помощью разведенія губъ крючками или помощью разрѣза шейки. И здѣсь слѣдуетъ поставить правиломъ, что доброкачественно измѣнен-

Рис. 21.



Ракъ шейки. Узелъ.

Рис. 22.



Ракъ шейки. Поверхностное происхожденіе; метастазы въ тѣлѣ.

ная слизистая шейка не кровоточитъ при прикосновеніи. Если у изслѣдователя остаются еще сомнѣнія послѣ ощупыванія и осмотра, то и здѣсь долженъ дополнить діагнозъ микроскопъ.

Ясно выраженные раковыя заболѣванія слизистой оболочки шейки мы узнаемъ, при зіяющемъ наружномъ зѣвѣ, по распаду поверхности неровнаго новообразованія, сидящаго на инфильтрованной почвѣ. Рука объ руку съ ростомъ по направленію полости идетъ обыкновенно и ростъ къ периферіи. Но устье наружнаго маточнаго зѣва служитъ довольно часто причиной того, что заболѣваніе распознается лишь тогда, когда перейдены уже первоначальныя границы шейки. На это пагубное условіе справедливо указалъ еще *Liebm a n*.

Если дѣло идетъ объ узловатой формѣ, то нужно вспомнить, что

въ прежнее время говорили въ противоположность канкрондному новообразованію объ инфильтрованномъ ракъ. Но этому понятію вполнѣ соответствуетъ образованіе узловъ. Шейка все часто набухаетъ до довольно значительной величины и сквозь еще нормальную ткань прощупываютъ въ стѣнкѣ ограниченную твердость. Последняя во всякомъ случаѣ отличается отъ всякаго рода другихъ опухолей этой области начинающейся инфильтраціей въ окрестность—но точный діагнозъ возможенъ только, когда опухоль достигаетъ внутренней поверхности шейки или наружной поверхности влагалищной части, или подъ влияніемъ гниlostнаго распада превращается въ открытую въ одну или другую сторону полость.

Если случается испытывать сомніе въ подобномъ случаѣ, то нужно отдавать себѣ отчетъ въ томъ, какія явленія даютъ на это право. Къ послѣднимъ прежде всего относится появленіе очень сильнаго нездоровья, тяжести въ тазу, болѣе неопредѣленнаго качества и сильно увеличившееся отдѣленіе при на видѣ довольно незначительной опухоли. Если все эти тягостные припадки выражены въ значительной степени при опухоли, столь небольшой, что ея невольно достаточно для объясненія, то всегда слѣдуетъ подумать о ракъ. Ракъ вообще не часто образуетъ здѣсь большія опухоли. Если существуетъ сомніе въ объясненіи подобнаго набухания, то вырѣзываютъ или изъ внутренней поверхности шейки, или изъ влагалищной части, проводя разрѣзъ въ послѣднемъ случаѣ немного глубже, кусочекъ самой опухоли. Гистологическое изслѣдованіе имѣетъ своей задачей рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ фибромой или съ развивающимся въ соединительной ткани ракомъ. Здѣсь именно въ шейкѣ встрѣчаются многочисленныя формы, происходящія изъ новообразованныхъ железъ; здѣсь микроскопическая картина въ рѣдкихъ, впрочемъ, случаяхъ характеризуется тѣмъ, что железистый эпителий меньше, но сочитъ обыкновеннаго шеечнаго эпителия, чаще-же находятъ раковые стержни съ центральнымъ просвѣтомъ, а въ иныхъ случаяхъ напоминающія карциносаркому формы. Здѣсь всегда должно различать эту картину отъ картины міомы; такъ какъ это единственно возможное другое новообразованіе, то діагностическія условія здѣсь очень благоприятны.

§ 48. Если изслѣдованіе слизистой оболочки тѣла при ракъ шейки относительно ея участія при теперешнихъ нашихъ терапевтическихъ взглядахъ имѣетъ мало значенія, такъ какъ она столь часто оказывалась болной, что принципиально всегда необходимо удаленіе также и тѣла матки, то распространеніе на клѣтчатку достойно осо-

бннаго вниманія. Здѣсь, какъ и при раковомъ заболѣваніи влагалищной части, важно опредѣлить, держится-ли ракъ предѣловъ матки. Во многихъ случаяхъ достаточно уже изслѣдованіе подвижности матки для того, чтобы дальнѣйшее изслѣдованіе стало совершенно лишнимъ. Матки, влагалищная часть которыхъ легко можетъ быть низведена до вульвы, не поражены въ своей окружности ракомъ. Инфильтрація, напротивъ, всегда представляетъ нѣчто очень плотное и неподатливое; рѣдко только достаточно изслѣдованіи черезъ влагалище, большей же частью палецъ долженъ быть введенъ въ прямую кишку: здѣсь ясно ощущаютъ инфильтрацію *ligg. recto-uterinorum* или основанія широкой связки, и такимъ путемъ устанавливаютъ вѣрное распознаваніе. Пусть теоретически трудно отличить ее отъ стараго параметрита или сращения, на практикѣ это всегда легко. Инфильтрація распространяется какъ разъ отъ мѣста заболѣванія, часто она менѣе всего рѣзко выражена около матки, и утолщается по мѣрѣ приближенія къ тазовой стѣнкѣ. Совершенно другой характеръ имѣютъ сращения и рядомъ съ ними безъ труда прощупываются нормальныя *ligg. recto-uterina*. Если раковое заболѣваніе переходитъ съ влагалищной части или шейки на клетчатку, то эти связки всегда принимаютъ здѣсь участіе. Параметритъ въ противоположность этой инфильтраціи всегда ограничивается нормально-существующими связками, онъ предполагаетъ существованіе раненія, какъ источника инфекции; если отсутствуетъ послѣднее и, несмотря на то, существуетъ инфильтрація, то это не флегмона.

Диагнозъ далеко прогрессировавшихъ случаевъ рака влагалищной части и шейки дѣлается яснымъ именно, благодаря этой инфильтраціи, потому что она прямо указываетъ на злокачественный характеръ заболѣванія: а все-таки и измѣненія поверхности довольно характерны. Даже мѣсто происхожденія долго можетъ быть узнано, когда, напр., рядомъ съ нетронутымъ наружнымъ зѣвомъ идетъ въ глубину воронкообразное разрушеніе или когда позади неизмѣненной наружной поверхности влагалищной части открывается кратеровидная полость шейки. Въ послѣднемъ случаѣ злокачественныя инфильтраціи влагалища, кольцеобразно окружавшаго прежній ракъ влагалищной части, могутъ, конечно, маскировать валикъ маточнаго зѣва.

Но, исключая эти случаи, распознаваніе рака здѣсь всегда ставится на основаніи гниlostнаго распада поверхности, характера разрушенія и злокачественной инфильтраціи основанія язвенной поверхности. Этого не находятъ ни при какомъ заболѣваніи этой области.



§ 49. Ракъ тѣла матки долженъ до тѣхъ поръ считаться въ діагностическомъ смыслѣ начинающимся, пока онъ не привелъ еще къ фиксаціи матки. Этимъ, конечно, вовсе не высказывается взглядъ, что до тѣхъ поръ всегда существуетъ возможность стойкаго излеченія его удаленіемъ тѣла матки. Но практически условія требуютъ такого рода представленія, потому что діагностическіе методы и практическія заключенія тождественны. Путь распространенія рака маточнаго тѣла не таковъ, что сначала заболѣваютъ близъ лежащіе отдѣлы широкаго зѣва; здѣсь хотя и проходитъ инфекціонная матерія, но не производитъ никакихъ измѣненій. Лимфатическія железы, лежащія подъ брюшиной позади брюшной стѣнки, лимфатическіе пути мѣстъ перехода широкой связки на боковыя стѣнки таза составляютъ ближайшіе заболѣвающіе этапные пункты; ихъ ощупываніе во всякомъ случаѣ очень затруднено, если не невозможно. Такимъ образомъ при ракъ тѣла матки никогда не можетъ быть поставленъ діагнозъ насчетъ того, можетъ-ли еще быть примѣнено радикальное леченіе съ положительной надеждой на выздоровленіе, или нѣтъ; можно только опредѣлить, возможно-ли еще технически радикальная операція. Въ этомъ заключается признаніе, что прогностически ракъ тѣла матки гораздо неблагоприятѣе всѣхъ другихъ случаевъ. Если еще вообще возможно оперировать, когда новообразование явно не перешагнуло матку, то надѣются достигнуть радикальнаго излеченія, хотя, конечно, неудачи могутъ и обмануть въ этой надеждѣ; никогда нельзя будетъ убѣречь себя отъ упрека самому себѣ, что при болѣе точномъ ощупываніи можно было-бы опредѣлить инфильтрацію клѣтчатки. Здѣсь-же, по моему мнѣнію, часто придется оставаться въ неизвѣстности насчетъ прогноза и слишкомъ часто, хотя и спустя долгое время, наступитъ рецидивъ.

Къ этому неблагоприятному анатомическому характеру присоединяется еще дальнѣйшій поводъ къ колебанію въ лицѣ совершенно неясныхъ симптомовъ. Когда слѣдуетъ задать себѣ вопросъ, существуетъ-ли ракъ?

Объективный результатъ двойнаго изслѣдованія въ рѣдкихъ только случаяхъ и, главнымъ образомъ, слишкомъ поздно даетъ вѣрныя точки опоры: сюда на первомъ планѣ принадлежитъ напряженность органа. Тѣло матки здѣсь всегда какъ-бы наполнено жидкостью, если заболѣваніе идетъ рука объ руку съ сильнымъ новообразованиемъ, и можетъ случиться, что у дѣвственницъ за узкимъ наружнымъ зѣвомъ тотчасъ начинается напряженіе: какъ при шеечномъ абортѣ, непосредственно надъ влагалищемъ начинается шаровидное растяженіе матки, еще только похожее на отношеніе при *Haemato-*

metra. Но подобнаго рода явленія мы всегда получимъ лишь въ далеко прогрессировавшихъ случаяхъ, когда надежды на радикальное леченіе почти исчезли. Распиреніе маточной полости такъ, что палецъ прямо можетъ оцупать распадающуюся слизистую оболочку, тоже появляется лишь очень поздно.

Поэтому только показанія больной должно быть достаточно для подозрѣванія рака и соотвѣтственно этому должно подавать поводъ къ діагностическому вмѣшательству: появленіе кровотеченій въ климактеріумѣ вполне патогномично для рака матки. Если полипы маточнаго зѣва или злокачественное заболѣваніе влагалищной части *vesp.* шейки не даетъ здѣсь объясненія, то всегда слѣдуетъ подозрѣвать тѣло матки. У болѣе молодыхъ женщинъ серьезныя указанія даютъ далѣе частые рецидивы кровотеченій, которые, соотвѣтственнымъ образомъ леченные, останавливаются на извѣстное время, чтобы затѣмъ снова возобновиться. Едва-ли мы когда-нибудь будемъ поставлены въ необходимость уже въ стадіи усиленнаго слизисто-гнойнаго истеченія высказать подозрѣніе рака. Кажется, именно, что уже очень рано появляются кровотеченія. Но никогда не слѣдуетъ соблазняться возрастомъ пациентки, чтобы считать невозможнымъ раковое заболѣваніе тѣла матки; въ отдѣльныхъ случаяхъ это именно пораженіе наблюдалось уже въ двадцатыхъ годахъ, я самъ видѣлъ его 2 раза въ такомъ возрастѣ.

§ 50. Положительный діагнозъ можетъ быть поставленъ только съ помощью микроскопа; слѣдуетъ взять достаточной для обработки величины кусокъ больной слизистой оболочки пальцемъ или лучше острой ложкой *vesp.* кюреттой. Техники этого приѣма я не долженъ касаться (см. § 52, I-й части); само собой разумѣется, что берутъ пробу съ нѣсколькихъ мѣстъ; мы не причиняемъ пациенткѣ вреда, произведши даже основательное выскабливаніе, потому что для радикальной операціи удаленіе распавшихся массъ иногда выгодно. Не слѣдуетъ поэтому брать слишкомъ малый инструментъ, чтобы получить хорошіе объекты. Препарированіе должно быть произведено или тотчасъ-же помощью микротомъ (*Gefriermikrotom*), или лучше рукой, послѣ сutoчнаго сохраненія въ спиртѣ.

Единственное затрудненіе заключается въ объясненіи картинъ, оно предполагаетъ безупречные и, по возможности, большіе разрѣзы, и иной разъ результатъ остается недостаточнымъ. Тогда, спустя нѣкоторое время, нужно снова раздобыть матерьялъ и изслѣдовать все вдвойнѣ старательно: къ какому-либо діагнозу мы тогда должны прійти. Самыми простыми въ отношеніи объясненія суть тѣ случаи, въ кото-

рыхъ встрѣчаются раковые узлы (см. рис. 8 и 10), часто еще снабженные просвѣтомъ, и въ которыхъ междуточное вещество злокачественно инфильтрировано. При доброкачественномъ заболѣваніи никогда не можетъ встрѣтиться въ маточной полости даже лишь похожей картины; даже одно нахождение плоскаго эпителия въ большомъ количествѣ должно привести въ изумленіе. Большія затрудненія представляеть распознаваніе на мѣстахъ или въ случаяхъ, въ которыхъ находятъ внутри железу переходъ нормальнаго эпителия въ патологическій. Здѣсь всегда должно вспомнить, что косою разрѣзъ черезъ железу можетъ вести къ тому, что цилиндрической эпителией мѣстамъ перерѣзается въ длину, въ другихъ мѣстахъ поперекъ, и вслѣдствіе этого имѣеть многослойный или круглый характеръ. Только сравненіе слѣдующихъ другъ за другомъ разрѣзовъ и разсмотрѣніе большаго числа препаратовъ можетъ вывести изъ этого затрудненія. Нерѣдко найдутъ именно вблизи сомнительныхъ мѣсть другія, въ которыхъ просвѣты железу уже туго набиты злокачественнымъ эпителиемъ. Но потому именно, что на только-что описанныхъ разрѣзахъ межжелезистая ткань вовсе неизмѣнена, распознаваніе въ простыхъ случаяхъ этого рода довольно трудно. Но находятъ, положимъ, переходы отъ этого вида къ ближайшему, т. е., случается, что едва имѣются слѣды межжелезистой ткани, что железистый аппаратъ такимъ образомъ подвергся значительному размноженію.

Больше всего всегда бросается въ глаза послѣдняя форма, въ видѣ которой ракъ матки можетъ являться, та форма, которую хотѣли отдѣлить особенно, какъ *Adenoma malignum*. Она характеризуется тѣмъ, что железы подверглись колоссальному разрастанію, что онѣ лежатъ другъ возлѣ друга на подобіе дождевыхъ червей, что между ними остались еще только слѣды межжелезистой ткани. Эпителий остается при этомъ нормальнымъ, но можетъ также дегенерироваться. Здѣсь поперечный разрѣзъ тѣла железы нѣкоторымъ образомъ равнозначущъ съ раковымъ стержнемъ. Этотъ видъ анатомически, быть можетъ, доброкачественнаго, но по клиническому опыту высоко злокачественнаго разрастанія железу большей частью простирается на большую поверхность, тѣмъ не менѣе можно рядомъ найти и нормальную ткань.

Примѣчаніе. Теоретически, быть можетъ, можно различнымъ образомъ возражать противъ этого рода микроскопическаго изслѣдованія, но могу увѣрить, что лежанціи въ основаніи его матеріалъ былъ довольно великъ. Стоитъ только сравнить съ нимъ числа, напр., въ работѣ John'a Williams'a. Съ 1882 года я 15 разъ экстирпировалъ матку вслѣдствіе рака тѣла и видѣлъ болѣе, чѣмъ двойное число собственныхъ немогущихъ

быть оперированными случаевъ. Если причислить эти случаи къ тѣмъ, которые Ruge со мной положили въ основу нашей работы, то мы имѣли фундаментъ для анатомическаго изслѣдованія, и, конечно, достаточный для этого діагностическаго вопроса. Можно даже сказать, что ракъ вообще лишь тогда можетъ быть узнанъ, когда представлено доказательство, что новообразование не придерживается первоначальныхъ границъ ткани, что оно проникаетъ изъ слизистой оболочки въ мускулатуру; это, конечно, вѣрно, но опытъ показываетъ на вырѣзанной маткѣ, что въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ передъ тѣмъ діагносцировали Adenoma malignum, разрастаніе железъ, дѣйствительно, проникало также глубоко въ стѣнку, и эту инфекцію находили даже всякій разъ, когда находили начинающійся ракъ. Не имѣемъ-ли мы здѣсь право сказать, что при воспалительныхъ, доброкачественныхъ измѣненіяхъ слизистой оболочки никогда не получаемъ микроскопической картины, которая была-бы даже только способной выдержать сравненіе съ злокачественной аденомой, что мы никогда не видѣли, чтобы доброкачественныя железы на подобномъ протяженіи проникали въ стѣнку матки? Пусть даже въ прежнее время діагнозъ рака матки ставился еще не очень увѣренно, но это не могло случиться у насъ, разъ мы большей частью вводили палецъ въ полость раньше, чѣмъ производили выскабливаніе; равнымъ образомъ мы собрали уже приличный матеріалъ изъ случаевъ, негодныхъ больше для радикальной операціи, прежде, чѣмъ дали описаніе предъидущихъ формъ. Въ настоящее время условія совершенно другія, теперь мы на основаніи нашихъ тогдашнихъ описаній не только распознавали довольно большое число раковъ, но также изслѣдовали и обыкновенно находили именно при злокачественной аденомѣ вращаніе новообразования въ мускулатуру на большомъ протяженіи. При этой именно формѣ рака требуется очень ранній діагнозъ, потому что иначе возможность радикальной операціи очень ничтожна.

§ 51. Прогрессировавшими мы для цѣлей діагноза и терапіи называемъ тѣ случаи рака маточнаго тѣла, въ которыхъ заболѣваніе перешагнуло предѣлы тѣла матки такимъ-ли образомъ, что разрастанія растянули также и шейку, и они вслѣдствіе этого стали доступными введенному во влагалище пальцу, или что клетчатка въ окружности инфильтрована и матка вслѣдствіе того вполне фиксирована. Въ обоихъ случаяхъ діагнозъ едва-ли представитъ затрудненіе, во всякомъ случаѣ не такія, которыя не могли-бы быть разрѣшены вышеописанными способами, а изъ распознаванія того, что границы матки перейдены, прямо вытекаетъ дурной прогнозъ всякой терапіи.

## Глава 8.

**Диагностика трубныхъ заболѣваній.**

§ 52. Изъ заболѣваній трубы діагностическій интересъ имѣютъ воспаленія съ ихъ исходами, и опухоли. При этомъ нужно имѣть въ виду, что точный анатомическій діагнозъ во всякомъ случаѣ не всегда возможенъ, потому что для распознаванія новообразованій слизистой оболочки нельзя воспользоваться микроскопомъ. Воспалительные процессы слизистой оболочки въ ихъ легкихъ степеняхъ, если не дошло еще до закрытія трубъ, вообще не могутъ быть распознаны съ положительностью. Только лишь когда произошло болѣе сильное набуханіе слизистой оболочки и особенно одновременная инфильтрація трубной стѣнки, можно будетъ при двойномъ изслѣдованіи прощупать трубы въ цѣломъ, въ видѣ простирающагося отъ угла матки къ боковой стѣнкѣ таза болѣе толстаго канатика. Особеннымъ образомъ извитой ходъ этихъ затвердѣвшихъ противъ нормы канатиковъ врядъ-ли можетъ остаться незамѣченнымъ при внимательномъ изслѣдованіи; что канатики эти должны быть приняты за трубы, слѣдуетъ изъ того, что они могутъ быть прослѣжены до дна матки. Отношеніе къ яичнику различно; часто онъ лежитъ въ центрѣ полу-кругло извитой трубы и съ трудомъ только можетъ быть изолированъ отъ нея, часто онъ ясно лежитъ отдѣльно отъ растянутой трубы. Если дѣло идетъ о простомъ катарральномъ воспаленіи безъ периметрита, то яичникъ всегда долженъ быть распознанъ отдѣльно отъ трубы.

Діагнозъ сальпингита можетъ быть такимъ образомъ поставленъ съ положительностью; но какая имѣется анатомическая форма и какого свойства секретъ, остается неяснымъ. По найденному можно, по крайней мѣрѣ, исключить закрытіе брюшнаго конца и затѣмъ вывести извѣстныя заключенія изъ одновременно существующаго секрета матки. Если изъ нея идетъ густой гной, то можно принимать гнойный сальпингитъ; однако, всегда нужно имѣть въ виду, что найденное при ощупываніи утолщеніе трубы должно быть отнесено не насчетъ содержамаго, но насчетъ вторичной инфильтраціи стѣнки. Нужно также помнить, что заболѣваніе трубъ можетъ существовать и безъ отдѣленія эндометрія.

Chiari <sup>1)</sup> и Schauta <sup>2)</sup> особенно обратили вниманіе на ограни-

<sup>1)</sup> Zeitschrift d. Heilk. т. VIII, стр. 457.

<sup>2)</sup> Arch. f. Gyn. т. XXXIII, стр. 27.

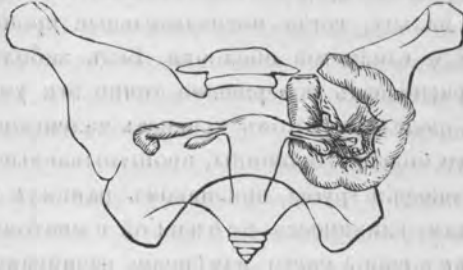
ченное образованіе узловъ на протяженіи трубъ и признали эти узлы характерными для раннихъ стадій сальпингита. Вслѣдствіе набуханія трубы можетъ дойти до образованія болѣе сильныхъ извилинь на ней и при напряженномъ mesosalpinx'ѣ, а особенно при одновременной мелкоклетчатой инфильтраціи, такимъ путемъ вполне можетъ быть воспроизведена картина узла въ трубѣ. Справедливо также, что извилины трубы, которыя Freund<sup>3)</sup> считалъ доказательствомъ неправильнаго очертанія трубы, тогда становятся легко доступными ощупывающему пальцу, когда воспалительные процессы произвели также набуханіе и слизистой оболочки. Безъ заболѣванія я считаю невозможнымъ распознать совершенно точно эти умножившіеся изгибы. Въ этомъ смыслѣ я готовъ признать маленькіе не вполне мягкіе узлы, не много больше горошины, прощупываемые изслѣдующимъ пальцемъ на протяженіи трубы, признакомъ раннихъ стадій сальпингита. Но описанные клинически Schaut'ой и анатомически Chiari узлы представляютъ собой часто измѣненіе, развивающееся лишь послѣ болѣе долгаго заболѣванія и при хроническомъ теченіи. Можетъ, впрочемъ, случиться, что симптомы сальпингита существовали лишь короткое время, когда открываютъ эту находку, но тѣмъ не менѣе въ нихъ не должно видѣть доказательство совершенно свѣжаго воспаления.

§ 53. Гораздо важнѣ этихъ простыхъ процессовъ, излеченіе или улучшение которыхъ при благопріятныхъ обстоятельствахъ не совсемъ исключается при избѣжаніи дальнѣйшихъ вредныхъ вліяній, есть закрытіе трубы. Это заболѣваніе производитъ измѣненіе при двойномъ изслѣдованіи особенно на брюшномъ концѣ трубы. Здѣсь можно найти совершенно различныя состоянія; при благопріятныхъ условіяхъ двойнаго изслѣдованія можно будетъ съ положительностью узнать колбообразный конецъ трубы не смотря на отсутствіе дѣйствительной опухоли. При изслѣдованіи удастся опредѣлить различное напряженіе этой части, и затѣмъ можно также обыкновенно прощупать яичникъ независимо отъ трубы. Напротивъ, послѣднее трудно удастся, если при болѣе сильномъ растяженіи трубы, она своими характерными извилинами окружаетъ яичникъ на подобіе полукруга (см. рис. 24) и если кромѣ того воспалительные процессы брюшины припаяли къ этимъ образованіямъ кишечныя петли (см. рис. 23 и 24). Здѣсь при сильномъ наполненіи кишечника изслѣдователь вообще не достигнетъ цѣли, потому что подъ вліяніемъ содержимаго сросшихся кишечныхъ петель

<sup>1)</sup> Volkmann, Sammlung klin. Vortr. № 323.

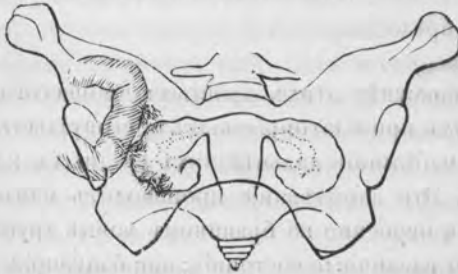
труба и яичникъ не могутъ быть прощупаны отдѣльно. Только послѣ основательнаго опорожненія всѣхъ отдѣловъ кишечника прощупываютъ опухоль, отличающуюся отъ подобной-же величины яичниковыхъ опухолей тѣмъ, что протяженіе спереди назадъ чрезвычайно мало, между тѣмъ какъ сверху внизъ оно почти равно по величинѣ

Рис. 23.



Двусторонній катарръ трубъ съ закрытіемъ безъ особенно сильнаго растяженія канала, на лѣвой сторонѣ придатки матки срослись съ кишечникомъ.

Рис. 24.



Двустороннее заболѣваніе трубы съ умѣренномъ сильнымъ растяженіемъ вслѣдствіе закрытія. Труба извивается вокругъ яичника. (справа приращеніе китки къ придаткамъ. Пунктиромъ обозначено то, что должно быть поподнено послѣ того, какъ ощупано все, обозначенное жирными линіями.

маткѣ и можетъ также быть значительной величины отъ одной до другой стороны. Если теперь ощупывать точнѣе, то удастся распознать трубы на очень небольшомъ разстояніи отъ матки утолщенными и затвердѣвшими, и можно затѣмъ прощупать ихъ на всемъ протяженіи растянутыми жидкостью. Самый яичникъ мы съ трудомъ только опредѣлимъ въ серединѣ, потому что раздѣляющая борозда часто занята сращеніями (см. рис. 23 и 24). Тѣмъ не менѣе возможно также иногда нащупать его, но вообще это не имѣетъ особеннаго значенія. Отличіе отъ подобной-же величины яичниковой опухоли вытекаетъ затѣмъ изъ

отношенія перехода трубы, которая послѣ совершенно короткаго протяженія становится изъ кругловатаго канатика, по крайней мѣрѣ, вдвое менѣе толстымъ, чѣмъ мизинецъ, между тѣмъ, какъ при опухоли ячника рядомъ съ болѣе напряженной яичниковой связкой прощупываютъ мягкую кругловатую трубу на большомъ протяженіи по направленію къ опухоли и переходъ трубы на послѣднюю. Если при такого рода образованіяхъ тазовая брюшина свободна, то распознаваніе становится гораздо болѣе легкимъ.

Уклоненія отъ этого вида трубнаго заболѣванія встрѣчаются, конечно, очень различныя, и особенно достойно вниманія затрудненіе, происходящее вслѣдствіе вопроса, заболѣла-ли яичникъ, или труба. Въ этомъ отношеніи труднѣе всего могутъ быть истолкованы тѣ случаи, въ которыхъ растяженіе трубы достигло особенныхъ размѣровъ на брюшномъ концѣ и яичникъ, теперь гораздо меньшій, представляетъ какъ-бы только утолщеніе части стѣнки. Здѣсь большое протяженіе, на которомъ трубу прощупываютъ неизмѣнной, будетъ давать поводъ къ ошибкамъ, если яичниковая связка не сможетъ быть ясно узнана. Нельзя отрицать, что основательное опасеніе разорвать при изслѣдованіи сомнительную опухоль, препятствуетъ нашимъ діагностическимъ стараніямъ.

Иначе еще представляется дѣло, если подъ влияніемъ pyosalpinx'a наступило очень сильное утолщеніе стѣнки и получается булавовидная форма, особенно благодаря утолщенію спереди назадъ и благодаря приближенію брюшнаго конца къ маткѣ вслѣдствіе относительной короткости mesosalpinx'a. Врядъ-ли когда отсутствующія здѣсь болѣе или менѣе сильныя перитонитическія сращения будутъ указывать на участіе трубы, между тѣмъ какъ при яичниковой опухоли равной величины мы сращения совершенно не встрѣчаемъ; тѣмъ не менѣе распознаваніе часто можетъ быть сдѣлано здѣсь лишь послѣ многократнаго изслѣдованія.

Изслѣдованіемъ не всегда можно опредѣлить, какого качества содержимое такого рода опухоли, жидко-ли оно, гнойно-ли, или плотно.

Не всегда даже и послѣ вскрытія брюшной полости можно получить ясное представленіе насчетъ того, съ чѣмъ имѣется дѣло, не вскрывши также трубы. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ имѣть въ виду, что описанное сначала, очень незначительное опуханіе трубы съ закрытіемъ отверстія гораздо больше должно быть сведено къ разрастанію слизистой оболочки, чѣмъ къ содержимому, и что послѣднее едва ли когда должно быть рассматриваемо, какъ гнойное. Равнымъ образомъ опуханія, захватывающія въ особенности брюшной конецъ и



при которыхъ ходъ трубы на большемъ протяженіи прощупывается неизмѣннымъ, должны быть разсматриваемы съ вѣроятностью, какъ водянка трубы (*Hydrosalpinx*). Сильное утолщеніе стѣнки, растяженіе трубы отъ матки до брюшнаго конца и особенно сильныя сращения и сомнительнаго образованія съ окружностью говорятъ вообще за гнойное содержимое. Но съ абсолютной увѣренностью не всегда можно рѣшить этотъ вопросъ, и драгоценнымъ пособіемъ для облегченія его рѣшенія даютъ клиническія явленія. Чѣмъ болѣе жестокіе припадки тазоваго перитонита существуютъ, или чѣмъ чаще они бывали, тѣмъ вѣрнѣе должно предполагать гной. Чѣмъ болѣе трубная опухоль представляетъ случайную постороннюю находку, тѣмъ скорѣе слѣдуетъ предполагать *hydrosalpinx*.

§ 54. Изъ этого описанія вытекаетъ, что при трубныхъ заболѣваніяхъ не всегда могутъ быть опредѣлены всѣ мелочи, и важно, конечно, расширить діагностику дальнѣйшими методами. Что я не жду никакой выгоды въ этомъ направленіи отъ пробнаго прокола тонкой иглой и, наоборотъ, вижу только вредъ для больныхъ, безъ всякой притомъ пользы для разъясненія картины болѣзни, я указалъ уже выше (см. § 64, часть I). При трубныхъ заболѣваніяхъ условія таковы, что за исключеніемъ ненарушенной трубной беременности, упоминаемаго ниже туберкулеза и крайне рѣдкихъ злокачественныхъ новообразованій, объективный результатъ изслѣдованія не служитъ прямо основаніемъ для терапіи. Рѣшеніе предпринять въ особенности радикальное вмѣшательство, сальпинготомію, до сихъ поръ, по крайней мѣрѣ, всегда обусловливается кромѣ найденнаго при изслѣдованіи еще главнымъ образомъ симптомами.

Если имѣется закрытіе трубы и существуетъ всегда повторяющіеся тяжелые припадки тазоваго перитонита у пациентки, живущей собственнымъ трудомъ, то каждый изъ насъ предприметъ чревосѣченіе и будетъ считать его имѣющимъ полное основаніе, если найдетъ диагностированное заболѣваніе, все равно, будетъ ли содержимое мѣшка гной, или слизистая жидкость. Если бы здѣсь пробнымъ проколомъ и не опорожнили гноя, то все-таки считали бы показаннымъ чревосѣченіе въ виду тяжести явленій и самое большее предположили бы, что случайно не попали иглой на гной.

Если находятъ то же закрытіе трубы съ явными знаками перитоническихъ сращеній и если пациентка указываетъ, что она, не испытывая никакого ущерба въ своихъ функціяхъ, обращается къ врачу только изъ за безплодія, то никто изъ насъ не станетъ оперировать, потому что сальпингостомія *A. Martin'a* и *Skutsch'a* не будетъ

служить въѣдъ причиною чревосъченія, а останется только попыткой при операціяхъ, сдѣланныхъ по другой причинѣ; здѣсь опять-таки нахожденіе гноя въ закрытой трубѣ также мало повело бы къ измѣненію терапіи, какъ и нахожденіе крови или слизи.

Такимъ же образомъ обстоитъ дѣло съ распознаваніемъ яичниковыхъ опухолей, которыя такъ не велики, что отличіе ихъ отъ трубныхъ опухолей подвергается сомнѣнію. Если по вышеуказаннымъ особенностямъ не удастся разрѣшить вопросъ, представляетъ ли исходный пунктъ яичникъ или труба, то пробный проколъ опять-таки принесетъ мало пользы. Очень часто при трубныхъ заболѣваніяхъ дѣло доходитъ также до образованія маленькихъ кистъ въ яичникѣ, равнымъ образомъ можно при завѣдомо яичниковой опухоли или проникнуть въ периметрическія сращенія, или въ случайно заболѣвшую трубу, и проколъ и здѣсь сомнителенъ, если вообще не проходятъ мимо опухоли и опорожняють только кровь.

Я твердо убѣжденъ, что опасность прокола черезъ влагалище въ этихъ темныхъ случаяхъ слишкомъ велика, чтобы онъ примѣнялся для рѣшенія. Кто дѣйствительно довѣряетъ двойному изслѣдованію, у того при возрастающей опытности поразительнымъ образомъ будетъ здѣсь уменьшаться число сомнительныхъ диагнозовъ, и если тотъ или другой случай и остается неяснымъ, то рѣшающее слово насчетъ найденнаго должно высказать ощупываніе, чѣмъ тоньше наше осязаніе, тѣмъ легче. Показанія для терапіи при трубныхъ именно заболѣваніяхъ устанавливаются только, принявши также во вниманіе симптомы.

О трубной беремености я здѣсь не стану распространяться; беременность въ періодѣ роста, прямо призывающая къ чревосъченію, очень характерна вслѣдствіе мягкости трубнаго утолщенія. Лежащее въ трубѣ мертвое яйцо опять-таки особенно отличается своей твердостью, но я все еще не могу видѣть прямого показанія къ чревосъченію въ одной послѣдней находкѣ, а только въ совокупности съ клиническими признаками повторныхъ болей и отхожденія крови наружу <sup>1)</sup>).

§ 55. Также вопроса о томъ, имѣется ли, быть можетъ, туберкулезъ трубы, или плотная, и тогда большей частью злокачественная опухоль, нельзя будетъ рѣшить исключительно на основаніи результата изслѣдованія. Послѣднія заболѣванія, какъ очень рѣдкія, должны быть оставлены въ сторонѣ, и поэтому діагнозъ ихъ можетъ быть поставленъ въ видѣ исключенія, когда исключены всѣ другія формы. Во-

<sup>1)</sup> См. особенно *Verhandl. d. deutschen Ges. f. Gyn. III Congress*, стр. 158.

обще же должно остерегаться распознаванія съ положительностью на живой столь рѣдкихъ процессовъ.

Туберкулезъ мы должны считать распознаваемымъ послѣ важныхъ сообщеній Негар'а<sup>1)</sup>, но и здѣсь гораздо большее значеніе имѣетъ исключеніе обыкновенныхъ трубиныхъ заболѣваній и одновременное изслѣдованіе общаго состоянія пациентки, равно какъ доказательныя измѣненія въ легкихъ, чѣмъ исключительно результатъ двойнаго изслѣдованія. Что въ видѣ исключенія могутъ быть доказательными измѣненія влаталищной части, если находятъ здѣсь туберкулезныя язвы, это также вѣрно, какъ и то, что туберкулезный перитонитъ, какъ сопутствующее явленіе можетъ служить прямымъ указаніемъ. Такимъ образомъ при иныхъ заболѣваніяхъ трубъ уже для діагноза существуютъ такія же условія, какъ и для постановки показанія къ ихъ операціи. Но всегда можно прійти къ вѣрному распознаванію или основательному рѣшенію безъ опредѣленнаго наблюденія всего организма или взвѣшиванія симптомовъ. Попытки и здѣсь выяснитъ діагнозъ примѣненіемъ открытой Кош'омъ жидкости могутъ, быть можетъ, имѣть рѣшающее значеніе при положительномъ отсутствіи другихъ туберкулезныхъ заболѣваній; при одновременномъ существованіи туберкулеза и въ другихъ мѣстахъ у насъ пока еще отсутствуютъ діагностическія точки опоры.

На предшествующихъ рисункахъ я пытаюсь представить все, что мы въ состояніи прощупать при существованіи кишечныхъ сращеній или безъ нихъ. Ощупываніе наружной стороны этихъ опухолей, удастся всегда на ихъ нижней периферіи; здѣсь большей частью можно отдѣлить нижній коѣтуръ ячника отъ трубы. Верхнія линіи свободно ощупываются лишь тогда, когда нѣтъ никакихъ сращеній, и лежаніе въ серединѣ опухоли отдѣлы ячника прямо прощупываются только при благопріятныхъ условіяхъ. Гораздо чаще приходится ихъ пополнить (потому они и нарисованы пунктиромъ), и на это мы имѣемъ право, если явственно опредѣлили ячниковую связку.

## Глава 9.

### Діагностика заболѣваній ячника.

§ 56. Заболѣванія ячника, такъ часто наблюдаемыя гинекологами, распадаются въ отношеніи діагноза на такіе процессы, въ которыхъ

<sup>1)</sup> Genitaltuberculose. Stuttgart. 1886.

опухоль по своей величинѣ господствуетъ надъ всей картиной болѣзни, и на такіе, въ которыхъ яичникъ лишь мало измѣнилъ свои размѣры.

Большія яичниковыя опухоли въ прежнее время діагностировались почти исключительно помощью ощупыванія снаружи и выстукиванія. Результатъ перваго могъ, конечно, быть довольно различнымъ; кругловатая опухоль, смотря по имѣющемуся случаю, прощупывалась или такимъ образомъ, что получали черезъ всю опухоль проходившую флюктуационную волну, или опредѣляли жидкость, по крайней мѣрѣ, въ опредѣленныхъ частяхъ опухоли. Болѣе кистовидныя новообразованія обнаруживали безъ флюктуации мелкобугристую поверхность. Верхняя граница новообразованія сверху имѣла форму шара, легко опредѣлялась съ боковъ и совсѣмъ не опредѣлялась въ отлогихъ частяхъ.

При выстукиваніи нужно было обращать особенное приманіе на отлчіе отъ свободной жидкости въ брюшной полости; соотвѣтственно прощупанной опухоли тонъ былъ притупленъ и только къ периферіи становился притупленно-тимпаническимъ. Яеный кишечный тонъ окружалъ затѣмъ этотъ поясъ и требовалось только, чтобы тупость опухоли внизу переходила въ притупленный тонъ тазовыхъ органовъ. При асцитѣ вообще должно было существовать, смотря по положенію больной, притупленіе на отлогихъ частяхъ, и только лежащія большей частью сверху отдѣлы брюшной полости должны были издавать тимпаническій звукъ, потому что содержащій воздухъ кишечникъ плаваетъ надъ жидкостью. Также и измѣненіе при выстукиваніи въ разныхъ положеніяхъ считалось важнымъ признакомъ.

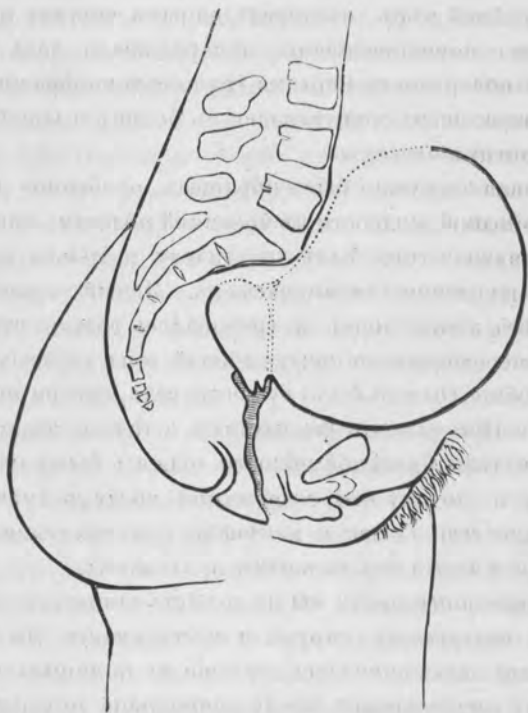
Еще и въ настоящее время мы не должны слишкомъ мало цѣнить эти результаты ощупыванія снаружи и выстукиванія. Но въ прежнее время діагностика здѣсь кончалась, желаніе же помощью зондированія матки поставить распознаваніе между яичниковой опухолью и міомой мы можемъ считать теперь лишь неимѣющими значенія попытки.

Если зондъ входилъ безгранично, то имѣлась міома, если матка имѣла среднюю длину, потому только, что зондъ проникалъ на такую длину, то опухоль обязана была своимъ происхожденіемъ яичнику. Здѣсь мало думали о томъ, что прободеніе маточной стѣнки зондомъ, съ одной стороны, или какой-нибудь выдающійся пунктъ на слизистой оболочкѣ матки, съ другой, могутъ сдѣлать результатъ зондированія совершенно неимѣющимъ значенія.

§ 57. Значительнымъ успѣхомъ, которымъ мы гордимся теперь при діагнозахъ яичниковыхъ опухолей, мы обязаны исключительно

двойному изслѣдованію, и если мы и должны признать еще существованіе иныхъ случаевъ, въ которыхъ ощупывающей рукѣ не удастся вполне преодолѣть всѣ трудности, то мы, однако, должны теперь требовать, чтобы въ этихъ исключительныхъ случаяхъ добросовѣстный изслѣдователь отдавалъ себѣ полный отчетъ въ причинѣ диагностической неудачи и научно обосновалъ бы извиненіе предъ самимъ собой въ могущихъ встрѣтиться ошибкахъ діагноза.

Рис. 25.



Яичниковая опухоль. Результатъ ощупыванія. Жирныя линіи обозначаютъ то, что легко можно пощупать, слѣд., показываютъ недостаточность здѣсь метода. См. рис. 26.

Принципъ теперешняго изслѣдованія опухолей въ животѣ состоитъ въ томъ, чтобы при извѣстной частотѣ яичниковыхъ опухолей, мы прежде всего подумали о нихъ и чтобы изслѣдованіемъ доказали или существованіе обоихъ яичниковъ независимо отъ опухоли, или переходъ яичниковой связки на опухоль, при неизмѣненномъ другомъ яичникѣ.

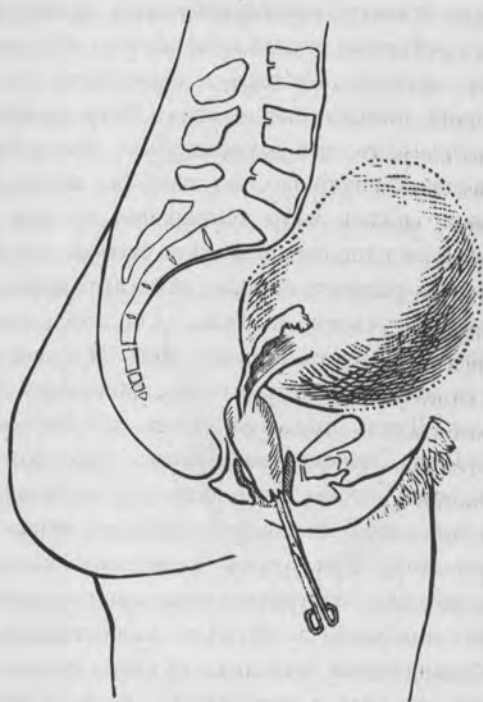
Хоть это и можетъ представить особенныя затрудненія, преодо-

дѣніе которыхъ составляетъ интересную задачу для діагностики, но вообще можно будетъ достигнуть результата. Окончательный діагнозъ яичниковой опухоли и вмѣстѣ съ тѣмъ необходимость оваріотоміи должны быть высказаны только послѣ изслѣдованія подъ наркозомъ. Лишь неопытный начинающій врачъ, которому недостаетъ достаточнаго опыта насчетъ различныхъ возможныхъ здѣсь затрудненій, будетъ спорить противъ этого. По наступленіи полнаго наркоза, сначала предпринимають безъ всякаго предварительнаго подготовленія двойное оцупываніе и пробуютъ опредѣлить положеніе матки. Если это уже сдѣлано, то слѣдуетъ попытаться прослѣдить отъ матки до яичника одну или обѣ яичниковыя связки. Если размѣры яичника не измѣнены значительно, то онъ долженъ быть распознанъ, хотя, быть можетъ, и смѣщенный опухолью, но тѣмъ не менѣе явственно. При этомъ яичниковая связка мало напряжена, но при значительныхъ передвиженіяхъ матки напряженіе можетъ быть вызвано искусственно. Затѣмъ опредѣляютъ, отсутствуетъ ли, дѣйствительно, другой яичникъ и развилась ли на его мѣстѣ опухоль. Для этого захватываютъ, по предложенію Негарга, влагалищную часть *Muzeu x'evskimi* щипцами и низводятъ за нее матку настолько, насколько это удастся безъ большаго насилія. Тогда вводится одинъ или иногда два пальца въ прямую кишку. Цѣль, преслѣдуемая этимъ способомъ изслѣдованія, заключается въ томъ, чтобы туго натянуть въ обыкновенное время ненапряженную яичниковую связку и такимъ образомъ сдѣлать ее легко прощупываемой. При этомъ желательно нащупать ту только часть опухоли, которая соотвѣтствуетъ прикрѣпленію яичниковой связки. Остальная поверхность опухоли, конфигурація верхнихъ отдѣловъ опухоли совершенно неважна для этого способа изслѣдованія. Когда опредѣлили переходъ и способъ его, то насъ можетъ интересовать еще кое-что обѣ опухоли; но это требуетъ уже другихъ методовъ. Если изслѣдовали имѣющійся случай такъ, какъ было описано, то въ результатъ всегда получится, яичниковаго ли происхожденія опухоль или нѣтъ.

Уже одинъ палецъ, введенный въ прямую кишку, прощупываетъ прежде всего обѣ напряженныя *Ligg. recto-uterina* и достигаетъ затѣмъ большей частью дна матки. Тогда другая рука проникаетъ сверху между опухолью и горизонтальной вѣтвью лобковой кости и также прощупываетъ дно матки. Отсюда обѣ руки движутся равномерно впередъ въ ту сторону, на которой при первомъ изслѣдованіи не найдено было яичника. Прощупываютъ особенно напрягающіеся тяжи, и въ типическихъ случаяхъ можно будетъ до опухоли прослѣ-

дять туго напряженную яичниковую связку, къ которой большей частью прилегаеть труба. Сбоку отъ связки можно будетъ опредѣлить менѣе напряженный край, соответствующій другой границѣ ножки. Если далѣе имѣется дѣло съ развитіемъ опухоли въ широкую связку, то хотя отъ дна матки навѣрное будетъ отходить явная ножка, но можно будетъ убѣдиться, что повсюду отъ яичниковой

Рис. 26.



Яичниковая опухоль. Результатъ ошупыванія при низведенной маткѣ (Музеих'евскіе щипцы уменьшены сильнѣе другихъ частей). Жирная ливія обозначаетъ то, на что при этомъ изслѣдованіи должно быть обращено исключительное вниманіе, пунктиромъ обозначено то, что безъ труда можетъ быть пополнено, разъ прощупанъ переходъ яичниковой связки на опухоль.

связки назадъ къ маткѣ напрягаются болѣе тонкіе тяжи, и наконецъ, смотря по степени межесвязочнаго развитія, будетъ прощупываться еще тяжъ болѣе или менѣе твердый у тазовой стѣнки, который, ограничивая развернутую широкую связку, содержитъ вступающіе сбоку сосуды.

§ 58. Только при очень вялой брюшной стѣнкѣ, какой она особенно встрѣчается послѣ разрыва кисты или векорѣ послѣ перенесен-

ныхъ родовъ, или при очень длинной ножкѣ могутъ встрѣтиться затрудненія, потому что описаннымъ способомъ не можетъ быть произведено достаточное напряженіе послѣдней. Здѣсь можно съ пользою, соотвѣтственно предложенію *Schultze* <sup>1)</sup>, произвести напряженіе тѣмъ, что ассистентъ тянетъ опухоль прямо вверхъ. Если желательно соединить этотъ приемъ съ двойнымъ изслѣдованіемъ, то слѣдуетъ позаботиться, чтобы надъ симфизомъ оставалось въ достаточномъ количествѣ кожи, нужной для вдавленія. Очень полезно, чтобы ассистентъ сначала безъ всякаго движенія опухоли направленными внизъ верхушками пальцевъ сдвинулъ брюшную кожу надъ опухолью внизъ, и чтобы онъ затѣмъ, проникая по опухоли въ глубину, захватилъ ее и повлекъ вверхъ. Тогда рука изслѣдователя всегда будетъ имѣть достаточное количество кожи для вдавленія между рукой ассистента и симфизомъ, а затѣмъ силой влеченія опухоли вверхъ или ослабленіемъ потягиванія долженъ распорядиться изслѣдующій. Въ этомъ способѣ мы имѣемъ возможно болѣе благоприятныя условія для опредѣленія дѣйствительно напрягающейся теперь между маткой и опухолью связки, и мы даже всегда рекомендовали бы эту комбинацію въ тѣхъ случаяхъ, когда вслѣдствіе величины опухоли и невозможности вступленія ей въ тазъ одного потягиванія за влагалищную часть недостаточно для вызванія напряженія.

Если не имѣется яичниковой опухоли, то при этомъ изслѣдованіи, конечно, съ величайшей легкостью будутъ прощупываться оба яичника въ ихъ связи съ маткой, и вообще обыкновенныя яичниковыя опухоли должны будутъ быть распознаны при помощи этихъ способовъ; даже особыя измѣненія или свойства ножки при помощи ихъ можно будетъ распознать такъ ясно, что почти съ положительностью можно будетъ избѣгнуть неприятныхъ неожиданностей при операціи.

§ 59. Но отдѣльные вопросы должны еще быть разобраны особо. Особенно интралигаментарное развитіе имѣетъ вліяніе на образованіе различныхъ отношеній ножки и измѣняетъ такимъ образомъ картину, получающуюся при изслѣдованіи. Если согласно вышеизложенному, матка, лежа въ тазу, обыкновенно позволяетъ хотя бы въ незначительной степени распознать ея связь какъ при помощи яичниковой связки, такъ и при помощи болѣе глубокихъ частей клетчатки, то существуютъ, однако, и другіе случаи, въ которыхъ матка прижата къ передней брюшной стѣнкѣ высоко за симфизомъ. Здѣсь уже изъ смѣщенія матки можно съ увѣренностью заключить объ осо-

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Gyn. 1879, стр. 130,



бенныхъ свойствахъ опухоли. Или опухоль тогда очень глубоко вросла въ тазовую клетчатку, или она рано крѣпко приросла къ Douglas'ovu пространству. Эти оба вида усложненій не всегда можно распознать съ увѣренностью, и различить ихъ анатомически можетъ быть затруднительно даже при операціи. Діагнозъ того, что вообще имѣется дѣло съ яичниковой опухолью, опять-таки вытекаетъ изъ перехода трубъ, а особенно яичниковой связки и верхнихъ частей широкой связки на опухоль, и нерѣдко мы можемъ ясно поставить распознаваніе безъ описаннаго низведенія матки. Если направленіе яичниковой связки здѣсь такое, что оно простирается сильно назадъ, глубоко въ тазъ, и если переходъ ея на опухоль все-таки ясно опредѣляется, то все это говоритъ скорѣе за срощеніе опухоли въ тазу, тогда какъ горизонтальное, или даже идущее вверхъ направленіе яичниковой связки дѣластъ вѣроятнымъ интралигаментарное развитіе. Смѣщеніе матки такого рода говоритъ всегда за то, что и пузырь лежитъ за передней брюшной стѣнкой выше обыкновеннаго, обстоятельство, на которое особенно важно обращать вниманіе при операціи.

Примѣчаніе. При этомъ интралигаментарномъ развитіи упомянутое уже при міомахъ діагностическое затрудненіе можетъ стать особенно большимъ, если опухоль тѣсно прилегаетъ къ маткѣ. На ряду съ описанными выше распознавательными средствами особенное вниманіе должно быть обращено на то, что при яичниковомъ характерѣ растущей близъ матки опухоли никогда нельзя прощупать отдѣльно отъ нея яичника и яичниковой связки этой стороны, при міомахъ же большей частью удается прощупать ходъ канатика яичниковой связки къ яичнику.

§ 60. Но встрѣчаются еще большія, хотя и очень рѣдкія, затрудненія, которыя можетъ представить это направленіе роста въ тазовую клетчатку и которыя все-таки могутъ быть устранены помощью результатовъ изслѣдованія ощупываніемъ и выстукиваніемъ, истолковывавшихся прежде вообще, какъ доказательство противъ яичниковаго происхожденія опухоли. Можно именно найти на нижней периферіи опухоли, между тазовой стѣнкой и опухолью, кишечный тонъ, можетъ также случиться, что на передней поверхности опухоли прощупывается петля толстой кишки. Если опухоль вросла именно въ *Lig. infundibulo-pelvicum*, то она можетъ оттѣснить впереди себя справа слѣпую кишку, а слѣва S-образную кривизну. Далѣе встрѣчаются, въ видѣ рѣдкаго исключенія, образованія, впрочемъ, большей частью злокачественнаго характера, которыя должны быть отнесены къ яичнику и которыя поднимаются вверхъ подъ брюшиной передней брюшной стѣнки, такъ что исчезаетъ всякая возможность проникнуть между опухолью и передней тазовой стѣнкой. Именно въ подобнаго

рода случаяхъ съ благодарностью должны чувствоваться преимущества теперешнихъ способовъ изслѣдованія передъ прежними.

Въ описанныхъ отклоненіяхъ отъ нормы перваго рода можно при помощи одного только ощупыванія съ положительностью распознать яичниковое происхожденіе, потому что яичниковую связку можно прощупать напряженной и на одной сторонѣ на связкѣ будетъ помѣщаться не яичникъ, а новообразованіе. Въ найденныхъ-же при изслѣдованіи въ высшей степени рѣдкихъ состояніяхъ послѣдняго рода ошибки въ діагнозѣ дѣйствительно будутъ извинительны. Можно извинить, если здѣсь діагностируется злокачественное новообразованіе или флегмонозное воспаленіе клѣтчатки, вообще даже должно замѣтить, что оба эти явленія при небольшихъ опухоляхъ легче всего могутъ быть смѣшаны съ яичниковой опухолью той же стороны. Но и здѣсь, однако, возможно будетъ при повторномъ изслѣдованіи найти, какъ это обыкновенно удается, неизмѣненную яичниковую связку и тонкую и скользящую подъ пальцами трубу, чѣмъ и будетъ обезпеченъ діагнозъ. Теоретически больше всего затрудненій причинить положеніе опухоли въ тазовой клѣтчаткѣ съ отодвиганіемъ брюшины передней тазовой стѣнки. Но на практикѣ мы при этомъ всегда будемъ въ состояніи, вслѣдствіе смѣщенія матки въ сторону ли, или, какъ чаще случается, одновременно и вверхъ, во первыхъ, отличить матку отъ опухоли, и опять-таки особенную важность при этомъ будетъ имѣть различіе консистенціи; во вторыхъ же возможно будетъ какимъ-либо образомъ напречь яичниковую связку — здѣсь это удастся нерѣдко въ тотъ моментъ, когда прямо смѣщаютъ матку ощупывающей рукой — и этимъ, наконецъ, доказать яичниковое происхожденіе опухоли.

§ 61. Мнѣ кажется особенно важнымъ выяснить себѣ предѣлы и этихъ способовъ изслѣдованія. Сюда прежде всего относится чрезмѣрная величина опухоли, дѣлающая невозможнымъ даже въ наркозѣ всякое вдавленіе брюшной стѣнки. Но при этомъ, конечно, должно быть замѣчено, что даже при очень большой опухоли въ глубокомъ наркозѣ, всегда еще существуетъ возможность проникновенія рукой и что случаи такого рода въ дѣйствительности принадлежать къ очень большимъ рѣдкостямъ. Далѣе нерѣдко непреодолимо для діагностики подобное же состояніе напряженія, встрѣчающееся при сочетаніи очень обильнаго асцита съ яичниковой опухолью. Накопленіе жидкости въ брюшной полости должно вообще разсматривать, какъ частый источникъ обмановъ и затрудненій. Что въ брюшной полости находится свободная жидкость, опредѣляется при большомъ ко-

личествѣ большей частью по чувству зыбленія и результату выстукиванія. Въ случаѣ дѣйствительно явнаго асцита лишь тамъ можно будетъ вообще думать о яичниковой опухолѣ, гдѣ можно исключить всякія другія причины асцита, и, соотвѣтственно этому, здѣсь возможна будетъ рѣчь лишь о случаяхъ, въ которыхъ существуетъ большое скопленіе жидкости въ брюшной полости безъ апазагса, безъ бѣлка въ мочѣ или безъ сердечныхъ измѣненій. Всякій разъ, когда причина асцита неясна, и двойнымъ изслѣдованіемъ возможно опредѣлить участіе и независимость яичниковъ, то естественно выпустить жидкость. Прежде для этого исключительно пользовались проколомъ, и въ отдѣльныхъ случаяхъ, дѣйствительно, можно при помощи его получить благопріятный результатъ для діагноза, изслѣдуя съ одной стороны опорожненную жидкость, а съ другой предпринимая послѣ выпущенія жидкости двойное изслѣдованіе. Но при безопасности чревосѣченія я считаю вполне необходимымъ теперь вмѣсто пробнаго прокола вскрыть брюшную полость разрѣзомъ и, проникая въ брюшную полость прямо рукой, установить, какъ причину, участіе яичниковъ или самой брюшины. Теперь мы это тѣмъ скорѣе сдѣлаемъ, что въ неясныхъ случаяхъ существующій, быть можетъ, туберкулезъ, прямо можетъ быть излеченъ разрѣзомъ. Я долженъ, однако, обратить вниманіе, что этотъ разрѣзъ при асцитѣ заключаетъ въ себѣ признаніе, что другимъ путемъ невозможно было опредѣлить происхожденіе брюшной водянки. Ясно также, что чревосѣченіе должно быть сдѣлано въ тѣхъ случаяхъ послѣдней, въ которыхъ по результату изслѣдованія мы имѣемъ основаніе, какъ причину, разсматривать измѣненія брюшины. У тѣхъ врачей, которые разъ видѣли благопріятное дѣйствіе вскрытія брюшной полости въ этихъ случаяхъ, слишкомъ легко руководящимъ мотивомъ будетъ надежда на подобный же результатъ. Изслѣдованіе можетъ въ этихъ случаяхъ легко указывать неопытнымъ на яичниковое происхожденіе, если изслѣдуютъ только снаружи. Повсюду короткими толчками надавливающей руки какъ-будто удастся нащупать легкую твердость или баллотирующую опухоль. Причина этого явленія лежитъ въ болѣе толстыхъ частяхъ сальника или въ болѣшихъ новообразованіяхъ брыжжейки. Довольно часто и здѣсь изслѣдованіемъ подъ наркозомъ мы въ состояніи будемъ, особенно при низведенной маткѣ, еще опредѣлить неизмѣненные яичники и при помощи этого доказать, что заболѣваніе половыхъ частей не можетъ быть причиной брюшной водянки. Поэтому всегда въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ попытаться примѣненіемъ глубокаго наркоза убѣдиться въ состояніи яичниковъ.

Затѣмъ изслѣдованіе при низведенной маткѣ тогда окажется трудно объяснимымъ, когда въ своемъ развитіи опухоль достигла до

тѣла матки. Въ этомъ случаѣ дѣло идетъ главнымъ образомъ о различіи между міомами и яичниковыми опухолями. И здѣсь въ большомъ числѣ случаевъ возможно будетъ распознаваніе на основаніи состоянія яичниковой связки. Не нужно только сначала терять надежды на возможность натянуть яичниковую связку виведеніемъ матки. Именно здѣсь часто будешь удивленъ, насколько смѣщеніе матки по отношенію опухоли легко, если послѣдняя яичниковаго происхожденія. Но остаются, однако, еще другіе случаи, въ которыхъ нельзя опредѣлить перехода, въ которыхъ вмѣстѣ съ маткой опускается, повидимому, и яичникъ, и здѣсь діагнозъ перѣдко будетъ шаткимъ. Испытываютъ, конечно, различныя вспомогательныя средства. Сюда относится опредѣленіе консистенціи. Нельзя, однако, отрицать, что здѣсь возможны ошибки <sup>1)</sup>, особенно, когда опухоль, будто безъ ножки, прижимается такъ близко къ маткѣ, какъ этого можно было бы ожидать только при міомахъ. Далѣе для распознаванія міомы принимается во вниманіе одновременное существованіе неправильныхъ бугровъ на маткѣ, также и удлиненіе матки; здѣсь кромѣ того комбинація міомы съ яичниковой опухолью можетъ направить діагнозъ на ложный путь, и удлиненіе матки можно одинаково находить какъ при міомахъ, такъ и при яичниковыхъ опухоляхъ.

Особенно охотно придавали значеніе для дифференціального діагноза состоянію менструаціи. Но я этого не могу считать столь важнымъ, какъ обыкновенно считаютъ. Именно въ сомнительныхъ случаяхъ опасно высказать рѣшеніе на основаніи одного симптома, и здѣсь всегда нужно имѣть въ виду, что усиленія менструальнаго отхожденія крови могутъ появиться и подъ вліяніемъ опухолей яичника, особенно часто злокачественныхъ. Состояніе менструаціи можно будетъ принять во вниманіе въ особенности тогда, когда усиленіе ея выступило уже долгое время до наступленія мѣстныхъ страданій. Но вообще при затрудненіяхъ послѣдняго рода я бы также поставилъ на первомъ планѣ объективный результатъ изслѣдованія, и если бы не возможно было вызвать напряженія яичниковой связки виведеніемъ матки, то попытался бы найти самый яичникъ. Впрочемъ нельзя отрицать и того, что небольшая міома, развившійся на мѣстѣ яичника, можетъ ввести изслѣдователя въ ошибку, равнымъ образомъ ложно истолкуютъ результатъ изслѣдованія, если небольшой

---

<sup>1)</sup> Такъ, я живо вспоминаю случай, въ которомъ Schroeder долгое время откладывалъ операцію, потому что по твердости онъ распозналъ міому; при сдѣланномъ впоследствии необходимомъ, вслѣдствіе сильныхъ страданій, удаленіи опухоль оказалась дермоидомъ.

вторичный наростъ на большей яичниковой опухоли будетъ принять за яичникъ. Но повторное изслѣдованіе, однако, довольно часто опредѣлитъ еще положеніе яичника по оощенію. Другой возможности діагностики, мнѣ кажется, здѣсь нѣтъ, и существуютъ, конечно, отдѣльные очень рѣдкіе случаи, въ которыхъ ошибочный діагнозъ въ извѣстномъ смыслѣ извинителенъ. Если я, въ видѣ исключаенія, и допускаю эту возможность, то въ тоже время добросовѣстный изслѣдователь долженъ, однако, при оказавшемся во время операциі невѣрнымъ діагнозомъ, отдать себѣ отчетъ и въ причинахъ, оправдывающихъ эту ошибку; и понятіе оправданія должно здѣсь быть принимаемо съ возможно строжайшей самокритикой.

Совершенно особаго рода затрудненіе представляется, когда опухоль сростается съ пузырьемъ и, благодаря этому, дѣлается невозможнымъ проникновеніе между ней и передней тазовой стѣнкой. Образовавшіяся срощенія, фиксирующія яичниковую опухоль *in excavatione vesico-uterina*, имѣютъ ту особенность, что, несмотря на невозможность проникнуть рукой между опухолью и симфизомъ, опухоль оказывается совершенно подвижной по направленію вверхъ при поднятіи таза по *Freund'y* (см. § 22, часть I и § 62, ч. 2). Эта разница въ отодвиганіи брюшины довольно характерна, и я старался въ подобныхъ случаяхъ всегда очень глубоко вдавливать въ сторону брюшные покровы, чтобы все-таки достигъ ножки.

Срощенія въ окружности яичниковой опухоли могутъ вообще представить большія затрудненія для распознаванія, но въ подробностяхъ картина будетъ очень мѣняться, и съ правилами, данными нами до сихъ поръ, вообще можно будетъ достигнуть достаточной ясности. Также и параметритическіе экссудаты въ отдѣльныхъ случаяхъ съ трудомъ только могутъ быть отличены отъ яичниковой опухоли, потому что ясное дѣло, что если весь параметритъ превратился въ твердую инфильтрацію, то исчезнетъ также и переходъ яичниковой связки въ экссудатъ. Однако, особенныя инфильтраціи, на подобіе тяжей, продолжающіяся при большихъ экссудатахъ въ отростки параметрія, должны будутъ имѣть извѣстное значеніе, и кромѣ того для объясненія нужно будетъ принять во вниманіе наблюденіе температурныхъ колебаній. Этимъ объективнымъ основаніемъ я и здѣсь охотѣе пользуюсь для распознаванія, чѣмъ анамнезомъ, хотя послѣднему и не можетъ быть отказано въ значеніи подтверждающаго момента.

§ 62. Изъ всѣхъ сообщенныхъ до сихъ поръ взглядовъ насчетъ діагностики гинекологовъ при яичниковыхъ опухоляхъ ясно выте-

кает наше стремленіе придавать главное рѣшающее значеніе объективному состоянію придатковъ матки. Если въ животѣ существуетъ большая опухоль, то съ одной стороны нужно быть въ состояніи доказать, какъ относятся оба яичника; если они не находятся въ связи съ опухолью, то нѣтъ, конечно, сомнѣнія въ неяичниковомъ происхожденіи послѣдней. Съ другой стороны въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ это невозможно, должно различать, можно ли доказать, по крайней мѣрѣ, переходъ одной или обѣихъ яичниковыхъ связокъ,—потому что можетъ также случиться, что имѣется двухсторонняя опухоль, и обѣ части срослись другъ съ другомъ,—или это не удастся. Въ первомъ случаѣ можно навѣрное признать яичниковое происхожденіе, въ послѣднемъ же возможно, чтобы опредѣленные неблагоприятные моменты дѣлали невозможнымъ распознаваніе связокъ, и здѣсь слѣдуетъ снова попытаться прийти къ рѣшенію повторнымъ изслѣдованіемъ того, существуютъ ли независимые отъ опухоли и увеличенные яичники. О дѣйствительныхъ неясностяхъ можно говорить только въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ съ одной стороны не находимы оба яичника и кромѣ того не можетъ быть опредѣленъ переходъ яичниковой связки. Подобнаго рода случаи очень рѣдки при повтореніи изслѣдованія въ глубокомъ наркозѣ, и это суть единственные, въ которыхъ теперь еще должны прибѣгать къ дальнѣйшимъ распознавательнымъ средствамъ. Я не могу признать вѣрнымъ ни одного изъ рекомендованныхъ для этихъ случаевъ способовъ, и отказываюсь поэтому отъ подробнаго приведенія ихъ. Наименѣе опасный и въ тоже время наиболее вѣрный способъ есть пробный разрѣзъ, и я убѣжденъ, что эта діагностическая точка зрѣнія достаточно доказываетъ добросовѣстность въ отысканіи яичниковъ или ихъ связокъ, и требую, чтобы всякій изслѣдователь при этихъ заболѣваніяхъ въ сомнительныхъ случаяхъ соблюдалъ такую же строгость и точность изслѣдованія.

Примѣчаніе. Этимъ я совершенно отвергаю рѣшающее значеніе изслѣдованія содержимаго подобныхъ опухолей. Ни химическій анализъ добытой проколомъ жидкости <sup>1)</sup>, ни результатъ микроскопическаго ея изслѣдованія не можетъ въ сомнительныхъ случаяхъ рѣшить вопроса. А priori ясно, вѣдь, что основаніе химическому дифференціальному диагнозу даетъ коллоидное измѣненіе эпителиальныхъ продуктовъ, а мы не можемъ теперь больше признавать, что подобное явленіе свойственно только яичниковымъ опухолямъ. Также изслѣдованіе эпителія, на которое указалъ Drysdale <sup>2)</sup> не связано съ какой-нибудь характерной особенностью

<sup>1)</sup> Gönner, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., т. X, стр. 103.

<sup>2)</sup> Transact. of Am. Med. Ass. 1873.

отпрысковъ яичниковыхъ клѣтокъ. На самомъ дѣлѣ изслѣдованіе яичниковыхъ жидкостей, какъ мы его многократно производили послѣ проколовъ и какъ еще теперь его обыкновенно производятъ при овариотоміи для распознаванія отъ другихъ жидкостей, не дало никакихъ результатовъ. Если 15 лѣтъ тому назадъ въ ученіи о дифференціальномъ діагнозѣ при яичниковыхъ опухоляхъ главное вниманіе обращалось на изслѣдованіе содержимаго, то теперь въ литературѣ наступило почти полное молчаніе насчетъ положительныхъ результатовъ этого метода. Надо отдать справедливость старанію тѣхъ, которые еще и теперь посвящаютъ въ большинствѣ учебниковъ цѣлыя страницы этому химическому анализу. Практическое приѣненіе этого изслѣдованія совершенно прекратилось, и я болѣе не считаю составной частью діагноза опредѣленія химическихъ составныхъ частей яичниковой опухоли, а отношу эти вопросы въ описаніе результатовъ патолого-анатомическаго изслѣдованія. Я не признаю за нимъ никакого рѣшающаго значенія для діагноза. Какъ на новое подтвержденіе моихъ взглядовъ я укажу особенно на предпринятый на большомъ матеріалѣ, очень тщательный рядъ изслѣдованій Pfannenstiel'я<sup>1)</sup>.

Равнымъ образомъ я не могу далѣе придавать большаго значенія и другимъ методамъ, такъ, особенно опыту съ изслѣдованіемъ хода толстой кишки—послѣдній опредѣляютъ или вздуваніемъ или введеніемъ въ прямую кишку шипучихъ смѣсей. Такъ какъ мы знаемъ, что яичниковая опухоль, въ видѣ исключенія, можетъ врости въ клѣтчатку mesocolon'a, то мы должны считаться съ возможностью, что слѣпая кишка или S-образная кривизна лежитъ спереди и сбоку отъ опухоли. Тогда происходятъ такія смѣщенія кишки, что при изслѣдованіи на первый взглядъ можно было бы отвергнуть яичниковое происхожденіе, въ такихъ именно случаяхъ точное изслѣдованіе яичниковой связки можетъ привести къ тому, что придется все-таки признать происхожденіе опухоли изъ яичника. Благодаря этому, яко бы получается извѣстная монотонность, и способы изслѣдованія яичниковыхъ опухолей какъ будто становятся проще, однако не слѣдуетъ забывать, что техника двойнаго изслѣдованія здѣсь предъявляетъ къ врачу большія требованія въ отношеніи его опытности. Можетъ также случиться, чтобы въ отдѣльномъ случаѣ иной разъ понадобились дальнѣйшіе діагностическіе опыты. Иногда можно надѣяться легче достигнуть яичниковой связки путемъ расширенія мочеиспускательнаго канала, но никогда нельзя признать съ увѣренностью яичниковую опухоль безъ этой яичниковой связки. Для больныхъ отсюда рѣшительно произойдетъ выгода. Проколь не можетъ считаться безопаснымъ. Намъ извѣстно въ особенности, что имъ можетъ быть ухудшенъ прогнозъ позднѣйшей радикальной операціи. Если поэтому дѣйствительно имѣется случай, въ которомъ никоимъ образомъ не находятъ при опухоли яичниковой связки или обоихъ яичниковъ, то, если способы изслѣдованія, практикуемые въ другихъ областяхъ медицины не приводятъ къ цѣли, нужно будетъ вскрыть брюшную полость. Слѣдуетъ, быть можетъ, упомянуть вкратцѣ о попыткѣ Freund'a<sup>2)</sup> достигнуть напярженія яичниковой связки тѣмъ, что онъ поднимаетъ тазъ больной и такимъ образомъ удаляетъ опухоль изъ тазоваго входа. Но мнѣ оказыва-

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. т. 38, стр. 407.

<sup>2)</sup> Lentz, Beitr. zur gyn. Untersuchung, Strassburg, 1880.

лось менѣ хлопотливымъ примѣненіе вышеупомянутого способа Hegar'a и иногда Schultze, особенно въ виду того, что при нихъ брюшныя покровы становятся легче вдвигимыми.

Попытки, на подобіе Ушани'овской <sup>1)</sup>, при помощи наполненія кольпейринтера въ прямой кишкѣ настолько придвинуть матку къ передней брюшной стѣнкѣ, чтобы ее можно было прощупать вмѣстѣ съ придатками, я считаю совершенно напрасными для цѣли вѣрнаго діагноза въ трудныхъ случаяхъ.

§ 63. Злокачественность яичниковой опухоли мы признаемъ тогда, когда кромѣ собственно опухоли существуютъ вторичныя образованія въ клетчаткѣ. Здѣсь особенно слѣдуетъ обращать вниманіе на основаніе широкой связки и *ligg. recto-uterina*. Также непрерывный переходъ новообразованія на боковую стѣнку таза будетъ имѣть рѣшающее значеніе. Нахожденіе маленькихъ бугристыхъ опухолей въ Douglas'овомъ пространствѣ также служитъ доказательствомъ того, что кромѣ первоначальной опухоли заболѣла брюшина, злокачественность этихъ образованій въ смыслѣ дальнѣйшаго распространенія ихъ за предѣлы первоначальной опухоли ясна; но опытъ, особенно выдвигаемый Freund'омъ *jun.* <sup>2)</sup> и подтверждаемый другими, говоритъ за то, что здѣсь перѣдко имѣется имплантациа оторванныхъ крошекъ, которымъ клинически не всегда свойственно значеніе злокачественныхъ образованій. Существованіе асцита при яичниковой опухоли вовсе не говоритъ обязательно за ея злокачественность. Ощущеніе тренія, которое особенно легко можетъ представить периферія опухоли о переднюю брюшную стѣнку, также не всегда можетъ считаться характеристическимъ. Это явленіе можетъ быть вызвано образованіемъ ерощей, равно какъ и новыхъ маленькихъ коллоидныхъ кистъ. Если мы примемъ во вниманіе наблюденіе, что почти всякая шестая яичниковая опухоль <sup>3)</sup> представляетъ злокачественное новообразованіе, то должны будемъ замѣтить, что невозможно разсматривать яичниковую опухоль съ полной увѣренностью за доброкачественную и въ центрѣ, и никогда результатъ гинекологическаго изслѣдованія не можетъ быть таковъ, чтобы яичниковая опухоль была признана вполне невинной. Мы знаемъ теперь, что этотъ діагнозъ настоятельно требуетъ удаленія опухоли. Изслѣдованіемъ относительно злокачественности имѣется въ виду прежде всего съ извѣстной вѣроятностью предсказать возможность удаленія всего патологическаго, и въ этомъ отношеніи са-

<sup>1)</sup> Centralbl. f. Gyn. 1888, № 12.

<sup>2)</sup> Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. т. XVII, выпускъ 1.

<sup>3)</sup> E. Cohn, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. т. XII, стр. 14.



мое существенное значеніе имѣеть описанный широкій неподвижный переходъ на всю тазовую клетчатку. Равнымъ образомъ я считаю очень подозрительнымъ образованіе узловъ безъ рѣзкихъ границъ въ отдѣльныхъ частяхъ связокъ. Что не всегда при этомъ діагнозъ запрещается операція, справедливо замѣтилъ недавно Freund. Но для осторожнаго врача важно знать напередъ серьезность прогноза. Нахожденіе сосочковыхъ разроженій въ Douglas'овомъ пространствѣ въ противоположность описаннымъ переходамъ въ клетчатку будетъ имѣть значеніе въ діагнозъ тѣмъ, что при нихъ существуетъ въ высшей степени настоятельное показаніе возможно скорѣе вскрыть животъ.

§ 64. Самыя важныя осложненія, могуція имѣть діагностическое значеніе суть разрывъ, поворотъ на оси и кровоизліяніе въ опухоль. Не всегда можно будетъ съ полной увѣренностью распознать эти три явленія.

Если подъ поворотомъ на оси понимать только тѣ степени его, при которыхъ дѣло доходитъ до застойныхъ явленій въ опухоли, то эти три осложненія имѣють между собой то общее, что при нихъ наступаютъ болѣе или менѣе тяжелыя общія явленія. Последнія выступаютъ вполнѣ на первый планъ; при этомъ величина опухоли неважна. Въ подробностяхъ признаки мѣняются, смотря по процессу. Внезапно наступающій коллапсъ можно будетъ съ такимъ же правомъ отнести къ кровоизліянію въ опухоль, какъ и ко всасыванію огромнаго содержимаго опухоли при разрывѣ. Наступленіе перитонитическихъ явленій находятъ особенно при поворотѣ на оси, и важное указаніе здѣсь дастъ напряженность опухоли; последнее явленіе будетъ особенно сильно тогда, когда дѣло дошло до полнаго прекращенія кровообращенія. Но можно найти признаки, соответствующіе клинической картинѣ перитонита, также и при разрывѣ. При трехъ названныхъ осложненіяхъ всегда легко будетъ распознаваніе какого-либо нарушенія. Опухоль, какъ таковая, лишь тогда будетъ представлять затрудненія въ объясненіи, когда при разрывѣ вся опухоль опорожнила свое содержимое. Въ остальномъ ее будутъ изслѣдовать совершенно по тѣмъ же правиламъ, какъ обыкновенно, и я вижу меньшій вредъ въ примѣненіи глубокаго наркоза даже при дурномъ общемъ состояніи, чѣмъ въ остающейся неясности.

§ 65. Діагностикой яичниковыхъ опухолей область гинекологіи соприкасается съ брюшными опухолями вообще, и было-бы очень кстати, коснуться теперь и ихъ. Но въ теченіи изложенія много разъ упоминались пункты, дѣлающіе возможнымъ здѣсь отличіе яичнико-

выхъ заболѣваній отъ другихъ: они заключаются даже при большихъ опухоляхъ живота въ изслѣдованіи яичниковъ. Если послѣдніе, какъ и матка, оказываются не находящимися въ связи съ опухолью, то этотъ случай не относится къ области гинекологіи, и надѣленный въ совершенствѣ знаніями врачебной діагностики гинекологъ будетъ имѣть нѣкоторое преимущество передъ своими коллегами, благодаря его хорошо развитой способности ощупыванія и привычкѣ къ двойному изслѣдованію также и подъ наркозомъ; болѣе точное объективное изслѣдованіе должно здѣсь производиться такимъ образомъ, что, смотря по положенію опухоли, опредѣляютъ по порядку почку, печень и селезенку рядомъ съ опухолью или связь ихъ съ послѣдней, или, по крайней мѣрѣ, возможность этой связи. Если же половой каналъ и три названныхъ органа свободны, то вѣрный діагнозъ дѣлается все болѣе затруднительнымъ; брыжейка, поджелудочная железа и брюшина вступаютъ тогда въ свои права, мимоходомъ слѣдуетъ также вспомнить объ эхинококкахъ. Не входя здѣсь въ болѣе точную діагностику, я подхожу къ случаямъ, въ которыхъ мы при гинекологическомъ изслѣдованіи остаемся въ сомнѣніи, существуетъ-ли переходъ яичниковой связки на опухоль, или нѣтъ. Здѣсь—если при многократномъ повтореніи изслѣдованія результатъ остается тотъ-же,—рѣшить долженъ пробный разрѣзъ, а при немъ, конечно, нужно владѣть всей областью брюшной хирургіи.

§ 66. Заболѣванія яичника, не сопровождающіяся большими опухолями, встрѣчаются вообще рѣже. Но ихъ діагнозъ во многихъ случаяхъ легокъ. Такъ, рѣдкіе случаи яичниковой грыжи распознаются по тому, что къ образованію, лежащему въ грыжѣ, направляется яичниковая связка и часто край матки смѣщенъ въ томъ-же направленіи. Также яичника этой стороны при точнѣйшемъ двойномъ изслѣдованіи не найдутъ нигдѣ въ другомъ мѣстѣ. Хроническіе воспалительные процессы въ яичникѣ все еще часто диагностируются по привычкѣ, и не можетъ подлежать сомнѣнію, что съ ними часто смѣшиваютъ раздраженія брюшины въ окружности яичника. Двойное изслѣдованіе имѣетъ здѣсь задачей убѣдиться въ томъ, дѣйствительно ли въ яичникѣ находится патологическій процессъ. Я считаю важнымъ вынести себѣ, что одна чувствительность яичника ничего не доказываетъ. Этотъ субъективный симптомъ долженъ только разсматриваться, какъ указаніе для болѣе точнаго изслѣдованія, но никогда, не какъ вѣрное доказательство заболѣванія. Гораздо важнѣе наблюденіе величины, характера поверхности и консистенціи яичника. Но эти три явленія, если дѣло идетъ объ изолиро-

ванномъ заболѣваніи яичника, всегда должны считаться важными и діагностически цѣнными лишь тогда, когда они продолжительное время находимы при повторномъ точномъ изслѣдованіи въ разное время между менструаціями. Характерно-ли теперь найденное съ положительностью для того или другого анатомическаго процесса, должно остаться нерѣшеннымъ. Важно для діагноза, чтобы вообще измѣненіе можно было констатировать, какъ постоянное. Ясно, что индурация яичника отличается большей твердостью. Стойкая мелкобугристая и поверхность и стойкое увеличеніе во много разъ противъ нормальной величины могутъ быть отнесены къ воспаленію, мелкокистозидному перерожденію (*kleineystische Degeneration*), а иногда даже къ абсцессу яичника. Здѣсь должно воспользоваться для діагноза объективными признаками изъ столь мѣняющихся сопутствующихъ явленій яичниковаго заболѣванія. При теперешнемъ состояніи существующихъ на этотъ счетъ свѣдѣній, я считаю невозможнымъ опредѣлить это изолированное заболѣваніе яичника, которое по справедливости должно разсматриваться, какъ причина тяжелыхъ явленій въ тазу или серьезныхъ неврозозъ, иначе, какъ тѣмъ, что при изслѣдованіи въ различѣйшее время постоянно получается одинъ и тотъ-же результатъ.

§ 67. Анатомія остраго воспаленія яичника извѣстна только въ случаяхъ тяжелой септицеміи, въ которыхъ воспаленіе рядомъ съ общимъ заболѣваніемъ совершенно отходить на задній планъ; его діагностическое значеніе кажется мнѣ поэтому не столь большимъ. Но исходъ этого заболѣванія, абсцессъ яичника, можетъ быть, если и не во всѣхъ случаяхъ, распознанъ. Если его именно находятъ рядомъ съ опухолями трубъ, то вообще можно будетъ констатировать увеличеніе яичника, но едва-ли будетъ возможно опредѣлить, составляетъ-ли содержимое даже флюктуирующаго мѣста гной, или коллоидная *resp.* серозная жидкость. Что и пробный проколъ немного измѣнитъ въ этомъ отношеніи, я указалъ выше (§ 64, ч. I). Представимъ себѣ, что троакаръ извлекъ гной; кто опредѣлитъ, происходитъ-ли онъ изъ трубы или яичника? Но абсцессъ яичника можетъ, конечно, быть признаннымъ, когда наступаютъ болѣе или менѣе тяжелыя лихорадочныя общія явленія, указывающія при томъ на заболѣваніе половыхъ органовъ; если здѣсь отсутствуетъ всякій экссудатъ въ клетчаткѣ или въ брюшной полости, если находятъ только, впрочемъ, не слишкомъ большую напряженную опухоль яичника съ или безъ заболѣванія трубы, то съ большой увѣренностью можно заключить объ абсцессѣ яичника. Здѣсь для распознаванія служатъ сопровождающія заболѣваніе явленія.

Вѣрнѣе будетъ опредѣленіе участія яичника, если вмѣстѣ съ нимъ одновременно поражена труба и тазовая брюшина. Эта картина заболѣванія въ прежнее время вообще носила названіе «эксудата», но его никогда не находили въ такихъ случаяхъ на секціонномъ столѣ. Гной не находится здѣсь въ клѣтчаткѣ или въ полости брюшины, а большей частью въ трубѣ; опухоль образуется, благодаря тому, что яичникъ и труба съ окружностью спаяны и большей частью именно съ кишкой. Если послѣдняя наполнена, то опухоль оказывается гораздо большей, чѣмъ когда къ первоначально заболѣвшей части прилежитъ только пустая кишка. Иное «улучшеніе» этихъ эксудатовъ объясняется этимъ фактомъ, и всегда должно приступать къ болѣе точному изслѣдованію этихъ образованій при тазовомъ перитонитѣ только послѣ основательнаго опорожненія кишечника.

При этомъ условіи большей частью удастся доказать участіе трубы въ этихъ процессахъ. Тонкая мягкая труба превратилась въ твердый канатикъ или въ наполненный жидкостью мѣшокъ, или полукруглый каналъ; подъ ней или въ послѣднемъ случаѣ въ центрѣ кривой лежитъ напухшій или даже неизмѣненный на оцупъ яичникъ.

И здѣсь должно быть предпринято возможно болѣе точное объективное изслѣдованіе, но это опять случаи, въ которыхъ показаніе къ дѣйствію ставится не на основаніи одного только этого изслѣдованія, но въ которыхъ значительно помогаютъ сами страданія и ихъ слѣдствія. Что и яичникъ вовлеченъ въ этотъ конгломератъ, узнается потому, что его нельзя найти внѣ послѣдняго и что яичниковая связка террится въ этомъ образованіи. Далѣе слѣдуетъ еще особенно замѣтить, что отличіе отъ дѣйствительныхъ параметритическихъ эксудатовъ заключается въ рѣзкихъ внизу контурахъ.

Съ діагностикой измѣненія положенія яичниковъ совѣтую быть очень осторожнымъ, исключая грыжи и правильныя опущенія, находимыя въ качествѣ сопутствующаго явленія при ретрофлексіи матки. Тагъ называемое опущеніе яичника я считаю лишь указаніемъ на существованіе вообще заболѣванія яичника. Оно должно побудить насъ предпринять точнѣйшее ощупываніе. Большею частью мы найдемъ тогда увеличеніе или одновременное заболѣваніе трубы и убѣдимся изъ этого въ томъ, что въ понятіи «опущеніе яичника» заключается наслѣдіе того времени, когда считали возможнымъ ставить распознаваніе этихъ заболѣваній помощью одного лишь введенія пальца во влагалище.

## Глава 10.

**Діагностика параметрита.**

§ 68. Заболѣванія тазовой клѣтчатки нерѣдко составляютъ предметъ гинекологическаго діагноза, и дѣло идетъ здѣсь особенно объ опредѣленіи двухъ различныхъ формъ заболѣванія, съ одной стороны, происходящихъ вслѣдствіе инфекціи въ послѣродовомъ періодѣ или отъ операций гнойныхъ или также серозныхъ выпотовъ, а съ другой, о болѣе важныхъ для гинеколога сморщивающихся рубцевыхъ образованіяхъ.

И здѣсь главное вниманіе должно быть обращено на то, чтобы стараться ставить діагнозъ на основаніи объективнаго результата изслѣдованія, и только при затрудненіяхъ принимать для распознаванія въ расчетъ анамнезъ. О не всегда, впрочемъ, очень важномъ отличіи параметрита отъ периметрита будетъ сказано послѣ разсмотрѣнія послѣдняго.

§ 69. Гнойный или оплотнѣвшій гнойный экссудатъ чаще всего сидитъ сбоку отъ матки. Онъ превращаетъ обыкновенно мягкій параметрій въ твердую, во всѣхъ направленіяхъ возвышающуюся надъ прежними контурами опухоль, которая при извѣстныхъ условіяхъ, размягчившись на поверхности, можетъ представить флюктуацію. Последнее явленіе можетъ показаться сбоку отъ влагалищной части во влагалищѣ, но гораздо чаще на другихъ извѣстныхъ мѣстахъ вскрытія—надъ Роирагт'овой связкой, рѣже на ягодицахъ. Въ послѣднихъ случаяхъ опытному въ обыкновенныхъ врачебныхъ способахъ изслѣдованія врачу не представится никакихъ особыхъ затрудненій, но и здѣсь всякій разъ необходимо ориентироваться при помощи двойнаго изслѣдованія на счетъ распространенія инфильтраціи въ тазу и на счетъ приближенія ея и къ влагалищу. Такимъ лишь образомъ можно будетъ уже до разрѣза получить представленіе о томъ, насколько можно надѣяться на дренажъ въ обѣ стороны.

Если параметритическій экссудатъ лежитъ еще въ тазу, то верхній край его всегда будетъ представляться, въ видѣ выпуклой опухоли, и если инфильтрація простирается на все протяженіе широкой маточной связки, то матка будетъ смѣщена экссудатомъ въ противоположную сторону. И здѣсь узнать матку будетъ возможно главнымъ образомъ на основаніи различія ея консистенціи отъ консистенціи твердаго вы-

пота. По сторонамъ таза далѣе ощупываютъ повсюду инфильтрацію въ видѣ тяжей, которые должны быть разсматриваемы, какъ послѣдніе отпрыски въ клетчатку. Тяжесть и выпуклость эксудата также во влагалище говоритъ при дѣйствительно параметритическомъ происхожденіи за болѣе тѣсную связь съ послѣднимъ и за возможность отсюда добраться до эксудата; только въ очень рѣдкихъ случаяхъ можно требовать, чтобы выпоть представлялъ флюктуацію сверху внизъ въ направленіи двойнаго изслѣдованія; гнойное содержимое обыкновенно такъ сильно утолщаетъ стѣнку абсцесса, что о такой флюктуаціи рѣдко можетъ идти рѣчь.

Рис. 27.



Параметритическій эксудатъ. Схематическій рисунокъ опухоли въ правомъ параметріи, смѣстившей матку въ противоположную сторону. Верхній край ея вездѣ можетъ быть рѣзко осязатъ, а нижній представляетъ диффузный переходъ въ тазовую клетчатку.

О томъ, что, не смотря на то, въ параметритической опухоли содержится гной, заключаютъ прежде всего по наблюденію температуры, представляющей вечернее повышеніе; но затѣмъ важна величина опухоли, если положительно доказано, что она сидитъ въ параметріи и что не имѣется дѣла только съ описаннымъ уже отчасти ложнымъ эксудатомъ, который оказывается анатомически произошедшимъ вслѣдствіе спаиванія кишечныхъ петель съ яичникомъ или трубой.

Для діагноза при параметритѣ, важны границы опухоли. Вездѣ, гдѣ брюшина растянута, при изслѣдованіи находятъ рѣзкія границы и можно вдоль по нимъ двигать осязывающіе пальцы; тамъ, гдѣ имѣетъ мѣсто переходъ въ клетчатку, границы совершенно диффузны, причемъ отдѣльные отростки направляются дальше. Поэтому при параметритѣ обыкновенно находятъ верхній контуръ рѣзкимъ, боковые-же и нижніе неясными.

Если поэтому и верхній край довольно большаго эксудата не осязывается ясно и свободно, то должно думать о срощеніи абсцесса съ

кишечными петлями и, слѣдовательно, о комбинаціи параметрита съ периметритомъ. Если эксудаты становятся меньше, если доходить до постепеннаго съезживанія послѣднихъ, то матку протыпываютъ постепенно все болѣе притянутой по направленію сморщивающейся стороны; все болѣе твердѣющіе послѣдніе остатки особенно часто обнаруживаются на томъ мѣстѣ, на которомъ широкая связка переходитъ на тазовую стѣнку; и здѣсь лежитъ тогда основаніе часто клинообразнаго, но всегда снабженнаго отдѣльными отростками въ клѣтчатку эксудата у самой тазовой стѣнки, тогда какъ его часто острая вершина направлена къ маткѣ. При сморщиваніи въ направленіи *ligg. recto-uterinum* ширину инфильтрата также найдутъ направленной назадъ.

§ 70. Рубцевыя формы *Parametritidis retrahentis* характеризуются тѣмъ, что на мѣсто нормальныхъ маточныхъ связокъ выступаютъ твердыя сухожильныя мозоли и что они притягиваютъ матку въ свою сторону или, если они существуютъ съ обѣихъ сторонъ, держатъ матку крѣпко фиксированной и растянутой между обоими тяжами. Сморщиванія находятся при этомъ особенно въ болѣе упругихъ и безъ того частяхъ тазовой клѣтчатки, знаціемъ которыхъ мы особенно обязаны работамъ и описанію Freund'a <sup>1)</sup>. Онъ изображаетъ эти части лучеобразно расходящимися вокругъ матки въ шесть отростковъ, тяжи идутъ по направленію основанія широкой связки, *retractoris uteri* и *lig. pubo-vesico-uterini*.

Если поэтому въ основаніи широкой связки ощущаютъ на одной сторонѣ плотные рубцы, то они представляютъ лишь небольшое распространеніе вверхъ, между тѣмъ, какъ къ влагалищу могутъ такъ тѣсно прилегать, что неопытный легко можетъ отнести ихъ мѣсто нахождения во влагалище. Если рубцы существуютъ на этомъ мѣстѣ на обѣихъ сторонахъ, то какъ особенное слѣдствіе, получается поднятіе влагалищной части изъ влагалища и совершенное фиксированіе матки своей нижней половиной. Отъ задней стѣнки на высотѣ внутренняго маточнаго зѣва могутъ отходить съ боковъ, дивергируя по направленію назадъ, подобно струнамъ натянутые тяжи. Это состояніе, *Parametritis posterior*, можетъ быть опредѣлено со стороны влагалища большей частью лишь съ нѣкоторой вѣроятностью. Только со стороны прямой кишки удастся съ увѣренностью убѣдиться въ этой особенной формѣ сморщиванія. Особенно странными кажутся односторонніе сморщиванія этихъ связокъ, еще болѣе, если при томъ существуютъ

<sup>1)</sup> Gynaekologische Klinik, Strassburg 1885, стр. 203.

одновременно сморщиванія той-же стороны основанія параметрія. П здѣсь при двойномъ изслѣдованіи прямо нащупаемъ рубцевыя тяжи. Но удивительнѣе всего можетъ быть результатъ смѣщенія матки. Последняя однимъ своимъ краемъ притянута въ эту сторону, тогда какъ другой край повернулся впередъ. Гораздо рѣже прощупываютъ проходящіе впередъ отъ области внутренняго зѣва рубцевыя мозоли. И здѣсь нерѣдко у насъ получится ощущеніе, какъ будто эти рубцы находятся тотчасъ надъ влагалищемъ или даже въ немъ самомъ. Съ этими мозолистыми образованіями могутъ прямо стоять въ связи рубцы влагалища и шейки.

§ 71. Происхожденіе параметрита не всегда съ положительностью можетъ быть опредѣлено по найденному при изслѣдованіи. Даже при большихъ, могущихъ быть разсматриваемыми, какъ гнойные, экссудатахъ происхожденіе отъ трубныхъ опухолей, излившихъ свой гной въ широкую маточную связку, не всегда можетъ быть вполне опредѣленно отличено отъ инфекціонныхъ процессовъ, присоединившихся къ родамъ или операціи. Равнымъ образомъ нельзя будетъ безъ затрудненій отличить рубцовое сморщиваніе параметрія, оставшееся послѣ остраго воспаленія, отъ результатовъ уже сначала сморщивающаго параметрита, здѣсь точный анамнезъ долженъ помочь легкому тогда распознаванію. Что, наконецъ, для опредѣленія гнойнаго содержимаго большихъ экссудатовъ необходимо также наблюденіе за температурой и пульсомъ въ различное время дня, на это уже было обращено вниманіе раньше.

§ 72. При разсмотрѣніи этихъ видовъ и больше ограничивался хроническими формами. Картина болѣзни болѣе острыхъ процессовъ въ вѣтчаткѣ отличается болѣе сильными общими явленіями, и результатъ изслѣдованія, подтверждающій діагнозъ, неособенно характеренъ непосредственно послѣ начала заболѣванія. Проходитъ все-таки отъ двухъ до восьми дней, прежде чѣмъ выпотъ, становясь твердымъ, какъ доека, безъ труда можетъ быть узнавъ всякимъ. Въ первые дни изслѣдованіе открываетъ только болѣе мягкую, впрочемъ, нерѣдко очень чувствительную опухоль, которая не можетъ представить сомнѣнія въ своемъ толкованіи, вслѣдствіе одновременнаго существованія лихорадки, но которая, однако, представляетъ мало характернаго. Мѣсто этой инфильтраціи можетъ быть совершенно различнымъ. Встрѣчаются случаи, въ которыхъ при очень интенсивномъ заболѣваніи отекъ ощущается непосредственно возлѣ матки. Но большей частью въ началѣ узнать заболѣваніе изслѣдующимъ пальцемъ возможно вблизи тазовой стѣнки.



Нужно, впрочемъ, указать на то, что результатъ изслѣдованія при всѣхъ тѣхъ формахъ параметрита, которыя безъ нагноенія привели къ большому твердому эксудату, можетъ быть тождественъ съ результатомъ при гематомѣ, и что здѣсь распознаваніе возможно лишь послѣ внимательнаго взвѣшиванія общихъ симптомовъ и анамнеза. Вечерній поднятія температуры и неправильное познабливаніе говорятъ съ ббльшей вѣроятностью за параметритъ, чѣмъ указаніе какой-либо исторіи происхожденія страданія, и здѣсь также нужно видѣть значеніе показаній пациентки главнымъ образомъ въ подтвержденіи поставленнаго діагноза, а не въ возможности только, благодаря имъ, толковать найденное при изслѣдованіи.

## Глава 11.

### Діагностика периметрита.

§ 73. Картина остраго периметрита съ свободнымъ, обильнымъ выпотомъ такъ ясна, что едва-ли ея можно когда нибудь не узнать, если брюшная полость не испытала до того никакихъ измѣненій. Выпотъ долженъ тогда собираться въ наиболѣе глубокихъ частяхъ Douglas'ова пространства и здѣсь можетъ быть прощупанъ лишь, когда существуетъ нѣкоторое напряженіе. Оно является обыкновенно подъ вліяніемъ инкапсулированія. Гораздо рѣже можетъ появиться напряженіе безъ послѣдняго при совершенно неослабленномъ внутрибрюшномъ давленіи. Матка прощупывается здѣсь сильно смѣщенной впередъ и вверхъ, позади влагалищной части опредѣляется опухоль, сильно суживающая влагалище и приближающая ея заднюю стѣнку къ передней. Если при изслѣдованіи получаемъ подобную картину и устраняемъ наркозомъ вліяніе брюшнаго пресса, то напряженіе останется совершенно безъ измѣненія, если уже произошло инкапсулированіе, и немедленно исчезнетъ, если существуетъ еще хоть незначительная связь съ свободной брюшной полостью. Очень рѣдко только случится, чтобы выпуклая безъ наркоза опухоль почти совершенно исчезла; нѣчто подобное можетъ наблюдаться въ видѣ исключенія лишь при самыхъ свѣжихъ воспаленіяхъ. Если имѣется дѣло съ инкапсулированнымъ выпотомъ, то верхнюю границу выпота никогда нельзя прощупать, какъ гладкую оболочку; если и опредѣляютъ, что на извѣстной высотѣ нѣтъ болѣе жидкости, то зато покровы вдавливаются, не сглаживаясь совершенно никогда. Это въ высшей степени

удивительное явленіе обязано своимъ происхожденіемъ тому обстоятельству, что склеившіяся кишечныя петли служатъ верхней и боковой стѣнкой эксудата. Составленію представленія о заболѣваніи, какъ о воспаленіи, при этихъ формахъ въ большинствѣ случаевъ будетъ благопріятствовать лихорадочное движеніе температуры. Затрудненій въ истолкованіи меньше, когда удастся тотчасъ за брюшными стѣнками прощупать также переходъ связокъ и трубъ въ смѣщенную впередъ матку, но затрудненія увеличиваются, когда съ одной стороны придатки направляются назадъ и терятся на какомъ-нибудь мѣстѣ Douglas'ова пространства. Здѣсь всегда нужно будетъ имѣть въ виду возможность того, что различной величины часть опухоли можетъ быть отнесена на счетъ трубной или яичниковой опухоли. Можетъ даже случиться, что дальнѣйшее наблюденіе пациентки обнаружитъ, что Douglas'ово пространство выпячено исключительно воспалительно измѣненной опухолью этого рода и что къ послѣдней присоединилось свѣжее раздраженіе брюшиннаго покрова.

§ 74. Картина этого периметритическаго эксудата значительно измѣняется, если до того существовали старые процессы, спаявшіе Douglas'ово пространство, или если новый выпотъ происходитъ на другихъ отлогахъ частяхъ брюшной полости между старыми срощеніями. Въ обоихъ случаяхъ находимое при изслѣдованіи похоже на то, что мы гораздо чаще хотъ и описываемъ, какъ периметритическій эксудатъ, но которое должно быть сведено къ срощеніямъ опухолей придатковъ съ окружностью, большей частью съ кишечникомъ. Здѣсь, конечно, слѣдуетъ діагноцировать периметритъ въ томъ смыслѣ, что въ срощеніяхъ имѣются остатки болѣе старыхъ процессовъ, и наибольшая трудность заключается здѣсь въ томъ, что въ напряженіи образованныхъ ими опухолей хотятъ видѣть острое раздраженіе, насколько оно выражается въ боляхъ, быть можетъ, свѣжепроизшедшихъ. Но слѣдуетъ остерегаться по болямъ и одновременной напряженности подобныхъ «эксудатовъ» тотчасъ заключать объ острыхъ процессахъ. Наполненія приросшей кишки здѣсь достаточно вполне, чтобы объяснить напряженіе, и именно здѣсь податливость одной части стѣнки, или появленіе урчащихъ шумовъ, или ощущеніе треска поддержать насъ въ мысли, что склеиваніе кишекъ представляетъ главную причину и что запоръ составляетъ причину усиленія заболѣванія. По крайней мѣрѣ, только при дѣйствительно свѣжемъ воспаленіи можно будетъ наблюдать поднятія температуры, а послѣднія я разсматривалъ бы, какъ важную составную часть діагноза остраго периметрита.

Исключая эти, впрочемъ, наиболѣе частыя, болѣе лежащія съ бо-

ковъ опухоли, дѣйствительное острое раздраженіе и новыл выпоть тазовой брюшины можетъ при прежнихъ измѣненіяхъ произвестъ очень различныя картины. Если Douglas'ovo пространство склеено на большомъ пространствѣ, то выпоть можетъ послѣдовать только in excavationem vesicouterinam, и особенно своеобразнымъ это будетъ представляться тогда, когда прежде существовала фиксированная ретрофлексія и тѣло матки составляетъ самую глубокую часть выпота. При острыхъ процессахъ всегда опредѣлять на какомъ-нибудь мѣстѣ изліяніе жидкости съ напряженіемъ новообразованной опухоли, и осторожное изслѣдованіе подъ наркозомъ большей частью дастъ возможность опредѣлить степень участія маточныхъ придатковъ въ эксудатѣ.

§ 75. Столь-же важна, какъ этотъ острый периметритъ или обостреніе хроническихъ формъ, діагностика остатковъ (Residua) болѣе старыхъ формъ и слабыхъ степеней обостренія этихъ процессовъ. Къ діагнозу первыхъ насъ приводитъ присутствіе сращеній. Здѣсь можно различить разныя формы безъ труда, хотя часто лишь съ помощью наркоза. Въ отдѣльныхъ случаяхъ прямо прощупываютъ одинъ или нѣсколько тяжей, направляющихся отъ тѣла матки къ какой-либо части тазовой стѣнки и легко удастся затѣмъ опредѣлить, что имѣющіяся на лицо сращенія существуютъ при совершенно здоровыхъ придаткахъ матки. Глубина Douglas'ова пространства можетъ далѣе быть сращенной. Мѣстами здѣсь можно опредѣлить сращенія. Между болѣе или менѣе напряженными Douglas'овыми складками направляются назадъ, на подобіе кишечныхъ струвъ, тяжи или при умѣренной ретроверсії прощупываютъ дно прикрѣпленнымъ къ мысу. Гораздо рѣже отдѣльные тяжи направляются въ стороны или впередъ къ тазовой стѣнкѣ и искривленіе матки, произошедшее вслѣдствіе этого, сдѣлаетъ болѣе доступнымъ мѣсто сращенія. Не такъ легко узнаваемы отдѣльные тяжи, идущіе къ одной или нѣсколькимъ подвижнымъ кишечнымъ петлямъ, и здѣсь можетъ вести къ діагнозу только ощущеніе мягкой опухоли, которая при повторномъ изслѣдованіи продолжительное время находится въ тѣсной связи съ краемъ матки.

Какъ только, согласно этому описанію, опредѣлили на какомъ-либо мѣстѣ въ окрестности матки образованіе сращеній, то требуется далѣе опредѣлить, какъ относятся трубы и яичники. Можетъ случиться, что они, свободные отъ всякаго заболѣванія, прощупываются подвижными и мягкими; но можетъ также быть, что или имѣются опухоли этихъ органовъ, или сращенія ихъ съ сосѣдними

органами, или, наконецъ, что они какъ-бы совсѣмъ исчезаютъ въ массѣ ерощений. Диагностику перваго состоянія мы разобрали выше; здѣсь важно, образована-ли опухоль дѣйствительно отчасти трубой, или ее слѣдуетъ разсматривать, какъ яичниковую. Поверхности образованій большей частью могутъ быть оцупаны настолько точно, что здѣсь дѣйствительно возможно дифференціальное распознаваніе. Труднѣе, конечно, поставить распознаваніе при существованіи ерощений вокругъ придатковъ, но оно здѣсь не имѣетъ подобнаго практическаго значенія. Извѣстно именно, что только въ видѣ исключенія встрѣчаются вообще ерощенія въ окружности брюшнаго отверстія трубы безъ заболѣваній трубы, и потому если ерощенія эти здѣсь такъ сильны, что, благодаря имъ, вслѣдствіе соединенія трубъ и яичниковъ съ кишечными петлями, могутъ произойти опухолевидныя образования, то можно быть увѣреннымъ, что причина заключается въ трубахъ. Помощью повторнаго изслѣдованія, особенно послѣ основательнаго опорожненія кишечника, мы большей частью въ состояніи прямо доказать оцупываніемъ, насколько трубы дѣйствительно причастны этому заболѣванію.

Значеніе периметрита, смотря по одновременному пораженію трубъ, столь различно, что здѣсь вообще вполнѣ кетати предложить себѣ этотъ вопросъ и вопросъ объ этиологii. Въ этомъ отношеніи простыя ерощенія — остатки доброкачественныхъ или перенесенныхъ когда нибудь, вполнѣ протекшихъ воспаленій — должны быть отличаемы отъ тѣхъ, которыя, появляясь вмѣстѣ съ воспаленіемъ трубы, заключаютъ въ себѣ постоянную опасность подостраго ожесточенія вслѣдствіе само по себѣ незначительныхъ вредныхъ вліяній. Не только при нахожденіи ерощений въ тазу, но при частотѣ периметрита вообще нужно поэтому поставить себѣ правиломъ точно изслѣдовать придатки матки. Безъ знакомства съ ихъ состояніемъ здѣсь невозможно вѣрное пониманіе заболѣванія половыхъ органовъ вообще, а также и объясненіе найденныхъ, быть можетъ, ерощений, и особенно слѣдуетъ всегда поставить себѣ цѣлью точнѣйшее оцупываніе трубы въ тѣхъ случаяхъ, когда приступаютъ хотя бы къ незначительнымъ оперативнымъ пособіямъ, потому что слишкомъ часто въ нихъ заключается вредная причина, ведущая къ новымъ раздраженіямъ уже прежде заболѣвшихъ мѣстъ.

Въ этомъ заключается причина господствующаго положенія, занимаемаго диагностикой периметрита, и причина необходимости внимательнаго изслѣдованія его различныхъ видовъ. Если ерощенія отдѣльныхъ частей матки и кишечныхъ петель, быть можетъ, должны быть разсматриваемы, какъ случайная находка, то въ заболѣваніяхъ окру-

ности придатковъ матки лежитъ серьезное указаніе, долженствующее предостеречь осторожнаго врача отъ бесполезныхъ манипуляцій въ половомъ каналѣ. Увѣренность пріобрѣтается здѣсь только распознаваніемъ здороваго состоянія трубы. Всѣ формы, указывающія на старую гоноррею, дѣлають половые органы женщины легко склонными къ воспаленіямъ, и поэтому требуютъ особенно осторожнаго обращенія съ ними.

Рис. 28.



Периметритическій экссудатъ въ Douglas'овомъ пространство. Нижняя граница прощупывается резко, верхняя, образованная сросшимися кишечными петлями, прощупывается потому не вполне резко, задняя периферія должна быть поползена, согласно результату ощупыванія, и поэтому нарисована пунктиромъ; неясный переходъ придатковъ въ экссудатъ.

§ 76. Послѣ предъидущаго изложенія дифференціальный діагнозъ между пери- и параметритомъ будетъ важенъ только въ небольшомъ числѣ случаевъ. Довольно часто нужно будетъ принять комбинацію обоихъ процессовъ и особенно при всѣхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, слѣдующихъ за операціей или за родами, нужно будетъ имѣть въ виду частоту одновременнаго ихъ появленія. Затѣмъ мы знаемъ, что иной мнимый экссудатъ, лежащій съ боку матки, при точномъ двойномъ изслѣдованіи оказывается яичникомъ

или трубой, склеенными сращениями между собой и съ окружностью, и вследствие того даютъ ощущение опухоли съ несовѣтъ ясными границами.

Равнымъ образомъ легко отличить типическій параметритъ отъ характернаго заматочнаго периметритическаго эксудата. Существеннымъ для дифференціального діагноза является находженіе боковыхъ опухолей и отдѣльныхъ тяжей. Въ отношеніи перваго не должно утверждать, что анамнезъ рѣшаетъ вопросъ. И здѣсь важнѣе всего будетъ результатъ изслѣдованія, и относительно него я желалъ бы здѣсь замѣтить, что всѣ боковыя опухоли, представляющія рѣзкую шаровидную форму книзу, говорятъ противъ участія клѣтчатки. Хотя и возможно, чтобы отъ заболѣвшей трубы произошла флегмона широкой связки, тѣмъ не менѣе, однако, во всѣхъ этихъ случаяхъ должна сгладиться граница здоровой клѣтчатки отъ больныхъ частей. Переходъ связокъ въ боковыя опухоли не можетъ служить руководствомъ, потому что воспалительное опуханіе при периметритѣ можетъ достигнуть вверхъ до, быть можетъ, вполнѣ здоровой трубы. При частыхъ формахъ параметрита вершина эксудата должна яено ограничиваться, какъ кругловатая выпуклость. Здѣсь именно непораженная брюшина должна служить для разграниченія опухоли отъ остальныхъ частей. Для периметрита какъ разъ характерны склеиванія кишечныхъ петель, дѣлающія верхнія границы эксудата болѣе диффузными. Нижняя граница свѣжихъ периметрическихъ выпотовъ, напротивъ, всегда рѣзка; она образуется брюшиной или оставшимся яенымъ контуромъ трубы или яичника.

Но и при отдѣльныхъ тяжахъ большей частью, если не всегда, будетъ существовать возможность дифференціального діагноза. Правиломъ здѣсь должно быть только то, что сморщиваніе органовъ указываетъ на участіе клѣтчатки. Если, напр., прощупываютъ отхожденіе отъ задней стѣнки маточнаго тѣла туго натянутыхъ тяжей, то существованіе болѣе, чѣмъ двухъ тяжей должно говорить въ пользу перитонитическихъ процессовъ и значенія этого различія слѣдуетъ особенно искать въ томъ, что оно представляетъ важное требованіе болѣе точнаго изслѣдованія придатковъ, чтобы при помощи его различить болѣе серьезныя формы отъ доброкачественныхъ, периметритическихъ. Если въ Douglas'овомъ пространствѣ дѣйствительно находятъ только сморщиваніе Douglas'овыхъ складокъ, то прежде всего должно броситься въ глаза расходящееся назадъ направленіе. Но при всѣхъ этихъ дифференціально-діагностическихъ стремленіяхъ всегда слѣдуетъ имѣть въ виду, что строгое

различіе не всегда удается и впрочемъ не всегда необходимо. Нужно только попробовать, насколько въ данномъ случаѣ возможно провести различіе. Также считаю необходимымъ добиваться по возможности распознаванія периметрита особенно вслѣдствіе опасности возвратовъ, но никогда не слѣдуетъ совершенно забывать возможности комбинацій обоихъ.

## Глава 12.

### Діагностика Haematocele и Haematom'ы.

§ 77. Кровоизліянія въ окружность женскихъ половыхъ органовъ подлежатъ подобному же раздѣленію, какъ и объ послѣднія воспалительныя формы. При находженіи ихъ въ клѣтчаткѣ говорятъ о Haematom'ѣ, инкапсулированіе крови въ брюшной полости называютъ Haematocele.

Если помощью двойнаго изслѣдованія и возможно отличить другъ отъ друга эти оба состоянія, то дифференціальныи діагнозы отъ другихъ выпотовъ въ окружность женскихъ половыхъ органовъ по одному результату изслѣдованія невозможенъ. Мнѣ кажется, однако, важнымъ то обстоятельство, что существуютъ три явленія объективнаго характера, способныя въ громадномъ большинствѣ случаевъ и безъ анамнеза помочь правильному истолкованію результата изслѣдованія. Впрочемъ, они не всегда столь важны, чтобы Haematocele не могло встрѣчаться и безъ нихъ, и такимъ образомъ для различія отъ экссудатовъ другого рода, въ видѣ исключенія, мы съ выгодой воспользуемся и показаніями пациентки. Но ими можно будетъ воспользоваться только въ отношеніи прямой травмы, внезапнаго наступленія заболѣванія и состоянія менструаціи, потому что между этиологическими моментами играютъ очень большую роль прямыя и не прямыя травматическія вліянія и внѣматочная беременность. Особенно послѣдній способъ происхожденія я считаю столь важнымъ, что, нашедши при изслѣдованіи опухоль, могущую быть экссудатомъ или кровоизліяніемъ, мы всегда истолкуемъ ее въ послѣднемъ смыслѣ, если въ анамнезѣ есть беременность. Но если я здѣсь и признаю значеніе анамнеза, то всё-таки стараюсь добиться діагноза также безъ него, и снова, конечно, предостерегаю отъ придаванія слишкомъ большаго значенія сообщенію пациентки.

Рядомъ съ результатомъ, найденнымъ при гинекологическомъ из-

слѣдовали, объективные признаки суть: 1) одновременное наружное кровотеченіе; 2) отсутствіе повышенія температуры, 3) послѣдствіе кровотеченія въ общемъ состояніи: анемія или иногда уробилинурия.

Намъ извѣстно, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ, гдѣ причиной заболѣванія служитъ внѣматочная беременность, наружное кровотеченіе объясняется изгнаніемъ маточной отпадающей оболочки. Въ остальныхъ случаяхъ пока приходится удовлетворяться принятіемъ застоя въ маткѣ вслѣдствіе внезапнаго кровоизліянія. Опытъ показываетъ, что при свѣжихъ haematom'ax и haematocele рѣдко только не бываетъ одновременнаго наружнаго кровотеченія.

Дальнѣйшій отличительный признакъ отсутствія повышенной температуры не вездѣ имѣетъ мѣсто, хотя, какъ правило, слѣдуетъ признавать отсутствіе лихорадки. Но какъ это вообще ни вѣрно, однако нужно указать и на частоту исключеній. При серозномъ выпотѣ въ Douglas'овомъ пространствѣ можетъ, напр., отсутствовать всякое повышеніе температуры, а при Haematocele retrouterina оно можетъ существовать, въ послѣднемъ случаѣ большей частью тогда, когда одновременно съ кровью выступило и инфицирующее вещество. Нельзя поэтому провести строгаго различія при внутрибрюшинныхъ изліяніяхъ на основаніи однихъ только наблюденій температуры. Но послѣднія гораздо важнѣе для протекающихъ въ клѣтчаткѣ процессовъ. Если аргіогі и при haematom'ax нужно признавать возможность выступленія изъ трубы, быть можетъ, вмѣстѣ съ кровью и инфицирующихъ элементовъ, то опытъ, однако, показываетъ, что изъ опухолей клѣтчатки только при параметритѣ встрѣчаются болѣе серьезныя повышенія температуры.

Третій рядъ явленій слѣдуетъ почерпнуть изъ общаго состоянія. При Haematocele рѣдко будетъ отсутствовать анемія въ умѣренной степени, но она не всегда бываетъ столь сильной степени, чтобы могла считаться вполне доказательной. Ея отсутствіе поэтому показываетъ меньше, чѣмъ присутствіе. Въ новѣйшее время обратили также вниманіе на состояніе мочи. Еще до сообщенія Dick'a <sup>1)</sup> мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ удалось при помощи свѣдущихъ физиологическихъ химиковъ воспользоваться для распознаванія уробилинурии. Предполагая методы открытія уробилина извѣстными, я желалъ бы обратить вниманіе на то, что, какъ замѣтилъ и Dick, явленіе наступаетъ, лишь спустя нѣсколько дней. Отличіе крови отъ выпота рѣдко только будетъ очень важно, и поэтому я полагаю, что

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. т. XXIII, стр. 126.



при трудности точнаго открытія уробилина не часто извлекають пользу изъ этого способа.

Рѣшеніе вопроса о томъ, кровь ли, или другая жидкость содержится въ тазовой опухоли, не должно предприниматься помощью прокола; слишкомъ легко за этимъ, повидимому, незначительнымъ вмѣшательствомъ слѣдуетъ, какъ справедливо замѣтилъ Zweifel<sup>1)</sup>, разложеніе содержимаго сомнительной опухоли. Или неважно знать, содержится ли въ ней кровь, или гной, и тогда можно выждать пока не наступитъ болѣе настоятельной необходимости; или, вслѣдствіе угрожающихъ симптомовъ, необходимо вмѣшаться, и тогда всегда слѣдуетъ предпочесть разрѣзъ черезъ влагалище проколу, потому что тогда діагнозъ совпадаетъ съ терапіей.

§ 78. Предварительное условіе для оцупыванія кровоизліянія—ограниченіе послѣдняго клѣтчаткой, или сращениями, существовавшими раньше, или свѣжеобразованными. Совершенно свободное кровоизліяніе въ брюшную полость<sup>2)</sup> не можетъ быть прощупано.

Также при прямо сюда относящихся кровоизліяніяхъ въ окружность женскихъ половыхъ органовъ по возможности должно дѣлаться различіе между кровоизліяніями въ клѣтчатку и въ ограниченное мѣсто брюшной полости. Оно очень легко, если имѣешь дѣло съ типическими формами заболѣванія, но, конечно, будетъ труднѣе, если прежнія сращения брюшной полости значительно измѣняютъ мѣстонахожденія внутрибрюшиннаго кровоизліянія. Относительно толкованія результата изслѣдованія нужно будетъ придерживаться вышеизложенныхъ замѣчаній о пара- и периметритахъ.

Типическое мѣсто для Haematocoele есть Douglas'ово пространство. Оно внезапно туго наполняется, матка смѣщается въ вышину и притискивается къ передней брюшной стѣнкѣ. Верхушка haematocoele образуется такимъ же образомъ, какъ и при сидящихъ тамъ же периметритическихъ выпотахъ спаянными другъ съ другомъ кишечными петлями. Здѣсь мы всегда найдемъ придатки одной стороны болѣе или менѣе нормальными за передней брюшной стѣнкой, а придатки другой стороны переходящими въ мѣшокъ. Иной разъ можно будетъ также на лежащей внѣ собственно кровяного мѣшка части трубы и яичника констатировать опухоль, могущую безъ труда быть приведенной въ

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. т. XXII, стр. 185.

<sup>2)</sup> Къ сожалѣнію, и эту картину болѣзни часто, хотя и несправедливо, называютъ Haematocoele.

связь съ причиною. Гораздо рѣже, чѣмъ на этомъ мѣстѣ, кровоизліяніе помѣщается впереди матки *in excavatione vesico-uterina*. Здѣсь изслѣдователю рѣзко бросается въ глаза напряженность эксудата, смѣщающаго нормальныя образованія во все стороны и придвигающаго прежде всего матку къ задней тазовой стѣнкѣ еще сильнѣе, чѣмъ это дѣлали существовавшія до того срощенія. Опухоль глубоко спускается во влагалище впереди влагалищной части, и плотность упругой опухоли вмѣстѣ съ отсутствіемъ всякой флюктуаціи представляетъ отличіе отъ периметрита.

§ 79. Haematom'у кромѣ признаковъ, упомянутыхъ выше и вообще указывающихъ на кровоизліяніе, распознаютъ еще и потому что рядомъ съ маткой образуется, не всегда сопровождаясь болевымъ ощущеніемъ, упругая опухоль, занимающая большей частью всю широкую связку, въ отдѣльныхъ случаяхъ можно даже констатировать, что опухоль сверху выдается надъ маткой. Хотя при благоприятныхъ условіяхъ мы и въ состояніи распознать, какъ таковыя, меньшія скопленія крови, могущія иной разъ произойти по какой-нибудь случайности, вслѣдствіе разрыва капиллярныхъ сосудовъ въ широкой связкѣ, даже если они достигаютъ только величины лѣсного орѣха; однако вообще слѣдуетъ имѣть въ виду то, что свѣжія кровоизліянія на этомъ мѣстѣ, если они сколько нибудь значительны, пропитываютъ всю клетчатку широкой связки. Поэтому въ свѣжихъ случаяхъ всегда находятъ большія опухоли и напряженіе ихъ.

Въ теченіи леченія можно будетъ, конечно, констатировать и уменьшеніе, тогда безъ помощи анамнеза и безъ бывающаго только въ началѣ наружнаго кровотеченія невозможно будетъ, особенно въ позднее время, отличить гематому отъ остатковъ параметрита, не вызывающихъ больше лихорадки. Впрочемъ, обратное развитіе при эксудатахъ происходитъ большей частью такимъ образомъ, что послѣдній остатокъ находится на боковомъ концѣ ближе къ тазовой стѣнкѣ, а при гематомѣ расасываніе можетъ произвести сморщиваніе въ направленіи неходнаго пункта. Однако и здѣсь иной разъ происходитъ опущеніе или обратное развитіе въ направленіи тока лимфы.

Примѣчаніе. Такъ какъ для леченія кровоизліяній въ окружности матки этиологія не имѣетъ важнаго значенія, то всякій найдетъ правильнымъ, что я здѣсь не обращаю особаго вниманія на попытки по найденному при изслѣдованіи заключать о происхожденіи, какъ на выходящія изъ рамокъ моей задачи.

§ 80. Коенусъ въ краткихъ словахъ и свободныхъ кровои зліяній въ брюшную полость; ихъ не всегда можно объяснить

на основаніи объективнаго результата изслѣдованія. Лишь очень рѣдко количество жидкости будетъ столь велико, что, какъ при брюшной водянкѣ, можно будетъ выстукиваніемъ опредѣлить содержимое. Эта исключительная возможность иногда обуславливается тѣмъ, что раньше совершенно выполняла тазобрюшную полость большая опухоль (міома). Но обыкновенно выстукиваніе остается большей частью безъ всякаго результата, равнымъ образомъ я не могу считать признакомъ свободнаго кровоизліянія того, что въ Douglas'овомъ пространствѣ или гдѣ-либо въ другомъ мѣстѣ появляется ощущеніе опухоли, это послѣднее явленіе, наоборотъ, слѣдуетъ считать вѣрнѣйшимъ критеріемъ послѣдовавшаго инкапсулированія или кровотеченія въ преформированное пространство. Впрочемъ, можетъ случиться, что при кровотеченіи въ брюшную полость ощущаютъ ограниченную твердость, и въ отдѣльныхъ случаяхъ я объяснялъ это явленіе такимъ образомъ, что, быть можетъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ плодовымъ мѣшкомъ. Если удастся прощупать подобное образованіе при предполагаемомъ свободномъ изліяніи, то количество крови, свободно лежащей въ брюшной полости, всегда ограничено, и я поставилъ себѣ за правило въ такихъ случаяхъ признавать скорѣе остановку кровотеченія. Кровяные сгустки, лежащіе въ брюшной полости, почти не поддаются распознаванію, какъ таковыя, и только инкапсулированіе или болѣе крѣпкое склеиваніе ихъ съ какимъ-либо мѣстомъ брюшной полости дѣлаетъ ихъ ощутимыми для пальца. Здѣсь всегда нужно вспомнить предварительныя механическія условія двойнаго изслѣдованія. Никакъ невозможно ощупать подвижное тѣло иначе, какъ фиксируя его другой рукой въ моментъ ощупыванія одной, и искусство состоитъ здѣсь рядомъ съ ощупываніемъ и въ томъ, чтобы во время фиксированія подобной опухоли фиксирующій палецъ ощупывалъ, и съ другой стороны, чтобы во время ощупыванія другая рука препятствовала дальнѣйшему ускользанію. Ускользаютъ-ли подъ давленіемъ пальца наполненныя кишечныя петли, или мягкіе сгустки, разницы на ощупь нѣтъ. Такимъ образомъ діагнозъ свободнаго кровоизліянія въ брюшную полость мало можно будетъ основывать на объективномъ результатѣ изслѣдованія, найденномъ при ощупываніи тазовыхъ органовъ. Если приходится признать причиной тяжелыхъ явленій внутреннее кровотеченіе, то отсутствіе всякой опухоли въ брюшной полости, при вообще, быть можетъ, повышенномъ напряженіи, должно будетъ говорить за то, что не наступило еще инкапсулированія, и опредѣленіе того, что дѣйствительно имѣется внутреннее кровотеченіе, и что оно имѣетъ мѣсто въ брюшной полости, основывается на общихъ признакахъ анеміи, которая наступила внезапно и тя-

желые симптомы которой втеченіи дальнѣйшаго наблюденія усиливаются. Исключеніе всякаго болѣе сильнаго кровотечения въ кишечникъ на томъ основаніи, что ни рвота, ни испражненія не окрашены кровью, и констатированіе отсутствія гдѣ-либо въ другомъ мѣстѣ признаковъ внутренняго кровотечения, между тѣмъ какъ общая анемія очень выражена, будетъ служить доказательствомъ того, что кровотеченіе происходитъ въ свободную брюшную полость. Если влѣдствіе наступившей уже потери сознанія мы не въ состояніи открыть при помощи анамнеза особенной причины кровотечения, то достовѣрность нашего діагноза даже теоретически будетъ не очень велика. Но опытъ показываетъ, что исключеніе другихъ причинъ тяжелой анеміи здѣсь, однако, легче можетъ быть сдѣлано, чѣмъ можно было бы думать, и только крайне рѣдко предпринятое, быть можетъ, вскрытіе брюшной полости будетъ относиться къ разряду пробнаго разрѣза. Чаше всего еще можно будетъ смѣшать съ кровотеченіемъ въ брюшную полость перфоративный перитонитъ, shock, влѣдствіе разрыва внутрибрюшныхъ органовъ съ выступленіемъ ихъ содержамаго въ брюшную полость. Практическій вредъ здѣсь не великъ. Въ обоихъ случаяхъ попытка леченія должна будетъ быть сдѣлана помощью вскрытія брюшной полости, и хоть и не всегда возможно вполне ясное различіе, однако, сильную и продолжительную анемию можно будетъ отличить отъ внезапнаго (foudroyant) перитонита, какъ на основаніи внезапнаго вздутія и болѣзненности живота въ послѣднемъ случаѣ, такъ и на основаніи особенно здѣсь выступающаго на первый планъ явленія неукротимой рвоты, отъ, впрочемъ, по временамъ также соединяющихся съ рвотой тяжелыхъ обмороковъ, которые обыкновенно при кровоизліяніяхъ идутъ рука объ руку съ пониженіемъ температуры. Довольно важенъ для свободнаго кровоизліянія результатъ двойнаго изслѣдованія въ томъ смыслѣ, что только при помощи него мы въ состояніи отличить инкапсулированныя кровоизліянія, также, впрочемъ, могуція обусловить тяжелую анемию, отъ свободныхъ.

---