

20  
Dr. Wilhelm Nagel,

профессоръ гинекологіи и акушерства въ Берлинскомъ университетѣ.

---

# ГИНЕКОЛОГІЯ.

—  
—  
—  
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВЪ.

—  
—  
—  
Съ 88 рисунками въ текстѣ.

—  
—  
—  
—  
Переводъ съ нѣмецкаго д-ра П. П. Мокржецкаго,  
подъ редакціею и съ дополненіями  
профессора Казанскаго университета В. С. Груздева.

—  
*(Gynäkologie für Aerzte und Studierende. Von Dr. Wilhelm Nagel, a. o. Professor der Geburtshülfe u. Gynäkologie a. d. Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität erster Assistent der Frauenklinik der Charité zu Berlin.)*



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

---

Издание журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).

Малая Итальянская, 13.

1900.

**Въ знакъ**

*глубокаго уваженія и благодарности*

посвящается

моему учителю,

**Профессору д-ру Wilhelm'у Waldeyer'у,**

директору Анатомическаго Института въ Берлинѣ.

## ПРЕДИСЛОВІЕ РЕДАКТОРА.

Въ русской медицинской литературѣ имѣется въ настоящее время немало какъ оригинальныхъ, такъ и переводныхъ руководствъ по гинекологіи. Большинство изъ нихъ, однако, разсчитаны на врачей-спеціалистовъ и мало соответствуютъ потребностямъ нашихъ врачей-практиковъ. Какъ извѣстно, главная масса послѣднихъ, — я разумѣю нашихъ земскихъ, сельскихъ, уѣздныхъ врачей и пр., — находится въ совершенно особыхъ условіяхъ практической дѣятельности: заброшенные въ провинціальную глушь, вдаль отъ клиникъ, большихъ больницъ, библіотекъ и др. источниковъ медицинскаго образованія, лишенные возможности пользоваться совѣтами товарищей-спеціалистовъ, они должны работать по всѣмъ отраслямъ врачебнаго дѣла, разсчитывая притомъ только на себя. При такихъ условіяхъ для нихъ немислимо владѣть всѣми тонкостями гинекологической діагностики и терапіи. Вполнѣ достаточно будетъ, если нашъ земскій, сельскій и т. п. врачъ, имѣя предъ собою гинекологическій случай, сумѣетъ въ главнѣйшихъ чертахъ разобраться, съ какимъ заболѣваніемъ половой сферы онъ имѣетъ дѣло, и какой терапіи требуетъ данный случай, — можетъ-ли онъ самъ помочь больной, при имѣющихся въ его распоряженіи средствахъ, или долженъ направить ее туда, гдѣ имѣются товарищи-спеціалисты. Этимъ-то потребностямъ массы нашихъ врачей, къ сожалѣнію, и не соответствуетъ большинство руководствъ по гинекологіи, имѣющихся въ русской литературѣ. Бывшія до сихъ поръ попытки восполнить указанный пробѣлъ оказались неособенно удачными. Вотъ мотивы, почему я счелъ возможнымъ посовѣтовать редакціи журнала „Практическая Медицина“ дать своимъ читателямъ переводъ книжки *Nagel*'я и охотно взялъ на себя трудъ быть редакторомъ этого перевода: мнѣ кажется, что эта книжка хотя отчасти въ состояніи удовлетворить вышеизложеннымъ потребностямъ русскаго провинціального врача-практика.

Къ сожалѣнію, трудъ *Nagel*'я, при нѣкоторыхъ своихъ несомнѣнныхъ достоинствахъ, не чуждъ и крупныхъ недостатковъ. Гинекологъ-спеціалистъ найдетъ въ немъ немало крупныхъ пробѣловъ; нѣкоторые взгляды автора отличаются крайне одностороннимъ характеромъ; многія главы книжки носятъ слѣды поспѣшной, небрежной обработки; наконецъ, такъ какъ книжка *Nagel*'я составлена нѣсколько лѣтъ тому назадъ, то въ нее не вошли новѣйшія приобрѣтенія въ области гинекологіи. Чтобы хотя нѣсколько сгладить эти недостатки, я позволялъ себѣ снабдить

переводъ нѣкоторыми дополненіями <sup>1)</sup>. Одни изъ этихъ дополненій содержатъ указанія относительно доступныхъ для каждаго врача діагностическихъ и терапевтическихъ мѣропріятій, въ цѣлесообразности которыхъ я могъ убѣдиться изъ собственнаго опыта; другія касаются важнѣйшихъ пріобрѣтеній, сдѣланныхъ въ области гинекологіи за послѣдніе три-четыре года. Думаю, что, благодаря этимъ дополненіямъ, предлагаемая книжка выиграетъ и въ своей современности, и въ своей практической пригодности.

Казань. 29 октября 1900 г.

Проф. В. Груздевъ.

### ПРЕДИСЛОВІЕ АВТОРА.

Эта книга предназначена не для врачей-спеціалистовъ, а для врачей, вынужденныхъ по условіямъ своей дѣятельности практиковать по всѣмъ отраслямъ медицины. Изложенныя въ ней основы діагностики и терапии женскихъ болѣзней я собралъ, состоя въ продолженіе почти десяти лѣтъ ассистентомъ находящейся въ завѣдываніи моего высокоуважаемаго учителя, проф. *Gusserow*'а, университетской гинекологической клиники *Charité*, и затѣмъ подвергъ провѣркѣ на своихъ, читаемыхъ уже много лѣтъ, курсахъ для студентовъ и врачей. Прежде чѣмъ посвятить себя исключительно гинекологіи и акушерству, я самъ 6 лѣтъ практиковалъ по всѣмъ отраслямъ медицины у себя на родинѣ, въ Шлезвигѣ; зная, поэтому, изъ личнаго опыта тѣ задачи, особенно въ области гинекологической діагностики, которыя могутъ представиться всякому врачу-практику, я и постарался здѣсь именно имъ-то и придти навстрѣчу. Исходя изъ этихъ соображеній, я сосредоточилъ преимущественное свое вниманіе на распознаваніи женскихъ болѣзней; что же касается до леченія, то я ограничился лишь описаніемъ немногихъ, но зато вѣрныхъ, испытанныхъ оперативныхъ методовъ гинекологической терапии.

Каждому отдѣлу книги я предпослалъ анатомическое описаніе соответствующихъ органовъ; нѣкоторыя изъ этихъ описаній, быть можетъ, и покажутся слишкомъ подробными, но мнѣ думается, что сокращать ихъ рѣшительно нельзя, такъ какъ поставить вѣрный гинекологическій діагнозъ немыслимо безъ основательнаго знанія анатоміи. Равнымъ образомъ стоитъ лишь практическому врачу взять ножъ въ руки, — и тотчасъ окажется, что анатомическія познанія ему не менѣе необходимы, чѣмъ врачу-клиницисту. Въ основу анатомическихъ описаній, имѣющихся въ моей книгѣ, положены данныя, почерпнутыя изъ моего же труда

<sup>1)</sup> Дополненія эти помѣщены подстрочно и помѣчены инициалами В. Г.

„Die weiblichen Geschlechtsorgane“ („Handbuch der Anatomie des Menschen“, herausgegeben von *K. von Bardeleben*). Изъ этого сочиненія позаимствованы мною и нѣкоторые рисунки, которые были любезно предоставлены въ мое распоряженіе издателемъ его г. *G. Fischer*’омъ въ Гейѣ. Остальные рисунки тщательно срисованы съ натуры художникомъ *Otto Haase*. При изготовленіи ихъ обращено особое вниманіе на наглядность при соблюденіи естественныхъ отношеній.

Номенклатуру въ предлагаемой книгѣ я употребляю принятую Анатомическимъ Обществомъ.

Рисунками инструментовъ я обязанъ любезности инструментальнаго мастера г. *H. Windler*’а, королевскаго придворнаго поставщика въ Берлинѣ.

Издатель г. *H. Kornfeld* (*Fischer’s med. Buchhandlung* въ Берлинѣ) издалъ книгу соответственнымъ образомъ, за что и приношу ему мою благодарность.

Берлинъ, июнь 1898 г.

Проф. Dr. *W. Nagel*.

# Оглавление.

	Стр.		Стр.
<b>A. Общая часть.</b>			
I. Ложе для изслѣдованія . . . . .	1	3. Воспаленіе слизистой оболоч-	73
II. Инструменты . . . . .	2	ки матки (endometritis) . . . . .	
III. Приготовленіе къ гинекологиче-	6	4. Воспаленіе маточной парен-	88
скому вмѣшательству, диагности-	6	химы (metritis) . . . . .	
ческому или терапевтическому . . . . .	6	5. Ссадины влагалищной части	90
1. Стерилизація инструментовъ . . . . .	6	(erosiones portionis vaginalis	
2. Дезинфекція рукъ . . . . .	7	uteri) . . . . .	94
IV. Гинекологическое изслѣдованіе . . . . .	8	6. Разрывы маточной шейки . . . . .	97
1. Изслѣдованіе живота . . . . .	8	7. Гипертрофія маточной шейки . . . . .	100
2. Бимануальное (двойное) изслѣ-	10	8. Новообразования матки . . . . .	100
дованіе . . . . .	10	а) Фиброміомы матки . . . . .	100
3. Осмотръ . . . . .	25	б) Аденоміомы матки . . . . .	115
4. Изслѣдованіе черезъ прямую	28	в) Ракъ матки . . . . .	116
кишку . . . . .	28	г) Саркома матки . . . . .	142
5. Зондированіе матки . . . . .	29	д) Deciduoma malignum . . . . .	143
6. Расширеніе цервикальнаго ка-	30	е) Бугорчатка матки . . . . .	145
нала . . . . .	30	г) Подпны матки . . . . .	146
7. Пробное выскабливаніе . . . . .	31	9. Скопленіе гноя въ полости	146
8. Пробная эксцизія . . . . .	31	матки (pyometra) . . . . .	148
9. Пробная пункция . . . . .	31	II. Разстройства менструаціи . . . . .	148
10. Пробное чревоусѣченіе . . . . .	32	1. Физиология менструаціи . . . . .	148
11. Изслѣдованіе подъ наркозомъ	33	2. Раннее появленіе менструаціи	150
12. Цистоскопія . . . . .	33	(menstruatio praecox) . . . . .	
13. Расширеніе мочеиспускатель-	34	3. Прекращеніе мѣсячныхъ (cli-	151
наго протока . . . . .	34	macterium) . . . . .	
<b>B. Специальная часть.</b>		4. Отсутствіе мѣсячныхъ (ame-	153
I. Болѣзни матки . . . . .	35	norrhoea) . . . . .	153
1. Анатомія матки . . . . .	35	5. Позднее и скудное появленіе	158
2. Аномалія формы и положенія	38	менструаціи (menstruatio tarda	
матки . . . . .	38	et parva) . . . . .	160
а) Наклоненіе матки впередъ	38	6. Чрезмѣрно обильныя мѣсяч-	160
(anteversio uteri) . . . . .	38	ныя (menorrhagia) . . . . .	
б) Перегибъ матки впередъ	39	7. Болѣзненные мѣсячныя (dys-	161
подъ острымъ въ угломъ (ante-	39	menorrhoea) . . . . .	
flexio uteri) . . . . .	39	8. Перепончатая дисменоррея	163
в) Смѣщеніе матки въ сторону	42	(dysmenorrhoea membranacea)	
(lateropositio uteri) . . . . .	42	III. Бездоліе . . . . .	163
д) Наклоненіе матки въ сто-	42	IV. Болѣзни широкихъ связокъ, око-	167
рону (lateroversio uteri) . . . . .	42	ломаточной клѣтчатки и тазовой	
е) Перегибъ матки въ сторо-	43	брюшины . . . . .	167
ну (lateroflexio uteri) . . . . .	43	1. Анатомія . . . . .	170
ф) Смѣщеніе матки назадъ (re-	44	2. Haematoma ligamenti lati	
tropositio uteri) . . . . .	44	3. Воспаленіе околоматочной	171
г) Наклоненіе матки къзади (re-	45	клѣтчатки (parametritis, cellul-	
troversio uteri) . . . . .	45	litis pelvica) . . . . .	181
h) Перегибъ матки къзади (re-	47	4. Опухоль широкихъ связокъ	182
troflechio uteri) . . . . .	47	5. Воспаленіе тазовой брюшины	
i) Выпаденіе матки (prolapsus	70	(pelveo-peritonitis) . . . . .	198
uteri) . . . . .	70	6. Разлитое воспаленіе брюшины	
j) Выворотъ матки (inversio	70	(peritonitis diffusa) . . . . .	199
uteri) . . . . .	70	V. Болѣзни Фаллопиевыхъ трубъ . . . . .	199
		1. Анатомія Фаллопиевыхъ трубъ	199

	Стр.			Стр.
2. Воспаленіе Фаллопіевыхъ трубъ (salpingitis) . . . . .	202	6. Инородныя тѣла во влагалищѣ		318
3. Бугорчатка трубъ . . . . .	212	7. Пузырно-влагалищныя свищи		318
4. Новообразованія трубъ . . . . .	214	8. Непроходимость влагалища (Atresia vaginae) . . . . .		324
a) Ракъ . . . . .	215	VIII. Болѣзни наружныхъ половыхъ частей . . . . .		324
b) Саркома трубы . . . . .	215	1. Анатомія наружныхъ жеп- скихъ половыхъ частей . . . . .		324
c) Фиброміома трубы . . . . .	216	2. Воспаленіе наружныхъ по- ловыхъ частей . . . . .		328
d) Papilloma tubae . . . . .	216	3. Кондиломы наружныхъ поло- выхъ частей . . . . .		329
e) Кисты трубы . . . . .	217	4. Твердый и мягкій шанкръ на- ружныхъ половыхъ частей . . . . .		330
5. Актиномикозъ трубъ . . . . .	217	5. Оспенныя пустулы наруж- ныхъ половыхъ частей . . . . .		330
6. Внѣматочная беременность (graviditas extrauterina s. ecto- pica) . . . . .	235	6. Herpes vulvae . . . . .		331
VI. Болѣзни яичниковъ . . . . .	235	7. Noma pudendi . . . . .		331
1. Анатомія и физиологія яич- никовъ . . . . .	235	8. Kraurosis vulvae . . . . .		331
2. Новообразованія яичника . . . . .	247	9. Гипертрофія и фибромы ма- лыхъ губъ . . . . .		332
a) Кистомы яичника . . . . .	247	10. Гипертрофія клитора . . . . .		332
b) Ракъ яичника . . . . .	249	11. Воспаленіе Бартолиновой же- лезы . . . . .		333
c) Сосочковая опухоль яични- ка (papilloma ovarii) . . . . .	251	12. Кисты Бартолиновой железы . . . . .		334
d) Кисты желтаго тѣла . . . . .	252	13. Третичный сифилисъ наруж- ныхъ половыхъ частей . . . . .		334
e) Кисты paroophoron'a . . . . .	252	14. Ракъ наружныхъ половыхъ частей . . . . .		335
f) Дермоиды яичника . . . . .	254	15. Elephantiasis vulvae . . . . .		337
g) Фибромы яичника . . . . .	254	16. Бугорчатка (волчанка) вульвы . . . . .		337
h) Саркомы яичника . . . . .	255	17. Липомы вульвы . . . . .		337
3. Воспаленіе яичника (oopho- ritis) . . . . .	277	18. Грыжи у женщинъ . . . . .		337
4. Сильщеніе яичника . . . . .	282	19. Выпаденіе слизистой оболочки мочеспускательнаго протока . . . . .		338
5. Бугорчатка яичниковъ . . . . .	285	20. Зіяніе мочеиспускательнаго канала . . . . .		338
VII. Болѣзни влагалища . . . . .	286	21. Воспаленіе мочевого пузыря (cystitis) . . . . .		340
1. Анатомія влагалища . . . . .	286	22. Разрывъ промежности (rup- tura perinei) . . . . .		342
2. Выпаденіе влагалища . . . . .	288			
3. Воспаленіе влагалища (colpi- tis) . . . . .	309			
4. Новообразованія влагалища . . . . .	315			
a) Кисты влагалища . . . . .	315			
b) Ракъ влагалища . . . . .	316			
c) Sarcoma vaginae . . . . .	317			
d) Fibroma vaginae . . . . .	317			
5. Нарывы и флегмона влагалища . . . . .	317			

## А. Общая часть.

### І. Ложе для изслѣдованія.

#### 1. Кресло для изслѣдованія.

#### 2. Кровать для изслѣдованія.

Врачу необходимо имѣть два ложа для изслѣдованія,—кресло и кровать,—во-первыхъ, потому что лишь на кровати можно произвести тщательное наружное изслѣдованіе брюшныхъ органовъ, при которомъ больной неоднократно приходится мѣнять свое положеніе, а во-вторыхъ, потому что многія женщины при первомъ посѣщеніи врача не всегда въ состояніи рѣшиться лечь на кресло или столъ.

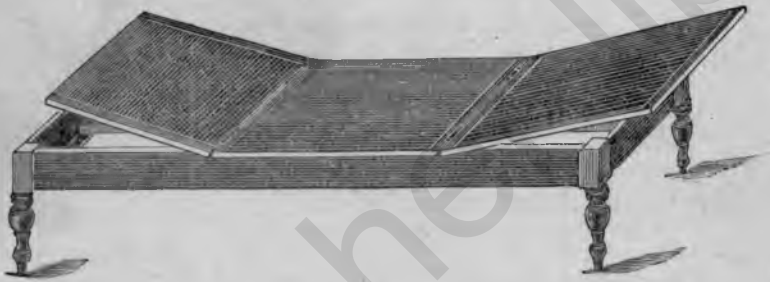


Рис. 1. Кушетка для изслѣдованія *Thure Brandt'a*.

Въ качествѣ кресла для изслѣдованія самымъ удобнымъ является кресло *Veit'a*. Больная лежитъ на немъ совершенно удобно; расслабленіе брюшныхъ покрововъ, которое такъ необходимо для успѣшнаго изслѣдованія, получается при этомъ вполне достаточное; высота кресла подходяща какъ для изслѣдованія, такъ и для обыкновенныхъ видовъ ручного вмѣшательства; оно годно и для всякаго наркоза,—необходимо лишь опустить спинку пониже. Наконецъ, вымывъ его надлежащимъ образомъ и покрывъ чистой полотняной простыней, имъ можно пользоваться для всѣхъ операций, производимыхъ черезъ влагалище. Для кого цѣна *Veit'*овскаго кресла черезчуръ дорога, тотъ можетъ его довольно удовлетворительно замѣнить болѣе дешевымъ столомъ *Spangenberg'a*, хотя онъ въ сравненіи съ *Veit'*овскимъ кресломъ не такъ удобенъ и для врача, и для больной.

Въ послѣднее время *Veit'*овское кресло стали готовить болѣе легкой и простой конструкціи, чѣмъ прежде. Приобрѣтая такое кресло, всегда слѣдуетъ предварительно убѣдиться, не пострадала-ли его прочность отъ болѣе легкаго устройства.

Чтобы придать креслу менѣе пугающій видъ, его можно покрыть ковромъ.



Въ качествѣ кровати для изслѣдованія можно рекомендовать кушетку въ родѣ *Thure Brandt'*овскаго *plint'a*. Она должна быть такой длины, чтобы взрослый человекъ удобно могъ на ней лежать съ вытянутыми ногами, и чтобы, такимъ образомъ, ею можно было пользоваться также для другихъ цѣлей (напр., для отдыха послѣ наркоза). Она должна быть сдѣлана изъ хорошо отполированного соснового дерева и имѣть въ длину 165 см., въ высоту 38 см. и въ ширину 65 см. Какъ головной, такъ и ножной концы ея должны подниматься и опускаться (рис. 1). На деревянный остовъ кушетки кладется матрацъ, и все покрывается покрываломъ. Цѣна остова съ матрацомъ около 30 марокъ. Если положить въ качествѣ покрывала восточный коверъ, то такую кушетку для изслѣдованія можно поставить даже въ самой роскошной приемной. Для изслѣдованія и для массажа нужно поднимать какъ головной, такъ и ножной конецъ кушетки; больная укладывается на спину съ согнутыми въ коленяхъ ногами; врачъ садится на стулъ возлѣ кушетки, лѣва или справа, — смотря по тому, какой рукой, лѣвой или правой, онъ изслѣдуетъ <sup>1)</sup>.

## II. Инструменты.

Гинекологу-практику необходимо имѣть *для диагностическихъ цѣлей* <sup>2)</sup>:

\*1) Три трубчатыхъ зеркала различной величины. Я рекомендую *Fergusson'*овскія, ибо они даютъ больше всего свѣта. Они приготовляются изъ высеребренного стекла, обиты снаружи проволокой и покрыты лакомъ или снабжены целлюлоидной обкладкой <sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Для цѣлей изслѣдованія амбулаторныхъ больныхъ и простѣйшихъ видовъ гинекологическаго вмѣнательства у нихъ (смазыванія влагалищной части и полости матки, прижиганія, скарификации etc.) мнѣ давно уже съ уснѣхомъ служить столъ, изготовить который можетъ любой столяръ, изъ какого угодно дерева. Столъ его имѣть 102 сант. въ длину, 54—въ ширину и 74—въ высоту. Столешница состоитъ изъ 2 частей: одна (головная) имѣетъ около 53 сант. въ длину, другая—около 58; обѣ эти части прикручены къ станку на петляхъ, такъ что могутъ подниматься и опускаться на любую высоту, на которой и удерживаются при помощи подпорокъ, имѣющихъ форму рамокъ; подпорки вставляются въ имѣющіеся на станкѣ пазы. Сверху столешница покрыта тонкимъ матрацомъ, оболочка котораго можетъ быть удобнѣе всего сдѣлана изъ клеенки. Къ ножному концу стола приставляется лѣсенка (около 65 сант. высотой) изъ 2 ступенекъ; на верхнюю ступеньку больная ставитъ свои ноги при изслѣдованіи; ступенька эта сдѣлана на петляхъ и можетъ откидываться; въ этомъ послѣднемъ видѣ лѣсенка, именно нижняя ея ступенька, можетъ служить для сидѣнія врача, —если ему приходится производить на столѣ такія операціи, какъ выскабливаніе матки, зашиваніе промежности и проч. На головной конецъ стола надвѣвается, при помощи шпурка, круглый валикъ, на который больная ложится шею. Къ нижнему концу стола или, точнѣе сказать, лежащаго на немъ матраца, можно, въ случаѣ нужды, прикрѣплять будавками кусокъ резиноваго полотна, нижняя часть котораго опускается въ стоящее на полу ведро: полотно это служитъ для стока жидкостей при сиринжеваніяхъ влагалища, обмываніи наружныхъ половыхъ частей пациентки и проч. Наконецъ къ этому же концу стола можно привинтить ногодержатели, —если больной требуется на болѣе или менѣе продолжительное время придать положеніе для камнешченія.

B. Г.

<sup>2)</sup> Безусловно необходимые для гинеколога-практика инструменты отмѣнены звездочкой.

B. Г.

<sup>3)</sup> Весьма практичныя цилиндрическія зеркала предложены въ послѣднее время *Zepler'*омъ и *Preiss'*омъ; зеркала эти отличаются отъ обыкновенныхъ продольными вырѣзками, чрезъ которые очень удобно выводить такіе инструменты, какъ пулевые щипцы и т. п.

B. Г.

\*2) Трехстворчатое зеркало *Nott*'а. Оно представляет то преимущество, что, раздвигая стѣнки влагалища, само собою удерживается въ надлежащемъ положеніи, не выскальзывая, почему и не требуетъ ассистента. Затѣмъ при трехстворчатомъ зеркалѣ, въ противоположность двухстворчатому, можно провести ручки инструментовъ, напр. зонда или пулевыхъ щипцовъ, которыми захвачена передняя губа влагалищной части, между передними створками зеркала. Задняя створка должна имѣть 10 см. въ длину; несмотря, однако, на это, иногда бываетъ трудно вставить въ просвѣтъ зеркала влагалищную часть, особенно при *retropositio uteri*; поэтому для извлеченія *portio* vaginalis нужно имѣть всегда подъ рукой *Sims*'овскій депрессоръ (видоизмѣненный *C. Braun*'омъ). При введеніи зеркала, верхушка его должна быть направлена къ вогнутости крестца, чтобы такимъ образомъ нижняя створка могла проскользнуть въ задній влагалищный сводъ <sup>1)</sup>.



Рис. 2. Зеркало *Ferguson*'а.

\*3) Наборъ зеркалъ *Simon*'а (состоящій изъ одной ручки съ тремя желобоватыми ложками и изъ передней пластинки на ручкѣ)—для изслѣдованія большой въ положеніи на боку, а также для операций на маткѣ.

\*4) Тонкій и болѣе толстый маточные зонды *Sims*'а.

\*5) Нѣсколько щипцовъ съ крючками (пулевыхъ) *Schroeder*'а, по съ *Collin*'овскимъ замкомъ.



Рис. 3. Зеркало *Nott*'а.

\*6) Наборъ расширителей *Fritsch*'а (1 рукоятка съ 6 штифтами различной величины) или 1 расширитель *Ellinger*'а <sup>2)</sup>.

7) Шприцъ для пробныхъ пункций.

8) Цистоскопъ *G. Winter*'а съ освѣтительнымъ аппаратомъ.

Для *терапевтическихъ целей* слѣдуетъ приобрести, кромѣ вышеупомянутыхъ инструментовъ, еще слѣдующіе:

\*1) Поддержатель *Fritsch*'а съ ремнями, которые прикрѣпляются къ головному концу операционнаго стола; вмѣсто него можно сдѣлать подержатель изъ палки, обтянутой фланелью или обернутой полотенцемъ, а ремни замѣнить полотенцами.

\*2) Въ качествѣ операционнаго стола можно воспользоваться, какъ упомянуто выше, *Veit*'овскимъ кресломъ или *Spangenberg*'овскимъ столомъ. Съ тѣхъ поръ какъ въ хирургіи стали удалять изъ операционныхъ

<sup>1)</sup> Вмѣсто *Nott*'овскаго зеркала врачу-гинекологу можетъ съ успѣхомъ служить и двухстворчатое зеркало *Cusco*, пластинки котораго могутъ быть или сплошныя, или слабѣнныя вырѣзми.

<sup>2)</sup> Очень удобны также и расширители *Hegar*'а.

железную и стеклянную мебель, а вмѣсто нея опять вводить деревянную, то всякій деревянный столъ съ матрацомъ можно считать годнымъ для производства даже чревоушибленія, конечно, при условіи, если онъ чисто вымыть и покрыть чистой полотняной простыней <sup>1)</sup>).

\*3) Маску для хлороформированія, видоизмѣненную *Schimmelbusch*'емъ.

\*4) Флаконъ для хлороформа *Esmarch*'а.

\*5) Двѣ тупыя, негнушіяся ложечки *Simpson*'а (*Récamier*), изъ нихъ одну большую для удаленія остатковъ выкидыша.

\*6) Острую ложечку (*Récamier*) для выскабливанія раковыхъ массъ <sup>2)</sup>).

\*7) Три маточныхъ катетера (*Bozemann-Fritsch*'евскихъ, видоизмѣненныхъ *Breus*'омъ), изъ нихъ одинъ особенно большой для промыванія матки послѣ выкидыша.

\*8) Шприцъ *Braun*'а или *Olshausen*'а для выпрыскиванія прижигающихъ жидкостей въ полость матки, съ нѣсколькими отверстиями, изъ которыхъ одно должно быть на концѣ канюли.

\*9) Два—три *Playfaer*'овскихъ аллюминіевыхъ зонда для прижиганія, видоизмѣненныхъ *Fritsch*'емъ.

\*10) *Cowper*'овскія и *Siebold*'овскія ножницы для полиповъ.

\*11) Длинные, спереди закругленные, корнцанги или щипцы для полиповъ (*Martin*'а).

\*12) Сифонную трубку съ резиновымъ шаромъ и стекляннымъ грузомъ для приспособленія ея ко всякому сосуду.

\*13) Наконечникъ для промыванія влагалища.

\*14) Длинный анатомическій пицетъ.

\*18) Нѣсколько скалпелей.

\*15) Ножъ для *colporrhaphi*'и *E. Horn*'а.

16) Нѣсколько губко- и тампонодержателей <sup>3)</sup>).

\*17) Нѣсколько (6) артеріальныхъ пицетовъ *Koerberlé*, *Péan*'а или *Lawson-Tait*'а; послѣдній авторъ употребляетъ вездѣ свои клеммы вмѣсто обыкновенныхъ пицетовъ.

\*18) Иглодержатель *Langenbeck*'а (*A. Martin*'а).

\*19) 1—2 дюжины сильно изогнутыхъ иголь, т. назыв. перевязочныхъ, различной величины и нѣсколько *Martin*'овскихъ иголь.

\*20) Сильwormъ, шелкъ лигатурный *Turner*'а № 4—7 и кѣгутъ.

\*21) Игольникъ, въ видѣ ящика.

\*22) Для операций на влагалищной части и на промежности цѣлесообразны иглы *Hagedorn*'а, т. наз. гинекологическія; для нихъ удобенъ иглодержатель *Pozzi*.

<sup>1)</sup> Для менѣ сложныхъ операций можетъ съ успѣхомъ служить уже описанный мною столъ, служацій и для изслѣдованія больныхъ. В. Г.

<sup>2)</sup> Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется произвести выскабливаніе, — при выкидышѣ-ли, или при эндометритѣ и проч.,—я употребляю петлеобразную ложку и нахожу, что она гораздо удобнѣе и безопаснѣе всѣхъ прочихъ. В. Г.

<sup>3)</sup> Ихъ можно съ успѣхомъ замѣнить обыкновенными корнцангами. В. Г.

*Спеціальныя инструменты для операций фистулъ:*

- 1) 2—3 щипцовъ съ крючками *Simon'a*.
- 2) 1 остроконечный ножъ и 2 ножа изогнутыхъ подъ угломъ (вправо и влѣво) *Simon'a*.

Если хотять шить проволокой изъ серебра, то нуженъ:

- 3) Пинцетъ *Simon'a* для закручиванія проволоки.

*Для операций полного вылуценія матки*, кромѣ уже перечисленныхъ инструментовъ, нужны:

- 1) Нѣсколько щипцовъ съ крючками *Péan'a*.
- 2) 2 большихъ, изогнутыхъ въ сторону лигатурныхъ иглы *Dechamp'a*.
- 3) Крючокъ для вытаскиванія лигатуръ *Olshausen'a*.
- 4) 2 влагалищныхъ подъемника *Schwartze*.

Для полного вылуценія матки посредствомъ зажимовъ нуженъ особый наборъ инструментовъ. Между прочимъ, можно посоветовать всегда держать наготовѣ 2 или 3 длинныхъ зажима *Richelot*, прямыхъ и кривыхъ, для временной остановки кровотеченія.

*Для чревосъщеній*, кромѣ вышеупомянутыхъ инструментовъ, требуются:

- 1) Пуговчатый ножъ.
- 2) Пожницы *Olshausen'a* для вскрытія брюшныхъ покрововъ.
- 3) Нѣсколько пинцетовъ съ зажимами *Lawson-Tait'a*.
- 4) Троакарь *Olshausen-Dunster'a*.
- 5) Щипцы для фиксаціи стѣнокъ кисты *Mathieu*.
- 6) Такіе же щипцы *Spencer-Wells'a*.
- 7) 2 пары расширителей для брюшной раны *Fritsch'a*,—одна для большихъ, другая для меньшихъ ранъ.
- 8) Нѣсколько кишечныхъ иглъ.
- 9) Щипцы съ зажимомъ *Kaltenbach'a*.

При внѣбрюшномъ уходѣ за ножкой при міомотоміяхъ употребляютъ въ Англии *serge-poeud Lawson-Tait'a (Koeberlé)* и большую, прямую иглу, которою прокалываютъ культю, для устраненія возможности обратнаго ея погруженія въ брюшную полость.

*Сохраненіе и транспортъ инструментовъ.* Я не считаю практичнымъ держать въ одной сумкѣ все инструменты вмѣстѣ, ибо приходится ихъ употреблять то у себя на дому, то виѣ дома. Гораздо удобнѣе и целесообразнѣе уложить ихъ въ порядкѣ въ шкафу для инструментовъ и брать каждый разъ только нужные изъ нихъ.

Переносить инструменты можно, по англійски, въ кожаномъ саквояжѣ, т. наз. *Gladston* овекомъ, завернувъ ихъ предварительно въ чистое полотенце. Саквояжи эти имѣются вездѣ въ продажѣ въ различнѣйшихъ видахъ <sup>1)</sup>. Такая сумка, конечно, можетъ служить для переноски все-

<sup>1)</sup> Очень практичныя и недорогія сумки изготовляются изъ парусины, которая натягивается на разбирающіеся металлическія рамки, такъ что образуется нѣчто въ родѣ большихъ пакетовъ. Въ эти пакеты укладываются инструменты, затѣмъ сами пакеты помещаются въ общую, парусиновую же сумку.

возможныхъ инструментовъ, поэтому, имѣя ее, нѣтъ нужды приобрѣтать отдѣльные футляры для каждаго набора. При такомъ способѣ сохраненія инструментовъ, за ними можно прекрасно слѣдить и держать ихъ всегда въ чистотѣ.

Я считаю, далѣе, лишнимъ приобрѣтать такъ называемый стерилизаціонный ящикъ для инструментовъ, который всегда дорогъ и неуклюжъ, и контролировать стерильность котораго на практикѣ нѣтъ возможности. Особенно совершивъ длинный путь, невозможно поручиться, что инструменты будутъ вынуты изъ дѣйствительно стерильнаго ящика, и поэтому всегда приходится передъ употребленіемъ кипятить ихъ на великій случай еще разъ.

Металлическіе стерилизаціонные ящики для инструментовъ имѣютъ лишь то преимущество, что ими можно пользоваться въ качествѣ сосуда для кипяченія, но и эта ихъ особенность имѣетъ значеніе лишь въ убогихъ, къ счастью рѣдко встрѣчаемыхъ мѣстностяхъ, гдѣ существуетъ недостатокъ въ самомъ необходимомъ; но и при такихъ условіяхъ я совѣтовалъ-бы лучше приобрѣсти отдѣльный сосудъ для кипяченія инструментовъ.

### III. Приготовление къ гинекологическому вмѣшательству, діагностическому или терапевтическому.

#### 1. Стерилизація инструментовъ.

Инструменты остаются стерильными лишь въ томъ случаѣ, если они подвергаются систематической чисткѣ. Нужно приучить себя мыть ихъ въ водѣ съ мыломъ непосредственно послѣ каждаго употребленія, пока еще кровь и слизь на нихъ не засохли, затѣмъ ополаскивать и, если можно, кипятить.

Въ качествѣ аппарата для кипяченія можно порекомендовать аппаратъ *Koerte*. Онъ сдѣланъ изъ бѣлой жести, а потому очень дешевъ. Нагрѣвается онъ спиртомъ или газомъ и снабженъ крышкой, почему вполне пригоденъ также для стерилизаціи перевязочнаго матеріала и матеріала для швовъ (шелка, силькворма и серебра).

Инструменты должны кипятиться въ продолженіе 10 — 30 минутъ, даже больше, смотря по тому, были-ли они въ соприкосновеніи съ септическими веществами, или нѣтъ. Прибавленіе карболовой кислоты или соды къ кипящей водѣ не безусловно необходимо. Если нужно обезпеченные инструменты немедленно пускать въ дѣло, то ихъ (за исключеніемъ ножей и ножницъ) высыпаютъ изъ проволочной корзинки стерилизатора прямо въ 1 % растворъ карболовой кислоты или въ чистую стерилизованную (кипяченую) воду; въ противномъ случаѣ ихъ тщательно высушиваютъ и укладываютъ въ предназначенный для нихъ шкафъ.

Водопроводная вода, по наблюденіямъ, свободна отъ зародышей равныхъ инфекціонныхъ болѣзней, почему кипяченіе ея не обязательно необходимо, хотя, конечно, желательно, если обстоятельства это позволяютъ. Въ Англій водѣ эту вливаютъ даже въ брюшную полость, во

время чревосѣченій, доводя ее до извѣстной температуры лишь приливаніемъ горячей воды. По мнѣнію *Bantock*'а, одного изъ самыхъ опытныхъ и счастливыхъ операторовъ Лондона, вода, годная для домашнихъ потребностей, совершенно пригодна и для всякой раны. Вода изъ цистернъ и колодезь, напротивъ, должна быть прокипячена передъ употребленіемъ.

Инструменты, служащіе для діагностическихъ цѣлей, не нуждаются въ предварительной стерилизаціи, и поэтому ихъ можно брать прямо изъ инструментальнаго шкафа, конечно, если они были прокипячены послѣ послѣдняго употребленія. Всѣ остальные инструменты нужно кипятить непосредственно передъ операціей, и лучше всего на мѣстѣ; впрочемъ, если врачу предтоитъ незначительное вмѣшательство внѣ дома, то ихъ можно прокипятить у себя на дому, завернуть въ чистое, послѣ послѣдней стирки не бывшее въ употребленіи полотенце и везти въ кожаной сумкѣ.

Вещи, которыя,—какъ *Fergusson*'овскія зеркала, предметы изъ резины и пр.,—не переносятъ кипяченія, могутъ и должны быть приведены въ асептическое состояніе тѣмъ же путемъ, что и руки.

## 2. Дезинфекція рукъ.

Сдѣлать руки вполне стерильными невозможно; при помощи дезинфекціи можно ихъ, однако, такъ очистить, что прикосновеніе ихъ къ открытой ранѣ не будетъ опаснымъ. Систематическая очистка рукъ имѣетъ здѣсь большее значеніе, чѣмъ для инструментовъ. Кто дезинфицируетъ себѣ руки только для даннаго случая, тотъ никогда не можетъ поручиться за нихъ.

Каждый образованный человѣкъ моетъ свои руки по нѣскольку разъ въ день водой съ мыломъ. Каждый понимаетъ, далѣе, что ногти слѣдуетъ стричь коротко, а подногтевое пространство держать въ чистотѣ. Помимо этого, врачу полезно, непосредственно послѣ всякаго прикосновенія къ подозрительному предмету, дезинфицировать свои руки такъ же основательно, какъ если бы онъ намѣревался приступить къ чревосѣченію. Съ этою цѣлью предплечія и кисти рукъ, въ особенности кончики пальцевъ и ладони, моются въ продолженіе 3—5 минутъ въ теплой водѣ съ мыломъ и щеткой; затѣмъ, пока кожа еще влажна и мягка, подногтевое пространство и ногтевое ложе очищаются еще разъ ногтечисткой. Обмывъ руки водой, слѣдуетъ приступить къ очисткѣ ихъ посредствомъ алкоголя. *Fürbringer* и *Freyhau* доказали, что алкоголь тѣмъ вѣрнѣе дѣйствуетъ, чѣмъ онъ концентрированнѣе, почему оба автора совѣтуютъ не брать его ниже 70—80°. Какъ извѣстно, алкоголь отчасти обладаетъ бактерицидными свойствами, отчасти открываетъ доступъ для послѣдующей дезинфекціи тѣмъ, что отдѣляетъ поверхностныя чешуйки кожи вмѣстѣ съ бактеріями и удаляетъ ихъ (*Ahlfeld, Fürbringer, Freyhau* и др.). Такимъ образомъ на него не безъ основанія смотрятъ теперь, какъ на

необходимое звено дезинфекціи. Лучше всего втирать алкоголь посредством ваты въ кожу рукъ и предплечій въ продолженіе по крайней мѣрѣ двухъ минутъ, причѣмъ слѣдуетъ обращать особое вниманіе на кончики пальцевъ и на ладони. Въ заключеніе берутъ 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> растворъ сулемы и моютъ въ немъ руки не менѣе двухъ минутъ, причѣмъ опять пускаютъ въ ходъ щетку, и въ широкихъ размѣрахъ. Въмѣсто сулемы можно пользоваться 3 % карболовымъ или 1 % лизоловымъ растворомъ. Выборъ того или другого средства вполне предоставляется усмотрѣнію каждаго; я хотѣлъ-бы лишь особенно подчеркнуть то обстоятельство, что однихъ дезинфицирующихъ средствъ недостаточно для приведенія рукъ въ асептическое состояніе, и что предшествующая чистка теплой мыльной водой и щеткой во всякомъ случаѣ необходима. Это предостереженіе, можетъ быть, покажется многимъ лишнимъ, но постоянное общеніе съ ученицами, студентами и молодыми врачами убѣдило меня какъ разъ въ совершенно противоположномъ.

#### IV. Гинекологическое изслѣдованіе.

##### 1. Изслѣдованіе живота.

При изслѣдованіи живота у гинекологическихъ больныхъ слѣдуетъ руководиться тѣми же общезвѣстными правилами, которыя имѣютъ мѣсто и въ другихъ отрасляхъ медицины. Изслѣдованіе это, по крайней мѣрѣ въ формѣ ощупыванія живота, всегда должно предшествовать спеціально-гинекологическому изслѣдованію, — иначе легко можетъ случиться, при этомъ послѣднемъ, что существующая подвижная опухоль незамѣтно будетъ отодвинута вверхъ наружной рукой, особенно если рука будетъ положена возлѣ симфиза, — и такимъ образомъ будетъ просмотрѣна. Ощупываніе живота слѣдуетъ производить обѣими руками, причѣмъ въ обыкновенныхъ случаяхъ можно ограничиваться лишь нижнею частью живота. Сначала врачъ ощупываетъ послѣдній на уровнѣ пупка, затѣмъ переходитъ на среднюю линію и въ обѣ подвздошныя области, направляя свои пальцы ко входу въ тазъ. Этимъ путемъ онъ старается опредѣлить, не существуетъ-ли внутри живота какой-нибудь опухоли, исходящей изъ таза. Въ случаѣ, если таковая имѣется, то верхнюю выпуклость ея обычно всегда можно ощупать снаружи, нижнюю же, обращенную къ тазовому входу, — нѣтъ.

Нужно остерегаться, чтобы не смѣшать съ опухолью поясничную часть позвоночнаго столба или же наполненный мочевой пузырь. У худощавыхъ особъ, особенно если онѣ захлороформированы и лежатъ на спинѣ, всегда можно отчетливо прощупать около пупка позвоночный столбъ и мысъ, которые, вмѣстѣ съ пульсирующей аортой, и принимаются нѣрѣдко учащимся, — какъ это приходится видѣть каждый семестръ, — за пульсирующую опухоль. Наполненный мочевой пузырь тоже многихъ вводитъ въ заблужденіе; поэтому, пока онъ не опорожненъ, никогда не слѣдуетъ высказываться о характерѣ опухоли, исходящей изъ таза.

Обыкновенно наполненный мочевой пузырь образует ушругую, правильно выпуклую опухоль, лежащую над лоннымъ соединеніемъ. Онъ лежитъ не всегда по средней линіи: срощенія съ окружающими частями, напр. послѣ чревосѣченія, могутъ повести къ значительнымъ смѣщеніямъ его въ сторону. Я видѣлъ, напр., одинъ случай, — у больной, которой нѣсколько лѣтъ тому назадъ было сдѣлано чревосѣченіе, — гдѣ мочевой пузырь былъ смѣщенъ совершенно вправо и въ наполненномъ состояніи опредѣлялся въ видѣ опухоли возлѣ самой матки.

Жирныя, напряженныя брюшныя стѣнки, при одновременномъ вздутіи кишекъ, могутъ тоже дать поводъ къ смѣщенію съ опухолью. Мнѣ особенно памятенъ одинъ случай, гдѣ больная была прислана изъ провинціи къ проф. *Gusserow*'у для операціи съ диагнозомъ опухоли, доходящей до подреберья; на самомъ же дѣлѣ у нея оказалась лишь немного увеличенная въ объемъ матка. Каждый опытный гинекологъ можетъ привести нѣсколько подобныхъ примѣровъ. Во всякомъ случаѣ врачу никогда не слѣдуетъ торопиться съ диагнозомъ „опухоль“, но всегда лучше, въ затруднительныхъ случаяхъ, прибѣгать къ изслѣдованію подъ наркозомъ, пока еще не произнесено это рѣшительное слово, которое можетъ надолго подорвать авторитетъ молодого врача, будучи сказано необдуманно.

Если при существованіи опухоли, исходящей изъ малаго таза, исключень очень позвоночный столбъ, а наполненный мочевой пузырь опорожненъ, то прежде всего нужно подумать о возможности у паціентки беременности. Въ этомъ отношеніи ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ полагаться на указанія самихъ больныхъ, ибо беременныя иногда до неимовѣрности странны въ сужденіяхъ о своемъ состояніи, особенно если отъ послѣдней беременности прошло довольно много времени. Въ литературѣ описано немало случаевъ пресмотрѣнной беременности съ ихъ послѣдствіями. Всякому опытному гинекологу приходилось исправлять подобныя ошибки, извлекая изъ нихъ много поучительнаго. Очень рѣдко женщины съ жирнымъ, полнымъ животомъ, ѣдущія, по совѣтамъ домашняго врача, въ Карлсбадъ, по возвращеніи домой въ Берлинъ въ скоромъ времени разрѣшаются здоровымъ младенцемъ.

Беременная матка лежитъ по средней линіи или отклонена слегка вправо, имѣетъ равномерно-округленную поверхность, эластическую, но въ то же время нѣсколько тѣстоватую консистенцію и обладаетъ всегда свойствомъ дѣлаться твердой подъ рукой изслѣдователя. Въ позднѣйшихъ стадіяхъ беременности (на шестомъ мѣсяцѣ и дальше) прощупываются части плода, особенно головка — въ видѣ баллотирющаго твердаго круглаго тѣла, и выслушивается сердцебиеніе его — первоначально въ видѣ тиканія часовъ, положенныхъ подъ подушку.

Диагнозъ можетъ быть затруднительнымъ въ томъ случаѣ, если одновременно съ беременностью существуетъ еще опухоль матки или яичника. Въ такихъ случаяхъ нужно стараться по возможности точнѣе установить данныя относительно появленія менструаціи и вообще обратить вниманіе на



признаки, свойственные беременной маткѣ и названнымъ опухолямъ. Однажды мнѣ пришлось присутствовать у одного извѣстнаго англійскаго оператора при удаленіи опухоли яичника путемъ чревосѣченія. Когда новообразованіе было удалено, взять уже былъ въ руки троакаръ и приготовленъ для пункціи второй опухоли, найденной внутри живота, какъ, по счастью, у ассистента появилось подозрѣніе на наличность беременности, что на самомъ дѣлѣ и оказалось; больная послѣ операціи поправилась, и беременность у нея продолжалась дальше. Изъ этого примѣра видно, что врачъ при всякихъ безъ исключенія условіяхъ долженъ считаться съ возможностью существованія беременности.

При водянкѣ брюшной полости, которую также легко смѣшать съ опухолью, весь животъ напряженъ и увеличенъ; при положеніи на спинѣ онъ принимаетъ болѣе плоскую форму, влѣдствіе того, что боковыя части его относительно сильнѣе растягиваются жидкостью. При болѣе значительномъ количествѣ послѣдней удается обнаружить флюктуацію. Перкуссія живота даетъ посрединѣ тимпаническій, а по обѣимъ сторонамъ притупленный или тупой звукъ. При перемѣщеніи больной на бокъ, звукъ проясняется на сторонѣ, обращенной вверхъ, между тѣмъ какъ тупой звукъ усиливается на сторонѣ, на которой больная лежитъ.

Одновременное существованіе опухоли и водянки особенно располагаетъ къ смѣшиванію съ беременностью, потому что здѣсь легко принять опухоль или опухоли, если ихъ нѣсколько, за баллотирующія части плода. Отсутствие сердечныхъ звуковъ и движеній ребенка имѣетъ здѣсь рѣшающее значеніе. Несмотря на эти признаки, постоянно встрѣчаются примѣры, что молодой врачъ, поторопившись съ діагнозомъ, смѣшиваетъ опухоли съ беременностью, даже тамъ, гдѣ отсутствуетъ водянка брюшной полости. Недавно была къ намъ доставлена беременная на сноѣ, у которой, влѣдствіе угрожающаго отека легкихъ, проектировалось произвести кесарское сѣченіе въ агоніи. Услужливый ассистентъ положился на этотъ діагнозъ, тѣмъ болѣе, что у пациентки были яко-бы слышны звуки сердцебіенія плода, и произвелъ на умирающей кесарское сѣченіе. Но, увы, вмѣсто ожидаемаго младенца онъ нашелъ большую саркому яичника.

## 2. *Бимануальное (двойное) изслѣдованіе.*

*Бимануальное изслѣдованіе вообще.* Если изслѣдованіе это производится на креслѣ или на поперечной кровати, то врачъ становится или садится между разведенными бедрами больной. При этомъ, если изслѣдуютъ на креслѣ, то ноги пациентки покоятся на подставкахъ, если же на поперечной кровати, то ноги, сильно согнутыя въ тазобедренныхъ суставахъ, удерживаются сидѣлками или при помощи уже упомянутаго выше ногодержателя; въ крайнемъ случаѣ больная ставитъ ноги, согнутыя въ колѣняхъ, на 2 стула. Нѣтъ необходимости при изслѣдованіи приподнимать платье пациентки вверхъ. Если больная лежитъ въ постели, то слѣдуетъ вѣсть ей передъ тѣмъ надѣть чулки.

Если, даѣе, изслѣдованіе производится въ кровати или на *Thure Brandt'*овской кушеткѣ, то больная ложится на спину, съ согнутыми колѣнными <sup>1)</sup>. Врачъ садится на кровати (кушеткѣ) или возлѣ нея—слѣва, если онъ желаетъ изслѣдовать лѣвой рукой, и справа, — если правой, вводитъ руку, назначенную для внутренняго изслѣдованія подѣ соответствующее бедро, затѣмъ проникаетъ пальцемъ въ рукавъ; вторая рука кладется плашмя на животъ пациентки.

При изслѣдованіи на кровати или на кушеткѣ обнаженіе больной является совершенно лишнимъ. Это правило должно быть соблюдаемо особенно при изслѣдованіи молодыхъ дѣвушекъ, даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдованіе производится черезъ прямую кишку. Многія женщины соглашаются подвергнуться изслѣдованію лишь при этомъ условіи, которое легко выполнимо во всѣхъ случаяхъ, гдѣ не требуется введенія зеркала.

Совершенно безразлично, въ какомъ положеніи больной производится изслѣдованіе, но сначала всегда нужно вводить во влагалище лишь *одинъ* палець. Кто пріучитъ себя, съ самаго начала, къ изслѣдованію однимъ пальцемъ, тотъ, при упражненіи, въ большинствѣ случаевъ, сможетъ однимъ пальцемъ ocuparъ всѣ органы малаго таза въ достаточной мѣрѣ. Введеніе двухъ пальцевъ беспокоитъ больную, причиняя ей боль, и, кромѣ того, иногда можетъ быть даже опасно: врачъ, преимущественно начинающій, прижмякая чрезмѣрно сильное давленіе двумя пальцами, легко можетъ раздавить какой-нибудь болѣзненный очагъ, напр. беременную трубу, или смѣстить какой-нибудь воспаленный органъ, напр. матку, яичникъ и т. п.

Изслѣдованіе двумя пальцами я считаю у перожениць только тогда необходимымъ, когда матка и ея придатки лежатъ въ вогнутости крестца, подѣ самымъ мысомъ („при длинномъ влагалищѣ“, какъ выражаются обыкновенно начинающіе), что бываетъ при смѣщеніи матки назадъ (*retropositio uteri*), — и то лишь послѣ того, какъ предварительное изслѣдованіе однимъ пальцемъ выяснитъ взаимное отношеніе органовъ.

При всякомъ внутреннемъ изслѣдованіи наружная рука, лежащая на животѣ, должна существенно содѣйствовать внутренней, почему всякое изслѣдованіе тазовыхъ органовъ и есть бимануальное или комбинированное. Только при неподатливыхъ, жирныхъ брюшныхъ покровахъ и при неувеличенныхъ тазовыхъ органахъ, а также при *retroversio-flexio uteri*, приходится ощупывать исключительно лишь внутреннимъ пальцемъ. Задача наружной руки состоитъ въ томъ, чтобы фиксировать или отгнѣснять въ

<sup>1)</sup> Весьма выгодно производить гинекологическое изслѣдованіе въ положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ, такъ какъ при этомъ кишечныя петли опускаются въ большой тазъ, и полость малаго таза является свободною. Чтобы достигнуть этого, подкладываютъ больной подѣ крестецъ подушку въ видѣ валика, или просятъ кого-нибудь, напр. сидѣлку, подложить руки подѣ крестецъ больной, или, наконецъ, предлагаютъ самой пациенткѣ подложить себѣ подѣ крестецъ руки, сжатая въ кулаки. Еще лучше, конечно, если описанное положеніе больной достигается при помощи соответственнаго устройства ложа для изслѣдованія. Б. Г.

малый тазъ ту часть, которую хотять изслѣдовать, и всячески содѣйствовать внутреннему пальцу. При этомъ важно, — въ случаѣ, если снаружи не прощупывается никакой опухоли, — чтобы наружная рука лежала плашмя и вдавливалась по направлению ко входу въ тазъ медленными, вращательными движеніями, какія производятся при *Thure Brandt*'овскомъ массажѣ.

Если надавливаніе снаружи производится непосредственно надъ лопнымъ соединеніемъ, то случается, что матку незамѣтно отодвигаютъ къзади, влѣдствіе чего и приходятъ къ неправильному заключенію объ ея положеніи.

*Положеніе рукъ.* Я очень часто замѣчалъ, что начинающіе имѣютъ привычку вдавливать наружную руку въ брюшныя покровы въ когтевидно-согнутомъ положеніи. Этого слѣдуетъ избѣгать, во-первыхъ, потому, что давленіе кончиками пальцевъ причиняетъ женщинѣ боль, влѣдствіе чего она напрягаетъ брюшныя стѣнки и дѣлаетъ изслѣдованіе безуспѣшнымъ; во-вторыхъ, потому, что пальцы попадаютъ въ тазъ впереди матки, влѣдствіе чего значительная часть изслѣдуемаго можетъ быть просмотрѣна. Наружную руку нужно сгибать только въ случаѣ существованія въ брюшной полости опухоли, выпуклость которой можетъ быть обхвачена ладонью. Введенный во влагалище палецъ долженъ быть въ вытянутомъ положеніи, и всѣ ищущія движенія, которыя онъ производитъ, должны быть совершаемы при помощи вращенія въ ясно-фаланговомъ сочлененіи (*articulatio metacarpo-falangea*). Я бы особо объ этомъ не упоминалъ, если бы не зналъ изъ моей преподавательской дѣятельности, что мало уиракнявшіеся держать палецъ во влагалищѣ почти всегда въ согнутомъ положеніи, и что они при помощи сгибанія въ пальцевыхъ суставахъ (*articulationes digitus*) стараются какъ-бы сманить ту часть, которую ищутъ.

Слѣдуетъ, далѣе, обращать вниманіе на то, чтобы снаружи лежащіе пальцы находились какъ-разъ противъ руки, изслѣдующей черезъ влагалище. При болѣзненномъ изслѣдованіи часто приходится слышать отъ больной, что именно суставы пальцевъ, давящіе на промежность и задне-проходное отверстіе, причиняютъ имъ боль; поэтому самое лучшее пріучать себя съ самаго начала прижимать къ ладони, по возможности сильнѣе, пальцы, не находящіеся во влагалищѣ, такъ чтобы лишь первыя фаланги ихъ лежали на промежности.

При такомъ положеніи ихъ, можно довольно сильно надавливать на промежность, не причиняя боли. Впрочемъ, если это неудобно, то можно, по совѣту *Thure Brandt*'а, держать пальцы, не введенные во влагалище, вытянутыми на промежности и въ ягодичной бороздѣ.

Изслѣдуя — или массируя — на кровати или *Thure Brandt*'овской кушеткѣ, рекомендуется всегда держать руку въ только что описанномъ положеніи.

При своихъ занятіяхъ съ учащимися мнѣ часто приходилось также обращать вниманіе на то, что ошибочно думать, будто изслѣдованіе про-

изводится тѣмъ точнѣе, чѣмъ сильнѣе надавливаютъ. Кто съ самаго начала изслѣдованія примѣняетъ всю силу рукъ, которою онъ располагаетъ, тотъ никогда не сможетъ, какъ слѣдуетъ, воспринять подлежащую изслѣдованію картину, такъ какъ діагнозъ нужно ставить лишь при помощи чувства осязанія. Однако, само собою понятно, что при всякомъ изслѣдованіи необходимо примѣненіе извѣстнаго количества силы, степень котораго легко уловить послѣ нѣкотораго упражненія.

Если уже путемъ наружнаго изслѣдованія у больной опредѣлено существованіе опухоли, то дальнѣйшая задача внутренняго пальца состоитъ въ томъ, чтобы выяснитъ, достижима-ли она со стороны передняго, задняго и боковыхъ влагалищныхъ сводовъ; какъ она относится къ маткѣ, ея придаткамъ и стѣнкамъ таза,—не есть-ли это, пожалуй, сама матка, увеличенная въ объемѣ; затѣмъ,—какую форму имѣетъ тотъ отрѣзокъ опухоли, который доступенъ изслѣдованію черезъ влагалище: шарообразную-ли, ограниченную или разлитую; какою поверхностью опухоль обращена къ влагалищу,—вогнутой-ли, или выпуклой; далѣе,—какъ она переходитъ въ матку: непосредственно-ли, или посредствомъ ножки, прилежитъ-ли она лишь плотно къ маткѣ, или ее можно отъ матки совершенно отграничить? Кромѣ того, нужно убѣдиться, доходитъ-ли опухоль до стѣнки таза и до какой именно,—передней, задней или боковой,—или же она вовсе не достигаетъ ихъ, и въ первомъ случаѣ,—расширяется она, или суживается въ сторону стѣнки таза, увеличивается, или уменьшается въ объемѣ? При опухоли, уменьшающейся въ объемѣ по направленію къ тазовымъ стѣнкамъ, слѣдуетъ установить, прилежитъ-ли она лишь плотно къ стѣнкѣ, или же она имѣетъ гдѣ-нибудь, на ограниченномъ мѣстѣ, непосредственный переходъ въ нее,—спереди, сзади или сбоку? Затѣмъ опредѣляютъ величину и объемъ опухоли, причемъ для сравненія выбираютъ голову взрослого человѣка (и больше), головку ребенка, головку новорожденнаго, апельсинъ, кулакъ, яблоко (большое или малое), гусиное или куриное яйцо, грецкій орѣхъ или сливу. Затѣмъ обращаютъ вниманіе на поверхность опухоли,—гладка-ли она, равномерна, или же неравнобѣрна, бугриста,—и на плотность ея: тверда-ли она, какъ дерево, упруга-ли, или тѣтовата, а также—не удастся-ли при посредствѣ наружной руки доказать флюктуацию въ опухоли (конечно, предполагая, что анамнезъ не побуждаетъ къ осторожности въ этомъ отношеніи, какъ это бываетъ, напр., при вѣматочной беременности)? Наконецъ, нужно выяснитъ степень подвижности опухоли,—свободно-ли она подвижна, т. е. можно-ли опухоль выдавить совершенно изъ полости таза, или она представляетъ лишь ограниченную подвижность, т. е. ее можно лишь нѣсколько сдвигать по отношенію къ маткѣ и тазовой стѣнкѣ, или она совершенно неподвижна, т. е. поддается давленію столь же, сколько и стѣнка таза?

Объясненіе полученныхъ такимъ образомъ данныхъ совершается путемъ уметвешной оцѣнки, соображенія, для которой основой и исходной

точкой служатъ анамнезъ и точное знаніе симптомовъ заболѣванія отдѣльных органовъ; относительно этихъ симптомовъ отсылаю читателя къ соответствующимъ отдѣламъ книги.

**Изслѣдованіе матки.** Если при наружномъ изслѣдованіи не удалось опредѣлить какой-нибудь необыкновенной опухоли, то самое цѣлесообразное—начать далѣе съ выясненія положенія матки.

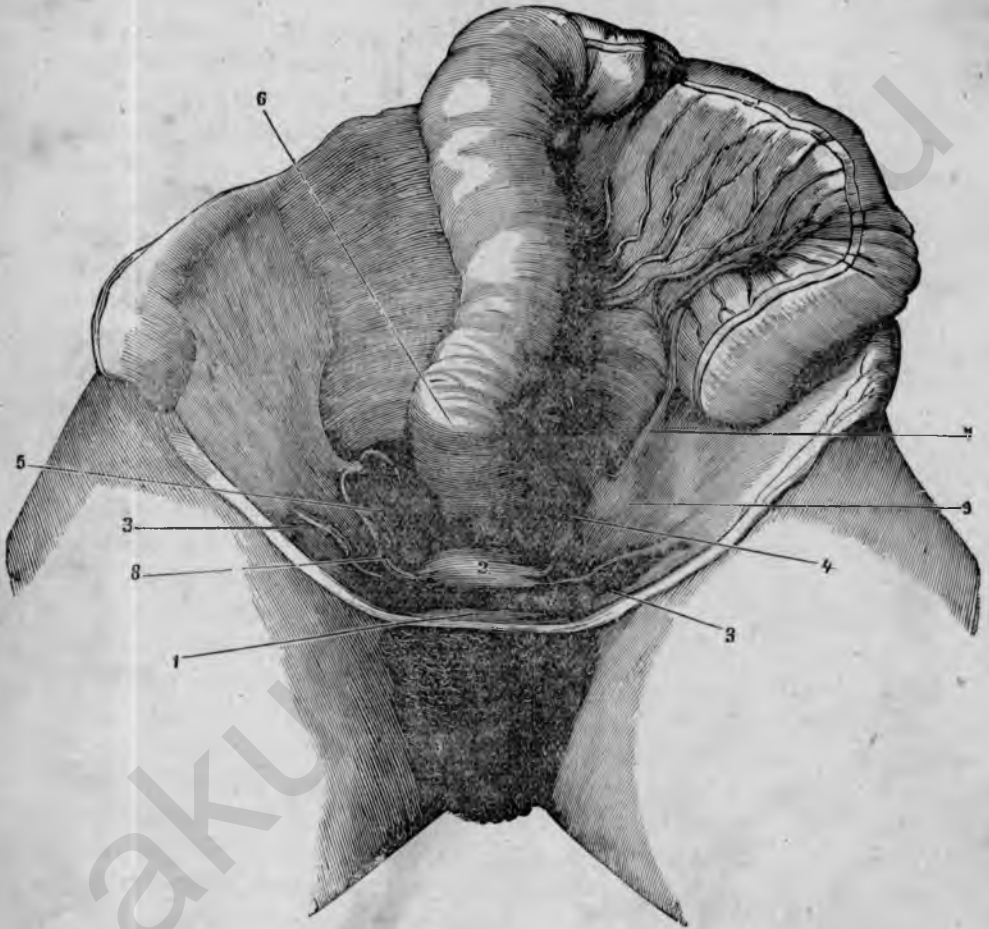


Рис. 4. Женскіе половые органы in situ (видъ сверху): 1—мочевой пузырь, 2—матка, 3—круглая связка матки, 4—труба, 5—яичникъ, 6—прямая кишка, 7—lig. suspensorium ovarii, 8—lig. proprium ovarii, 9—широкая связка.

**Положеніе матки.** Обыкновенно матка лежитъ наклоненной впередъ, съ болѣе или менѣе перегинутымъ, по передней поверхности, тѣломъ. При этомъ ея длинная ось лишь рѣдко лежитъ какъ-разъ по средней линіи тѣла, — чаще замѣчается иѣкоторое смѣщеніе вбокъ, особенно вправо (но иногда и влѣво, по *Waldeyer*'у). Не слѣдуетъ думать, что матка фиксирована въ указанномъ положеніи, — это я особенно подчер-

живаю, — напротив, она обладает большою подвижностью. Наполнение пузыря и прямой кишки, затѣмъ послѣдствія родовъ оказываютъ на положеніе матки лишь временное вліяніе, сращенія же съ сосѣдними органами и разстройства въ развитіи — постоянное. Насколько, такимъ образомъ, измѣненное положеніе матки является патологическимъ, — нужно рѣшить въ каждомъ случаѣ отдѣльно.

Влагалищную часть матки легко найти, ибо она вдается во влагалище въ видѣ соска. Опредѣливъ ее форму и состояніе, а также и положеніе ее, обращаютъ вниманіе на очертаніе и величину зѣва. Тѣло матки найти легче всего, если ввести внутренній палецъ вверхъ по передней стѣнкѣ шейки матки, именно такъ, чтобы тыльная сторона пальца касалась влагалищной части. Наружная рука должна при этомъ стараться смѣстить матку нѣсколько въ тазъ. Внутренній палецъ немедленно почувствуетъ уголь, образуемый обыкновенно тѣломъ и шейкой, при болѣе же глубокомъ введеніи пальца по направленію вверхъ и впередъ, — ощущаетъ и самое тѣло.

Для начинающаго очень важно соблюденіе только что упомянутаго правила. Если вдавливать палецъ въ передній сводъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ влагалищной части, то часто не удастся найти тѣла матки, — вслѣдствіе-ли того, что палецъ съ самаго начала введенъ чрезчуръ высоко впереди матки, или оттого, что матка незамѣтно отодвинута назадъ. Послѣ этого даже и продолжительное сильное давленіе снаружи уже не въ состояніи направить матку на внутренній палецъ, вслѣдствіе чего начинающему приходится робко окончить изслѣдованіе.

Если, несмотря на правильный ходъ изслѣдованія, все-таки не удастся прощупать тѣла матки спереди, то нужно, не вынимая пальца изъ влагалища, перемѣстить его сначала влево и вправо, продвигая его притомъ глубже во влагалище, ибо матка можетъ быть нѣсколько отклоненной отъ средней линіи или незамѣтно отодвинутой въ сторону, что часто случается у мало упражнявшихся. Если и при этомъ приѣмъ не удастся поймать матки, то нужно ввести палецъ въ задній сводъ; при этомъ сейчасъ удастся ощупать тѣло матки, если имѣется наклоненіе или перегибъ ее назадъ (*retroversio seu retroflexio*), особенно этотъ послѣдній, такъ какъ при немъ тѣло лежитъ иногда гораздо ниже, чѣмъ влагалищная часть (см. главу о смѣщеніяхъ матки назадъ). Но если даже нѣтъ на -лицо смѣщенія матки назадъ, то тѣмъ не менѣе изслѣдованіе черезъ задній сводъ облегчитъ нахожденіе матки, благодаря тому, что отсюда мы въ состояніи отѣснить тѣло ее впередъ, гдѣ его и можно ощупать черезъ передній сводъ. Оба эти приѣма необходимы тамъ, гдѣ наклоненіе матки впередъ слабо выражено, — гдѣ матка лежитъ „по проводной оси таза“, какъ это не вполне правильно принято говорить. Относительно всего прочаго я отсылаю читателя къ главѣ о смѣщеніяхъ матки.

Когда матка находится между обѣими руками изслѣдующаго, то послѣдній опредѣляетъ прежде всего ее положеніе, — перегнуто-ли или

наклонено впереди ее тѣло, и въ какой степени? При простомъ наклоненіи матки уголъ или борозда между тѣломъ и шейкой отсутствуетъ. Далѣе, изслѣдующій опредѣляетъ форму, величину и плотность матки, затѣмъ характеръ ее поверхности, — гладка-ли послѣдняя или бугриста? Съ этою цѣлью, удерживая или, во всякомъ случаѣ, поддерживая матку наружной рукой, онъ передвигаетъ внутренній палецъ спереди вверхъ, пока не достигнетъ до выпуклости дна, затѣмъ скользитъ имъ по передней поверхности тѣла, нѣтъ ли и направо, и, наконецъ, проводитъ его верхушкой вдоль боковыхъ реберъ матки, стараясь опредѣлить ширину тѣла. При нѣкоторой степени неподатливости брюшныхъ стѣнокъ и при незначительномъ увеличеніи объема тѣла матки опредѣленіе всего этого составляетъ преимущественно задачу пальца, находящагося во влагалищѣ, потому что между нимъ и маткой находится лишь относительно тонкій и притомъ податливый слой ткани. Изъ того отдѣла матки, который прощупывается со стороны влагалища, можно очень легко сдѣлать выводы о состояніи всего органа, тѣмъ болѣе, что наружная рука исключила уже увеличеніе матки. При очень тучныхъ брюшныхъ покровахъ, а также, иногда, у дѣтвенницъ врачу приходится ограничиваться изслѣдованіемъ однимъ лишь внутреннимъ пальцемъ. При очень же вялыхъ покровахъ, а также подъ хлороформнымъ наркозомъ, изслѣдованіе является въ значительной степени облегченнымъ; при типической *anteflexio-versio uteri* можно при этихъ условіяхъ такъ ясно ощупать матку, какъ будто-бы она была покрыта лишь однимъ полотенцемъ; равнымъ образомъ, можно безъ труда опредѣлить ее свойства, мѣсто отхожденія трубъ, круглыхъ связокъ матки и связокъ яичника.

*Окружность матки.* Окончивъ изслѣдованіе матки, переходятъ къ соедѣннымъ органамъ и прежде всего стараются опредѣлить, можно-ли всюду вокругъ матки отѣснить вверхъ свода влагалища, или же это невозможно вследствие наличности какой-нибудь опухоли? Въ послѣднемъ случаѣ нужно опредѣлить природу этой опухоли, обращая вниманіе на ее форму, распространеніе и границы, и при этомъ замѣтить, болѣзненно-ли изслѣдованіе, или нѣтъ? Рекомендуются начинать изслѣдованіе позади матки и оттуда переходить въ обѣ стороны, потому что большія трубы и яичники, благодаря своему анатомическому положенію, спускаются позади матки, вследствие чего они легче всего доступны со стороны задняго свода влагалища. Я часто видѣлъ, что мои ученики просматривали маленькія опухоли придатковъ именно вследствие того, что не обращали вниманія на указанное правило. Далѣе, не выпиная пальца изъ задняго свода, проводятъ концомъ его нѣсколько разъ слѣва направо и обратно возлѣ самой задней стѣнки шейки, отдавливая одновременно сводъ вверхъ. Этимъ способомъ удастся ощупать маточно-крестцовыя связки, въ случаѣ если онѣ крѣпко натянуты или напряжены (см. главу о *perimetritis posterior*).

*Каловыя массы.* Каломъ наполненныя кишки дѣлаютъ точное из-

слѣдованіе полового аппарата совершенно невозможнымъ. Мало упражнявшіеся часто принимаютъ каловыя массы за опухоли или яичники. Ихъ можно тотчасъ узнать потому, что на нихъ, какъ на глинь, остаются отпечатки отъ давленія пальцевъ. Соответственно положенію прямой и толстой кишокъ, каловыя массы прощупываются черезъ заднюю стѣнку и задній сводъ влагалища.

*Положеніе толстой кишки.* Flexura sigmoidea толстой кишки покрываетъ слѣва мѣсто раздвоенія art. iliaca communis (*Пироговъ*). Въ тазъ толстая кишка спускается сзади и слѣва, направляясь затѣмъ, иногда уже на уровнѣ мыса крестца, въ правую сторону; отсюда она приближается къ средней линіи, чтобы, уже какъ прямая кишка, пройти черезъ тазовое дно. Это положеніе встрѣчается чаще всего (*Poirier, Testut*); рѣже бываетъ, что послѣдній изгибъ заходитъ за среднюю линію вѣлво. Свою брыжейку толстая кишка теряетъ уже на уровнѣ 3-го крестцового позвонка.

*Изслѣдованіе яичниковъ.* Ощупать здоровые, лежащіе на нормальномъ мѣстѣ яичники не такъ легко. Обыкновенно органы эти лежатъ подъ самымъ внутреннимъ краемъ musculi psoatis, въ области, лежащей впереди symphysis sacro-iliacaе. Если смотрѣть изъ полости таза, то яичникъ покрываетъ здѣсь ромбовидную, плоскую ямку, образуемую на боковой стѣнкѣ таза развѣтвленіемъ большихъ сосудовъ (*Waldeyer*). Верхняя граница ромбовидной ямки образуется наружными подвздошными артеріей и веной (art. et vena iliacaе exter.), которыя проходятъ у внутреннего края m. ilio-psoatis; заднюю образуютъ art. et vena hypogastricae и мочеточникъ, который въ этомъ мѣстѣ лежитъ у передняго края art. hypogastricae. Нижняя граница непостоянна; чаще всего ее образуютъ art. obturatoria, идущая дистально, и общій стволъ переднихъ тазовыхъ артерій (art. obturatoria, art. umbilicalis, art. uterina), идущихъ въ сторону art. hypogastricae. Дно ямки образуетъ m. obturator internus съ покрывающей его фасціей. Nervus obturatorius, выходящій изъ верхне-задняго угла, проходитъ въ косомъ направленіи по m. obturator и присоединяется къ сосудамъ нижней границы воображаемой ямки, чтобы выйти изъ полости таза черезъ foramen obturatum.

Обыкновенно яичникъ не лежитъ внутри самой ямки, частью вслѣдствіе того, что она выполнена жировою тканью, частью потому, что разстояніе между v. iliaca externa и нижней ея границей слишкомъ незначительно для того, чтобы яичникъ могъ проникнуть въ ямку. При особенныхъ условіяхъ—послѣ исчезновенія жировой ткани, при достаточной ширинѣ и неправильномъ очертаніи ямки — можетъ, однако, имѣть мѣсто и смѣщеніе яичника въ эту послѣднюю.

По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Waldeyer*'а (*Journal of Anatom. and Physiolog.*, vol. XXXII) оказывается, что положеніе яичника въ ямкѣ встрѣчается довольно часто, такъ что на названномъ мѣстѣ находится плоское углубленіе, истинная fossa ovarica. При необыкновенно высокомъ



отхождении передних тазовых сосудов яичник лежит под сосудами (именно, под *art. umbilicalis*), которые обыкновенно образуют нижнюю границу сосудистой ямки. Смещение может повести даже к грыжѣ яичника, причемъ онъ выходитъ изъ таза чаще всего (*Garré*) черезъ большую сѣдалищную вырѣзку (*incisura ischiadica magna*), надъ верхнимъ краемъ грушевидной мышцы (*musc. pyriformis*).

Если предположить совершенно нормальное, типическое положеніе яичника, то, при вертикальномъ положеніи женщины, въ проекціи на боковой стѣнкѣ таза онъ представлялъ бы собою вертикальный овалъ, имѣющій приблизительно 3 сант. въ длину и 2 сант. въ ширину. Задній край этого воображаемаго овала вверху немного не доходитъ до *symphysis sacro-iliaca*, передній же заходитъ почти на 1 сант. за передній край *incisurae ischiadicae majoris*; верхній конецъ его лежитъ подъ *linea innominata* приблизительно на  $\frac{1}{2}$  сант., а нижній доходитъ или даже заходитъ за верхнюю границу нисходящей вѣтви сѣдалищной кости.

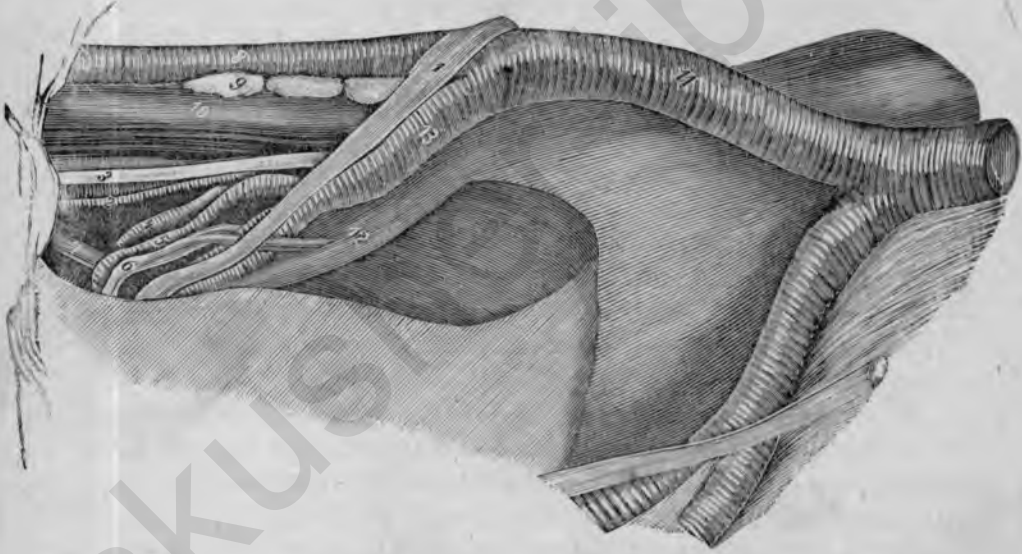


Рис. 5. Развѣтвленіе сосудовъ въ тазовомъ входѣ (собственный препаратъ). 1—Мочеточникъ. 2—*A. umbilicalis*. 3—*N. obturatorius*. 4—*A. obturat.* 5—*A. uterina*. 6—*Vena uterina*. 7—*V. obturat.* 8—*A. iliac. externa*. 9—Лимфатическія железы. 10—*V. iliaca externa*. 11—*A. iliac. com.* 12—*V. hypogast.* 13—*A. hypogast.*

Яичникъ удерживается въ своемъ положеніи посредствомъ брыжейки (*mesovarium*), собственной яичниковой связки (*lig. proprium*) и, преимущественно, подвѣшивающей связки (*lig. suspensorium ovarii*). Всѣ три связки яичника обладаютъ большою подвижностью, такъ что положеніе этого органа находится въ зависимости отъ положенія матки (*B. S. Schultze, Waldeyer*). Обыкновенно, если матка находится въ *anteversio-flexio*, яичникъ лежитъ такъ, что его свободный вышуклый (задній) край почти прикасается къ мочеточнику, а верхній его полюсъ находится подъ самымъ нижнимъ краемъ *v. iliacaе externae* (*Waldeyer*). Одна поверх-

ность яичника—именно *facies lateralis*—прилежитъ къ тазовой стѣнкѣ, другая—свободная поверхность, *facies medialis*—обращена въ полость таза. Его вогнутый или свободный край (*margo liber*) смотритъ къзади и нѣсколько къ средней линіи въ полость таза, а прямой край или *hilus* (*margo mesovariicus*) повернуть вперед и немного въ сторону. Задняя половина яичника покрываетъ (въ проекціи) верхне-переднюю часть *foraminis ischiadici majoris*. Линія, соединяющая центръ обоихъ яичниковъ, встрѣчаетъ стѣнку таза на 2—2½ см. позади конечныхъ точекъ поперечнаго діаметра таза, на самомъ краѣ *incisurae ischiadicae majoris*, или нѣсколько къзади, и проходитъ, при положеніи матки въ *anteversio-flexio*, позади ея тѣла.

Такимъ образомъ, чтобы прощупать яичникъ, нужно ввести внутренній палецъ по тазовой стѣнкѣ очень высоко, въ сторону и къзади отъ матки, и одновременно надавливать на эту область наружной рукой навстрѣчу внутреннему пальцу. Яичникъ, благодаря своей подвижности, такъ же, какъ и всякая свободно-подвижная кишечная петля, ускользаетъ изъ-подъ рукъ, а поэтому понятно, что нужно имѣть извѣстную опытность и навыкъ, чтобы прощупать его даже подъ наркозомъ. Впрочемъ, прощупывать этотъ органъ при всякомъ изслѣдованіи не безусловно необходимо. Если, несмотря на совершенно правильно веденное изслѣдованіе, яичниковъ не удастся найти, то это можно спокойно принять за признакъ, что они здоровы. Лишь при недостаточномъ развитіи всего полового аппарата, конечно, нахожденіе яичниковъ имѣетъ извѣстное значеніе для опредѣленія ихъ объема, хотя отправления и развитіе остальныхъ половыхъ органовъ въ достаточной мѣрѣ даютъ возможность заключить и о развитіи яичниковъ. Въ такихъ именно случаяхъ отыскать яичники бываетъ труднѣе всего.

Нужно остерегаться сразу принимать за яичникъ всякое тѣло, имѣющее съ нимъ сходную форму. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напр. при изслѣдованіи такъ называемыхъ гермафродитовъ, такимъ образомъ можно впасть въ очень большую ошибку, какъ это и бывало. Дѣло въ томъ, что сильно развитыя *appendices epiploicae* и железы, которые нормально находятся на боковой стѣнкѣ таза на уровнѣ яичниковъ, могутъ быть легко приняты за эти послѣдніе въ случаѣ, если они воспалены. Разъ яичникъ подвергся патологическимъ измѣненіямъ, то, если его связки растянуты, онъ спускается глубже въ тазъ, иногда до самаго дна Дугласова кармана, и прощупывается черезъ задній сводъ влагалища въ видѣ довольно рѣзко ограниченнаго, кругловатаго или продолговатаго тѣла (см. главу о заболѣваніяхъ яичниковъ).

*Изслѣдованіе собственной связки яичника (lig. ovarii proprium).*

При вильныхъ влагалищныхъ сводахъ и мягкихъ покровахъ живота удастся иногда прощупать *lig. ovarii proprium*, какъ то впервые показалъ *B. S. Schultze*. Связка эта отходитъ отъ дна матки подъ и нѣсколько къзади отъ мѣста отхожденія трубъ и идетъ къ нижнему полюсу яичника

(маточному концу, *extremus uterina*), лежа въ задней пластинкѣ широкой маточной связки подъ трубой и имѣя направленіе или прямо кнаружи, или назадъ, кнаружи и вверхъ, смотря по положенію дна матки.

*Исслѣдованіе Фаллопиевыхъ трубъ.* Здоровая Фаллопиева труба (*tuba Fallopii*) по своей подвижности и мягкости стѣнокъ точно также трудно доступна исслѣдованію, особенно расширенная часть ея (*ampulla tubae*); узкая часть ея, перешеекъ (*isthmus tubae*), имѣетъ болѣе плотныя стѣнки и болѣе узкій просвѣтъ, почему ее легче удастся захватить исслѣдующими руками, преимущественно вблизи матки, гдѣ подвижность ея весьма незначительна. Положеніе трубы находится въ тѣсной зависимости отъ положенія матки, такъ какъ она заложена въ широкой маточной связкѣ, *lig. latum* (см. ниже). При нормальномъ положеніи матки (*anteversio-flexio*) околоматочная треть трубы проходитъ горизонтально, а при сильной степени загиба матки впередъ она принимаетъ направленіе кнаружи и вверхъ; средняя треть проходитъ въ косвенномъ направленіи, вдоль по *hilus ovarii*, до самаго входа въ тазу (*His, Waldeyer*); наружная треть загнута назадъ и вкнутри, такъ что ея свободный подвижный конецъ (*fimbriae tubae*) находится на разстояніи  $\frac{1}{2}$  — 1 сант. отъ прямой кишки. Миѣ приходилось видѣть на нѣкоторыхъ препаратахъ Берлинскаго I Анатомическаго Института, что бахромки (*fimbriae*) трубы прикасались къ передней стѣнкѣ прямой кишки, причемъ въ тазу нигдѣ нельзя было найти даже слѣдовъ брюшинныхъ склеекъ.

Когда расширенная часть трубы (*ampulla tubae*) подвергается патологическому измѣненію, она обычно спускается въ Дугласово пространство, потому что ея брыжейка (*mesosalpinx*) растягивается подъ вліяніемъ возрастающей тяжести трубы. При этомъ она, какъ и измѣненный яичникъ, легко прощупывается черезъ задній сводъ влагалища. Вслѣдствіе того, что труба заложена внутри широкой связки, она можетъ, при патологическомъ увеличеніи, растянуть оба листка этой связки и содержаться, какъ всякая опухоль, заложленная внутри послѣдней.

*Положеніе широкихъ связокъ.* Такъ какъ широкія связки (*ligamenta lata*), покрытыя спереди и сзади брюшиной, отходятъ отъ боковыхъ краевъ тѣла матки, доходя вбокъ до стѣнки таза, то понятно, что матка должна имѣть извѣстное вліяніе на положеніе ихъ, но крайней мѣрѣ настолько, насколько это допускаютъ боковыя прикрѣпленія связокъ у стѣнки таза. Если тѣло матки лежитъ горизонтально, то медиальный отрѣзокъ широкой связки принимаетъ точно также это положеніе. Если тѣло матки перегнуто впередъ подъ острымъ угломъ, то и упомянутый отрѣзокъ связки точно также наклоняется болѣе впереди. Такъ называемая задняя пластинка широкой связки будетъ, слѣдовательно, при антефлексіи матки смотрѣть вверхъ, *resp.* вверхъ и впередъ, между тѣмъ ея передняя пластинка будетъ обращена книзу, *resp.* кзади и книзу (*Waldeyer*).

Верхне-боковой отрѣзокъ широкой связки, который тоньше и подвиж-

нѣе медиальнаго влѣдствіе меньшаго содержанія соединительнотканннхъ элементовъ между обоими листками брюшины, доходитъ своимъ прикрѣпленіемъ у боковой стѣнки таза вверхъ до самаго внутренняго края *m. psalis*, а именно до мѣста, лежащаго на 2 сантим. позади поперечника тазоваго входа; этотъ задній край широкой связки заключаетъ въ себѣ сѣмянные сосуды (*vasa spermatica*) и образуетъ такимъ образомъ связку, подвѣшивающую яичникъ (*lig. suspensorium ovarii*). Въ верхнемъ свободномъ краѣ связки лежитъ труба, вмѣстѣ съ которой этотъ отрѣзокъ широкой связки (*mesosalpinx*) дѣлаетъ изгибъ кнутри (въ полость таза) и прикрываетъ, какъ занавѣсью, яичникъ, такъ что сверху послѣдняго совсѣмъ не видно, или онъ виденъ только отчасти (см. рис. 4).

Широкия связки обыкновенно недоступны опредѣленію по своей мягкости и подвижности. Въ основаніи ихъ находятся первныя узлы, лимфатическіе сосуды и многочисленныя вены, идущія отъ половыхъ органовъ, затѣмъ *art. uterina*, *art. vaginalis* и мочеточникъ. Всѣ перечисленныя части окружены соединительнотканнми влагалищами, исходящими изъ *fascia endopelvica*; такимъ образомъ основанія широкихъ связокъ по обѣ стороны маточной шейки являются превращенными въ пространства, выполненныя плотно-петлистою, кавернозною, войлокообразною тканью—околоматочной клетчаткой (*parametrium*). Эта часть широкихъ связокъ иногда бываетъ доступна опредѣленію со стороны влагалища—у женщинъ, уже рожавшихъ. Она прощупывается въ видѣ жгута толщиной почти въ палецъ, который начинается отъ бокового края шейки матки и, постепенно уплощаясь, направляется къ боковой стѣнкѣ таза. Иногда внутри или на поверхности этого жгута прощупываются неправильныя, твердыя утолщенія, которыя большею частью могутъ быть объяснены закупоркою венъ широкихъ связокъ.

*Положеніе круглыхъ маточныхъ связокъ.* Такъ какъ круглыя связки (*ligam. teres*) матки лежатъ въ передней пластинкѣ широкой связки, то и ихъ положеніе находится точно также въ зависимости отъ положенія дна матки (рис. 4 и 6). При наклоненной впередъ маткѣ круглыя связки имѣютъ направленіе впередъ и кнаружи; если же дно матки находится возлѣ самой задней поверхности лопатнаго соединенія, какъ это бываетъ при рѣзко выраженномъ перегибѣ впередъ, то названныя связки имѣютъ направленіе прямо кнаружи и вверхъ—къ внутреннему отверстию вагинальнаго канала. Въ послѣднемъ случаѣ круглая связка перекрещиваетъ трубу, причѣмъ послѣдняя проходитъ надъ нею. При нормальномъ положеніи матки (небеременной) я никогда не находилъ круглыхъ связокъ—на трубѣ—въ напряженномъ состояніи; напротивъ, онѣ образовали большею частью поверхностныя изгибы.

Круглыя связки матки обыкновенно не прощупываются при изслѣдованіи. Впрочемъ, ихъ начало, у верхняго угла матки, подъ самою трубою, гдѣ связки эти толще и плотнѣе, иногда—при вильныхъ покровахъ живота—можетъ быть прощупано опытнымъ изслѣдователемъ со стороны влагалища въ видѣ кругловатаго тяжа.



Внутренние женские половые органы (съ препарата, вырванного изъ тазу; видъ сверху).  
1—Сагит. Douglasi; 2, 2—Lig. sacro-uterina (им. гесто-утерин.) 3—Матка. 4, 4—Яичники. 5, 5—Фаллопиевы трубы (проявляющія отчасти яичники). 6, 6—Lig. ovarii propria. 7, 7—Lig. teres uteri. 8, 8—Lig. suspensoria ovarii (отрѣзанныя). 9, 9—Передній листокъ широкихъ связокъ. 10, 10—Задній пластинка широкихъ связокъ. 11—Мочевой пузырь. 12—Прямая кишка.

**Положеніе маточно-крестцовыхъ связокъ.** Маточно-крестцовыя связки (*ligg. sacro-uterina*) заложены съ каждой стороны въ складкѣ брюшины, ограничивающей сбоку Дугласова пространство. Обѣ связки отходятъ отъ задней стѣнки шейки матки и идутъ къзади и нѣсколько кнаружи, гдѣ ихъ окончанія теряются на передней стѣнкѣ прямой кишки, resp. въ фасціи тазовой стѣнки, въ области 3-го, 2-го или 1-го крестцового позвонка (*Testut*); иногда, впрочемъ, окончанія связокъ достигаютъ мыса и даже заходятъ выше (*Testut, Huguier*). Мышечно-крестцовыя связки содержатъ много гладкихъ мышечныхъ волоконъ, почему ихъ часто считаютъ истинными мышцами (*musculi recto-uterini*). Ихъ функція состоитъ въ томъ, чтобы, оттягивая назадъ маточную шейку, удерживать матку въ ея нормальномъ положеніи. Обѣ маточно-крестцовыя связки окружены, особенно снаружи, соединительною тканью, которая представляетъ собою непосредственное продолженіе таковой же широкихъ связокъ; она проходитъ между дномъ Дугласова пространства и заднимъ влагалищнымъ сводомъ и называется задней околوماتочной клетчаткой (*parametrium posticum* по *B. S. Schultze*).

Маточно-крестцовыя связки обычно опредѣляются при изслѣдованіи лишь тогда, когда онѣ напряжены, — будь это искусственно, влѣдствіе поднятія свода пальцемъ и оттягиванія шейки впередъ, или будь это подъ влияніемъ патологическаго измѣненія ихъ (см. главу о *parametritis posterior*).

**Положеніе мочевого пузыря.** Нормальный мочевой пузырь въ опорожненномъ состояніи не прощупывается при изслѣдованіи. Если же его стѣнки утолщены, то пустой мочевой пузырь опредѣляется со стороны передняго свода влагалища въ видѣ подвижнаго, со стороны матки округленнаго тѣла, которое неволиѣ доходить до передней стѣнки шейки и представляется шире матки.

Наполненный мочевой пузырь мягокъ или упруго-эластиченъ, смотря по степени его наполненія, и дѣлаетъ иногда невозможнымъ ощупываніе остальныхъ тазовыхъ органовъ (см. выше стр. 8).

**Положеніе мочеточниковъ.** Мочеточникъ (*ureter*) лежитъ обыкновенно непосредственно на передней стѣнкѣ *art. hypogastricae*, перекрещивая *art. et venam iliacas externas*. Вдоль по передней стѣнкѣ *art. hypogastricae* онъ спускается въ малый тазъ и образуетъ вмѣстѣ съ названной артеріей ниже тазоваго входа заднюю границу *Waldeyer*'овской сосудистой ямки, упомянутой при описаніи топографіи яичника (рис. 5).

На всемъ своемъ протяженіи мочеточникъ пробѣгаетъ, попятно, внѣбрюшинно; тамъ, гдѣ онъ проходитъ непосредственно подъ брюшиной, онъ является сращеннымъ съ нею довольно плотно, но все-таки не настолько, чтобы брюшину надъ нимъ нельзя было немного сдвинуть. Ниже тазоваго входа онъ покрытъ тканью широкой маточной связки, — вначалѣ лишь задней ея пластинкой.

Мочеточникъ идетъ не совершенно прямо, а образуетъ нѣсколько

поверхностныхъ изгибовъ. Изгибы эти обуславливаются, главнымъ образомъ, анатомическими отношеніями подкладки, на которой лежитъ мочеточникъ, почему они и располагаются въ различныхъ плоскостяхъ. Относительно тазовыхъ сосудовъ мочеточникъ лежитъ нѣсколько кнутри, такъ что артеріи, выходящія изъ *art. hypogastrica*, вначалѣ проходятъ кнаружи отъ него. Всякій разъ, когда онъ перекрещиваетъ какой-нибудь большой сосудъ,—онъ дѣлаетъ соотвѣтственный изгибъ; особенно рѣзко выраженный изгибъ кнутри образуетъ онъ въ тазовомъ входѣ, тамъ, гдѣ онъ лежитъ на наружныхъ подвздошныхъ сосудахъ (*art. et vena iliacae externae*).

*Мочеточникъ и art. uterina.* Мочеточникъ идетъ по боковой стѣнкѣ таза до того мѣста, гдѣ *art. uterina* сворачиваетъ въ сторону; начиная отсюда, онъ удаляется все больше и больше отъ стѣнки таза, будучи

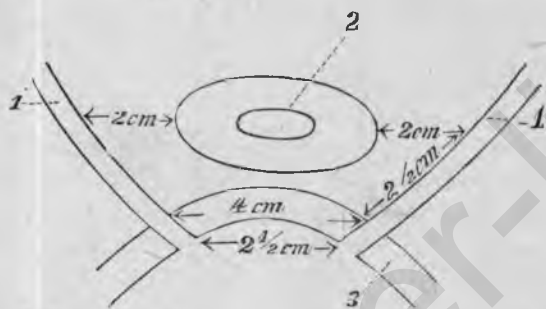


Рис. 7. Схематическій поперечный разрезъ, изображающій взаимное отношеніе мочеточниковъ къ шейкѣ матки. 1—Мочеточникъ. 2—Поперечный разрезъ черезъ шейку матки. 3—Стѣнка мочевого пузыря.

сопровождается этой артеріей. Такъ какъ послѣдняя вначалѣ лежитъ кнаружи отъ мочеточника, и такъ какъ она достигаетъ матки раньше, чѣмъ мочеточникъ—пузыря, то, естественно, оба эти органа должны гдѣ-нибудь образовать перекрестъ. Перекрещиваніе ихъ происходитъ на уровнѣ внутренняго маточнаго зѣва, и именно такимъ образомъ (при вертикальномъ положеніи женщины), что артерія проходитъ косо впереди и надъ мочеточникомъ. Послѣдній идетъ дальше въ разстояніи 0,8—1,5—2,0—2,4 сант. (*Luschka, Waldeyer, Freund, Joseph*) отъ шейки матки, нѣсколько ниже внутренняго зѣва ея, описываетъ небольшую дугу вверхъ и, наконецъ, впадаетъ въ заднюю стѣнку пузыря. Разстояніе между обоими мочеточниками въ мѣстѣ впаденія ихъ при пустомъ пузырьѣ равняется 4 сант. (рис. 7). Длина мочеточника въ среднемъ равна 27 сант. Левый мочеточникъ обычно бываетъ длиннѣе, но нерѣдко оба они имѣютъ одинаковую длину; правый бываетъ длиннѣе лѣваго лишь крайне рѣдко (*Quain*). Длина тѣла вліяетъ, конечно, и на длину мочеточника. Средняя толщина этого органа равняется 6 mm.: подчасъ, однако, онъ образуетъ веретенообразныя вздутія, причемъ толщина его въ этихъ мѣстахъ можетъ увеличиться вдвое.

Неизмѣненный мочеточникъ едва-ли можно прощупать со стороны прямой кишки. *Art. hypogastrica* не можетъ въ этомъ случаѣ служить указателемъ, ибо немислимо рѣшить, которая изъ ощупываемыхъ пульсовыхъ волнъ принадлежитъ ей. Напротивъ, введенный въ мочеточникъ

сопровождается этой артеріей. Такъ какъ послѣдняя вначалѣ лежитъ кнаружи отъ мочеточника, и такъ какъ она достигаетъ матки раньше, чѣмъ мочеточникъ—пузыря, то, естественно, оба эти органа должны гдѣ-нибудь образовать перекрестъ. Перекрещиваніе ихъ происходитъ на уровнѣ внутренняго

зондъ можно ощупать какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны прямой кишки. На доступность мочеточниковъ для изслѣдованія со стороны влагалища указалъ *Hegar* (въ своей „Оперативной гинекологіи“). *Singer* прощупывалъ оба мочеточника со стороны сводовъ влагалища въ видѣ двухъ кнаружи выпуклыхъ, чувствительныхъ къ давленію жгутовъ, толщиной въ гусиное перо, которые могли быть прослѣжены на протяженіи около 2 сант. кнаружи, отъ шейки до околоматочной клетчатки. Прощупываніе мочеточника со стороны рукава является значительно облегченнымъ, если влагалище этого органа, описанное *Walddeyer*'омъ, хорошо развито. Съ другой стороны, однако, слѣдуетъ помнить, что мочеточникъ лежитъ среди слоевъ фасціи, выстилающей полость таза (*fascia endopelvica*) и среди многочисленныхъ сосудовъ, между которыми его лишь съ трудомъ можно различить. Особенно закупоренныя вены широкихъ связей легко могутъ быть смѣшаны съ мочеточниками.

### 3. Осмотръ.

*Осмотръ наружныхъ половыхъ частей.* Въ случаѣ, если анамнезъ не заставляетъ предположить, что страданіе крестца главнымъ образомъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ, и потому не требуетъ основательнаго изслѣдованія послѣднихъ, то осмотръ ихъ можетъ быть произведенъ удобнѣе всего при введеніи зеркала, — и по возможности такъ, чтобы больная этого не замѣтила. Чѣмъ лучше знаетъ изслѣдователь анатомію наружныхъ половыхъ частей, тѣмъ быстрѣе замѣтитъ онъ какія-либо измѣненія въ нихъ. Мнѣ часто приходилось видѣть, что начинающіе, несмотря на продолжительный осмотръ, просматривали все-таки даже полные разрывы промежности.

При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей нужно обратить вниманіе на степень развитія большихъ губъ и лобка, затѣмъ на состояніе и окраску покрововъ большихъ и малыхъ губъ, — на то, закрываютъ онѣ входъ во влагалище или онѣ зияютъ, такъ что стѣнки влагалища выпячиваются наружу, — нѣтъ-ли гдѣ либо прищухлостей или другихъ измѣненій очертаній наружныхъ частей? Далѣе, нужно замѣтить, выдѣляется ли изъ половыхъ частей кровь или какой-либо секретъ, такъ какъ извѣстно, что женщины часто жалуются на обильныя бѣли, тогда какъ у нихъ имѣется лишь нормальное выдѣленіе слизи изъ преддверія влагалища; съ другой стороны, попадаются такія пациентки, у которыхъ, несмотря на очень сильныя бѣли, нѣтъ никакихъ жалобъ на это.

*Осмотръ влагалища и влагалищной части.* Осмотръ влагалища и влагалищной части производится при помощи зеркалъ. Обыкновенно для этого употребляется трубчатое зеркало. Калибръ его выбирается соответственно ширинѣ входа во влагалище: для женщинъ рожавшихъ берется самый большой померъ, для замужнихъ, но еще не рожавшихъ, — , для дѣвицъ — малый калибръ, а для старухъ — еще болѣе малый.



*Введение зеркала.* Зеркало берутъ всею рукою <sup>1)</sup> у наружнаго конца его и погружаютъ противоположный конецъ въ масло, которое при легкомъ повертываніи расплывается по наружной поверхности трубки; затѣмъ двумя пальцами другой руки раздвигаютъ половую щель и вводятъ верхушку зеркала во входъ, причемъ держатъ зеркало косо, такъ чтобы наружный конецъ его былъ направленъ внизъ. Начинаящіе часто имѣть привычку смазывать свободной рукою все зеркало масломъ; этотъ пріемъ совершенно излишенъ и имѣетъ то неудобство, что затѣмъ приходится маслянистою рукою марать платья паціентки и инструменты, которые могутъ понадобиться при дальнѣйшемъ изслѣдованіи. При введеніи зеркала во влагалище нужно имѣть же отдавливать внизъ (кзади) заднюю спайку для



Рис. 8. Зеркало *Simon'a*.

того, чтобы не задѣть переднимъ краемъ его отверстія мочеиспускательнаго канала. Какъ только верхушка зеркала проскользнула черезъ входъ, нужно приподнять наружный конецъ его, такъ чтобы зеркало приняло горизонтальное положеніе, и затѣмъ продвигать его вращательными движеніями до тѣхъ поръ, пока не вставится влагалищная часть; при этомъ можетъ помогать уже и вторая рука. Для вставленія влагалищной части очень важно, чтобы выдающійся конецъ верхушки зеркала попалъ какъ разъ въ задній сводъ рукава. Если влагалищную часть обнажить не удастся, то зеркало или чрезчуръ мало, или коротко, или оно продвинуто недостаточно глубоко въ вогнутость крестца, вследствие чего смѣстило влагалищную часть кзади или въ сторону. Если причина неудачи лежитъ въ этомъ послѣднемъ обстоятельстве, то нужно постараться отыскать влагалищную часть, поднимая раструбъ зеркала еще больше вверхъ, придавая ему качательныя или вращательныя движенія, или, наконецъ, выдвигая его нѣсколько назадъ.

Патологически увеличенная или необъемно высоко стоящая влагалищная часть иногда совсѣмъ не вставляется въ трубчатое зеркало. Въ такомъ случаѣ нужно взять зеркало *Nott'a* или *Simon'a* <sup>2)</sup>. При упо-

<sup>1)</sup> По моему, гораздо удобнѣе держать трубчатое зеркало, при введеніи его въ рукавъ, такимъ образомъ, чтобы большой палецъ лежалъ внутри зеркала, а остальные охватывали его раструбъ снаружи. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Можно взять также и зеркало *Cusco*. Послѣднее вводится въ плотно сложенномъ видѣ, причемъ рукоятка его должна быть обращена въ одну изъ боковыхъ сторонъ. При вставленіи его, какъ и при введеніи трубчатыхъ зеркалъ, слѣдуетъ оттягивать заднюю спайку книзу. Когда *Cusco'во*е зеркало введено въ рукавъ, его повертываютъ, такъ чтобы рукоятка смотрѣла вверхъ, и при помощи вѣща раздвигаютъ обѣ пластинки, стараясь обнажить ими влагалищную часть. *В. Г.*

требленіи зеркала *Nott*'а нужно вспомнить указанія, данныя выше на стр. 3. *Simon*'овское зеркало имѣеть то преимущество, что оно, обнажая всю влагалищную часть, удерживаееть ее почти въ совершенно естественномъ положеніи. Заднюю ложку его, — какъ и *Nott*'овское зеркало, — вводятъ черезъ входъ во влагалище въ косомъ направленіи съ отклоненной кнаружи рукояткой; когда же она ляжетъ на заднюю влагалищную стѣнку, то рукоятку нужно опустить книзу (кзади). Конецъ ложки долженъ лежать подъ влагалищною частью. Затѣмъ оттягиваніемъ рукоятки отдавливаетъ заднюю влагалищную стѣнку настолько, насколько это нужно. Если при помощи *Simon*'овскаго зеркала нужно лишь осмотрѣть *portio vaginalis uteri*, то для этого достаточно приподнять переднюю влагалищную стѣнку большимъ пальцемъ другой руки; въ другихъ случаяхъ пускаютъ въ ходъ, кромѣ задней, и переднюю ложку.

*Sims*'овское боковое положеніе. Если больная лежитъ на спинѣ, то, при широкомъ влагалищѣ и при смѣщеніи матки назадъ (*retropositio uteri*), иногда бываетъ совершенно невозможно увидѣть при помощи какого-бы то ни было зеркала влагалищную часть. Въ такихъ случаяхъ прекрасно помогаетъ *Sims*'овское боковое положеніе. Больная лежитъ при этомъ на лѣвомъ боку и отчасти на животѣ, съ приподнятымъ крестцомъ и съ правымъ бедромъ, согнутымъ надъ лѣвымъ. При такомъ положеніи пациентки достаточно оттянуть одной ложкой зеркала заднюю стѣнку влагалища кзади (вверхъ), чтобы сдѣлать вполне доступною глазу влагалищную часть, такъ какъ входящій воздухъ растягиваетъ влагалище настолько, насколько это нужно для осмотра.

Вмѣсто *Sims*'овскаго бокового положенія можно примѣнить и колѣбно-локтевое положеніе, но оно бываетъ обыкновенно въ высшей степени неприятно для больной.

Если по какой-либо причинѣ нельзя примѣнить *Sims*'овскаго положенія, то и въ положеніи на спинѣ влагалищная часть можетъ быть обнажена при помощи *Nott*'овскаго или *Simon*'овскаго зеркала, но для этого нужно подъ руководствомъ пальца предварительно захватить ее за переднюю губу пулевыми щипцами и вытянуть настолько, чтобы она вставилась въ зеркало <sup>1)</sup>.

*Наружный видъ влагалищной части.* При осмотрѣ влагалищной части нужно обратить вниманіе на ея наружный видъ, окраску и форму, затѣмъ — на величину и форму маточнаго зѣва, на присутствіе или отсутствіе надрывовъ, эрозій или опухолей на немъ или въ окружности его, при существующемъ же выдѣленіи изъ зѣва — на наружный видъ и характеръ его. Форма здоровой влагалищной части у женщинъ нерожавшихъ — коническая, у рожавшихъ — цилиндрическая, съ гладкою поверх-

<sup>1)</sup> Этотъ приемъ лучше всего выполняется при помощи особыхъ пулевыхъ щипцовъ, со съемными рукоятками. Введя такіе щипцы въ рукавъ и захвативъ ими, подъ руководствомъ пальца, переднюю губу *portionis vaginalis*, снимаютъ рукоятки, надвываютъ на щипцы зеркало, вводятъ его въ рукавъ и отыскиваютъ влагалищную часть, — если надо, потягивая за щипцы.

ностью, блѣдно-красноватаго цвѣта. У нерожавшихъ зѣвъ представляетъ собой круглую ямку или продолговатую щель съ гладкими краями, у рожавшихъ—продолговатую щель съ неровными, болѣе или менѣе зазубренными краями. Измѣненія на влагалищной части, происшедшія отъ родовъ, могутъ иногда съ годами совершенно сглаживаться, и я имѣю возможность каждый семестръ демонстрировать моимъ слушателямъ такіе случаи, гдѣ, несмотря на бывшіе роды, влагалищная часть имѣетъ коническую форму, а маточный зѣвъ—кругловатое очертаніе съ гладкими краями <sup>1)</sup>.

*Влагалище.* Нормальное влагалище обыкновенно не отдѣляетъ никакого секрета, ибо оно не имѣетъ железъ; стѣнки его однако всегда влажны, потому что ихъ постоянно орошаетъ выдѣленіе маточныхъ железъ, и потому что онѣ, не приходя въ соприкосновеніе съ наружнымъ воздухомъ, не подвержены его высушивающему дѣйствию. Во время беременности скопленіе секрета во влагалищѣ особенно значительно; оно зависитъ отчасти отъ усиленной дѣятельности цервикальныхъ железъ, отчасти отъ гипереміи слизистой оболочки влагалища и отъ вызываемаго ею усиленнаго пропотѣванія. Этотъ послѣдній факторъ является главною причиною увеличенія секрета и при заболѣваніяхъ влагалища.



Рис. 9. Маточный зондъ.

Если слизистая оболочка влагалища не гиперемирована, то можно считать секретъ, находящійся здѣсь, происшедшимъ изъ матки. Слизь, выдѣленная железами тѣла матки, жидка, отъ примѣси отслоившихся эпителиальныхъ клѣтокъ слегка мутновата; слизь цервикальныхъ железъ вязка, стекловидна, почти прозрачна, сходна съ посовою слизью. Обыкновенно матка выдѣляетъ лишь столько слизи, сколько нужно для увлаженія ея стѣнокъ.

Секретъ маточныхъ железъ имѣетъ щелочную реакцію, которая измѣняется во влагалищѣ въ кислотную, вѣроятно, подъ влияніемъ жизнедѣятельности нѣкоторыхъ живущихъ тамъ микроорганизмовъ.

#### 4. Изслѣдованіе черезъ прямую кишку.

У дѣвицъ, все равно какого возраста, изслѣдованіе тазовыхъ органовъ должно быть производимо всегда только черезъ прямую кишку. Если безъ изслѣдованія черезъ влагалище нельзя обойтись, то это должно быть заранѣе объявлено роднымъ или самой больной. Во всякомъ случаѣ у молодыхъ дѣвушекъ рукавное изслѣдованіе допустимо только подъ наркозомъ.

Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку даетъ почти столь же точное

<sup>1)</sup> Разумѣется, такую картину влагалищная часть можетъ представлять у женщинъ, которыя рожали только 1—2 раза. В. Г.

представленіе о положеніи тазовыхъ органовъ, какъ и изслѣдованіе чрезъ рукавъ. Оно производится въ спинно-крестцовомъ положеніи больной и, подобно рукавному, — однимъ пальцемъ. При этомъ чрезъ переднюю стѣнку прямой кишки прощупывается сначала влагалищная часть, затѣмъ тѣло матки, положеніе и величина которой опредѣляются наружною рукою. Окрестность матки *per rectum* удается ощупать не менѣе хорошо, чѣмъ *per vaginam*, — собственно говоря, даже лучше, ибо задніе контуры имѣющихъ уплотненій и опухолей отсюда гораздо болѣе доступны точному опредѣленію. Поэтому, напр., при ракъ шейки никогда не слѣдуетъ упускать изслѣдованіе чрезъ прямую кишку, потому что такимъ путемъ можно ввести палецъ гораздо выше, чѣмъ со стороны задняго свода, и такимъ образомъ лучше ощупать широкія связки сзади <sup>1)</sup>.

Впрочемъ, хотя изслѣдованіе чрезъ прямую кишку во многихъ случаяхъ и даетъ вполне удовлетворительные результаты, — все же оно не можетъ вполне замѣнить влагалищнаго, какъ это думали нѣкоторые, отчасти въ виду сравнительной чистоты послѣдняго, отчасти потому, что со стороны кишки нельзя непосредственно ощупать и осмотрѣть влагалищную часть. И такъ, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло не касается дѣвствъ, влагалищное изслѣдованіе остается единственно правильнымъ <sup>2)</sup>.

### 5. Зондированіе матки.

Зондированіе матки, въ качествѣ вспомогательнаго діагностическаго метода, необходимо лишь въ исключительныхъ случаяхъ <sup>3)</sup>, — когда, напримеръ, нужно опредѣлить длину полости матки при міомахъ или отграничить матку отъ какой-нибудь неопредѣленной опухоли или уплотненія. О техникѣ зондированія будетъ сказано ниже.

<sup>1)</sup> Особый видъ прямокишечнаго изслѣдованія предложенъ *Kelly*. Способъ этотъ состоитъ въ изслѣдованіи чрезъ наполненную воздухомъ прямую кишку, при положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ. Техника его слѣдующая: опороживъ кишечникъ пациентки, кладутъ ее въ колыно-грудномъ положеніи, вводятъ въ *rectum* круглое зеркало съ obturatoromъ, извлекаютъ послѣдній, причѣмъ воздухъ входитъ въ прямую кишку, затѣмъ осторожно переводятъ пациентку въ спинно-крестцовое положеніе съ приподнятымъ тазомъ и тогда начинаютъ изслѣдовать. При этомъ, какъ и убѣдился, тазовые органы прощупываются гораздо отчетливѣе, чѣмъ при обыкновенномъ ректальномъ изслѣдованіи, такъ какъ всѣ кишечныя петли являются отъсѣненными вверхъ. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Влагалищное изслѣдованіе во многихъ случаяхъ весьма выгодно сочетать съ прямокишечнымъ, вводя одинъ палецъ изслѣдующей руки въ рукавъ, а другой — въ *rectum*. При этомъ способѣ врачу удается лучше, чѣмъ при всякомъ другомъ, получить данныя относительно процессовъ, мѣстомъ развитія которыхъ является *septum recto-vaginale*. Значительныя выгоды въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ представлять и сочетаніе бимануальнаго изслѣдованія съ прямокишечнымъ или такъ назыв. тройное изслѣдованіе, при которомъ одинъ палецъ правой руки вводится въ рукавъ, другой въ *rectum*, а лѣвая рука надавливаетъ на стѣнки живота. *В. Г.*

<sup>3)</sup> Хотя, быть можетъ, необходимымъ зондированіе матки и является лишь въ исключительныхъ случаяхъ, но полезнымъ его слѣдуетъ признать для большинства ихъ. Поэтому применять зондъ съ діагностическою цѣлью я считалъ бы возможнымъ *largi manu*, — разумѣется, при соблюденіи всѣхъ необходимыхъ мѣръ предосторожности. *В. Г.*

### 6. Расширение цервикального канала.

Расширение цервикального канала предпринимается отчасти, чтобы имѣть возможность пальцемъ ощупать полость матки, отчасти, чтобы произвести выскабливаніе ея или удаленіе полипа. Оно производится:

1) Посредствомъ надрѣзовъ. Этотъ способъ можно рекомендовать только въ томъ случаѣ, если цервикальный каналъ отчасти уже раскрытъ, какъ это бываетъ при подслизистыхъ фибромахъ, когда они собираются родиться въ рукавъ; надрѣзы должны быть въ послѣдствіи зашиты.

2) Посредствомъ расширителей (дилататоровъ). Изъ нихъ можно рекомендовать или *Fritsch*'евскіе, или *Ellinger*'овскій <sup>1)</sup>. Если употребляютъ расширители *Fritsch*'а, то нужно начинать съ самаго малаго номера и вводить въ послѣдовательномъ порядкѣ всѣ штифты, обязательно проталкивая ихъ притомъ за внутренній маточный зѣвъ.

*Ellinger*'овскій инструментъ вводится тоже за внутренній зѣвъ, затѣмъ рукоятки его сдавливаются и удерживаются въ этомъ положеніи нѣкоторое время, послѣ чего инструментъ поворачиваютъ и повторяютъ этотъ пріемъ въ разныхъ поперечникахъ, пока цервикальный каналъ не будетъ достаточно раскрытъ.

Расширеніе при помощи инструментовъ должно производиться подъ руководствомъ глаза при помощи *Nott*'овскаго или *Simon*'овскаго зеркалъ, причемъ передняя и задняя губа зѣва должны быть фиксированы пулевыми щипцами. Расширеніе должно быть производимо въ одинъ сеансъ <sup>2)</sup>.



Рис. 10. Маточный расширитель *Fritsch*'а.

3) Посредствомъ разбухающихъ палочекъ *laminaria* или *tupelo*. Для обеззараживанія этихъ палочекъ ихъ кладутъ на болѣе или менѣе продолжительное время въ растворъ іодоформа въ эфирѣ или кипятятъ въ пробиркѣ съ 2% растворомъ суслемы, затѣмъ погружаютъ на нѣсколько минутъ въ 5% карболовый или 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> суслемовый растворъ <sup>3)</sup>. Вводятъ ихъ въ цервикальный каналъ при помощи корнцанга, продвигая за внутренній зѣвъ. Во время введенія влагалищная часть должна быть фиксирована посредствомъ пулевыхъ щипцовъ, — конечно, если это только нужно. Послѣ введенія влагалище тампонируется, чтобы не дать палочкѣ вы-

<sup>1)</sup> Съ большимъ удобствомъ могутъ быть употребляемы для расширенія цервикального канала и бужи *Hegar*'а. В. Г.

<sup>2)</sup> Безусловно необходимо, чтобы врачъ, прежде чѣмъ приступить къ расширенію, составилъ себѣ вполне ясное представленіе объ анатомическихъ особенностяхъ полости цервикального канала и тѣла матки. Достигается это путемъ предварительнаго зондированія. В. Г.

<sup>3)</sup> Чтобы сдѣлать расширеніе при помощи ламинарин и *tupelo* безболѣзненнымъ, *Blondel* рекомендуетъ передъ употребленіемъ выдерживать ихъ въ теченіе 8 дней въ насыщенномъ эфирномъ растворѣ ортоформа. В. Г.

скользнуть назадъ, и больную немедленно кладутъ въ постель. Черезъ 24 часа разбухнувшая палочка удаляется, причемъ, если удалось ввести болѣе или менѣе высокій номеръ, то цервикальный каналъ оказывается проходимымъ для одного пальца. Если расширение получилось недостаточное, то можно прибѣгнуть къ расширителямъ. *Laminaria* заслуживаетъ предпочтенія предъ *tupelo*, потому что она полая въ серединѣ.

4) Посредствомъ йодоформированной марли. Расширеніе по этому способу удобно лишь во время беременности. Для расширенія шейскаго канала небеременной матки оно требуетъ чрезчуръ много времени, почему и является противопоказаннымъ.

### 7. Пробное выскабливаніе.

Пробное выскабливаніе предпринимается ради полученія матеріала для микроскопическаго изслѣдованія тканей и показуется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ анамнезъ и клиническія данныя заставляютъ заподозрить злокачественное заболѣваніе слизистой оболочки матки. Важно, чтобы при немъ было выскоблено достаточное количество кусочковъ, притомъ изъ разныхъ мѣстъ маточной полости.

Если цервикальный каналъ не пропускаетъ ложечки, то нужно его расширить, какъ уже описано выше. Пробное выскабливаніе производится въ общемъ такимъ же образомъ, какъ и выскабливаніе съ терапевтическою цѣлью, относительно котораго см. ниже главу о воспаленіи слизистой оболочки матки. О приготовленіи выскобленныхъ массъ для микроскопическаго изслѣдованія будетъ сказано тамъ же.

### 8. Пробная эксцизія.

Пробная эксцизія предпринимается при подозрительно выглядящихъ эрозіяхъ и состоитъ въ вырѣзываніи клиновиднаго куска изъ влагалищной части. Оба разрѣза, нужные для этого, лучше всего вести во фронтальномъ направленіи, ибо этимъ облегчается не только зашиваніе, но и добываніе большаго и болѣе подходящаго куска для изслѣдованія. О приготовленіи куска для микроскопическаго изслѣдованія см. ниже.

Пробная эксцизія производится при соблюденіи асептическихъ мѣръ предосторожности, притомъ по возможности подъ наркозомъ. Рекомендуется обыкновенно къ эксцизіи присоединить и пробное выскабливаніе.

### 9. Пробная пункція.

Пробная пункція производится чрезъ влагалище для того, чтобы поставить дифференціальный діагнозъ между *haematocele resp.* гематомой и экссудатомъ, и дѣлается въ тѣхъ случаяхъ, когда результаты изслѣдованія заставляютъ предположить одно изъ этихъ заболѣваній <sup>1)</sup>. При

<sup>1)</sup> Помимо указанныхъ авторомъ случаевъ, пробная пункція можетъ быть съ пользою и безъ всякой опасности примѣняема и въ некоторыхъ другихъ, напр. при опухляхъ рукава, для дифференціального распознаванія кистъ рукавной стѣнки отъ плотныхъ опухолей ея.

кистахъ и вообще опухоляхъ брюшной полости пробной пункціи не слѣдуетъ производить ни чрезъ влагалище, ни чрезъ брюшные покровы, ибо, съ одной стороны, по полученной жидкости нельзя придти къ безусловно вѣрному заключенію о характерѣ опухоли, а съ другой—пункція въ этихъ случаяхъ прямо вредна, такъ какъ при ней содержимое опухоли можетъ попасть въ брюшную полость и вызвать перитонитъ; послѣдній ведетъ къ сращеніямъ опухоли съ окружающими частями, и это въ свою очередь въ значительной степени затрудняетъ послѣдующее удаленіе опухоли.

Для пробной пункціи пользуются *Pravatz'*овскимъ шприцемъ, вмѣстимостью около 5 граммовъ, съ иглою толщиною въ визальную. Игла вкалывается въ наиболее выпячивающееся въ рукавъ мѣсто скопленія и вводится на глубину около 3 см., послѣ чего поршень вытягивается. Если при этомъ жидкости не получится, то можно повторить пункцію въ другомъ мѣстѣ, гдѣ-нибудь по сосѣдству. Нужно остерегаться чрезмеръ глубокаго введенія иглы, ибо она можетъ пройти насквозь черезъ все скопленіе. Гной и кровь, полученные при проколѣ, легко различимы простымъ глазомъ, сомнительно же выглядящую жидкость нужно изслѣдовать подъ микроскопомъ или химическимъ путемъ.



Рис. 11. Маточный катетеръ (1/4 нат. вел.).

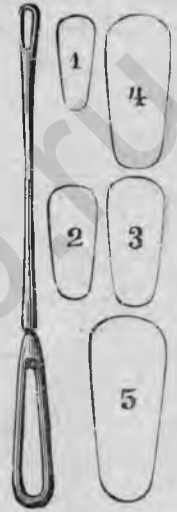


Рис. 12. Ложечка для выскабливанія съ указаніемъ употребляемыхъ величинъ. (1/4 нат. велич.).

### 10. Пробное чревосѣченіе.

Пробное чревосѣченіе предпринимается главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нужно рѣшить вопросъ о возможности или невозможности удаленія опухоли, признанной злокачественною; далѣе, оно примѣняется тамъ, гдѣ изслѣдованіе живота указываетъ на присутствіе опухоли значительныхъ размѣровъ, но не рѣшаетъ вопроса объ ея происхожденіи, характерѣ и возможности удаленія; наконецъ, оно показуется при асцитѣ, когда изслѣдованіе исключаетъ заболѣваніе легкихъ, сердца, печени и почекъ. Опытъ учитъ насъ (*Gusserow*), что асцитъ можетъ быть вызванъ сосочковою опухолью яичника (*papilloma ovarii*), послѣ своевременнаго удаленія которой наступаетъ полное излеченіе больной. Извѣстны далѣе случаи (и у насъ въ клиникѣ было нѣсколько такихъ), гдѣ при асцитѣ находили брюшину усеянную бугорковидными узелками, и гдѣ послѣ пробнаго чревосѣченія и выпусканія асцитической жидкости наступало полное излеченіе невыясненнымъ еще образомъ.

Пробное чревосѣченіе имѣетъ то преимущество передъ пробной пунк-

цей, что при немъ можно посредствомъ зрѣнія и осязанія придти къ точному заключенію о характерѣ и распространеніи опухоли и затѣмъ можно выпустить черезъ рану столько жидкости, сколько признано будетъ нужнымъ.

Само собой понятно, что пробное чревосѣченіе должно быть производимо при соблюденіи тѣхъ же самыхъ мѣръ предосторожности, какъ и всякое чревосѣченіе вообще. Отверстіе въ брюшинѣ дѣлается при немъ сначала такой величины, чтобы чрезъ него можно было ввести два пальца. Чрезъ это отверстіе сначала выпускается водяничная жидкость, которая рѣдко отсутствуетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ показуется пробное чревосѣченіе; вытеканіе ея регулируютъ при этомъ закрываніемъ и открываніемъ раны; затѣмъ приступаютъ къ ощупыванію брюшной полости, и если для этого отверстіе окажется недостаточно большимъ, или если будетъ найдено, что существующая опухоль можетъ быть удалена, то рану удлиняютъ настолько, насколько это нужно.

#### 11. *Исслѣдованіе подѣ наркозомъ.*

Исслѣдованіе подѣ наркозомъ заслуживаетъ болѣе широкаго примѣненія, чѣмъ какое оно до сихъ поръ имѣло въ практикѣ врачей.

Во многихъ случаяхъ лишь подѣ наркозомъ можно получить правильное представленіе о распространенности прощупываемаго уплотненія, о подвижности ретрофлексированной матки и о состояніи внутреннихъ половыхъ органовъ вообще. Възъ исслѣдованія подѣ наркозомъ не слѣдуетъ ставить окончательнаго діагноза опухолей, а также рѣшать вопроса объ ихъ удалимости, отъ какового рѣшенія зачастую, какъ, напр., при ракѣ матки, зависитъ „быть или не быть“ пациентки.

Обычно для наркоза не имѣется никакихъ серьезныхъ препятствій. Примѣнять съ цѣлью усиленія лучше всего хлороформъ, потому что при немъ усиленіе наступаетъ скоро, и, кромѣ того, онъ мало раздражаетъ дыхательные пути. Если состояніе сердца противопоказуетъ хлороформированіе, то нужно брать эфиръ. Само собой понятно, что наркозомъ пользуются также и для другихъ, нужныхъ для діагноза вмѣшательствъ напр. для расширенія цервикальнаго канала, пробнаго выскабливанія, пробной экцизии,—но не для пробнаго чревосѣченія! (! В. Г.).

#### 12. *Цистоскопія.*

О значеніи цистоскопіи въ гинекологіи мнѣнія авторовъ пока еще значительно расходятся. Женскій мочевой пузырь такъ легко доступенъ для исслѣдованія и леченія, что цистоскопъ употребляется главнымъ образомъ только для діагностики пузырьныхъ опухолей и заболѣваній почекъ. Цистоскопія имѣетъ свое научное основаніе, для больной она относительно мало тягостна, наконецъ, техника ея очень проста, почему она и заслуживаетъ полнаго вниманія въ подходящихъ случаяхъ, напр. при мочеточниковыхъ свищахъ, при которыхъ моча вливается въ пузырь лишь изъ неповрежденнаго мочеточника.



Методъ этотъ описанъ въ каждомъ новомъ руководствѣ по внутреннимъ болѣзнямъ и хирургіи, а такъ какъ примѣненіе его въ гинекологической практикѣ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго, то я и отсылаю желающихъ познакомиться съ нимъ къ упомянутымъ руководствамъ.

### 13. Расширеніе мочеиспускательнаго протока.

Съ давнихъ поръ, когда гинекологическая діагностика находилась еще въ зародышѣ, расширеніе мочеиспускательнаго канала производилось уже для изслѣдованія пальцемъ мочевого пузыря или для зондированія мочеточниковъ подъ руководствомъ пальца. Для этого пользовались *Hegar*'овскими зеркалами изъ твердаго каучука, съ обтураторомъ. Они вводились послѣдовательно, въ восходящемъ порядкѣ номеровъ, до тѣхъ поръ, пока мочеиспускательный протокъ не становился проходимымъ для пальца. *Kelly* воспользовался для данной цѣли зеркалами изъ металла. *Grünfeld*, *Pawlick* и *Kelly* показали, что при помощи зеркалъ можно освѣщать пузырную стѣнку электрическимъ свѣтомъ или отраженными солнечными лучами, непосредственно осматривать отверстія мочеточниковъ и зондировать послѣдніе, для каковой цѣли нужны особые, длинные, тонкіе и гибкіе зонды, такъ называемые мочеточниковые.



Рис. 13. Зеркало для мочеиспускательнаго протока *Kelly*.

**Зондированіе мочеточниковъ.** Для изслѣдованія такого рода больная должна быть захлороформирована и уложена въ спинно-ягодичномъ положеніи. Сначала расширяютъ мочеиспускательный протокъ послѣдовательнымъ введеніемъ до самаго пузыря разныхъ номеровъ зеркалъ съ обтураторомъ (*Kelly*), начиная съ самаго малаго номера. Рукоятка зеркала должна быть приподнята для того, чтобы отверстіе мочеточника, находящееся на днѣ пузыря, попало въ поле зрѣнія. Оно узнается легко по окружающему его валику. Открывъ его, медленно и осторожно вводятъ въ мочеточникъ, подъ контролемъ зрѣнія, зондъ.

Если нужно собрать мочу, то пользуются полыми зондами. Зондированіе мочеточниковъ небезопасно въ виду возможности зараженія и пораненія. Послѣ каждаго расширенія мочеиспускательнаго канала остается на время недержаніе мочи, которое почти всегда проходитъ само собой; извѣстны однако случаи, гдѣ послѣ расширенія приходилось прибѣгать къ искусственному суженію канала, чтобы устранить ненормальное истеченіе мочи.

Недавно *A. Neumann*'омъ былъ изобрѣтенъ аппаратъ („Harnscheider“), при помощи котораго можно собирать мочу изъ обѣихъ почекъ отдѣльно. Я лично не имѣлъ случая испробовать его, но мысль, лежащая въ основѣ этого прибора, совершенно правильна. Если этотъ инструментъ окажется практичнымъ, то показанія къ примѣненію цистоскопа и зондированію мочеточниковъ съюзятся въ значительной степени.

Прошли уже, къ счастью, тѣ времена, когда, напр., какую-нибудь опухоль на влагалищной части матки считали причиной хлороза, истеріи или какой-нибудь другой болѣзни. Однако и теперь еще часто случается, что больную оперируютъ по поводу какого-нибудь незначительнаго страданія полового аппарата, а затѣмъ до тѣхъ поръ лечатъ, пока она не умретъ отъ основной своей болѣзни. Поэтому нужно принять себѣ за правило — не считать какое-нибудь незначительное отклоненіе половых частей отъ нормы непременно за причину всѣхъ имѣющихся общихъ разстройствъ организма, въ родѣ отсутствія аппетита, малокровія, головныхъ болей, нервности, безсонницы, а искать источникъ этихъ страданій въ органахъ, которые стоятъ въ непосредственной связи съ соответственными отправлениями организма. Нельзя отрицать, разумѣется, что нервныя разстройства могутъ быть дѣйствительно вызваны рефлекторнымъ путемъ со стороны матки или яичниковъ, вслѣдствіе, напр., ихъ смѣщенія, старыхъ рубцовъ и т. п. Но все-таки эта мысль должна стоять на послѣднемъ планѣ, ибо, обративъ вниманіе больной на половой аппаратъ, легко можно лишь ухудшить ея состояніе. Болѣзнь теперешняго времени по преимуществу — это неврастенія. Причины ея кроются чаще всего въ обстоятельствахъ, которыя лишь рѣдко сообщаются врачамъ, и относительно которыхъ врачебное искусство является обыкновенно безсильно, — таковы чрезмѣрный трудъ изъ нужды или неудовлетвореннаго честолюбія, заботы о пропитаніи, бѣдность, безнравственная семейная жизнь и пр. Сколько, однако, кастрацій было произведено по поводу истеріи, психическаго угнетенія или неврастенія, возникшихъ на подобной почвѣ!

## В. Спеціальная часть.

### І. Болѣзни матки.

#### 1. *Анатомія матки.*

Длина матки у дѣвиць равняется 7—8 сант., у женщинъ 8—9 сант.; длина ея полости у дѣвиць почти никогда не бываетъ меньше 6 сант., у женщинъ 6½—7 сант.

Матка имѣетъ форму груши съ уплощенными передней и задней стѣнками, причемъ передняя болѣе плоска, чѣмъ задняя. Анатомически въ этомъ органѣ различаютъ: тѣло (*corpus uteri*) и шейку (*cervix uteri*); тѣло у взрослыхъ женщинъ объемлетъ шейку, у плодовъ же и дѣвочекъ, не достигшихъ половой зрѣлости, имѣется обратное отношеніе. У старухъ вся матка сморщивается, но особенно значительно уменьшается шейка, вслѣдствіе чего величина тѣла значительно превосходитъ величину послѣдней. Шейка матки у дѣтей и дѣвиць имѣетъ обыкновенно веретенообразную форму, у женщинъ — цилиндрическую. У мѣста перехода шейки въ тѣло существуютъ неглубокая перетяжка. Тѣло имѣетъ форму трех-

угольника съ закругленными сторонами, обращеннаго основаниемъ вверхъ.

Шейку матки дѣлятъ на влагалищную и надвлагалищную часть, *portio vaginalis et portio supravaginalis cervicis* <sup>1)</sup>.

Изъ двухъ губъ влагалищной части передняя, хотя она и короче задней, но вдается во влагалище глубже, благодаря наклоненному впередъ положенію матки.

У женщинъ рожавшихъ матка больше, чѣмъ у дѣвицъ, дно ея, *fundus uteri*, болѣе выпукло, и переходъ между тѣломъ и шейкой не такъ ясно выраженъ, какъ у дѣвицъ. Полость матки у дѣвицъ имѣеть во фронтальномъ разрѣзѣ трехугольную, а у женщинъ болѣе овальную форму. Далѣе, у женщинъ внутренній маточный зѣвъ, *orificium internum*, выраженъ менѣе ясно, первикальный каналъ коротче, наружный зѣвъ, *orificium externum*, имѣеть болѣе или менѣе глубокіе надрывы.

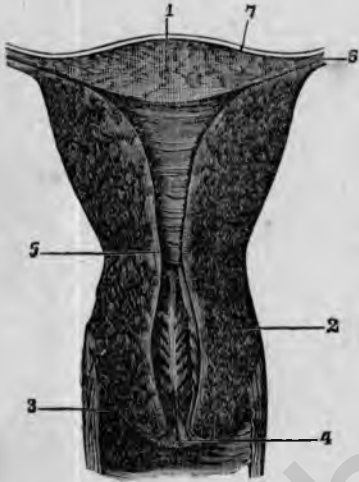


Рис. 14. Фронтальный разрѣзъ двѣственной матки.

1—Дно матки. 2—Шейка. 3—Влагалищная часть. 4—Наружный маточный зѣвъ. 5—Внутренній зѣвъ. 6—Труба. 7—Брюшина.

Стѣнка матки имѣеть различную толщину: у дна толщина ея въ среднемъ равняется 1 сантим., у устья трубъ—8 милл., въ области тѣла—отъ 1,2 до 1,5 сантим., въ области шейки—9 милл. Задняя стѣнка почти всегда толще передней.

Стѣнка матки состоитъ изъ трехъ слоевъ: изъ брюшины (*tunica serosa, perimetrium*), изъ мышечнаго слоя (*tunica muscularis*) и изъ слизистой оболочки (*tunica mucosa*).

Брюшинный слой покрываетъ переднюю и заднюю стѣнку матки, причѣмъ сзади онъ спускается гораздо глубже, чѣмъ спереди, гдѣ онъ приблизительно на уровнѣ внутренняго зѣва переходитъ на мочевой пузырь. Впрочемъ, сзади брюшина спускается не у всѣхъ женщинъ одинаково глубоко, почему и глубина задняго Дугласова кармана является различною <sup>2)</sup>. Во всякомъ случаѣ обычно вся задняя стѣнка шейки бываетъ покрыта брюшиной. Отъ матки послѣдняя непосредственно переходитъ по обѣ стороны въ передній и задній листокъ широкой связки. Къ тѣлу матки брюшина повсюду прикрѣпляется такъ плотно, что ее почти нельзя снять, не повредивъ подлежащей мускулатуры.

<sup>1)</sup> Различаютъ еще третью часть шейки—*pars media*; часть эта расположена между параллельными плоскостями, проведенными черезъ линіи прикрѣпленія передняго и задняго влагалищныхъ сводовъ, которые прикрѣпляются къ шейкѣ на различной высотѣ. В. Г.

<sup>2)</sup> Задній Дугласовъ карманъ отличается особенною глубиною у дѣтей. В. Г.

Мышечная часть стѣнки матки состоитъ изъ переплетающихся между собой во всѣхъ направленіяхъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, между которыми развѣтвляются сосуды и нервы. Можно различать два главныхъ слоя ихъ: наружный, слабо развитый, который состоитъ преимущественно изъ продольныхъ волоконъ и переходитъ въ трубы, широкія и круглыя связки, связки яичника и *ligam. sacro-uterina*,—и внутренний, значительно сильнѣе развитый, который содержитъ сосуды и переходитъ въ мускулатуру влагалища. Между мышечными пучками встрѣчаются соединительнотканныя и эластическія волокна, особенно во внутреннемъ слое<sup>1)</sup>.

Мускулатура шейки образуется почти исключительно внутреннимъ слоемъ мышцъ матки, такъ какъ наружный продольный слой ея не спускается такъ низко. Здѣсь мышечныя волокна переплетены съ плотной соединительной тканью и эластическими волокнами, почему шейка и плотнѣе матки, такъ что влагалищная часть ея, при оцѣнываніи, по своей твердости производитъ такое же впечатлѣніе, какъ кончикъ носа.

Сосуды шейки, заложенные преимущественно въ наружныхъ слояхъ ея, отличаются особенно толстыми стѣнками.

Относительно строгія слизистой оболочки матки см. главу объ эндометриѣ.

Питаеть матку *art. uterina* (см. стр. 24), которая на уровнѣ шейки, обыкновенно кнутри отъ мочеточника, дѣлится на двѣ вѣтви неодинаковой толщины, изъ которыхъ нижняя идетъ къ шейкѣ и къ верхней половинѣ влагалища, верхняя же, сильнѣе развитая, — къ тѣлу матки. Последняя вѣтвь идетъ по боковому краю матки, образуя многочисленные изгибы, и распадается у трубнаго угла на двѣ конечныя вѣтви, изъ которыхъ верхняя (*ramus tubarius*) питаеть трубу, нижняя же (*ramus ovarii*) переходитъ непосредственно въ *art. spermaticam internam*. Обѣ эти конечныя вѣтви *art. uterinae* сообщаются между собою посредствомъ анастомозовъ, идущихъ внутри *mesosalpinx'a*.

Корни венозныхъ сосудовъ матки собираются съ каждой стороны вдоль бокового края матки въ одну (рѣже двѣ) маточную вену (*v. uterina*), которая сопровождаетъ *art. uterinam* и изливается въ *vena hypogastrica* или *vena obturatoria* (см. рис. 5). *Vena uterina* (*plexus uterinus*)

<sup>1)</sup> Чтобы составить себѣ ясное представленіе объ архитектурѣ мышечныхъ стѣнокъ матки, слѣдуетъ обратиться къ исторіи развитія этого органа. Произведенныя мною, совмѣстно съ *Werth* омъ, изслѣдованія въ этомъ направленіи показали, что среди маточной мускулатуры слѣдуетъ различать первичную и вторичную. Первая лежитъ болѣе кнутри, вторая болѣе кнаружи. Первая представляетъ собою продолженіе мускулатуры трубъ и, подобно этой последней, состоитъ изъ трехъ слоевъ: слабо развитаго внутренняго продольнаго (субмукознаго), мощнаго средняго изъ циркулярныхъ волоконъ и наружнаго продольнаго; всѣ эти слои происходятъ изъ мезодермальной ткани, окружающей *Müller* овы ходы. Вторичная мускулатура развивается позже первичной, изъ соединительной ткани, лежащей между первичной мускулатурой и брюшиной; состоитъ она изъ волоконъ, имѣющихъ преимущественно продольное направленіе. На границѣ между первичной и вторичной мускулатурой лежитъ соединительный слой, который гистологически относится къ первой, но не имѣетъ ея типичной структуры.

имѣть многочисленныя анастомозы съ *vena spermatica* (*plexus pampiniformis*) и съ пузырьно- и маточно-рукавными венами (*venae vesico- et utero-vaginalis*), вѣдѣтвѣ чего она такимъ образомъ находится въ сообщеніи съ венами таза, наружныхъ половыхъ органовъ и нижнихъ конечностей.

Лимфатическіе сосуды матки собираются въ два главныхъ выводящихъ ствола: сосуды, идущіе изъ шейки, несутъ лимфу къ железамъ наружнаго подвздошнаго сплетенія (*plexus iliacus externus*), расположеннымъ на боковой стѣнкѣ таза (подъ и надъ *vena iliaca ext.*); сосуды тѣла матки пробѣгаютъ по верхнему отдѣлу широкихъ связокъ, затѣмъ выходятъ изъ таза вмѣстѣ съ *art.* и *vena spermaticae internae* черезъ *lig. suspensorium ovarii* и впадаютъ въ лимфатическія железы, принадлежащія къ поясничному сплетенію (*plexus lumbalis*), которыя лежатъ вокругъ *vena cava inferior* и *aorta descendens*; къ нимъ же идутъ и лимфатическіе сосуды яичника.

Нервы матки происходятъ отчасти изъ подчревнаго сплетенія (*plex. hypogastricus*) симпатической нервной системы, отчасти же изъ крестцоваго сплетенія (*plexus sacralis*).

## 2. Аномалии формы и положенія матки.

### а) Наклоненіе матки впередъ (*anteversio uteri*).

При этой аномалии влагалищная часть матки является такъ далеко отклоненною къзади, что лишь съ трудомъ можно обойти заднюю губу ея, чтобы попасть въ задній сводъ; тѣло матки плотно прилежитъ къ передней стѣнкѣ рукава; маточное дно лежитъ значительно ниже влагалищной части, всего лишь въ нѣсколькихъ сантиметрахъ отъ внутренняго отверстія мочеиспускательнаго канала. Однимъ словомъ, матка расположена при этомъ какъ будто вверхъ ногами. Борозда, которая при нормальной антефлексіи бываетъ на

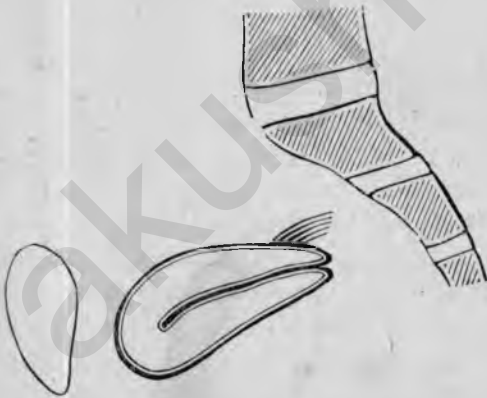


Рис. 15. *Anteversio uteri; parametritis posterior.*

передней стѣнкѣ органа, въ области внутренняго зѣва, представляется или совершенно изглаженною, или едва намѣченною.

Причину указанной аномалии нужно искать въ укороченіи обѣихъ маточно-крестцовыхъ связокъ, вѣдѣтвѣ котораго шейка матки оттягивается къзади и вверхъ, что, въ свою очередь, способствуетъ западенію тѣла матки впереди. Укороченіе маточно-крестцовыхъ связокъ вызывается, какъ это доказалъ *B. S. Schultze*, чаще всего заднимъ параметритомъ

(*parametritis posterior*); отъ него же зависятъ главнымъ образомъ и припадкн, на которые жалуются больныя съ *anteversio*. Кромѣ того сильно наклоненное впередъ тѣло матки можетъ вызывать разстройства мочеиспусканія вѣдствие давленія на шейку пузыря; особенно часто это бываетъ, если матка подъ вліяніемъ хроническаго метрита увеличена и плотна, благодаря чему она не можетъ легко подаваться назадъ подъ давленіемъ со стороны наполняющагося мочевого пузыря.

Терапія данной аномаліи состоитъ въ леченіи задняго параметрита и хроническаго метрита.

b) *Перегибъ матки впередъ подъ острымъ угломъ (anteflexio uteri).*

У нерожавшихъ женщинъ иногда можно встрѣтить тѣло матки такъ сильно наклоненнымъ впередъ, что оно образуетъ съ шейкой острый уголъ. Въ такомъ случаѣ, если ввести изслѣдующій палець, какъ это уже было описано, по передней стѣнкѣ шейки до мѣста перегиба, который находится на уровнѣ внутренняго зѣва, то тыльная поверхность пальца будетъ касаться тѣла матки, въ то время какъ ладонная— передней стѣнки шейки. Тѣло матки обычно представляется при этомъ имѣющимъ шарообразную форму, не увеличеннымъ, пожалуй даже уменьшеннымъ противъ нормы. Шейка имѣетъ особенную коническую форму, вѣдствие которой влагалищной части присвоено названіе *os turgoidum*; при этомъ она почти всегда нѣсколько удлинена.

Наружный зѣвъ имѣетъ кругловатую форму, не особенно малые размѣры; шеечный каналъ не суженъ.

Описанное измѣненіе формы матки можетъ быть врожденнымъ,—мнѣ нѣсколько разъ приходилось наблюдать его у зародышея. Далѣе, оно часто встрѣчается при дѣтской маткѣ (*uterus infantilis*), хотя его и нельзя считать исключительно свойственнымъ этой послѣдней.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разбираемая аномалія не вызываетъ никакихъ болѣзненныхъ припадковъ; подобные случаи не требуютъ и никакого леченія.

Однако встрѣчаются и такія женщины съ антефлексіей матки, которыя жалуются на сильныя боли во время менструаціи и страдаютъ



Рис. 16. Остроугольная *anteflexio uteri*.

бесплодіемъ, для объясненія котораго у нихъ не оказывается никакой другой причины <sup>1)</sup>.

*Дисменоррея при антефлексіи.* Выяснить связь между дисменорреей и антефлексіей матки не такъ-то легко. Самое простое объясненіе,—что во время регуль происходит скопленіе менструальной крови въ полости матки, которое обуславливаетъ сокращенія послѣдней. Взглядъ этотъ, однако, опровергнуть уже *B. S. Schultze*, который доказалъ, что при введеніи зонда въ антефлектированную матку во время менструаціи крови изъ нея совсѣмъ не вытекаетъ. Остается, стало быть, предположить, что при антефлексіи,—какъ и при ретрофлексіи,—существуетъ перегибъ широкихъ связокъ, который обуславливаетъ препятствія для оттока венозной крови. Этотъ венозный застой, въ связи съ менструальнымъ приливомъ крови, ведетъ сначала къ набуханію, затѣмъ къ заболѣванію слизистой оболочки матки и вызываетъ болѣзненные сокращенія послѣдней. Что перегибъ матки дѣйствительно можетъ быть причиной дисменорреи,—это доказывается тѣмъ фактомъ, что менструальныя боли во многихъ случаяхъ исчезаютъ, какъ только матка будетъ выпрямлена посредствомъ зонда.

*Бесплодіе при антефлексіи.* Связь между антефлексіей и бесплодіемъ, напротивъ, можно объяснить себѣ гораздо легче. При перегибѣ просвѣтъ цервикальнаго канала въ области внутренняго зѣва суживается, а такъ какъ слизистая оболочка большею частью при этомъ является припухшею, то и создается достаточное препятствіе, чтобы сдѣлать невозможнымъ проникновеніе сперматозоидовъ въ полость матки. Правильность этого взгляда доказывается тѣмъ, что иногда беременность, несмотря на многолѣтнее бесплодіе, наступаетъ уже послѣ однократнаго зондирования.

Въ случаяхъ остроугольной антефлексіи, гдѣ нельзя найти другой причины для объясненія дисменорреи и бесплодія (патологическія измѣненія самой матки и ея придатковъ, импотенція и аспермія мужа), показано мѣстное леченіе данной аномаліи, состоящее въ выпрямленіи матки и въ восстановленіи проходимости цервикальнаго канала.

Въ прежнее время цѣль эта достигалась посредствомъ введенія внутриматочныхъ пессаріевъ. Я, однако, не признаю этого способа леченія, потому что лежащій въ маткѣ штифтъ повреждаетъ внутреннюю поверхность органа и во всякомъ случаѣ вызываетъ продолжительное раздраженіе, послѣдствій котораго нельзя предвидѣть.

Перегнутую матку почти всегда удастся выпрямить подъ наркозомъ, однако лишь этимъ однимъ нельзя довольствоваться, а слѣдуетъ вдоба-

---

<sup>1)</sup> Такимъ образомъ существуетъ, съ одной стороны, физиологическая антефлексія матки, съ другой—патологическая. Разница между ними—не столько въ величинѣ угла перегиба, сколько въ томъ, что при патологической антефлексіи оба кольца перегнутой матки являются фиксированными по отношенію другъ къ другу, тогда какъ при физиологической—они сохраняютъ свою подвижность. Оттого при физиологической антефлексіи уголь перегиба, при бимануальномъ изслѣдованіи, легко можетъ быть увеличенъ и даже совершенно уничтоженъ, при патологической же это является невозможнымъ или очень труднымъ.

вокъ еще вводить зондъ для того, чтобы расправить складки слизистой оболочки, существующія всегда у мѣста перегиба.

**Зондированіе матки.** Введеніе зонда слѣдуетъ производить обязательно подъ руководствомъ глаза, для чего надо обнажить влагалищную часть при помощи *Nott*овскаго или *Simon*овскихъ зеркалъ. Если зондированіе все-таки не удастся, то нужно захватить переднюю губу *portio*nis vaginalis пулевыми щипцами, чтобы воспрепятствовать смѣщенію матки. При этомъ зондъ обыкновенно проскальзываетъ безъ всякихъ трудностей въ полость матки, что и является лучшимъ доказательствомъ отсутствія суженія; иногда, однако, приходится прибѣгать къ особымъ приемамъ (*tour-de-maitre*) для того, чтобы обойти *plicae palmatae*. Продвинувъ зондъ до уровня внутренняго маточнаго зѣва, нужно опустить его рукоятку, между тѣмъ какъ до этого мѣста зондъ вводится съ поднятой рукояткой, согласно направленію цервикальнаго канала. Особенно надо остерегаться, чтобы не счесть сопротивление со стороны дна матки за суженіе внутренняго зѣва. Эта ошибка бываетъ нерѣдко причиной прободенія маточнаго дна. Вѣрнѣе всего можно избѣгнуть прободенія, если заранее по возможности точно опредѣлить величину матки посредствомъ бимануальнаго изслѣдованія, и если во время введенія зонда, дѣленія котораго должны быть точно извѣстны, слѣдить, какъ далеко онъ вошелъ <sup>1)</sup>. Функционирующая матка лишь рѣдко можетъ быть укорочена на 1 ½ — 2 см. противъ нормы, обыкновенно же укороченіе ея значительно меньше. Такимъ образомъ, если, на примѣръ, зондъ введенъ лишь на половину разстоянія отъ верхушки его до кнопки (см. рис. 9), то можно спокойно счесть всякое встрѣтившееся сопротивление зависящимъ отъ внутренняго зѣва. При каждомъ сеансѣ зондированія зондъ оставляютъ въ маткѣ минуты на двѣ. Въ первый разъ лучше производить зондированіе передъ самыми регулами, и затѣмъ, если нужно, повторить его нѣсколько разъ (два раза во время каждой менструальной паузы). Выпрямленіе матки посредствомъ зонда является, конечно, лишь временнымъ. Тѣмъ не менѣе приходится довольно часто видѣть, что менструальныя боли послѣ него исчезаютъ, по крайней мѣрѣ на извѣстное время; а такъ какъ это вмѣнательство, при соблюденіи необходимыхъ предосторожностей, является совершенно безопаснымъ, то его можно спокойно повторять въ подходящихъ случаяхъ.

Если зондированіе производится по поводу бесплодія, то слѣдуетъ посоветовать пациенткѣ имѣть сношеніе нѣсколько часовъ спустя послѣ него. Съ наступленіемъ беременности всѣ болѣзненные явленія обыкновенно прекращаются.

Если зондированіе при *anteflexio uteri* остается безрезультатнымъ, то можно еще попробовать у больныхъ тѣ способы леченія, которые рекомендуются при *uterus infantilis* <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Еще лучше, передъ тѣмъ какъ вводить зондъ, точно опредѣнить длину полости матки при помощи эластическаго бужа. В. Г.

<sup>2)</sup> Однимъ изъ простѣйшихъ и дѣйствительнѣйшихъ средствъ при патологиче-



е) *Смѣщеніе матки въ сторону (lateropositio uteri).*

Смѣщеніе матки *in toto* въ сторону можетъ быть какъ врожденнымъ, такъ и приобретеннымъ; въ последнемъ случаѣ оно вызывается или сморщиваніемъ широкой связки той стороны, въ которую смѣщена матка, или же ненормальнымъ наполненіемъ широкой связки противоположной стороны. Обѣ эти причины могутъ быть безъ труда опредѣлены при помощи изслѣдованія (см. главу о болѣзняхъ широкихъ связокъ).

Врожденнымъ можно считать смѣщеніе матки въ сторону, если оно встрѣчается у нерожавшей женщины и если, притомъ, анамнезъ и результаты изслѣдованія не указываютъ на бывшее у пациентки заболѣваніе полового аппарата.

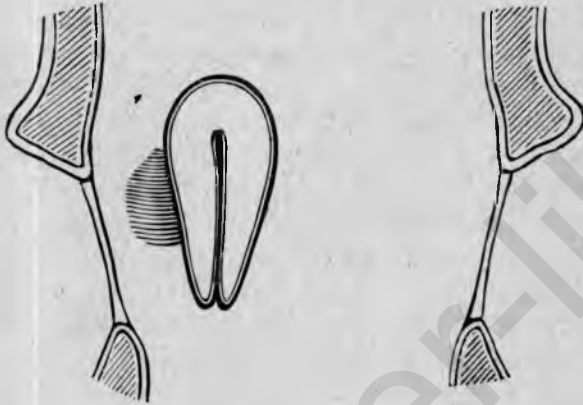


Рис. 17. *Lateropositio uteri.*

Диагнозъ не представляетъ трудностей, если взять влагалищную часть за исходную точку для отысканія тѣла матки. Какихъ-либо болѣзненныхъ явленій боковое смѣщеніе матки само по себѣ не вызываетъ; если они существуютъ, въ при-

обретенныхъ случаяхъ, то обуславливаются не самимъ смѣщеніемъ, а причиной, вызвавшей это послѣднее. Служить-ли данная аномалія препятствіемъ для зачатія,— это еще не доказано; я думаю, что нѣтъ.

Терапія состоитъ въ леченіи страданія, лежащаго въ основѣ смѣщенія (см. главу о болѣзняхъ широкихъ связокъ). Врожденное смѣщеніе, которое обыкновенно находятъ лишь случайно при изслѣдованіи, предпринятомъ по другимъ причинамъ, не требуетъ никакого особеннаго вниманія.

d) *Наклоненіе матки въ сторону (lateroversio uteri).*

Матка при этой аномаліи лежитъ косо въ тазу; влагалищная часть ея находится у одной боковой стѣнки таза, въ то время какъ тѣло наклонено къ другой.

скаго антефлексии матки является, какъ я убѣдился, выпрямленіе ея бужами *Hegar's*. Опералія эта производится такъ же, какъ и опералія расширенія шейнаго канала при его стенозѣ. Слѣдуетъ только быть очень осторожнымъ съ введеніемъ бужей, такъ какъ ими легко проткнуть заднюю стѣнку матки въ мѣсть перегиба. Во избѣжаніе этого лучше вводить первые NN бужей по вставленному предварительно въ матку, соответвенно изогнутому желобоватому зонду. По окончаніи бужированія, чтобы закрыть матку въ ея правильномъ положеніи, нѣкоторые авторы совѣтуютъ вставлять въ нее твердый (шир. изъ серебра) дренажъ въ видѣ слегка изогнутой трубки съ дырками. Наружный конецъ этой трубки пришивается нѣсколькими швами къ влагалищной части около наружнаго зѣва. Дренажъ остается въ маткѣ около 6 недѣль, послѣ чего швы снимаются, и онъ удаляется. Пациентка проводитъ лишь около недѣли въ постели, остальное же время, пока лежитъ дренажъ, остается на ногахъ.

Это изменение положения, какъ доказалъ *Kussmaul*, можетъ быть врожденнымъ. Гораздо чаще, однако, оно является приобретеннымъ и происходитъ вследствие рубцового сморщиванія околоматочной клетчатки. Въ свою очередь рубцы послѣдней происходятъ почти всегда изъ глубоко проникающихъ разрывовъ шейки (см. ниже). При изслѣдованіи такой рубецъ прощупывается въ сводѣ той стороны, куда притянута влагалищная часть, въ видѣ плотнаго, напряженнаго тяжа, на одномъ концѣ — постепенно исчезающаго по направленію къ тазовой стѣнкѣ, на другомъ же непосредственно переходящаго въ зияющій разрывъ влагалищной части.

Иногда подобный рубецъ вызываетъ одновременно съ наклономъ матки въ сторону еще ретроверсію-флексію ея. Въ такомъ случаѣ онъ приобретаетъ особенное значеніе, потому что пессарій при этомъ не въ состояніи удержать матку въ нормальномъ положеніи.

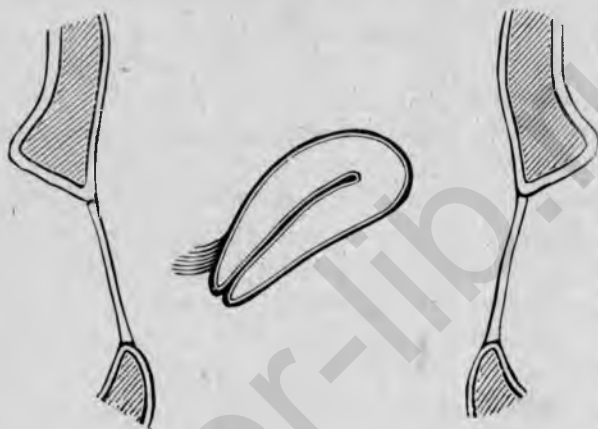


Рис. 18. Lateroversio uteri.

Принадки, наблюдаемые при данной аномалии, въ общемъ бываютъ вызваны не самимъ измененіемъ положенія, а упомянутыми рубцами въ параметріи. Впрочемъ, смѣщеніе матки въ сторону несомнѣнно можетъ при случаѣ представлять препятствіе для зачатія. Лечение, — если таковое вообще требуется, — должно быть направлено противъ измененийъ въ околоматочной клетчаткѣ (см. болѣзни широкихъ связокъ).

Принадки, наблюдаемые при данной аномалии, въ общемъ бываютъ вызваны не самимъ измененіемъ положенія, а упомянутыми рубцами въ параметріи. Впрочемъ, смѣщеніе матки въ сторону несомнѣнно можетъ при случаѣ представлять препятствіе для зачатія. Лечение, — если таковое вообще требуется, — должно быть направлено противъ измененийъ въ околоматочной клетчаткѣ (см. болѣзни широкихъ связокъ).

#### е) Перегибъ матки въ сторону (*lateroflexio uteri*).

Тѣло матки при этой аномалии перегнуто въ сторону, причѣмъ уголъ, образуемый имъ и шейкой, открытъ влѣво или вправо. Развивается перегибъ въ сторону обыкновенно вследствие рубцового сморщиванія широкой связки той стороны, въ которую перегнуто тѣло матки.

Перегибы матки влѣво и вправо (*sinistro-* и *dextroflexiones*) могутъ быть, какъ и остальные аномаліи положенія этого органа, врожденными; чаще, однако, они бываютъ приобретенными. Въ настоящее время такіе перегибы нерѣдко являются побочными результатами оперативнаго удаленія придатковъ; при этомъ матка можетъ быть фиксирована въ данномъ положеніи, благодаря присоединившемуся воспаленію тазовой брюшины. Наконечъ и міомы, развившіяся въ боковой части дна матки, могутъ вызвать перегибъ матки въ сторону.

Діагностика бокових перегибовъ не представляетъ особенныхъ затрудненій. Въ этихъ случаяхъ около шейки прощупывается обыкновенно прилежащее къ ней кругловатое тѣло; что это тѣло дѣйствительно и есть *corpus uteri*,—видно изъ того, что оно переходитъ непосредственно въ шейку и имѣетъ форму и величину маточнаго тѣла; помимо того, послѣдняго нельзя нигдѣ найти въ другомъ мѣстѣ.

При міомѣ, развившейся внутритѣбно, бросается въ глаза увеличеніе перегнутой матки и ея плотная консистенція (см. главу о міомахъ).

*Lateroflexio uteri* можетъ служить помѣхою для зачатія. Всѣ болѣзненные явленія, наблюдаемые при этой аномаліи, зависятъ отъ причиннаго страданія, почему и леченіе должно быть направлено по возможности на устраненіе рубцовъ и ложныхъ перепонокъ.

f) *Смѣщеніе матки назадъ (retropositio uteri).*

Вся матка *in toto* является при этомъ смѣщенной къ задней стѣнкѣ таза, причѣмъ, однако, ея нормальная форма сохранена, такъ что тѣло загнуто впередъ. Нормальная антеверсія, однако, уничтожена, продолженіе оси шейки матки, которая наклонена къзади, пересѣкаетъ вверху заднюю стѣнку таза.

Благодаря такому положенію шейки, нѣкоторые авторы называютъ смѣщеніе матки назадъ *retro-versio cum anteflexione*.

У нерожавшихъ женщинъ смѣщенная къзади матка имѣетъ иногда такую же форму, какъ и при остроугольной антефлексіи, а шейка представляется нѣсколько удлиненной.

При изслѣдованіи иногда матку находятъ очень высоко, возлѣ самаго мыса, гдѣ она съ трудомъ лишь достигается (обычно при этомъ говорятъ,



Рис. 19. *Retropositio uteri.*

что влагалище длинно), а маточный зѣвъ—направленнымъ впередъ и внизъ.

Со стороны задняго влагалищнаго свода при данной аномаліи всегда можно прощупать заднюю стѣнку шейки и отчасти тѣла, благодаря чему легко можно принять это положеніе за ретроверсію, особенно если тѣло матки отличается незначительными размѣрами. Если, однако, при этомъ ввести конецъ пальца достаточно высоко по передней стѣнкѣ шейки, то всегда удастся найти уголъ, образуемый тѣломъ.

Смѣщеніе матки назадъ можетъ быть явленіемъ врожденнымъ; въ такомъ случаѣ оно пріобрѣтаетъ известное значеніе лишь тогда, когда

матка, вследствие бывшаго воспаления тазовой брюшины (pelveoperitonitis s. perimetritis), фиксирована въ этомъ положеніи (см. соответствующую главу). Какъ извѣстно, задняя стѣнка шейки и задній сводъ посрединѣ покрыты брюшиной, которая здѣсь въ области свода переходитъ на прямую кишку и заднюю стѣнку таза. Поэтому понятно, что склеиваніе обоихъ листковъ брюшины должно вести къ приращенію шейки къ прямой кишкѣ и тазовой стѣнкѣ.

Смѣщеніе матки назадъ можетъ быть, далѣе, явленіемъ приобретеннымъ, вследствие болѣзненнаго укороченія маточно-крестцовыхъ связокъ. Мы видѣли, правда, при описаніи антеверсін, что укороченіе маточно-крестцовыхъ связокъ вызываетъ усиленное наклоненіе матки впередъ; поэтому можетъ показаться противорѣчивымъ, что та же самая причина вызываетъ смѣщеніе матки назадъ. Однако это не такъ. Причина, почему въ одномъ случаѣ укороченіе маточно-крестцовыхъ связокъ вызываетъ антеверсію, а въ другомъ — смѣщеніе матки къзади, лежитъ, повидимому, въ способѣ прикрѣпленія этихъ связокъ. При высокомъ и широкомъ прикрѣпленіи послѣднихъ укороченіе ихъ вызываетъ *retropositio uteri*, при узкомъ и низкомъ — антеверсію.

Къ смѣщенію матки назадъ вследствие укороченія маточно-крестцовыхъ связокъ (*parametritis post.*) можетъ впоследствии присоединиться воспаление тазовой брюшины (*perimetritis*), которое можетъ повести къ приращенію матки къ задней стѣнкѣ таза (*retropositio uteri fixata*).

Изъ приведеннаго описанія видно, какъ нужно распознавать смѣщеніе матки назадъ. Такъ какъ эта аномалія сама по себѣ никакого леченія не требуетъ, а нуждаются въ леченіи лишь сопутствующія и вызывающія ее воспаленія, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и нужно сначала рѣшить, — какой изъ воспалительныхъ процессовъ существуетъ: параметритъ, или периметритъ, или, наконецъ, обѣ формы вмѣстѣ (см. главу о параметритѣ и тазовомъ перитонитѣ).

#### г) *Наклоненіе матки къзади (retroversio uteri).*

При *retroversio uteri* тѣло матки не образуетъ угла съ шейкой. Матка лежитъ къзади, продолженіе ея оси пересѣкаетъ заднюю тазовую стѣнку подъ мысомъ. Зѣвъ обращенъ впередъ и книзу.

Указанное положеніе матки можетъ быть или временнымъ, или постояннымъ. Временно матка отклоняется назадъ при наполненіи мочевого пузыря и кишекъ, или же вследствие разслабленія ея связокъ, какъ это бываетъ, напр., въ послѣродовомъ періодѣ.

Каждому гинекологу навѣрно приходилось наблюдать такіе случаи ретроверсін матки, гдѣ она, несмотря на то, что не подвергалась никакому особенному леченію, при слѣдующемъ, позже предпринятомъ, изслѣдованіи оказывалась въ антеверсін и оставалась въ этомъ положеніи.

*Retroversio uteri* можетъ быть явленіемъ врожденнымъ. Различныя наблюдатели находили ее при вскрытіи труповъ новорожденныхъ. Вообще ретроверсія дѣвственной матки — всегда явленіе врожденное.

Сама по себѣ разбираемая аномалія не вызываетъ обыкновенно никакихъ припадковъ. Лишь очень рѣдко женщины съ подвижной ретроверсией жалуются на такія болѣзненные явленія (давленіе на низъ, боли при испражненіи, при регулахъ и въ поясницѣ), которыя, особенно у дѣвицъ, могутъ быть объяснены смѣщеніемъ матки. Что касается устройствъ общаго характера, особенно нервныхъ явленій, которыя могутъ быть наблюдаемы одновременно съ ретроверсией матки, то они не должны быть безъ дальнѣйшихъ оцѣнокъ принимаемы, какъ это дѣлалось прежде, за результатъ рефлекторнаго вліянія ретроверсии.

Иначе обстоитъ дѣло, если одновременно съ наклономъ матки кзади существуетъ тазовый перитонитъ, и матка фиксирована въ этомъ положеніи ложными периметритическими перенонками.

Въ такомъ случаѣ *retroversio uteri* можетъ сопровождаться очень сильными болѣзненными явленіями, которыя зависятъ, однако, не отъ положенія матки, а отъ воспаления брюшины и сращеній.

Диагнозъ ретроверсии обыкновенно не труденъ. Уже влагалищная часть указываетъ на положеніе матки, — она направлена впередъ и приближена къ симфизу. Со стороны задняго свода можно при этомъ оцунуть всю заднюю стѣнку матки до самаго дна ея. Впрочемъ, смѣщеніе ретроверсии съ остроугольной аптефлексией — вещь возможная.



Рис. 20. *Retroversio uteri*.

Леченіе ретроверсии матки можетъ быть иногда показано главнымъ образомъ ради того, чтобы воспрепятствовать превращенію ея въ ретрофлексію; за исключеніемъ этого подвижная ретроверсия матки требуетъ особаго леченія лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, когда именно мѣстные жалобы яeno указываютъ на зависимость ихъ отъ данной аномаліи. Если ретроверсия матки будетъ случайно опредѣлена въ послѣродовомъ періодѣ, то, само собою понятно, она должна быть немедленно исправлена.

Лечебныя мѣры при ретроверсии состоятъ въ томъ, что матку переводятъ въ антеверсію и стараются удержать ее въ этомъ положеніи при помощи пессарія *Hodge*'а (см. ниже).

При *retroversio uteri fixata* леченіе должно быть направлено противъ периметрита (см. главы о *retroflexio uteri*, о пери- и параметритѣ). Если матку удастся, послѣ излеченія периметрита, высвободить изъ лож-

ныхъ перепонокъ и перевести въ антеверсію, то можно заставить болѣзную носить известное время опять-таки пессарій *Hodge'a*, чтобы матка снова не приросла.

h) *Перегибъ матки къзади (retroflexio uteri).*

Матка при этой аномаліи наклонена назадъ, причѣмъ тѣло ея перегнуто къзади, такъ что въ области внутренняго зѣва, между тѣломъ и шейкой, образуется уголъ. Перегибъ этотъ можетъ быть очень слабо выраженъ, и уголъ его будетъ тупой (*retroflexio* первой степени); но оно можетъ быть и очень сильно выражено, такъ что тѣло будетъ образовывать съ шейкой острый уголъ и лежать глубже послѣдней (*retroflexio* третьей степени). Между этими степенями встрѣчается много переходныхъ (*retroflexio* второй степени). Подобно маткѣ и широкія связки претерпѣваютъ загибъ къзади, вълѣдствіе чего вены, проходящія въ нихъ, перегибаются. Благодаря этому, въ маткѣ развивается венозный застой, ведущій къ переполненію органа и послѣдующему хроническому воспаленію какъ мышечнаго слоя, такъ и слизистой оболочки его.

*Смѣщеніе яичниковъ и трубъ.* Вълѣдствіе глубокаго стоянія дна матки и натяженія собственной яичниковой связки (*lig. ovarii proprium*) яичникъ при ретрофлексіи смѣщается со своего обычнаго мѣста и оттягивается къзади. Это влеченіе распространяется на *mesovarium* и подвѣшивающую связку яичника (*lig. suspensorium ovarii*), вызы-

вая въ концѣ концовъ растяженіе и расслабленіе всѣхъ перечисленныхъ связокъ. Въ результатъ яичникъ спускается все глубже въ тазъ и можетъ наконецъ совершенно опуститься на дно Дугласова пространства, гдѣ и будетъ лежать сбоку или позади перегнутого тѣла матки. Такъ какъ, далѣе, *lig. suspensorium ovarii* представляетъ собой задній свободный край *mesosalpinx'a*, то послѣдствіемъ смѣщенія яичника является опущеніе яичниковаго конца трубы (*ampulla tubae*) и *mesosalpinx'a*, которые въ свою очередь могутъ опуститься на самое дно Дугласова пространства.

*Происхожденіе перегиба матки къзади.* *Retroflexio uteri*, какъ и *retroversio*, можетъ быть явленіемъ врожденнымъ, потому что неоднократно приходилось встрѣчать матку въ этомъ положеніи у новорожденныхъ дѣтей. У женщинъ нерожавшихъ данную аномалію можно, пожалуй, объяснить исключительно этой причиною.



Рис. 21. *Retroflexio uteri.*

Гораздо чаще, однако, ретрофлексія представляет собою страданіе пріобрѣтенное, притомъ въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ—развивающееся вельдѣствіе неудовлетворительной обратной инволюціи матки и ея связокъ въ послѣродовомъ періодѣ<sup>1)</sup>. На Гинекологическомъ Съѣздѣ въ Лейпцигѣ, въ 1897 году, *Olshausen* высказалъ, правда, мнѣніе, что большинство ретрофлексій въ послѣродовомъ періодѣ представляют собою рецидивъ имѣвшагося уже раньше перегиба назадъ, а *Veit*,—что ретрофлексія чаще всего является врожденною, по крайней мѣрѣ предрасположеніе къ ней; но, во всякомъ случаѣ, подъ влияніемъ послѣродового періода, преимущественно если родильница покинула постель рано, перегибъ матки несомнѣнно въ значительной степени усиливается и часто лишь тогда впервые заставляетъ обратить на себя вниманіе. Развивающійся при этомъ, подъ влияніемъ перегиба, застой еще въ большей степени замедляетъ обратное развитіе матки, вельдѣствіе чего послѣдняя остается объемистой и тяжелой, а такъ какъ большинство родильницъ, покинувъ постель, обыкновенно уже очень скоро возвращаются къ своимъ обычнымъ занятіямъ, то загнутае назадъ тѣло матки вскорѣ глубоко опускается въ Дугласово пространство. Постоянное давленіе, производимое имъ на задній сводъ, ведетъ, далѣе, къ опущенію задней стѣйки влагалища, особенно если и это послѣднее недостаточно инволютировано и вяло. Когда дѣло дошло до этого, то низко стоящая влагалищная часть будетъ производить влеченіе на переднюю стѣйку влагалища, вельдѣствіе чего опустится также и она. Всякое тѣлесное напряженіе, всякое дѣйствіе брюшного пресса при дефекаціи будетъ затѣмъ все больше и больше отдавливаетъ матку вмѣстѣ съ рукавомъ къ выходу таза. Въ концѣ концовъ, если больной своевременно не будетъ оказана помощь, у нея образуется такимъ образомъ выпаденіе влагалища и ретрофлексированной матки (см. главу о выпаденіи влагалища).

*Принадки при retroflexio uteri* 2). Ретрофлексія дѣвственной матки

1) Вопросъ объ этиологіи ретрофлексіи матки различными авторами рѣшается различно. Одни видятъ въ перегибѣ матки назадъ преимущественно врожденную аномалію, другіе — пріобрѣтенную. Далѣе, одни приписываютъ главную роль въ происхожденіи этой аномаліи расслабленію тканей самой матки, другіе—расслабленію маточныхъ связокъ, третьи — общему нарушенію тонуса окружающихъ матку частей. По мнѣнію однихъ, далѣе, въ возникновеніи ретрофлексіи наибольшее значеніе имѣютъ чисто механическіе моменты, каковы—тяжесть тѣла матки, уменьшенное сопротивленіе со стороны тазового дна и пр., по мнѣнію другихъ—разстройтва питанія какъ самой матки, такъ и окружающихъ органовъ, по мнѣнію третьихъ—патологическое состояніе нервной системы вообще и перваго прибора матки въ частности. Всего вѣроятнѣе предположить, что въ возникновеніи разбираемой аномаліи принимаетъ участіе нѣкій рядъ причинныхъ моментовъ. В. Г.

2) По мнѣнію нѣкоторыхъ наблюдателей, ретрофлексія матки сама по себѣ никогда никакихъ разстройствъ не вызываетъ, причемъ одни думаютъ, что наблюдаемые у больныхъ съ этой аномаліей принадки зависятъ отъ истеріи, нейрастеніи и т. п., другіе видятъ причину ихъ въ нѣрѣдко осложняющихся ретрофлексію воспаленіяхъ слизистой оболочки матки, ея мышечныхъ стѣенокъ, тазовой брюшины, яичниковъ и т. п., каковыя воспаленія собственно и должны быть лечимы. Нѣтъ сомнѣнія, что оба эти воззрѣнія представляют собою крайность. Правда, нѣрѣдко ретрофлексія не сопровождается никакими припадками, но встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ разстройтва могутъ быть объяснены только существованіемъ

или, — что то же, — врожденная (*retroflexio uteri vaginalis sive congenita*) может не вызывать никаких расстройств; если же таковыя имѣются, то они могутъ состоять въ дисменорреѣ—особенно при остроугольной ретрофлексіи, бѣляхъ, неправильныхъ кровотеченіяхъ или продолжительныхъ мѣсячныхъ, боляхъ въ крестцѣ.

Ретрофлексія въ послѣродовомъ періодѣ (*retroflexio uteri puerperalis*) точно также часто не вызываетъ въ началѣ своего существованія никакихъ явленій, — по крайней мѣрѣ такихъ, на которыя бы родильница обратила вниманіе, и которыя бы заставили ее обратиться за совѣтомъ къ врачу. Иногда же перегибъ кзади уже вскорѣ послѣ своего образованія, къ концу второй недѣли послѣ родовъ, вызываетъ боли въ крестцѣ, ощущеніе напиранія на прямую кишку и кровотеченія; иногда, кромѣ того, при этомъ наблюдается задержка лохій, вследствие уничтоженія просвѣта внутренняго зѣва подъ вліяніемъ загиба, и разложеніе ихъ съ послѣдующей лихорадкой (если въ полости матки имѣются гнилостныя бактеріи).

Если ретрофлексія проявится спустя болѣе продолжительное время послѣ родовъ, то припадки, вызываемые ею, могутъ состоять въ боляхъ въ поясницѣ, въ чувствѣ давленія и тяжести внизу живота, въ напираніи на шизъ, въ бѣляхъ и кровотеченіяхъ; послѣднія являются или въ видѣ очень обильныхъ регулъ, или въ видѣ атипическихъ кровотеченій, бывая иногда очень продолжительными.

Дисменоррея наступаетъ при подвижной, неосложненной ретрофлексіи только въ томъ случаѣ, если имѣется остроугольный перегибъ тѣла, по той же причинѣ, какъ и при остроугольной антефлексіи.

По мнѣнію *Rozzi*, причина, которая вызываетъ болѣзненные припадки при подвижной ретрофлексіи матки, лежитъ не въ самомъ перегибѣ, а въ расслабленіи маточныхъ связокъ и тазоваго дна. Какъ побочныя явленія при этомъ расслабленіи, развиваются чрезмѣрная подвижность матки и ея наклонность къ ретрофлексіи.

*Беременность при ретрофлексіи матки.* Если ретрофлексированная, но подвижная матка забеременѣетъ, то иногда она можетъ постепенно выпрямиться сама по себѣ; въ такомъ случаѣ беременность протечетъ совершенно нормальнымъ образомъ. Иногда, однако, — именно, если имѣется рѣзко выраженный перегибъ матки, — ея тѣло можетъ остаться въ маломъ тазу, причѣмъ, когда оно выполнитъ всю полость послѣдняго, то у больной развиваются явленія, характерныя для ущемленія ретрофлексированной беременной матки (*retroflexio uteri gravidi incarcerata*): сильныя боли и задержка мочи. Если въ такомъ случаѣ больной

---

перегиба матки кзади. Въ частности, противъ второго изъ приведенныхъ мнѣній можно возразить, что леченіе осложняющихъ ретрофлексію воспаленій сплошь и рядомъ не даетъ никакого результата до тѣхъ поръ, пока не будетъ устраненъ перегибъ. Напротивъ, устраненіе ретрофлексіи, какъ мнѣ приводилось наблюдать въ своей практикѣ, иногда дѣлаетъ излѣчимыми всякія мѣры противъ воспалительныхъ процессовъ, которые исчезаютъ сами собой, лишь только маткѣ будетъ придано правильное положеніе.

В. Г.



не будет подана соответствующая помощь, и матка останется в этомъ положеніи, то скоро наступаютъ сокращенія ея, которыя и вызываютъ выкидышъ (см. о *retroflexio uteri gravidi incarcerata*).

*Воспаленіе тазовой брюшины при ретрофлексіи и припадки при немъ.* Если имѣется не простая ретрофлексія матки, а осложненная тазовымъ перитонитомъ (*perimetritis*), который обусловилъ развитіе сплоскостъ и сращеній матки, широкихъ связокъ, трубъ и яичниковъ въ маломъ тазу, то всѣ свойственныя ретрофлексіи разстройства проявляются въ болѣе сильной степени; особенно сильны бываютъ боли, которыя въ этомъ случаѣ могутъ или существовать непрерывно, или появляться только при дефекаціи или совокупленіи; менструаціи сопровождаются также рѣзкими болями, схваткообразнаго характера; давленіе шейки матки на шейку пузыря вызываетъ частые позывы къ мочеиспусканію.

Способность къ зачатію въ этихъ случаяхъ не всегда бываетъ уничтожена. Послѣ наступленія беременности въ первое время у больной можетъ наступить на короткое время облегченіе. Затѣмъ, такъ какъ сращения препятствуютъ маткѣ въ ея ростѣ, обыкновенно уже на первыхъ недѣляхъ слѣдуетъ выкидышъ.

*Теченіе беременности при фиксированной ретрофлексіи матки.* Если беременность при *retroflexio uteri fixata* будетъ развиваться далѣе, то существованіе сращеній въ маломъ тазу является благопріятствующимъ условіемъ для развитія ущемленія. Придавленная къ симфизу влагалищная часть препятствуетъ опороженію мочевого пузыря, влѣдствіе чего онъ сильно переполняется, задержанная моча разлагается и вызываетъ циститъ, который въ запущенныхъ случаяхъ можетъ повести къ омертвѣнію пузырной стѣнки, со смертельнымъ исходомъ отъ гнилостнаго зараженія. Моча при этомъ дѣлается кровянистой, вонючей и содержитъ куски распадающихся тканей.

Рис. 22. Маточный расширитель *Ellinger's* (видоизмѣнен.).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ беременность можетъ, несмотря на наличность сращеній перегнутой матки, развиваться дальше безъ упомянутыхъ явленій.

Въ такихъ случаяхъ увеличеніе матки происходитъ преимущественно на счетъ передней стѣнки ея, которая вырастаетъ изъ малаго таза въ видѣ дивертикула, давая такимъ образомъ мѣсто развивающемуся яйцу. При этомъ вначалѣ сращения между задней стѣнкой матки и тазовой стѣнкой остаются безъ измѣненія. Обстоятельство это можетъ подать поводъ къ крупнымъ ошибкамъ при толкованіи той картины, какую представляетъ задній отдѣлъ матки, лежащій въ Дугласовомъ пространствѣ. При изслѣдованіи, въ подобныхъ случаяхъ находятъ на обычномъ мѣстѣ беременную матку, повидимому развившуюся нормально, а со сто-

роны задняго свода—ограниченное, но фиксированное уплотнение, которое непосредственно переходит во влагалищную часть. При дальнѣйшемъ теченіи беременности ероценія разрыхляются, и матка совершенно выходитъ изъ малаго таза.

*Распознаваніе ретрофлексіи матки.* Припадки, вызываемые ретрофлексіей небеременной матки, далеко не такъ ужъ характерны, чтобы по нимъ однимъ можно было бы поставить діагнозъ. Для этого необходимо произвести объективное изслѣдованіе тазовыхъ органовъ, которое въ неосложненныхъ случаяхъ даетъ, напротивъ, столь характерную картину, что діагнозъ можетъ быть поставленъ съ точностью. Отсутствие тѣла матки на ея обычномъ мѣстѣ, характерная его форма, непосредственный переходъ его во влагалищную часть,—все это указываетъ на то, что прощупываемое черезъ задній сводъ тѣло и есть corpus uteri. Смѣненіе возможно или съ антеверсіей, или съ ретроверсіей матки, если одновременно при этомъ существуетъ смѣщеніе яичника въ Дугласово пространство. Если органы подвижны, то при бимануальномъ изслѣдованіи всегда можно ихъ разъединить другъ отъ друга и отодвинуть яичникъ въ сторону. Если же одновременно существуетъ тазовый перитонитъ, и матка съ яичниками фиксирована, то дифференціальныи діагнозъ можетъ быть весьма затруднительнымъ. Въ такихъ случаяхъ вѣрное распознаваніе можетъ быть поставлено лишь при помощи зонда. Если зондъ, съ загнутымъ впередъ концомъ, проходитъ въ матку на 5—6 см. и при движеніи и поворачиваніи его рукоятки не можетъ быть введенъ въ шарообразную опухоль, лежащую въ Дугласовомъ пространствѣ, то послѣдняя навѣрное—не тѣло матки.

Далѣе, перегнутое назадъ тѣло матки можетъ быть принято за міому задней маточной стѣнки и остатки параметрита или эксудативнаго периметрита. Точное бимануальное изслѣдованіе,—если нужно, съ присоединеніемъ зондированія,—всегда въ состояніи выяснитъ дѣло, открывая тѣло матки спереди отъ лежащей въ заднемъ сводѣ опухоли.

Въ случаѣ, если у больной имѣется опущеніе одного или обоихъ яичниковъ, то они лежатъ почти всегда возлѣ боковыхъ краевъ матки и прощупываются здѣсь въ видѣ тѣлъ величиною въ голубиное яйцо, сливу или грецкій орѣхъ. Такъ какъ для леченія ретрофлексіи имѣетъ громадное значеніе, подвижна-ли матка, или она фиксирована въ тазу, благодаря существующему тазовому перитониту, то, установивъ діагнозъ ретрофлексіи, изслѣдующій долженъ прежде всего опредѣлить подвижность матки.

*Распознаваніе подвижной ретрофлексіи матки.* При отсутствіи воспаленія брюшины изслѣдованіе почти всегда является безболѣзненнымъ. Лишь прикосновеніе къ области внутренняго маточнаго зѣва можетъ под-



Рис. 23.  
Маточный  
шприць.

часть причинить боль безъ того, чтобы одновременно существовало какое-либо воспаление. Чаще всего при *retroflexio mobilis* удастся вытѣснить тѣло матки изъ Дугласова пространства, причемъ, если состояніе брюшныхъ покрововъ позволитъ дѣйствовать обѣими руками, какъ слѣдуетъ, то матку удастся перевести въ антеверсію. Иногда только, вѣдствие набуханія органа подъ вліяніемъ венознаго застоя и вѣдствие того, что брюшина по той же причинѣ гиперемирована и напряжена, вытѣсненіе перегнутаго тѣла матки изъ Дугласова пространства можетъ быть болѣзненнымъ, но оно остается всегда возможнымъ.

При чрезмѣрной чувствительности больная должна быть захлороформирована, — тогда выпрямленіе удастся безъ всякаго труда.

*Распознаваніе фиксированной ретрофлексіи матки.* Совершенно иначе обстоитъ дѣло при одновременномъ существованіи тазоваго перитонита. Всякая попытка вывести тѣло матки изъ Дугласова пространства причиняетъ тогда сильныя боли; при этомъ матка почти всегда подается немного впередъ, благодаря эластичности своей ткани и нѣкоторой подвижности прямой кишки, при дальнѣйшемъ же надавливаніи начинаетъ ощущаться сопротивленіе, котораго уже нельзя преодолѣть даже самымъ сильнымъ давленіемъ со стороны влагалища. Во все время при этой манипуляціи больная жалуется на сильнѣйшія боли.



Рис. 24.  
Губко-и-тампоно-держатель.

Въ застарѣлыхъ случаяхъ, когда изъ склеекъ образовались уже сращения, и когда гиперемія брюшины почти исчезла, больныя переносятъ безъ особенныхъ болевыхъ ощущеній довольно энергичныя попытки къ выпрямленію матки. Однако скоро приходится убѣдиться, что всѣ попытки эти тщетны. Иногда получается при этомъ такое ощущеніе, какъ при давленіи на кожаную пластинку.

Яичники и трубы, если они опущены, лежатъ обычно у боковыхъ краевъ матки и являются сращенными какъ съ нею, такъ и съ тазовымъ дномъ.

Во всѣхъ случаяхъ ретрофлексіи, гдѣ имѣется тазовый перитонитъ съ его послѣдствіями, — эти послѣднія выступаютъ на первый планъ, смѣщеніе же матки представляетъ собой явленіе второстепенное.

Въ вышеупомянутыхъ застарѣлыхъ случаяхъ фиксированной ретрофлексіи, гдѣ уже наступило излеченіе тазоваго перитонита, боли, дисменоррея и кровотеченія могутъ совершенно исчезнуть, такъ что у подобныхъ больныхъ не остается никакихъ разстройствъ (за исключеніемъ бесплодія), которыя бы напоминали объ ихъ страданіи (*lésion de guerison* "Роззи").

*Леченіе врожденной ретрофлексіи.* Врожденная ретрофлексія у дѣтей никогда не требуетъ леченія, даже если она случайно и открыта.

Напротивъ того, послѣ наступленія регулъ неправильное положеніе

матки должно быть исправлено, если имѣющіяся болѣзненные явленія навѣрное зависятъ отъ него. Само собою понятно, что мать больной или она сама должна быть освѣдомлена о томъ, что должно быть предпринято. Такъ какъ у женщинъ, не жившихъ половую жизнью, можно навѣрное разсчитывать, что перегнутая матка подвижна, то исправленіе положенія ея съ возстановленіемъ антеверсін-флексін въ подобныхъ случаяхъ должно всегда удасться. Для удержанія матки въ нормальномъ положеніи нужно въ тотъ же сеансъ ввести во влагалище пессарій, почему я и совѣтую предпринимать всѣ эти манипуляціи подъ наркозомъ. Случается иногда, между прочимъ, что вслѣдствіе напряженности брюшныхъ покрововъ, не удасться захватить снаружи маленькую матку и перевести ее въ антеверсію исключительно при помощи рукъ. Въ такихъ случаяхъ нужно прибѣгнуть къ помощи зонда. Введеніе зонда удасться скорѣе и вѣрнѣе всего подъ руководствомъ глаза, послѣ обнаженія влагалищной части при помощи *Nott'*овскаго или *Simon'*овскаго зеркала. Если бы конецъ зонда попалъ въ какую-нибудь складку въ цервикальномъ каналѣ или застрялъ у внутренняго зѣва, то нужно попробовать ввести его съизнова или продвинуть при помощи особыхъ пріемовъ (*tour-de-maitre*), о которыхъ уже было сказано. Если и при этомъ введеніе все-таки не удалось бы, благодаря тому, что матка уходитъ вверхъ подъ вліяніемъ давленія со стороны зонда, то нужно захватить ее пулевыми щипцами за переднюю губу и такимъ образомъ фиксировать.

Зондъ съ загнутымъ кзади концомъ вводится до самаго дна матки, затѣмъ зеркало и пулевые щипцы удаляются, и рукоятка зонда поднимается, описывая большую дугу кнаружи, такъ что зондъ поворачивается вокругъ своего конца, лежащаго въ маткѣ, какъ вокругъ оси. Послѣ этого поворота матка остается все еще въ ретроверсін; конецъ зонда, находящійся въ ея полости, не измѣнилъ своего положенія, — только верхушка его повернута теперь кпереди, рукоятка же сильно приподнята и лежитъ на одной высотѣ съ симфизомъ. Чтобы перевести матку въ антеверсію, опускаютъ рукоятку внизъ по направленію къ промежности, — настолько именно, чтобы по положенію зонда можно было заключить, что матка лежитъ въ желанномъ положеніи.

Вслѣдъ затѣмъ зондъ осторожно удаляется, и немедленно вводится пессарій. Самый подходящій номеръ *Hodge'*вскаго пессарія для молодыхъ особъ будетъ 6, 7 или  $7\frac{1}{2}$ . Вслѣдствіе узкости дѣвственнаго влагалища, пессарій нужно въ этихъ случаяхъ больше сдавить, а заднюю дужку его сдѣлать лишь немного шире передней.

Вставивъ пессарій, отпускаютъ больную домой, давъ ей наставленіе немедленно явиться, лишь только у нея появятся боли или затрудненіе при мочеиспусканіи. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ произвести повторное изслѣдованіе паціентки около восьми дней спустя, чтобы убѣдиться, лежитъ-ли пессарій правильно, не давить-ли онъ гдѣ-либо, находится-ли

матка въ антеверсіи, не растянута-ли влагалище и пр. <sup>1)</sup>). Если все обстоит благополучно, то больную можно отпустить на 6, 8 или даже на 12 недѣль.

*Лечение ретрофлексіи въ послѣродовомъ періодѣ.* Чѣмъ раньше распознана ретрофлексія въ послѣродовомъ періодѣ и чѣмъ раньше начато леченіе ея, тѣмъ благопріятнѣе предсказаніе относительно излеченія. Поэтому непремѣнная обязанность всякаго врача — на 10-й или 11-й день послѣ родовъ настоять на необходимости внутренняго изслѣдованія родильницы, если только у послѣдней появятся припадki, указывающіе на существованіе ретрофлексіи. Въ это время леченіе должно быть направлено, съ одной стороны, на измѣненіе положенія матки, съ другой — противъ неудовлетворительнаго обратнаго ея развитія. Прежде всего нужно исправить положеніе матки и перевести ее въ антеверсію-флексію. Производится это слѣдующимъ образомъ: введя два пальца во влагалище, врачъ отдавливаетъ и вытѣсняетъ ими черезъ задній сводъ тѣло матки изъ Дугласова пространства; какъ только это достигнуто, оба пальца перемѣщаютъ на переднюю поверхность влагалищной части и оттѣсняютъ ее назадъ и вверхъ. Послѣ того начинаетъ дѣйствовать наружная рука: она отыскиваетъ заднюю поверхность тѣла матки, которое вълѣдствіе оттѣсненія влагалищной части нѣсколько наклонено впередъ, и надавливаетъ на нее, чтобы такимъ образомъ перевести матку въ антеверсію. Если и это удалось, то оба внутренніе пальца передвигаютъ въ передній сводъ, и именно такъ, чтобы кончики ихъ лежали въ области внутренняго зѣва; производя далѣе давленіе наружной рукой, перегибаютъ маточное тѣло надъ концами пальцевъ внутренней руки и удерживаютъ органъ въ этомъ положеніи нѣсколько минутъ. Если можно опасаться, что матка выскользнетъ изъ рукъ, то оставляютъ одинъ палецъ позади влагалищной части, а надъ другимъ производятъ сгибаніе тѣла матки. Въ виду вялости влагалища въ первыя шесть недѣль послѣ родовъ, совершенно бесполезно вводить въ это время пессарій для удержанія матки въ положеніи антеверсіи-флексіи. Для этой цѣли надо прибѣгнуть къ другому способу предупредить западаніе матки, именно, слѣдуетъ предписать больной лежаніе въ постели, и по возможности больше на животѣ, далѣе — ежедневныя вливанія тепловатой воды (35° С.), въ количествѣ 1—1½ литровъ, въ прямую кишку, причѣмъ больная должна стараться удерживать воду по возможности дольше. Особенно же въ это время нужно стараться способствовать обратному развитію матки и ея придатковъ. Для этого лучше всего прибѣгнуть къ влагалищнымъ спринцеваніямъ изъ горячей воды, начиная отъ 38° R.—45° C. и поднимая t° до 40° R.—50° C., которыя производятъ утромъ и вечеромъ, каждый разъ въ количествѣ двухъ литровъ.

<sup>1)</sup> Особенно слѣдуетъ обращать вниманіе на состояніе маточныхъ придатковъ у больныхъ. Не рѣдки случаи, гдѣ пессарій, производи, повидимому, механическое давленіе на яичники, вызываетъ обостреніе существующаго въ нихъ воспаленія. Случаи эти требуютъ особенной осторожности при употребленіи пессаріевъ.

Чтобы устранить тягостное ощущение, получаемое от стекания горячей воды по промежности, можно пользоваться *Baumgartner*'овскими зеркалами для горячих душ или покрывать промежность полотенцем, смоченным в холодной воде и затем выжатым. Кроме того, внутрь следует назначить *secale cognatum* (в порошках по 1,0, один или два раза в день) или его препараты (см. ниже). Если одновременно с ретрофлексией матки у роженицы имеется задержка лохий и разложение их, которое узнается по лихорадке, то нужно постараться удалить задержанный секрет промыванием полости матки. Для этого пользуются *Fritsch-Bozemann*'овским катетером (видоизмененным *Breus*'омъ), причем берут для промывания 0,5—1 % карболовый раствор в количестве 2—3 литров. Во время промывания можно при помощи катетера выпрямить матку точно так же, как это делается зондом (см. выше). Удалив катетер, нужно перевести матку в антефлексю вышеописанным образом. Промывание полости матки должно быть повторяемо ежедневно до тех пор, пока не исчезнет дурной запах и лихорадка; иногда для этого бывает достаточно уже одного промывания.

Ввиду того, что применение пессария у рожениц не показывается, вначале у них нужно ежедневно проверять при помощи внутреннего изследования, лежит ли матка в антеверсии; в противном случае нужно постараться опять привести ее в это положение вышеописанным способом. Так как за это время обратное развитие матки и ее связок успевает продвинуться вперед, то нередко можно заметить, что уже одного вышеописанного приема достаточно, чтобы возстановить нормальное положение матки. В случае же, если он не приведет к желаемому результату, то следует затем, когда стѣнки влагалища снова сдвоятся упругими,—т. е. спустя 6—7 недель послѣ родов,—вести пессарий (см. ниже) и оставить его на 6—9 месяцев (если, конечно, за это время не наступит новой беременности).

Описанный сейчас способ лечения ретрофлексии в послеродовом периоде противопоказается при наличии родильной горячки или гонорройного пельвеоперитонита. Лишь послѣ устранения этих осложнений можно приняться за местное лечение ретрофлексии.

*Лечение подвижной ретрофлексии матки давнишняго происхождения.* Преобладающее число ретрофлексий попадает в руки врача лишь послѣ того, как онѣ просуществовали уже много лѣтъ. Поводомъ къ ихъ обнаруженію является обыкновенно выкидышъ или осложненіе тазовымъ перитонитомъ.

Лечение подвижной ретрофлексии в подобныхъ случаяхъ состоитъ точно также в томъ, чтобы вернуть матку нормальное ее положеніе и удержать в немъ посредствомъ пессарія <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Применение пессариевъ представляетъ, однако, далеко не единственное средство неоперативнаго лечения подвижной ретрофлексии; къ числу этихъ средствъ принадлежатъ также массажъ, горячо рекомендуемый многими авторами даже и при *retroflexio mobilis*,—и электричество, обычно в формѣ фарадизации (одинъ электродъ вводится в матку, другой помѣщается на крестецъ). В. Г.

Съ возстановленіемъ нормальнаго положенія матки, поднимаются вверхъ и смѣщенные яичники, а также широкія связки и трубы. Разстройства, вызванныя смѣщеніемъ этихъ органовъ, исчезаютъ. Далѣе, съ возстановленіемъ правильнаго положенія матки появляются на-лицо условія для излеченія метрита и эндометрита, а причины, вызывающія выкидыши, уничтожаются. Исправленіе положенія матки производится вышеописаннымъ способомъ. Если оно не удастся, то причина заключается:

1) въ томъ, что брюшныя покровы черезчуръ напряжены для того, чтобы можно было захватить матку наружной рукой; въ такихъ случаяхъ нужно прибѣгнуть къ помощи зонда (см. выше);

или 2) въ томъ, что матка, вълѣдствіе застоя, является настолько чувствительной къ прикосновенію, что попытки къ исправленію положенія не переносятся; въ такихъ случаяхъ нужно предпринять исправленіе подъ наркозомъ;

или 3) въ томъ, что не распознана неподвижность матки, и послѣдняя фиксирована. Рѣшеніе этого вопроса иногда возможно лишь подъ наркозомъ. Если матка приращена на незначительномъ пространствѣ, или если склейки обонихъ листовъ брюшины недавняго происхожденія, то онѣ разрываются при попыткахъ къ возстановленію нормальнаго положенія, производимыхъ подъ наркозомъ, и тогда тѣло матки можетъ быть вытѣснено изъ Дугласова пространства и переведено въ антеверсію. Въ крайнемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ помощи зонда. Во всѣхъ этихъ случаяхъ немедленно послѣ исправленія ретрофлексіи въ рукавъ долженъ быть введенъ пессарій.

*Леченіе фиксированной ретрофлексіи матки давняшняго происхожденія.* Гораздо труднѣе леченіе ретрофлексіи, осложненной тазовымъ перитонитомъ большаго распространенія, вълѣдствіе котораго матка вмѣстѣ съ придатками оказывается сросленною со стѣнками таза.

Въ такихъ случаяхъ исправленіе положенія этого органа по описанному выше способу немисливо, и всѣ терапевтическія мѣропріятія должны быть направлены противъ тазоваго перитонита. Острое воспаленіе брюшины лечится, какъ это будетъ описано ниже, покойнымъ положеніемъ больной въ постели, льдомъ и въ крайнемъ случаѣ морфіемъ. Если острый стадій болѣзни прошелъ, то на первомъ планѣ умѣстны горячіе влагалитичныя души.

*Массажъ.* Въ хроническихъ случаяхъ, гдѣ нужно устранить, главнымъ образомъ, ложныя перепонки, — можно посоветовать массажъ по *Thure Brandt*'у. Для этого больная ложится на *Th. Brandt*'овскую кушетку въ описанномъ уже выше положеніи; врачъ садится слѣва отъ пациентки и вводитъ, подъ лѣвымъ бедромъ ея, указательный палецъ лѣвой руки во влагалище. Задача этого пальца состоитъ въ томъ, чтобы во время массажа отдавливать влагалитичную часть кзади и вверхъ. Правая рука, будучи положена плашмя на животъ, производятъ вращательныя движенія и старается проникнуть позади матки; проникнувъ

туда, наружная рука стремится разорвать сращения съ задней тазовой стѣнкой частью вращательными, частью пилящими движеніями, производимыми справа налѣво. Это удастся, конечно, не сразу. Въ первый сеансъ удастся проникнуть лишь за дно матки; съ каждымъ днемъ, однако, массирующая рука проникаетъ все глубже, пока, по истеченіи нѣсколькихъ недѣль ежедневнаго массажа, вся матка не будетъ высвобождена изъ ложныхъ перепонокъ и не переведена въ антеверсію. Дольше, какъ шесть недѣль, не слѣдуетъ продолжать леченіе массажемъ. Если можно вообще разсчитывать на успѣхъ при помощи этого метода, то это обнаружится уже въ указанное время. Каждый сеансъ продолжается отъ 5 до 8 минутъ; во время менструаціи можно собственно не прерывать массажа; большинство больныхъ, однако, проситъ о прекращеніи леченія на это время. При существованіи болей, послѣднія исчезаютъ обыкновенно послѣ нѣсколькихъ сеансовъ. Для массажа подходятъ лишь больныя съ податливыми брюшными стѣнками. При очень тучныхъ и напряженныхъ покровахъ живота лучше вовсе не начинать массажа, ибо при такихъ условіяхъ потребовались бы чрезчуръ большія усилія, которыя были бы одинаково тягостны какъ для врача, такъ и для больной, и все-таки не привели бы ни къ какимъ результатамъ. (Подробности можно найти въ книгѣ *Thure Brandt*'а „Гимнастическое пользованіе женскихъ болѣзней“, переведенной съ нѣмецкаго въ 1892 г. и изданной *К. Риккеромъ*).

Какъ только матка сдѣлалась подвижной и можетъ быть переведена въ антеверсію, нужно тотчасъ ввести въ рукавъ пессарій. Несмотря на этотъ послѣдній, можно продолжать массировать, сначала ежедневно, затѣмъ три, два или одинъ разъ въ недѣлю. Убѣдившись, что матка, наконецъ, остается въ антеверсіи, можно отпустить больную съ пессаріемъ.

*Способъ Schultze.* Если массажъ не приводитъ ни къ какому результату, или если онъ съ самаго начала является не показаннымъ, то можно испробовать предложенное *B. S. Schultze* насильственное исправленіе положенія матки, съ разрывомъ имѣющихся ложныхъ перепонокъ, въ глубокомъ хлороформномъ наркозѣ. Чтобы сдѣлать матку при этомъ болѣе доступной, ассистентъ можетъ во время разбираемой операціи оттягивать внизъ влагалипщную часть ея посредствомъ пулевыхъ щипцовъ. *Schultze* совѣтуетъ при этомъ способѣ быть готовымъ къ немедленному производству чревосѣченія для остановки кровотеченія, которое можетъ наступить изъ разорванныхъ ложныхъ перепонокъ. Мнѣ, однако, неизвѣстно ни одного случая, гдѣ бы чревосѣченіе пришлось произвести по этому показанію, и я сомнѣваюсь даже, чтобы изъ разорванныхъ перепонокъ вообще могло возникнуть угрожающее кровотеченіе <sup>1)</sup>. Зато я не хочу опаривать, что, при примѣненіи способа *Schultze*, возможенъ разрывъ

<sup>1)</sup> Такія кровотеченія, однако, возможны, какъ показываетъ одинъ случай изъ практики *Werth*'а, опубликованный мною въ статьѣ «Къ вопросу объ оперативномъ леченіи перегибовъ матки назадъ» («Врачъ», 1896). Въ той же статьѣ описанъ случай, гдѣ примѣненіе способа *Schultze* имѣло въ результатъ разрывъ стѣнки прямой кишки.



какого-нибудь органа и появленіе вслѣдствіе этого артеріальнаго кровотоčenja. Поэтому совѣтъ *Schultze* во всякомъ случаѣ сохраняетъ свое значеніе, и насильственное разъединеніе сросеній слѣдуетъ предпринимать лишь при такихъ условіяхъ, при которыхъ возможно все несчастныя случаиности тотчасъ исправить надлежащимъ образомъ.

Насильственное исправленіе матки можетъ быть повторено еще одинъ или два раза, если оно сразу не дало успѣха. Если при помощи способа *Schultze* все-таки не удастся возстановить антеверсію, то нужно приняться за леченіе при помощи пессаріевъ. Наконецъ, если все, здѣсь упомянутые, способы останутся безъ успѣха, а между тѣмъ болѣзненные явленія навѣрное зависятъ отъ фиксированной ретрофлексіи, то врачу не остается ничего другого, какъ вскрыть брюшную полость, разорвать ложныя перепонки и укрѣпить матку въ нормальномъ положеніи швами (см. ниже главу объ оперативномъ леченіи ретрофлексіи).

**Леченіе пессаріями.** Когда именно слѣдуетъ предпринимать леченіе при помощи пессаріевъ, — было уже сказано выше. Здѣсь же я опишу въ послѣдовательномъ порядкѣ способы обращенія съ пессаріями.

Самые употребительныя виды пессаріевъ, это — пессарій *Hodge'a* и пессарій *Thomas'a*.

**Пессарій *Hodge'a*.** *Hodge'*евскіе пессаріи изготовляются изъ металла, целлюлоида, вулканизированнаго твердаго каучука и мѣдной проволоки, обтянутой резиной.

Металлическіе пессаріи, хотя они теоретически должны быть самыми удобными, de facto, однако, представляютъ тотъ крупный недостатокъ, что они, лежа въ рукавѣ, въ очень скоромъ времени дѣлаются шероховатыми и производятъ легко вдавленія, благодаря тонкости своихъ дужекъ.

Пессаріямъ изъ целлюлоида соответственная форма можетъ быть придана, посредствомъ сгибанія, лишь послѣ того, какъ они нѣкоторое время лежатъ въ горячей водѣ; кромѣ того, они имѣютъ тотъ недостатокъ, что при ношеніи постепенно теряютъ свою форму.

Пессаріи изъ твердаго каучука раздражаютъ мало, прочны и легки, поэтому ихъ нужно рекомендовать; къ сожалѣнію, самъ врачъ не въ состояніи придавать имъ ту или другую, по желанію, форму; поэтому слѣдуетъ заранѣе позаботиться о томъ, чтобы инструментальный мастеръ сдѣлалъ ихъ соответственной формы, и чтобы имѣть ихъ въ запасѣ въ большомъ количествѣ разной величины — съ болѣе широкими и болѣе узкими дужками.

Пессаріи *Hodge'a*, изготовленные по указанію *B. S. Schultze* изъ мѣдной проволоки, обтянутой резиной, имѣютъ то преимущество, что имъ можно весьма легко придавать рукой любую, соответствующую данному случаю, форму. Они хорошо чистятся щеткой съ мыломъ и не тягостны для супруговъ. Наконецъ, благодаря своей дешевизнѣ (60—80 коп.), они могутъ быть мѣняемы даже бѣдными больными два или три раза въ годъ.

Для рожавшихъ женщинъ самая употребительная величина ихъ,—это №№ 9, 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 10, 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, въ исключительныхъ случаяхъ, при объемистомъ влагалищѣ,—№ 11.

Для нерожавшихъ берутъ №№ 6, 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> или 7. Номера указываютъ—въ сантиметрахъ—величину поперечника кольца, до измѣненія его формы.

*Пессарій Thomas'a.* Эти пессаріи могутъ быть изготовлены лишь изъ неподатливаго матеріала,—лучше всего изъ твердаго каучука, потому что они вводятся при относительно сильномъ давленіи, подѣ влияніемъ котораго иначе могутъ измѣнить свою форму.

Въ торговлѣ имѣются пессаріи *Thomas'a*, изготовленные изъ твердаго каучука, четырехъ различныхъ величинъ, изъ которыхъ чаще всего употребляются два высшіе номера. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣе подходящи оба нижшіе номера,—тамъ почти всегда можно обойтись пессаріемъ *Hodge'a*, которому и нужно отдать предпочтеніе въ виду легкости его введенія.



Рис. 25. Положеніе *Hodge'*вскаго пессарія при введеніи его черезъ introitus vaginae.

При употребленіи *Thomas'*овскихъ пессаріевъ нужно обращать вниманіе, чтобы переднее кольцо ихъ было отогнуто назадъ, ибо иначе оно можетъ вдавиться въ переднюю стѣнку влагалища и вызвать боли и затрудненія при мочеиспусканіи.

Неправильно изогнутые *Thomas'*овскіе пессаріи можно очень часто встрѣтить въ торговлѣ, что необходимо имѣть въ виду.

Пессарій, — безразлично какой, *Hodge'a* или *Thomas'a*, — удерживается въ своемъ положеніи благодаря эластичности влагалища. Передняя дужка (кольцо) его упирается въ переднюю стѣнку влагалища, но обѣ стороны мочеиспускательнаго канала, и не позволяетъ пессарію принять горизонтальное положеніе. Дѣйствіе пессарія состоитъ въ томъ, что задняя дужка приподнимаетъ задній сводъ, а вельдствіе этого и влагалищную часть.

Вельдствіе поднятія влагалищной части (короткій рычагъ матки) corpus uteri (длинный рычагъ) западаетъ кпереди, благодаря чему матка принимаетъ положеніе антеверсія. Вельдствіе такого дѣйствія *Hodge'*вскій пессарій не безъ основанія называютъ рычажнымъ.

При необыкновенной влости задняго свода пессарій не можетъ проявить своего рычажнаго дѣйствія, и поэтому оно должно быть замѣнено

прямымъ давленіемъ на заднюю стѣнку матки. Въ такихъ случаяхъ показуется пессарій *Thomas'a*, у котораго задняя дужка гораздо больше и сильнѣе загнута вперед.

Такъ какъ чрезмѣрная вялость задняго свода рукава встрѣчается при ретрофлексіи въ видѣ исключенія, то *Hodge'вскій* пессарій является большею частью самымъ целесообразнымъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ лучше сначала взять все-таки его, а затѣмъ, если при помощи его нельзя добиться прочной антеверсіи, то во всякое время его можно замѣнить пессаріемъ *Thomas'a*.

*Введеніе пессарія.* При введеніи пессарія *Hodge'a*, которое производится лучше всего въ спинномъ положеніи больной, нужно соблюдать нижеслѣдующія правила.

Большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки раскрываютъ вульву; этими же пальцами правой руки захватываютъ передній конецъ хорошо смазаннаго масломъ пессарія (рис. 25) и вводятъ задній его конецъ во влагалище; при этомъ онъ долженъ быть вводимъ не въ поперечномъ размѣрѣ,



Рис. 26. Пессарій *Thomas'a*.



Рис. 27. Пессарій *Hodge'a*.

а въ прямомъ, и притомъ такъ, чтобы онъ не надавливалъ на область наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала.

Поэтому правую руку, которою захваченъ пессарій, слѣдуетъ, при проведеніи послѣдняго черезъ влагалищный входъ, держать ниже вульвы; затѣмъ какъ только широкій задній конецъ пессарія проникъ въ рукавъ, его поворачиваютъ въ поперечный размѣръ, такъ чтобы вогнутость задней дужки смотрѣла теперь вперед. Затѣмъ входятъ указательнымъ, рѣже указательнымъ и среднимъ пальцами во влагалище изъ - подъ передняго конца пессарія до задняго и вытянутыми пальцами отдавливаетъ послѣдній къзади (внизъ), по направленію прямо къ поверхности ложа для изслѣдованія. При этомъ пріемъ задній конецъ пессарія почти всегда попадаетъ въ задній сводъ; затѣмъ остается лишь продвинуть его настолько вверхъ, чтобы передній конецъ его скрылся въ рукавъ.

Начинающіе легко дѣлають ту ошибку, что сразу продвигаютъ пессарій черезчуръ далеко, такъ что затѣмъ имъ не удается ввести задній конецъ подъ влагалищную часть; или вмѣсто того, чтобы отдалить заднюю дужку прямо кзади, они отдаливаютъ ее прямо вверхъ, такъ что она попадетъ, вмѣсто задняго въ передній сводъ.

Обѣихъ ошибокъ можно избѣгнуть, если вводитъ пессарій во влагалище лишь до половины, а затѣмъ захватывать заднюю дужку его и отдаливать ее кзади (внизъ) вышеописаннымъ способомъ.

Что пессарій черезчуръ великъ для больной, — узнается по тому, что обѣ стѣнки влагалища, преимущественно задняя, при его введеніи напрягаются, такъ, что тѣло матки прощупывается лишь съ трудомъ. Въ другихъ случаяхъ несоответственность размѣровъ пессарія замѣчается лишь спустя нѣсколько недѣль, благодаря тому, что кольцо въ заднемъ сводѣ, съ боковъ и спереди, кнаружи отъ мочеиспускательнаго канала, вдавливаютъ борозду, которая при болѣе долгомъ ношеніи пессарія изъязвляется и выполняется грануляціями. Въ обоихъ случаяхъ пессарій нужно сдѣлать или замѣнить меньшимъ.

Если, наоборотъ, пессарій слишкомъ малъ, то онъ легко сдвигается въ стороны, и его можно поставить даже поперекъ, задній же сводъ рукава оказывается приподнятымъ совсемъ мало. Въ подобномъ случаѣ кольцо или выскальзывается тотчасъ же, какъ только больная встанетъ, или — лишь спустя нѣсколько дней, или же, находятъ задній конецъ его въ переднемъ сводѣ, а матку — опять въ ретрофлексіи.

Скорѣе всего можно найти подходящее кольцо, если сначала ввести средней номеръ, — для дѣвицъ № 7, для женщинъ № 9½. Затѣмъ, по описаннымъ сейчасъ признакамъ уже нетрудно опредѣлить, нуженъ ли большій или меньшій номеръ.

У нерожавшихъ почти всегда можно обойтись *Hodge*'вскимъ пессаріемъ, но у женщинъ съ вялымъ влагалищемъ и съ расслабленными маточными связками пессарій этотъ иногда совсемъ не оправдываетъ возлагаемыхъ на него надеждъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кольцо можетъ, повидимому, быть соответствующей величины и лежать вполне правильно; тѣмъ не менѣе матка будетъ перегнута назадъ черезъ кольцо.

Въ такихъ случаяхъ достигаетъ очень часто цѣли *Thomas*'овскій пессарій, потому что его большой задній конецъ, производя непосредственное давленіе на заднюю стѣнку матки, наклоняетъ тѣло ея впередъ.

*Введеніе Thomas'овскаго пессарія.* *Thomas*'овскій пессарій вводится такимъ же образомъ, какъ и *Hodge*'вскій; не слѣдуетъ только сразу продвигать его такъ глубоко во влагалище, какъ послѣдній; надавливаніе же на заднюю дужку кольца нужно начать раньше. Кромѣ того, надавливаніе это здѣсь нужно производить сильнѣе, чѣмъ при *Hodge*'вскомъ пессаріи, притомъ всегда по направленію къ вогнутости крестца, такъ чтобы задняя дужка кольца, скользя по задней стѣнкѣ влагалища, продвинулась вверхъ. Къ передней дужкѣ во время введенія не приходится

прикасаться. Обыкновенно, какъ уже было сказано, употребляются лишь два большихъ номера *Thomas'*овскаго пессарія, притомъ сначала вводится меньшій.

*Fritsch* однажды высказалъ, что труднѣе выбрать подходящій пессарій, чѣмъ сдѣлать простое чревосоѣченіе. Во всякомъ случаѣ леченіе посредствомъ пессаріевъ требуетъ иногда больше времени, терпѣнія и соображенія, чѣмъ оваріотомія. При добромъ желаніи и достаточномъ упражненіи каждый можетъ научиться владѣть пессаріемъ, и тогда всякое другое леченіе ретрофлексіи должно уступить мѣсто леченію посредствомъ этого прибора, которое сопряжено со столь незначительною затратою средствъ и является совершенно нерискованнымъ для больной.

*Правила при ношеніи пессарія.* Въ первое время послѣ введенія пессарія нужно по возможности чаще провѣрять положеніе какъ этого послѣдняго, такъ и матки.

Въ первый разъ нужно произвести изслѣдованіе на 3 — 8 день, смотря по тому, каково было исправленіе положенія матки, — трудное или легкое, — и сколько времени потребовалось для выбора кольца, — больше или меньше. При появленіи затрудненій при мочениспусканіи или болей и чувства давленія, больная немедленно должна явиться къ врачу, чтобы онъ вынулъ пессарій и опредѣлилъ причину этихъ припадковъ.

Иногда исправленіе положенія матки приходится повторять нѣсколько разъ, — если нужно, даже при помощи зонда. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, далѣе, можно лишь спустя нѣсколько дней опредѣлить, какой изъ пессаріевъ слѣдуетъ признать въ данномъ случаѣ самымъ подходящимъ.

Если вполне пригодный пессарій найденъ и матка прочно лежитъ въ антеверсії, то провѣрка требуется лишь каждые три мѣсяца. Небогатая больная, со стороны которыхъ нельзя ожидать внимательнаго ухода за собою и вниманія къ своей болѣзни, должны показываться врачу каждыя 4—6 недѣль.

Въ промежуткахъ между посѣщеніями нужно предписать больной дѣлать влагалищные души 1 — 3 раза въ недѣлю. При контрольномъ изслѣдованіи сначала нужно убѣдиться, въ какомъ положеніи находится матка; затѣмъ удаляютъ кольцо, обследуютъ окружность матки, самую матку и влагалище и смотрятъ, не вызвало-ли кольцо гдѣ-нибудь вдавленія или пролежня. Мѣста вдавленія прощупываются въ видѣ бороздъ съ отлогими или возвышенными краями; послѣднее служитъ знакомъ, что на нихъ уже развились грануляціи. Наконецъ осматриваютъ влагалище посредствомъ зеркала, чтобы убѣдиться, нѣтъ-ли гдѣ-нибудь красноты отъ кольца. Послѣ удаленія зеркала нужно просринцевать влагалище и поставить снова хорошо вычищенный пессарій.

Если существуютъ пролежни, то до заживленія ихъ слѣдуетъ обходиться безъ кольца. Пролежни рубцуются сами по себѣ. Заживленіе ихъ можно ускорить нѣсколькими прижиганіями древеснымъ уксусомъ и ежедневными влагалищными спринцеваніями слабымъ растворомъ этого же вещества (беруть 2 — 3 столовыхъ ложки уксуca на 1 литръ воды).

Общее правило относительно леченія посредствомъ пессаріевъ состоитъ въ томъ, что леченіе это пужно примѣнять тѣмъ дольше, чѣмъ труднѣе было исправленіе положенія матки. Незамужнимъ, у которыхъ не было тазоваго перитонита, я предписываю ношеніе кольца въ продолженіе 1—1½ года, въ случаяхъ, гдѣ леченіе предпринято вскорѣ послѣ родовъ, — въ теченіе 9 мѣсяцевъ, въ такихъ же, гдѣ исправленіе положенія матки достигнуто лишь послѣ массажа, производимаго въ продолженіе многихъ недѣль, или послѣ насильственнаго разрыва ложныхъ перепонокъ по способу *Schultze*, — не менѣе, какъ въ продолженіе 2 лѣтъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пессаріями можно достигъ прочнаго исправленія положенія матки, которая остается въ антеверсіи и послѣ удаленія кольца, во многихъ же, преимущественно въ запущенныхъ, случаяхъ матка принимаетъ прежнее ретрофлектированное положеніе, лишь только удалено кольцо. Несмотря, однако, на это, пациентки въ послѣднемъ случаѣ остаются иногда на очень долгое время совершенно свободными отъ какихъ-либо припадковъ, благодаря тому, что за это время матка и ея связки сдѣлались болѣе упругими и крѣпкими. Въ такихъ случаяхъ я ввожу кольцо повторно лишь тогда, когда опять появятся прежнія разстройства, и то лишь такія, которыя могутъ быть вызваны только смѣщеніемъ матки.

Многія больныя принуждены носить кольцо до климактерическаго возраста, и тогда леченіе посредствомъ пессаріевъ имѣетъ большое сходство съ леченіемъ посредствомъ очковъ.

Въ этихъ случаяхъ ношеніе кольца и не тягостнѣе ношенія очковъ, потому что врачебный контроль требуется тутъ не болѣе 3—4 разъ въ годъ.

Во всѣхъ случаяхъ пациентки, носящія кольца, не должны измѣнять своего образа жизни въ какомъ-либо направленіи, — ни по отношенію къ своимъ занятіямъ, ни по отношенію къ супружескимъ обязанностямъ. Запрещенія въ этомъ направленіи, по моему, совершенно неправильны.

**Беременность.** При наступленіи беременности пессарій не слѣдуетъ удалять раньше, чѣмъ матка не сдѣлается настолько большой, что не будетъ больше опускаться въ малый тазъ, т. е. не раньше начала 4-го мѣсяца. Послѣ родовъ въ подобныхъ случаяхъ нужно руководиться тѣми же правилами, какія даны относительно леченія ретрофлексіи въ послѣ-родовомъ періодѣ (см. стр. 54).

**Неустойчивость леченія посредствомъ пессаріевъ** зависитъ оттого, что одновременно существуетъ выпаденіе влагалища. Уже раньше было упомянуто, что ретрофлексія и выпаденіе влагалища нерѣдко зависятъ отъ одной и той же причины, именно отъ неудовлетворительнаго обратнаго развитія всего полового аппарата въ послѣ-родовомъ періодѣ. Если это дѣйствительно имѣетъ мѣсто, то у больной нужно ссудить рукавъ, произведя *colporrhaphiam anteriorem et posteriorem*. Послѣ этого пессарій почти всегда достигаетъ цѣли (см. главу о выпаденіяхъ влагалища).

*Оперативное лечение ретрофлексии матки.* Если, несмотря на то, что матка подвижна, лечение посредством пессария остается безуспешным<sup>1)</sup>, или если не удастся иным путем высвободить матку из сращения, а жалобы больной навѣрное вызваны ретрофлексией, то въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ подумать объ оперативномъ лечении перегиба<sup>2)</sup>. При этомъ нужно помнить, что въ случаяхъ, гдѣ тазовый перитонитъ уже устраненъ (см. нѣсколько ниже), болезненные явления лишь рѣдко бываютъ вызваны самой фиксированной маткой.

Изъ операций при ретрофлексии примѣняются главнымъ образомъ слѣдующія: операция *Alexander'a*, *ventrofixatio* и *vaginofixatio*.

*Операция Alquié-Alexander-Adams'a.* До операции придаютъ маткѣ нормальное положеніе и вводятъ пессарій (*Küstner*). Затѣмъ однимъ разрѣзомъ, длиною въ 8 см., разсѣкаютъ кожу и поверхностную фасцію до апоневроза *musc. obliqui abdominis externi*. Разрѣзъ ведется по направленію пахового канала отъ наружнаго пахового отверстія до *spina anterior superior*. Далѣе вскрывается ножницами весь паховой каналъ, начиная отъ наружнаго его отверстія (*Kocher, Küstner*), и изолируется круглая связка (*lig. teres*) матки по возможности на большомъ протяженіи.

Какъ только круглая связка отсепарована, покрываютъ рану влажной асептической марлей и переходятъ на другую сторону.

Изъ всѣхъ образований, лежащихъ въ паховомъ каналѣ, *lig. teres* расположена наиболѣе глубоко, подъ пучкомъ *musc. obliqui externi*, будучи прикрыта подвздошно-паховымъ нервомъ (*n. ileo-inguinalis*) и жировою тканью.

1) Вообще слѣдуетъ замѣтить, что, не говоря уже о неправимыхъ перегибахъ матки назадъ, не всякій и вправимый перегибъ излечимъ при помощи пессарія. Прежде всего, нерѣдко попадаютъ такіе случаи, гдѣ влагалищное кольцо, даже и хорошо подобранное, рѣшительно не переносится больными,—какой бы формы и величины оно ни было, оно вызываетъ такое ожесточеніе мѣстныхъ принадлежностей (болн, кровотеченія, бѣли и пр.), что больныя или сами вынимаютъ его, или обращаются за этимъ къ врачу. Далѣе, возможны и такіе случаи, въ которыхъ пессарій не въ состояніи измѣнить ненормальнаго положенія матки даже и при полной подвижности послѣдней. Затѣмъ, въ некоторыхъ случаяхъ ретрофлексія матки бываетъ соединена съ такими заболѣваніями и пороками развитія рукава, при которыхъ самое вставленіе пессарія является невозможнымъ. Наконецъ, многія особы, особенно не имѣвшія половыхъ сношеній, рѣшительно отказываются отъ этого способа леченія. **В. Г.**

2) Нѣкоторые авторы, допуская пользу и даже необходимость леченія ретрофлексіи матки, вооружаются, однако, противъ оперативнаго леченія этой аномаліи. По ихъ убѣжденію, съ одной стороны, никакая операция не въ состояніи вернуть перегнутой назадъ маткѣ ея физиологическаго положенія,—при всякой изъ нихъ лишь одно патологическое положеніе матки мѣняется на другое,—съ другой стороны, такіе лечебные способы, какъ примѣненіе пессаріевъ, массажъ и т. п., даютъ гораздо лучшіе результаты, чѣмъ всякая операция. На первое можно возразить, что пусть даже операция и не въ состояніи вернуть маткѣ ея физиологическихъ отношеній, но если она въ состояніи избавить больную отъ тѣхъ разстройствъ, которыми послѣдняя страдаетъ, то уже и этого одного достаточно, чтобы считать цѣль оперативнаго вмешательства вполне достигнутой; притомъ же послѣ некоторыхъ операций, какъ мы увидимъ ниже, матка получаетъ положеніе—по меньшей мѣрѣ весьма близкое къ физиологическому. На второе можно сказать, что несомнѣнно встрѣчаются такіе случаи, гдѣ ретрофлексія не поддается ни одному изъ неоперативныхъ способовъ ея леченія, и операция является единственнымъ средствомъ устранить разбираемую аномалію. **В. Г.**

Изолированная круглая связка приподнимается и освобождается у симфиза от своих периферических прикрѣпленій, затѣмъ сильно вытягивается пальцами наружу по направленію къ *spina anterior superior*.

Такъ какъ связка эта въ полости живота проходитъ въ переднемъ листкѣ широкой связки (см. рис. 7), то *ligamentum latum* при достаточно сильномъ вытягиваніи ея вытягивается также и появляется въ паховомъ каналѣ въ видѣ такъ назыв. брюшиннаго конуса *Kocher*'а.

Брюшинный конусъ вытягивается на 3—5 см. и пришивается катгутомъ или шелкомъ (*Kocher*) вмѣстѣ съ круглой связкой къ фасціи *mus. obliqui externi* и къ поверхностной фасціи. Шовъ идетъ отъ *spina anterior superior* до пахового кольца. Непришитая часть связки отрѣзывается. Укороченіе круглыхъ связокъ только на 4—5 см. дѣлаетъ успѣхъ операціи сомнительнымъ; для достиженія прочныхъ результатовъ нужно отрѣзывать кусокъ не менѣе 10 см. Затѣмъ паховой каналъ закрывается глубокими швами, идущими черезъ заднюю стѣнку его и края разрыва *fasciae obliqui ext.* Послѣ закрытія пахового канала кожная рана обмывается стерилизованнымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли и зашивается непрерывнымъ или узловатымъ швомъ. (Пояска, лежаніе въ постели въ продолженіе 14 дней, выписка на 18—20-й день).

Если остановка кровотока не надежна, то лучше вставить въ рану дренажъ на 24 часа (*Kocher*).

Описанную операцію можно производить лишь при подвижной маткѣ и притомъ лишь тамъ, гдѣ леченіе посредствомъ пессаріевъ осталось безъ успѣха или не предпринималось по желанію больной.

Иногда случается, что круглую связку не удастся найти, иногда же она разрывается въ рукѣ оператора при вытягиваніи; послѣднее бываетъ въ томъ случаѣ, если связка недостаточно отсепарована.

Операція *Alquié-Alexander-Adams*'а лишь медленно вошла въ употребленіе; за послѣдніе годы, впрочемъ, она, повидимому, находитъ себѣ все большее и большее число приверженцевъ <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Предложенная впервые въ 1840 г. *Alquié*, на дѣлѣ же испробованная въ первый разъ въ 1881 г. *Alexander* 'омъ, операція вѣнбрюшиннаго укороченія круглыхъ связокъ нашла себѣ сначала радужный пріемъ лишь въ Америкѣ и Франціи, въ Германіи же и у насъ въ Россіи противъ нея былъ высказанъ цѣлый рядъ возраженій. Одни авторы (*Olshausen*, *Omnitz*) сомнѣвались, чтобы круглая маточная связка, будучи укорочена, могла удержать наклонное къ перегибу назадъ тѣло матки въ нормальномъ наклоненіи впередъ, — для этого онѣ будто-бы слишкомъ слабы, слишкомъ относительно длинны и пробѣгаютъ слишкомъ изогнуто; другіе (*Bird*), соглашались, что *Alexander* 'овская операція первое время дѣйствительно можетъ дать успѣхъ, сомнѣвались въ прочности послѣдняго, — по ихъ мнѣнію, укороченныя круглыя связки скоро снова растягиваются, и наступаетъ возвратъ перегиба; третьи указывали на то, что иногда операторъ не въ состояніи бываетъ найти круглыхъ связокъ; четвертые отмѣчали ту невыгодную сторону данной операціи, что перѣдно, будучи слишкомъ слабо развиты, *ligg. rotunda* рвутся при вытягиваніи; пятые, наконецъ ставили въ упрекъ операціи наблюдающіяся послѣ нея грыжи. Безспорно, нѣкоторые изъ этихъ возраженій до известной степени справедливы, — *Alexander* 'овская операція представляетъ свои неудобства, но эти неудобства, во-первыхъ, сказываются въ относительно рѣдкихъ случаяхъ, во-вторыхъ, могутъ быть въ значительной степени избѣгнуты. Во всякомъ случаѣ онѣ значительно



*Пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ (ventrofixatio).* Раскрывъ брюшную полость обычнымъ путемъ,—разрѣзомъ дн-

перевѣшиваются выгодными сторонами данной операціи, которая представляетъ единственный способъ оперативнаго леченія ретрофлексіи матки, возвращающей послѣдней ся нормальное положеніе съ почти полнымъ сохраненіемъ физиологической подвижности органа.

Первымъ нѣмецкимъ гинекологомъ, который разсѣлялъ существовавшее въ Германіи предубѣжденіе противъ *Alexander*'овской операціи, былъ мой учитель, проф. *Werth*, въ Килѣ. Съ 1887 г. по февраль 1896 г., когда я работалъ въ его клиникѣ, разбираемая операція была произведена имъ въ 54 случаяхъ; 43 больныхъ рожали раньше въ срокъ, остальные 11—не рожали ни разу или имѣли лишь выкидыши; въ большинствѣ случаевъ имѣлъ мѣсто застарѣлый перегибъ; у 52 больныхъ матка была подвижна, у 2 существовали срощенія, уничтоженные передъ операціей по *Schultze*; въ 25 случаяхъ у больныхъ имѣлъ мѣсто неосложненный перегибъ матки казды, у прочихъ 27 онъ былъ осложненъ или воспаленіемъ матки (у 12 пациентокъ), или выпаденіемъ рукава и матки (въ 22 случаяхъ).

Примѣняемая проф. *Werth*'омъ техника операціи состоитъ въ слѣдующемъ: кожный разрѣзъ начинають, съ каждой стороны, отъ точки чуть выше лоннаго бугорка и проводятъ кнаружи вкось, параллельно *Poupart*'овой связкѣ; длина его обычно не превышаетъ 5 см. При разрѣзѣ тотчасъ же открывается выполненное жиромъ наружное паховое кольцо, иногда представляющее въ видѣ узкой щели, иногда же довольно широкое. Отыскавъ его, операторъ вскрываетъ,—или вполнѣ, или только частью,—переднюю стѣнку пахового канала и начинаетъ искать круглую связку. Коль скоро она найдена, ее по возможности тупымъ путемъ освобождаютъ отъ входящихъ въ нее волоконъ внутренней косой мышцы и окружающей клетчатки; при этомъ удаляютъ также подздошно-паховый нервъ. Уединивъ связку на достаточномъ протяженіи, операторъ осторожно вытягиваетъ ее влѣтъ до открытой брюшной части; ассистентъ *per vaginam* опредѣляетъ при этомъ, насколько матка подается впередъ, и направляетъ ее; положеніе матки провѣряется и самимъ операторомъ путемъ наружнаго изслѣдованія. Затѣмъ начинаютъ положеніе фиксирующихъ катгутовыхъ швовъ, изъ которыхъ каждый накладывается такимъ образомъ, что игла захватываетъ сначала одинъ край разрѣзанной передней стѣнки пахового канала, затѣмъ часть периферіи круглой связки, далье—заднюю стѣнку канала и, наконецъ, другой край передней стѣнки. Укрѣпивъ такимъ образомъ связку, операторъ обрѣзываетъ свободный конецъ ея; обычно связки укорачиваются на 8—12 см. и лишь въ исключительныхъ случаяхъ на 6. Въ заключеніе операціи операторъ закрываетъ рану 1—2 рядами также катгутовыхъ швовъ. Послѣ операціи больная остается въ постели 2—3 недѣли. Повязка мѣняется на 10-й день. Пессарія послѣ операціи можно и не вставлять.

Изъ затрудненій, встрѣченныхъ при выполненіи операціи по этому способу, нужно отмѣтить слѣдующія: въ 4 случаяхъ отысканіе связокъ потребовало довольно продолжительнаго времени; въ 6—связки оказались настолько прочно соединенными съ окружающими частями, что ихъ лишь съ трудомъ можно было изолировать, не повредивъ; въ 7—связки оказались довольно тонкими, причѣмъ въ 2 случаяхъ онѣ оборвались при вытягиваніи; въ одномъ изъ этихъ случаевъ оборванный конецъ удалось безъ труда захватить въ паховомъ каналѣ, въ другомъ для отысканія его пришлось вскрыть брюшину. Послѣоперационный періодъ протекаетъ безъ повышенія  $t^0$  у 44 больныхъ, съ небольшимъ повышеніемъ—у 10. У 4 больныхъ имѣло мѣсто легкое нагноеніе въ уколахъ.

Непосредственный результатъ операціи во всѣхъ случаяхъ былъ удовлетворительный. Отдаленный результатъ прослѣженъ мною у 41 больной, въ томъ числѣ у 12 больныхъ—за время менѣе 1 года, у остальныхъ—за время отъ 1 года до  $6\frac{1}{2}$  лѣтъ. Изъ всѣхъ этихъ случаевъ возвратъ перегиба имѣлъ мѣсто лишь въ 2. Беременность послѣ операціи наблюдалась у 15 пациентокъ, 23 раза. Въ томъ числѣ 2 раза она окончилась выкидышемъ, въ 3—преждевременный родами и въ 18—срощами, изъ которыхъ 17 протекали вполнѣ нормально. Возврата ретрофлексіи послѣ родовъ не было ни разу.

Обозрѣвая эти результаты и сравнивая ихъ съ результатами, полученными при другихъ способахъ оперативнаго леченія ретрофлексіи матки, я въ свое время пришелъ къ заключенію, которое готовъ подтвердить и теперь,—что для случаевъ *retroflexio mobilis Alexander*'овская операція представляетъ собою идеальнѣйшій способъ оперативнаго вмѣшательства, — способъ, который по своимъ выгодамъ стоитъ внѣ конкуренціи.

Желающихъ подробнѣе ознакомиться съ разбираемой операціей отсылаю къ моимъ статьямъ: «Къ вопросу объ оперативномъ леченіи перегибовъ матки назадъ» («Врачъ», 1896) и «Zur statistik der Geburten nach Antefixatio Uteri» («Münch. med. Woch.», 1896, № 46).

ною въ 4—6 см.<sup>1)</sup>),—вводятъ два пальца въ рану, отыскиваютъ матку, освобождаютъ ее изъ сращеній и выводятъ въ брюшную рану. Для прикрѣпленія тѣла матки къ брюшной стѣнкѣ существуютъ разные способы. *Olshausen*'овскій методъ пришиванія матки заслуживаетъ предпочтенія потому, что при немъ пришивается не сама матка, а только ея связочный аппаратъ, такъ что при наступленіи беременности ростъ ея совершается безъ препятствія. Способъ *Olshausen*'а-*Kelly* состоитъ въ томъ, что круглыя связки пришиваются у мѣста ихъ отхожденія отъ матки къ брюшинѣ передней брюшной стѣнки посредствомъ одной или двухъ лигатуръ изъ сिल्кворма, притомъ на каждой сторонѣ отдѣльно. Лигатуры проходятъ, съ одной стороны, черезъ толщу круглой связки, минуя трубу и *lig. ovarii propr.*, съ другой—захватываютъ лишь брюшину, мышцы и поверхностную фасцію; затѣмъ онѣ завязываются, а брюшная рана зашивается. Если хотить зашить брюшную рану не этажнымъ непрерывнымъ швомъ, а узловатыми, то ихъ можно наложить, не завязывая, на фиксирующіе швы. Послѣдніе удерживаются на это время при помощи зажима *Tait*'а.

По способу *Leopold-Czerny* къ брюшной стѣнкѣ пришивается передняя стѣнка матки, по способу *Fritsch*'а — освѣженное дно органа. Въ обоихъ случаяхъ матка фиксируется на большемъ или меньшемъ протяженіи, вслѣдствіе чего ростъ ея во время послѣдующей беременности встрѣчаетъ извѣстныя препятствія. Относительно того, какой способъ дастъ болѣе прочный успѣхъ, мнѣнія авторовъ остаются пока раздѣленными<sup>2)</sup>.

Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ есть единственная операція, дающая вѣрные результаты при фиксированной ретрофлексіи, ибо при помощи остальныхъ способовъ нельзя непосредственно устранить существующихъ ложныхъ перепонокъ. Крімъ того, она имѣетъ то преимущество, что при ней можно осмотрѣть и опунать матку и придатки во вскрытой брюшной полости, и если окажется, что необходимо удалить какую-нибудь большую часть ихъ, то это можно произвести поцутно.

Поэтому вентрофиксація представляетъ собой лучшую операцію при фиксированной ретрофлексіи, если только при послѣдней вообще показуется оперативное вмѣшательство, при подвижной же ретрофлексіи она примѣняется лишь въ томъ случаѣ, если при вскрытіи брюшной полости, произведенномъ по какому-либо другому поводу, желаютъ воспользоваться этимъ обстоятельствомъ, чтобы одновременно устранить и существующую ретрофлексію.

*Теченіе родовъ послѣ вентрофиксаціи.* При наступленіи беременности

<sup>1)</sup> *Küstner* рекомендуетъ производить разръзъ (крестообразной формы) надъ лобкомъ, въ волосистой части кожи. Благодаря этому, 1) рубецъ послѣ операціи не безобразитъ больной, 2) послѣ операціи нечего опасаться развитія грыжи въ рубцѣ. *В. Г.*

<sup>2)</sup> *Küstner* собралъ данныя о 1260 случаяхъ вентрофиксаціи, изъ коихъ 9 кончили смертью оперированныхъ. Возвратъ перегиба наблюдался послѣ операціи 44 раза, беременность — 133 раза, въ томъ числѣ 83 раза беременность протекла вполне нормально, о 23 случаяхъ ея свѣдѣній не имѣется, а въ остальныхъ 27 имѣли мѣсто различныя разстройства беременности и родовъ. *В. Г.*

пришитая къ брюшной стѣнкѣ матка можетъ подвергнуться измѣненіямъ, вполне похожимъ на тѣ, какія наблюдаются при беременности послѣ пришиванія матки къ передней стѣнкѣ влагалища. При вентрофиксаціи нѣтъ только рубца въ переднемъ влагалищномъ сводѣ, благодаря чему самое существенное препятствіе для родовъ не имѣетъ мѣста, и родовой актъ,—даже если операція произведена по способу *Leopold'a-Czeriny*,—протекаетъ въ общемъ гораздо благополучнѣе, чѣмъ послѣ вагинофиксаціи.

Въ одномъ, бывшемъ у насъ въ клиникѣ, случаѣ родовъ послѣ вентрофиксаціи, произведенной не нами, дно матки при изслѣдованіи оказалось вправо, а обращенный къзади зѣвъ—на ладонь надъ мысомъ, слѣва отъ позвоночника. Когда я принялъ роженицу, то пузырь лопнулъ за три часа до того, зѣвъ былъ совершенно раскрытъ и выполненъ предлежащей головкой.

При каждой родовой боли головка прижималась къ задней стѣнкѣ живота. Входъ въ тазъ былъ подъ мѣстомъ фиксаціи выполненъ мѣшечатымъ вытягиваніемъ передней маточной стѣнки. Въ мѣшкѣ этомъ опредѣлялась околоплодная жидкость, нѣсколько раньше — плечико. Захлороформировавъ роженицу, я вошелъ лѣвой рукой въ матку и захватилъ ножки, лежавшія справа, причемъ въ продолженіе этой манипуляціи роженица лежала на правомъ боку. Безъ этого положенія роженицы, кажется, мнѣ не удалось-бы дойти до ножекъ. Изведенная правая ножка лежала впереди. Извлеченіе во II неполномъ ногоположеніи послѣ полного раскрытія зѣва; младенецъ былъ извлеченъ живымъ<sup>1)</sup>.

*Пришиваніе матки къ передней стѣнкѣ влагалища. (vaginofixatio).* Влагалищная часть захватывается пулевыми щипцами и изводится. *Plica vesico uterina* разсѣкается со стороны передняго свода влагалища такимъ же способомъ, какъ это дѣлается при экстирпаціи матки. Брюшина прикрѣпляется къ стѣнкѣ влагалища двумя временными швами. Тѣло матки приводится въ антеверсію посредствомъ зонда или маточнаго катетера и вытягивается въ рану при помощи пулевыхъ щипцовъ, которыми захватываютъ послѣдовательно переднюю стѣнку матки. Послѣднюю нужно извлечь настолько, чтобы было удобно наложить фиксирующие швы. Для этихъ швовъ—числомъ 2—берутъ силъвормъ. Накладываются они слѣдующимъ образомъ: иглу вкалываютъ въ стѣнку влагалища, захватываютъ ею ткань тѣла матки и выкалываютъ по другую сторону раны, во влагалищной стѣнкѣ, такъ что узелъ будетъ находиться въ рукавѣ.

Чтобы рана при вагинофиксаціи имѣла лучшій видъ, стѣнку рукава можно разсѣчь не поперечнымъ, а продольнымъ разрѣзомъ. Разрѣченіе же

1) Помимо разстройствъ при послѣдующей беременности, вентрофиксація можетъ повести еще къ развитію заворота кишекъ у оперированныхъ. Во избѣжаніе этого осложненія *Werth* принялъ за правило,—въ каждомъ случаѣ вентрофиксаціи производить также везикофиксацію, т. е. зашивать пузырно-маточный карманъ, сшивая брюшинный покровъ пузыря съ маточною брюшиной. *B. G.*

*plicae vesico-uterinae* производится далѣе обычнымъ путемъ, причѣмъ пузырь отдѣляется отъ передней стѣнки влагалища поперечнымъ разрѣзомъ.

Если желаютъ присоединить къ вагинофиксаціи еще кольпоррафію, то нужно сначала вырѣзать овальный кусокъ изъ передней рукавной стѣнки влагалища, а затѣмъ уже разѣчь *plicam vesico-uterinam* обычнымъ путемъ, вскрывая ее подъ пузыремъ.

Пришиваніе тѣла матки производится во всѣхъ случаяхъ одинаково. Завязавъ фиксирующіе швы, приступаютъ къ закрытію влагалищной раны, которая зашивается въ длину при помощи швовъ, накладываемыхъ слѣва направо.

Вагинофиксація показуется лишь при подвижной маткѣ.

Если лигатуры наложены почти до самаго дна матки, такъ что вся передняя стѣнка органа будетъ пришита къ передней стѣнкѣ влагалища, то матку дѣйствительно удастся удержать въ прочной антеверсіи. Пораненія матки, произведенныя пулевыми щипцами, способствуютъ образованію болѣе прочнаго и широкаго рубца.

Этой операціей не всегда приносятъ большой пользу, часто даже вредъ.

*Uterus* послѣ нея является фиксированнымъ и вызываетъ постоянныя затрудненія при мочеиспусканіи и боли внизу живота, такъ что больная больше страдаетъ отъ фиксированной, хотя и антефлектированной матки, чѣмъ до того—отъ подвижной, хотя и ретрофлектированной.

Кромѣ того, сюда присоединяется еще опасность при послѣдующихъ родахъ.

*Tеченіе родовъ послѣ вагинофиксаціи.* Прочное сращеніе съ передней стѣнкой влагалища значительно вліяетъ на нормальное развитіе и ростъ беременной матки: влагалищная часть отклоняется кзади и кнаружи (чаще влѣво), матка ложится до нѣкоторой степени поперекъ; тамъ, гдѣ обыкновенно находится влагалищная часть, прощупывается теперь рубецъ, твердый какъ подошва. Для окончанія родовъ послѣ вагинофиксаціи неоднократно приходилось обращаться къ кесарскому сѣченію или къ *accouchement forcé*.

У одной такой роженицы, разрѣшавшейся у насъ въ клиникѣ, зѣвъ былъ направленъ къ лѣвой почкѣ, и въ немъ лежала головка; одно плечико находилось надъ входомъ въ тазъ. Къ счастью пузырь сохранился до полнаго открытія зѣва, такъ что поворотъ на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ былъ произведенъ подъ хлороформомъ безъ всякаго труда.

Поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ представляетъ собою преобладающій способъ родоразрѣшенія въ такихъ случаяхъ; было бы неправильно еще въ самомъ началѣ родовъ приступать къ кесарскому сѣченію или къ *accouchement forcé*.

Поэтому въ подобныхъ случаяхъ нужно всегда стараться сохранить пузырь по возможности дольше и приступать къ вмѣшательству лишь при совершенно раскрытомъ зѣвѣ. Если пузырь лопнетъ преждевременно, то нужно

сначала все же попробовать сдѣлать поворотъ на ножку. Если зѣвъ не пропускаетъ руки, то нужно постараться сдѣлать комбинированный поворотъ по *Braxton Hicks*'у или расширить зѣвъ посредствомъ баллона *Cham-petier-de-Ribes*'а.

Перфорировать подлежащую головку при столь значительномъ смѣщеніи зѣва, какое бываетъ послѣ вагинофиксаціи, почти немислимо изъ-за опасности побочных поврежденій, и поэтому послѣ разрыва пузыря нечего ждать, пока появится показаніе къ родоразрѣшенію, а надо немедленно, пока еще не поздно, сдѣлать поворотъ на ножку. Если окажется, что искусственное расширение зѣва невозможно, а поворотъ на ножку никакъ не удастся, то тогда слѣдуетъ приступить къ *accouchement forcé* или къ кесарскому сѣченію.

Рукавное прикрѣпленіе матки надъ самымъ внутреннимъ зѣвомъ (на 1—2 см. выше), безъ вскрытія *plicae vesico-uterinae*, даетъ лишь временный успѣхъ, такъ какъ матка уже вскорѣ возвращается въ состояніе ретрофлексіи, хотя тѣло ея при этомъ остается, правда, еще долгое время въ антефлексіи. Нѣкоторые авторы довольствуются, впрочемъ, и этимъ результатомъ и совѣтуютъ вагинофиксацію по этому способу при подвижной маткѣ, преимущественно въ томъ случаѣ, если одновременно съ ретрофлексіей существуетъ опущеніе влагалища, ради котораго производится *colporrhaphia anterior et posterior*.

*Пришиваніе тѣла матки къ мочевоуму пузырю, укороченіе круглыхъ и маточно-крестцовыхъ связокъ черезъ влагалище* не получили еще права гражданства въ оперативномъ леченіи ретрофлексіи, поэтому подлежатъ лишь простому упоминанію.

#### i) *Выпаденіе матки (prolapsus uteri).*

При расслабленіи связочнаго аппарата матки и тазоваго дна, матка опускается все глубже и глубже въ тазъ и можетъ, наконецъ, совершенно выпасть черезъ выходъ таза. Такъ какъ выпаденіе матки всегда связано съ расслабленіемъ и выпаденіемъ влагалища, то поэтому мы и опишемъ его одновременно съ послѣднимъ (см. ниже).

#### j) *Выворотъ матки (inversio uteri).*

Подъ выворотомъ матки разумѣется такая аномалія ея положенія, при которой внутренняя поверхность органа, *mucosa uteri*, бываетъ обращена наружу, наружная же, брюшинная, смотритъ внутрь.

Вывернутая матка образуетъ воронку въ тазовомъ днѣ, въ которую спускаются широкія связки съ трубами, *ligg. rotunda* и собственныя связки яичника. Сами же яичники лежатъ па краю воронки. Съ маткой можетъ вывернуться и влагалище, почему различаютъ полный и неполный выворотъ. Полный выворотъ образуется чаще непосредственно послѣ родовъ, если при вялой маткѣ тянуть черезъ пуповину за крѣпко сидящій послѣдъ или производить сильное надавливаніе снаружи на дно матки. Патологія

и терапия этих свѣжихъ случаевъ разбирается подробно въ учебникахъ акушерства.

Если вывернувшаяся матка остается во влагалищѣ, и въ то же время существуетъ кровотеченіе, то выворотъ можетъ быть просмотрѣтъ при родахъ. Въ послѣродовомъ періодѣ, такъ какъ въ это время обратное развитіе матки идетъ впередъ, онъ не вызываетъ никакихъ серьезныхъ припадковъ, и больная встаетъ съ постели, въ полной увѣренности, что *puerperium* прошелъ у нея нормально; лишь спустя нѣкоторое время, — иногда только черезъ нѣсколько лѣтъ, — она вынуждена бываетъ искать врачебной помощи. Болѣзненные явленія состоятъ при этомъ въ неправильныхъ обильныхъ кровотеченияхъ, особенно при *coitum*, въ бѣляхъ, иногда въ чувствѣ напора на низъ.

Черезъ свободно открывающіеся наружу отверстія трубъ проникаютъ возбудители болѣзней и могутъ вызвать гнойное воспаленіе трубъ (*salpingitis purulenta*), а затѣмъ тазовый перитонитъ съ слѣдующимъ образованіемъ *pyosalpinx'a*.

Больная остается, даѣе, бесплодной, хотя теоретически возможно предположить, что сперматозоиды могутъ попасть въ трубу, а оплодотворенное яйцо можетъ при благоприятныхъ условіяхъ остаться въ яйцеводѣ и развиваться здѣсь дальше.

Наполовину вывороченная шейка образуетъ у основанія вывернувшейся матки кольцеобразный перехватъ, который въ высшей степени затрудняетъ обратное вправленіе матки. При тазовомъ перитонитѣ внутреннія стѣнки воронки могутъ срастись между собой.

Діагнозъ выворота можетъ быть поставленъ только путемъ бимануальнаго изслѣдованія. Тѣло матки не прощупывается лежащею снаружи рукою; пальцемъ послѣдней удается, по крайней мѣрѣ подъ наркозомъ и при вялыхъ брюшныхъ покровахъ, проникнуть въ вышеописанную воронку; со стороны влагалища прощупывается кругловатое тѣло, величиною въ грецкій орѣхъ или яблоко, которое легко можетъ быть принято за полипъ, торчащій изъ наружнаго зѣва, или за опухоль же одной изъ губъ маточнаго зѣва.

То обстоятельство, что опухоль переходитъ всадѣ въ край зѣва, и что возлѣ нея нигдѣ нельзя проникнуть вверхъ, въ связи съ данными наружнаго изслѣдованія, векорѣ открываетъ истинное положеніе дѣла. При помощи зеркала можно увидѣть поверхность опухоли (обнаженную слизистую оболочку матки), которая имѣетъ ярко-красный цвѣтъ, отечна и кровоточитъ при прикосновеніи.

*Леченіе выворота* состоитъ въ обратномъ вправленіи матки. Въ свѣжихъ случаяхъ оно удается, подъ наркозомъ, большею частью тотчасъ же, при помощи половины руки или двухъ пальцевъ. Маточный зѣвъ нужно при этомъ захватить нѣсколькими пулевыми щипцами, чтобы этимъ воспрепятствовать отхожденію матки вверхъ. Если нужно, то передъ вправленіемъ не мѣшаетъ сдѣлать ножницами нѣсколько поверхно-

стных надрѣзовъ на кольцообразно стянутой шейкѣ матки. Во время вправленія наружная рука должна производить противодавленіе на край воронки.

Въ болѣе старыхъ случаяхъ всѣ попытки къ вправленію остаются обыкновенно безъ успѣха, и тогда нужно предпринять леченіе посредствомъ постоянного давленія на вывернутую матку, производимаго въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени. Для этой цѣли въ рукавъ вводится кольпейринтеръ, —лучше всего *Koch*'а, —и наполняется настолько, сколько больная можетъ перенести. Кольпейринтеръ смѣняютъ ежедневно. *Hofmeier* рекомендуетъ вмѣсто кольпейриза плотную тампонацію влагалища іодоформированной марлей, которая мѣняется опять-таки ежедневно.

Въ обоихъ случаяхъ женщина должна оставаться въ постели и лежать съ приподнятымъ тазомъ или въ *Sims*'овскомъ боковомъ положеніи. До начала леченія мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены, во время же всего курса леченія, который подчасъ продолжается 2—3 недѣли, нужно заботиться о правильномъ опорожненіи ихъ. Далѣе, во время леченія, нужно вынимать кольпейринтеръ (тампонаду) каждые 4 дня на 6—12 часовъ. Подъ вліяніемъ постоянного давленія отекъ и застои матки исчезаютъ, и она можетъ сама по себѣ обратно вывернуться, или ее можно теперь легко вправить.

Если это леченіе остается безъ успѣха, то можно, по совѣту *Küstner*'а, гдѣ-нибудь разрѣзать кольцообразный перехватъ шейки и такимъ образомъ устранить препятствіе для обратнаго вправленія матки.

Для этой цѣли *Küstner* вскрываетъ сначала задній *Douglas*'овъ карманъ, разсѣкаетъ затѣмъ заднюю стѣнку матки какъ разъ по средней линіи продольнымъ разрѣзомъ, который начинается сант. на 2 выше наружнаго зѣва и кончается, не доходя на 2 сант. до дна, и проникаетъ, идя со стороны слизистой оболочки, до брюшины. Послѣ того производится вправленіе матки, искусственно ретрофлексированное тѣло органа вытягивается въ рукавную рану, и разрѣзъ маточной стѣнки зашивается со стороны брюшинной ея поверхности. Кончатъ операцію зашиваніемъ влагалищной раны. *Küstner* убѣжденъ, что его способъ вполне въ состояніи замѣнить всѣ уродующія операціи, которыя предпринимаются при старыхъ выворотахъ матки. При случаѣ, однако, мнѣ кажется, лучше было бы не дѣлать сразу столь большого разрѣза, какъ рекомендуетъ этотъ авторъ, а сначала разсѣчь лишь цервикальное кольцо; если же этого окажется недостаточно, то всегда можно продолжить разрѣзъ.

Неполный выворотъ матки происходитъ чаще всего вслѣдствіе влеченія за внутреннюю ея поверхность со стороны подслизистыхъ фибромъ въ моментъ рожденія послѣднихъ. При этомъ выворачивается не всегда дно матки, а любая часть маточной стѣнки, смотря по мѣсту прикрѣпленія опухоли. Извѣстная вялость стѣнокъ матки, по *Schauta*, составляетъ необходимое условіе для образованія частичнаго выворота.

*Inversio uteri partialis* не всегда легко диагностируется. Чтобы избѣ-

ждать ошибки, врачу слѣдуетъ при всякомъ случаѣ полипозной міомы матки имѣть въ виду возможность выворота (см. главу о міомахъ).

### 3. Воспаленіе слизистой оболочки матки (*endometritis*)<sup>1)</sup>.

*Анатомія нормальной слизистой оболочки.* Въ здоровомъ состояніи слизистая оболочка матки<sup>2)</sup> имѣетъ слѣдующій видъ:

Въ области тѣла она имѣетъ въ толщину, приблизительно, 0,5—1,0 милл.; цвѣтъ ея — сѣро-красноватый; она мягка и прозрачна, почему легко раздавливается. Свободная поверхность слизистой оболочки покрыта однослойнымъ, мерцательнымъ, цилиндрическимъ эпителиемъ, расположеннымъ на основной перепонкѣ (*membrana basilaris*). Движеніе мерцательныхъ волосковъ и у человѣка, и у животныхъ имѣетъ направленіе сверху внизъ, отъ дна къ внутреннему зѣву (*Hofmeier*). Железы слизистой оболочки представляютъ собою углубленія эпителиальнаго покрова и отходятъ отъ поверхности почти перпендикулярно (рис. 28); обыкновенно онѣ являются въ видѣ трубокъ, развѣтвляющихся пальцеобразно на два, рѣже на нѣсколько слѣсныхъ ходовъ. Лежатъ маточныя железы обычно почти въ одинаковомъ разстояніи другъ отъ друга; иногда онѣ извиты. Длина ихъ (въ среднемъ 1—2 милл.) непостоянна, даже въ покоящемся состояніи; большую часть онѣ, однако, доходятъ верхушками до мышечнаго слоя, нѣкоторыя даже заходятъ въ него. Онѣ снабжены основной перепонкой (*membrana propria*), которая содержитъ ядра, имѣетъ двойной контуръ и представляетъ собою непосредственное продолженіе таковой же перепонки поверхностнаго эпителия; ядра ея имѣютъ продолговатую, сплюсненную форму (рис. 29).

Эпителий железъ маточнаго тѣла, какъ и поверхностный, состоитъ изъ одного ряда высокихъ цилиндрическихъ кѣтокъ, снабженныхъ мерцательными рѣсничками, движущимися по направленію къ выводному отверстию. На разрѣзахъ, сдѣланныхъ по касательной, можно видѣть, что кѣтки эти расположены въ видѣ изящной мозаики. Между ними тамъ и сямъ встрѣчаются кѣточные элементы съ фигурами дѣленія ядра. Отдѣлимое железу представляетъ собою жидкую слизь щелочной реакціи; кромѣ того, железы обыкновенно бываютъ наполнены слущенными эпителиальными кѣтками въ разномъ количествѣ. Межуточная ткань, въ которой онѣ заложены, состоитъ изъ эмбриональныхъ соединительнотканыхъ элементовъ —

<sup>1)</sup> Справедливость заставляетъ сказать, что глава объ эндометритѣ у *Nagel'* оставляетъ желать очень многого какъ въ смыслѣ полноты, такъ и въ отношеніи отчетливости изложенія. Чтобы хотя отчасти помочь горю, я постараюсь ниже восполнить наиболее крупныя пробѣлы, допущенныя авторомъ, въ своихъ примѣчаніяхъ. Сознаюсь, однако, что этихъ послѣднихъ едва-ли будетъ вполне достаточно: собственно говоря, глава эта требовала бы цѣликомъ коренной переработки.

В. Г.

<sup>2)</sup> Слизистая оболочка матки начинаетъ дифференцироваться отъ остальныхъ слоевъ маточной стѣнки еще на 3 мѣсяцѣ утробной жизни. Время развитія въ ней железъ представляетъ значительныя колебанія: иногда железы являются хорошо развитыми уже у поворожденныхъ, иногда же онѣ слабо развиты даже у 10-лѣтнихъ дѣвочекъ.

В. Г.



продолговатыхъ ядросодержащихъ клѣтокъ, которыхъ отростки, соединяясь между собою, образуютъ тонкую сѣть. Въ петляхъ послѣдней находятся въ различномъ количествѣ круглыя клѣтки, разбросанныя другъ отъ друга на болѣе или менѣе значительномъ разстояніи; кромѣ того здѣсь имѣется значительное количество межуточнаго вещества. Лимфатическая система развита въ слизистой оболочкѣ тѣла матки чрезвычайно значительно, при-

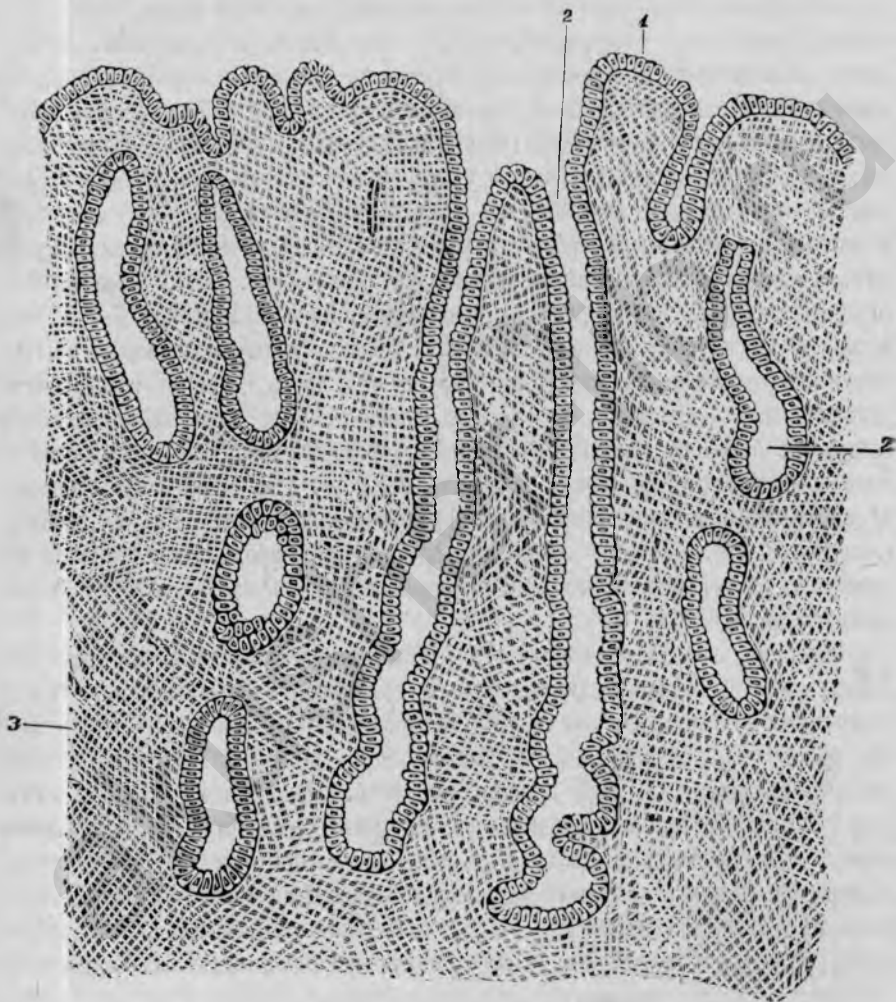


Рис. 28. Слизистая оболочка матки, взятая отъ больной (слаб. увеличеніе): 1—поверхностный эпителий; 2—железы. 3—основная ткань.

чемъ сосуды ея берутъ свое начало въ только что упомянутыхъ петлевыхъ пространствахъ. Кровеносными сосудами *mucosa uteri* также богата; капилляры, какъ артеріальные, такъ и венозные, а также нервы прослѣжены въ ней въ новѣйшее время до самаго эпителия (*Гавронскій, Köstlin, Kalischer* и др.). Отъ подлежащаго мышечнаго слоя слизистая оболочка матки отдѣляется, благодаря своему своеобразному строенію, до-

вольно рѣзко; однако у своего основанія она прочно соединена съ нимъ, благодаря тому, что, съ одной стороны, мышечные пучки проникаютъ въ болѣе глубокіе ея слои<sup>1)</sup>, съ другой, какъ было уже упомянуто, — слѣпые концы железъ во многихъ мѣстахъ вѣдряются въ мышечную ткань. По этой причинѣ послѣ выскабливанія слизистой оболочки ложечкой почти всегда между мышечными пучками остаются остатки ея, которые и служатъ затѣмъ для образованія новой слизистой оболочки. Лишь послѣ черезчуръ усерднаго примѣненія ложки мѣсячныя иногда не появляются въ продолженіе значительнаго времени, каковое обстоятельство указываетъ, что, по всей вѣроятности, при выскабливаніи удалена и большая часть этихъ важныхъ для регенерации слизистой оболочки остатковъ.

Слизистая оболочка маточной шейки имѣетъ болѣе плотное строеніе, чѣмъ *mucosa corporis* и образуетъ на передней и задней стѣнкахъ замѣтные гребневидные выступы, *plicae palmatae*<sup>2)</sup>. Свободная поверхность ея покрыта также мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который, хотя и выше, чѣмъ эпителий тѣла матки, однако представляетъ собою

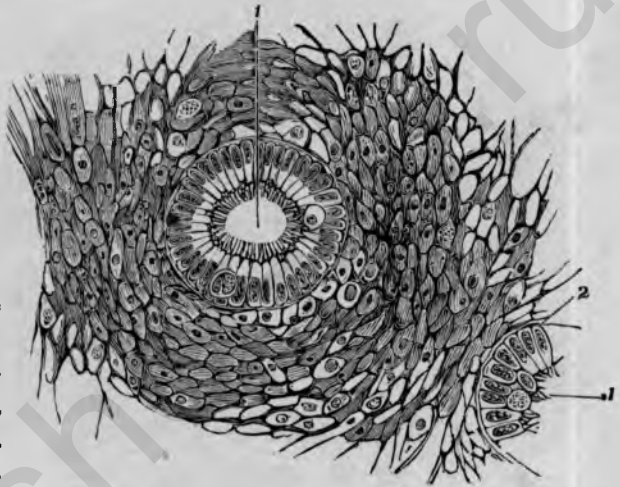


Рис. 29. Препараты, приготовленные изъ слизистой оболочки тѣла матки женщины (*Flemming*'овскій растворъ; увеличеніе въ 500 разъ): 1—поперечный разрѣзъ черезъ маточную железу съ кѣтками мерцательнаго эпителия и митозамъ; 2—основная перепонка железъ.

непосредственное продолженіе послѣдняго. Съ поверхности онъ переходитъ въ эпителий цервикальныхъ железъ, которыя представляютъ собою широкія, пальцевидно развѣтвляющіяся углубленія, длиною въ 1—1,5 милл., шириною въ 0,5 милл., снабженныя основной перепонкой. Отдѣльныя развѣтвленія ихъ образуютъ вторичныя углубленія, благодаря чему на срѣзахъ железы шейки имѣютъ иногда пилообразный видъ; ихъ слѣпые концы, какъ и концы железъ тѣла матки, вѣдряются во многихъ мѣстахъ въ мышечный слой.

<sup>1)</sup> Именно, въ слизистую оболочку вѣдряются, по наблюденіямъ моимъ и *Werth*'а, радиальныя ответвленія пучковъ, составляющихъ внутренній продольный (субмукозный) слой маточной мускулатуры. В. Г.

<sup>2)</sup> По наблюденіямъ *Friedländer*'а, слизистая оболочка шейки у дѣтей образуетъ особенно значительныя складки въ области внутреннего зѣва. Съ наступленіемъ половой зрѣлости эти изглаживаются, но иногда онѣ остаются и у совершенно взрослыхъ женщинъ, причемъ препятствуютъ свободному оттоку менструальной крови и обуславливаютъ такимъ образомъ припадки дисменорреи. В. Г.

Выстланы железы шейки мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ и вырабатываютъ прозрачную, вязкую, стекловидную слизь, которая представляетъ сходство съ носовою слизью. Кромѣ сейчасъ описанныхъ образований, въ верхнемъ отдѣлѣ шейки встрѣчаются иногда и такія железы, которыя болѣе похожи на железы тѣла матки.

Нерѣдко изъ первикальныхъ железъ, вѣдствие закрытія ихъ выводныхъ отверстій, образуются маленькія ретенціонныя кисты (*ovula Nabothi*). Кисты эти выдаются между *pliae palmatae* въ видѣ пузырьковъ величиною въ просыаное зерно или въ горошину; онѣ встрѣчаются иногда и на на-

ружной поверхности влагалищной части. При прокалываніи изъ нихъ выступаетъ стекловидная, вязкая слизь.

*Этіологія эндометрита.* Различаютъ острую и хроническую форму воспаления слизистой оболочки матки.

Острый эндометритъ является частичнымъ проявленіемъ родильной горячки и другихъ инфекціонныхъ болѣзней — скарлатины,

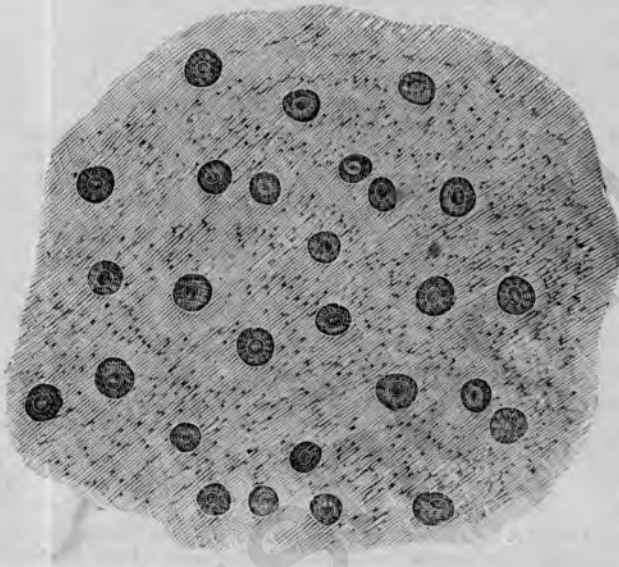


Рис. 30. Endometritis (раств. *Flemming'a*; слаб. увел.).

тифа и пр., а также гонорреи.

Хроническій эндометритъ вызывается неудовлетворительнымъ обратнымъ развитіемъ матки послѣ родовъ и выкидыша, присутствіемъ въ полости ея остатковъ отпадающей оболочки, міомами стѣнокъ матки, заболѣваніемъ окружности матки, аномаліями положенія ея (*retroflexio*), наконецъ гонорреей и простудой.

Въ климактерическомъ возрастѣ появляется иногда эндометритъ, который характеризуется кровотеченіями, а также подчасъ зловонными бѣлками; онъ имѣетъ въ томъ отношеніи большое значеніе, что одинаковыя явленія вызываетъ и ракъ.

Можетъ-ли эндометритъ быть вызванъ вѣдреніемъ бактерій, — до сихъ поръ не доказано съ точностью, исключая одного случая этой болѣзни во время беременности (*Emanuel*). Обыкновенно полость матки была находима свободною отъ бактерій. Зато при гонорройномъ эндометритѣ находили часто гонококковъ какъ въ секретѣ, такъ и въ слизистой оболочкѣ полости матки. По господствующему теперь взгляду гоно-

кокки суть носители инфекции, а потому они должны по крайней мѣрѣ побывать въ полости матки <sup>1)</sup>).

*Патологическая анатомія эндометрита.* Острый эндометритъ въ самой частой своей формѣ, какъ частичное проявленіе родильной горячки, описывается обычно въ руководствахъ акушерства.

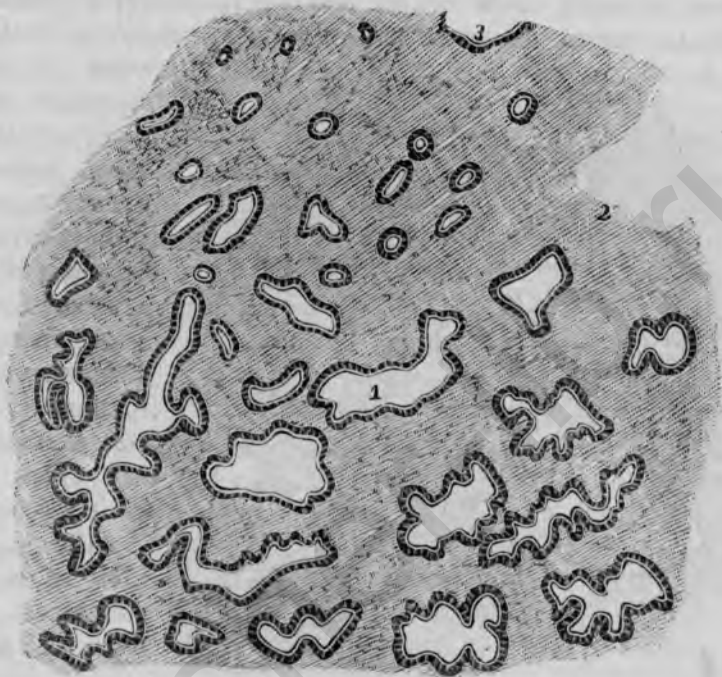


Рис. 31. Endometritis glandularis. 1—Железы. 2—Межжелезистая ткань. 3—Поверхностный эпителий. (Растворъ *Flemming'a*, слаб. увел.).

Слизистая оболочка матки въ состояніи хроническаго воспаленія гиперемирована, мутна, иногда утолщена и имѣть неровную поверхность (end.

<sup>1)</sup> Въ значительномъ большинствѣ случаевъ эндометритъ, подобно почти всякъ другимъ воспалительнымъ процессамъ въ женской половой сферѣ, возникаетъ или на почвѣ септической инфекции во время родовъ, или на почвѣ гонорройнаго зараженія женщины *sub coitu*. Какой изъ этихъ этиологическихъ моментовъ игралъ роль въ его происхожденіи въ любомъ данномъ случаѣ, — о томъ врачъ можетъ съ значительною степенью вѣроятности заключать уже по одному анамнезу: если больная — рожавшая особа, которая заявляетъ, что припадки болѣзни развились у нея послѣ родовъ, что послѣродовой періодъ имѣлъ у нея лихорадочное теченіе и т. п., — то это свидѣтельствуетъ, что въ основѣ болѣзни лежитъ септическая инфекция; если же врачъ имѣетъ дѣло съ женщиной нерожавшей, которая говоритъ, что заболѣла вскорѣ послѣ выхода замужъ, причемъ болѣзнь началась бѣлями, разстройствомъ мочеиспусканія и проч., — это указываетъ на гонорройный характеръ воспаления. Первоначально септической и гонорройный эндометриты развиваются обычно въ острой формѣ, затѣмъ, не будучи своевременно подвергнуты лечению, приимають хроническій характеръ. Помимо двухъ указанныхъ этиологическихъ моментовъ, воспаление слизистой оболочки матки или сначала въ острой, или сразу въ хронической формѣ можетъ возникать подъ вліяніемъ трофическихъ разстройствъ, простуды и т. п. Между прочимъ, къ этой категоріи эндометритовъ относится такъ назыв. *endometritis ovarialis*, наблюдаемый при первичномъ заболѣваніи яичниковъ, каковое заболѣваніе, повидному, сначала ведетъ къ трофическимъ разстройствомъ въ эндометріи, а затѣмъ, на почвѣ этихъ разстройствъ, — и къ эндометриту.

*fungosa*), причѣмъ иногда на отдѣльныхъ мѣстахъ эти неровности вырастаютъ до полипозныхъ возвышеній (*end. polyposa*).

Подъ микроскопомъ находятъ межжелезистую ткань въ состояніи разрастанія, инфильтрированной мелкими кѣлками, причѣмъ мѣстами мелкозернистыя кѣлки (круглыя кѣлки) образуютъ густыя скопленія. Сосуды увеличены въ числѣ, часто извиты; тамъ и сямъ, преимущественно вблизи поверхности, могутъ попадаться кровоизліянія въ межзубчатую ткань. Мѣ-

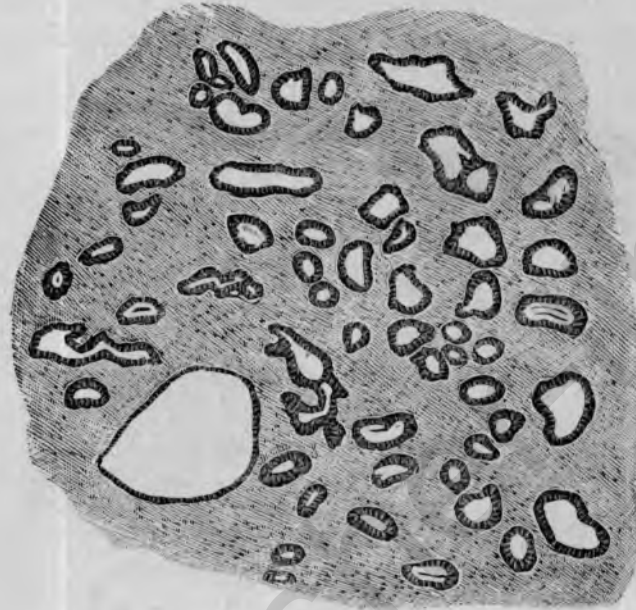


Рис. 32. *Endometritis follicularis*. (Растворъ *Flemming*'а, слаб. увелч.).

стами въ петляхъ послѣдней встрѣчаются экссудативныя массы, разъединяющія кѣлки другъ отъ друга (*C. Ruge*). Въ болѣе старыхъ случаяхъ происходитъ усиленное отложеніе соединительнотканныхъ волоконъ, которыя образуютъ значительныя пучки, идущіе вдоль и поперекъ <sup>1)</sup>.

Иногда, — притомъ не только въ воспаленной, но и въ нормальной слизистой оболочкѣ матки, во время менструальной паузы, — встрѣчаются

среди межзубчатой ткани эндометрія скопленія большихъ кѣлокъ, которыя нельзя отличить отъ децидуальныхъ болѣе молодого возраста. Если же воспаленію предшествовалъ выкидышъ, въ связи съ которымъ и развилось заболѣваніе, то эти большія, подобныя децидуальнымъ, кѣлки встрѣчаются въ особенномъ обиліи, образуя въ нѣкоторыхъ участкахъ эндометрія значительныя гнѣзда, въ которыхъ нельзя увидѣть железъ, и которыя по виду совершенно похожи на компактный слой отпадающей оболочки. Если такія скопленія будутъ найдены по сторонамъ пучка соединительной ткани, или если они случайно окружены соединительнотканными волокнами, причѣмъ послѣднія особенно сильно развиты, то въ результатъ могутъ получиться такія картины, которыя будутъ имѣть большое

<sup>1)</sup> Въ застарѣлыхъ случаяхъ подобнаго рода вся слизистая оболочка матки рубцово-перерождается, причѣмъ железы ея совершенно исчезаютъ, исчезаютъ и аденоидныя кѣлки, и эндометрій превращается въ тонкую рубцовую перепонку. Такого рода процессъ носитъ названіе *endometritis atrophicans*. В. Г.

сходство съ гнѣздами злокачественныхъ новообразованій (ракъ, саркома), за каковыя гнѣзда скопленія эти уже не разъ и были принимаемы <sup>1)</sup>.

Железы при эндометритѣ иногда могутъ оставаться безъ измѣненія, представляясь узкими и вытянутыми (рис. 30); въ такихъ случаяхъ болѣзненные измѣненія сосредоточиваются исключительно въ межлужочной ткани (*endometritis interstitialis*). Большею частью, однако, железы принимаютъ участіе въ анатомическихъ измѣненіяхъ и являются извитыми, имѣя на продольныхъ разрѣзахъ пилообразный видъ (рис. 31), или образуя шарообразныя расширенія (рис. 32), такъ что слизистая оболочка выглядитъ какъ бы уѣбанною фолликулами (*endometritis follicularis*). Эпителій при этомъ вездѣ остается однослойнымъ, въ болѣе легкихъ случаяхъ сохраняетъ свои мерцательныя рѣснички, мѣстами представляеть фигуры дѣленія.

Измѣненія въ железахъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ эндометрита выступаютъ на первый планъ. Железы являются тогда удлинненными, извитыми, повидимому, увеличенными въ числѣ <sup>2)</sup>. Железистыя трубки лежатъ тѣсно другъ возлѣ друга, межжелезистая ткань уменьшена въ количествѣ, иногда образуетъ лишь весьма тонкій слой, раздѣляющій железы другъ отъ друга. Эпителій, однако, остается вездѣ однослойнымъ, содержитъ фигуры дѣленія, лишается мерцательныхъ рѣсничекъ. Это — самая тяжелая форма железистаго эндометрита (*endometritis glandularis*), которую часто называютъ аденомой или злокачественной аденомой (*adenoma malignum*, см. рис. 33); она имѣетъ громадное значеніе потому, что можетъ служить исходнымъ пунктомъ для развитія рака <sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Измѣненія воспаленнаго эндометрія, при которыхъ въ послѣднемъ развиваются элементы, похожіе на децидуальныя клѣтки, важны еще въ томъ отношеніи, что иногда подвергшаяся имъ *mucosa uteri* выталкивается изъ матки, обычно во время регулъ, причемъ выталкиваніе это сопровождается сильными болями (*endometritis membranacea, dysmenorrhoea membranacea*). Отторгнутую такимъ образомъ слизистую оболочку можно легко смѣнять съ настоящей отпадающей оболочкой, которая иногда выталкивается изъ матки при вѣматочной беременности. Особенно легко принять *endometritis membranacea* за вѣматочную беременность въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется одновременное пораженіе трубъ (*sactosalpinx* или *ruosalpinx*). Фактъ этотъ слѣдуетъ имѣть въ виду при постановкѣ діагноза вѣматочной беременности. В. Г.

<sup>2)</sup> Если при эндометритѣ выступаетъ на первый планъ увеличеніе размѣровъ железъ, безъ увеличенія ихъ числа, то такая форма заболѣванія эндометрія известна обычно подъ названіемъ *endometritis glandularis hypertrophica*; если же при эндометритѣ имѣетъ мѣсто и увеличеніе числа железъ, то такой формѣ его даютъ названіе *endometritis glandularis hyperplastica*. В. Г.

<sup>3)</sup> Микроконическая картина слизистой оболочки матки при эндометритѣ представляеть, такимъ образомъ, разнообразную картину. Разнообразіе это, однако, главнымъ образомъ, сводится на то, насколько принимаютъ участіе въ болѣзненномъ процессѣ железы и межлужочная ткань. Въ этомъ отношеніи отдѣльныя гистологическія формы эндометрита образуютъ какъ бы цѣпь, крайними звеньями которой служатъ, съ одной стороны, *endometritis glandularis*, съ другой — *endometritis interstitialis*; между ними располагаются формы, при которыхъ и железистая, и межлужочная ткань эндометрія болѣе или менѣе вовлечены въ болѣзненный процессъ. — *endometritis diffusa*. Заслуживаетъ замѣчанія, что разницъ въ гистологической картинѣ эндометритовъ до нѣкоторой степени соответствуетъ, повидимому, и разниця въ этиологии ихъ: нѣкоторые изслѣдователи, напр. *Voje*, нашли, что *endometritis interstitialis* обыкновенно бываетъ обязана своимъ происхожденіемъ инфекціи, тогда какъ *endometritis glandularis* — трофическимъ разстройствомъ эндометрія. В. Г.

Секретъ при *endometritis corporis uteri*—жидкій, мутный—благодаря примѣси отторгнутого эпителия, бѣловатаго или желтоватаго цвѣта.

Если заболѣваніе слизистой оболочки вызвано гонорреей, то секретъ представляется гнойнымъ, подчасъ зеленоватаго цвѣта; иногда въ немъ удастся найти гонококковъ. Впрочемъ, отсутствіе послѣднихъ не исключаетъ возможности гонорройнаго заболѣванія.

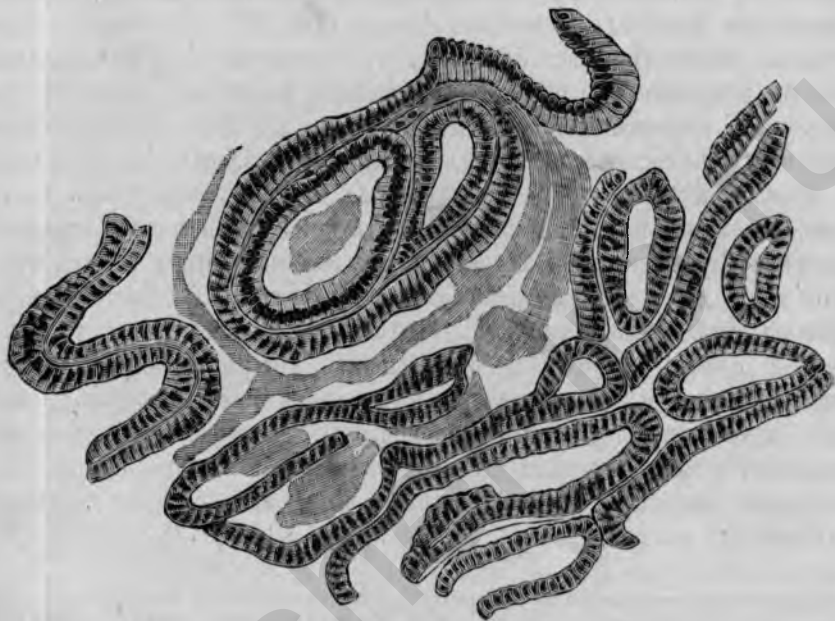


Рис. 33. Adenoma (malignum). Внутри железъ находится свернувшаяся слизь. (Растворъ *Flemming*'а, увелич. около 200 разъ).

*Симптоматологія эндометрита.* Принадки, сопровождающіе эндометритъ, состоятъ въ выдѣленіяхъ (бѣли), иногда въ продолжительныхъ и обильныхъ регулахъ, къ которымъ подчасъ присоединяются еще неправильныя кровоточенія <sup>1)</sup>).

<sup>1)</sup> Помимо бѣлей и кровоточеній, однимъ изъ обычныхъ признаковъ эндометрита являются боли, которыя могутъ имѣть самый разнообразный характеръ. Иногда онѣ существуютъ у больныхъ постоянно, имѣя тупой, ноющій характеръ и усиливаясь передъ регулами, во время ходьбы, при тѣлесныхъ напряженіяхъ и проч. Иногда же онѣ носятъ характеръ схватокъ и коликъ, появляясь зато лишь по временамъ, — чаще всего опять-таки передъ регулами и во время ихъ (*dysmenorrhoea*). Обычно боли эти локализируются въ нижней части живота посрединѣ, зачастую чувствуются и въ поясницѣ, а иногда появляются и въ отдаленныхъ отъ матки мѣстахъ,—въ верхней части живота, въ груди, въ бедрахъ и проч. Въ некоторыхъ случаяхъ боли ощущаются большими лишь при изслѣдованіи, во время сдавливанія матки. У другихъ больныхъ боли особенно сильно чувствуются при зондированіи матки. Когда пучокъ зонда прикасается къ слизистой оболочкѣ, особенно къ некоторымъ ея участкамъ (въ области внутренняго зъва, отверстій трубъ и вообще два полости матки).

Далѣе, къ довольно частымъ признакамъ при эндометритѣ принадлежатъ различныя отраженныя явленія, особенно со стороны желудка, — въ видѣ тошноты, рвоты, чувства тяжести подъ ложечкой и т. п.

Бѣли при эндометритѣ бываютъ иногда до того обильны, что кожа наружныхъ половыхъ частей и промежности краснѣетъ, даже изъязвляется. Жалобы на нихъ, однако, не принадлежатъ къ постояннымъ жалобамъ больныхъ, страдающихъ эндометритомъ. Чувствительность женщинъ къ бѣлямъ очень различна, такъ что иногда приходится слышать жалобы на обильныя выдѣленія тамъ, гдѣ имѣется лишь ничтожное количество ихъ, а иногда попадаютъ пациентки, которыхъ вовсе не беспокоитъ даже постоянное истеченіе.

Регулы при эндометритѣ бываютъ иногда до того обильны, что при нихъ выдѣляются „куски“, т. е. свернувшаяся кровь.

Неправильныя кровоточенія появляются во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда въ полости матки существуютъ остатки отпадающей оболочки послѣ выкидыша или полипы. Они появляются, далѣе, часто, если имѣется міома стѣнокъ матки, или если существуютъ заболѣванія въ окружности матки, которыя поддерживаютъ эндометритъ. Они существуютъ, затѣмъ, во всѣхъ случаяхъ, гдѣ одновременно имѣется неудовлетворительное обратное развитіе и измѣненіе положенія матки, наконецъ при эндометритѣ у старухъ.

Эндометритъ не уничтожаетъ способности къ зачатию<sup>1)</sup>, но остается и послѣ него, причѣмъ иногда можетъ вызвать выкидышъ. Съ другой стороны, нѣкоторые случаи эндометрита, несомнѣнно, излечиваются, благодаря измѣненіямъ, свойственнымъ беременности и послѣродовому періоду.

Въ другихъ случаяхъ, однако, вскорѣ послѣ родовъ старыя жалобы появляются вновь, особенно если послѣродовой періодъ прошелъ не гладко.

*Диагнозъ эндометрита* не представляетъ трудности: при обнаженіи влагалитной части посредствомъ зеркала сразу видно, какъ кровь или секретъ вытекаетъ изъ наружнаго зѣва<sup>2)</sup>.

При рѣшеніи вопроса, имѣется-ли въ данномъ случаѣ заболѣваніе тѣла или шейки матки, нужно помнить, что обособленные катарры шейки

<sup>1)</sup> Вліяніе эндометрита на зачатіе и беременность является неодинаковымъ въ зависимости отъ степени измѣненій, имѣющихся мѣсто въ слизистой оболочкѣ матки. Если эти измѣненія значительны, то оплодотворенное яйцо совершенно не въ состояніи привиться на слизистой оболочкѣ, и такимъ образомъ беременность, въ этихъ случаяхъ, вовсе не наступаетъ. При менѣе значительныхъ измѣненіяхъ беременность можетъ наступить, но не можетъ дойти до конца и прерывается выкидышемъ, такъ какъ перерожденная стѣнка матки не въ состояніи развитъ плаценты. При еще болѣе слабыхъ степеняхъ воспалительнаго процесса беременность при эндометритѣ не только можетъ наступить, но и доходить до конца; при этомъ эндометритъ даетъ о себѣ знать, съ одной стороны, принадлежн такъ назыв. *hydroorrhoeae gravidarum* (истеченіе секрета, скопляющагося между стѣнками матки и плоднымъ яйцомъ), съ другой — различными аномаліями плаценты и плодовыхъ оболочекъ. Во всякомъ случаѣ разбираемая болѣзнь является одною изъ самыхъ частыхъ причинъ, обуславливающихъ безплодіе и аномальное теченіе беременности.

В. Г.

<sup>2)</sup> Помимо изслѣдованія зеркаломъ, важныя діагностическія указанія при эндометритѣ даютъ также бимануальное изслѣдованіе и зондированіе. При бимануальномъ изслѣдованіи пораженная только эндометритомъ (по не метритомъ) матка обыкновенно представляется имѣющею нормальный объемъ, но болѣзненною. При зондированіи весьма характерною для эндометрита является болѣзненность слизистой оболочки, особенно въ области внутренняго зѣва и въ днѣ. Лишь при нѣкоторыхъ формахъ эндометрита *mucosa uteri* является нечувствительною къ зонду.

В. Г.



существуют лишь при глубоко проникающих разрывах ея и как начальная стадія гонорройной инфекции. Съ другой стороны, слизистая оболочка шейки не может оставаться здоровой, если она постоянно орошается болѣзненным секретомъ, вытекающимъ изъ полости матки. Если отсутствуют только что упомянутыя причины для изолированного эндометрита шейки, то съ увѣренностью можно сказать, что въ данномъ случаѣ имѣется эндометритъ какъ тѣла, такъ и шейки.

Соответственно этому въ подобныхъ случаяхъ находятъ, по крайней мѣрѣ поврежденнѣ, секретъ обоихъ родовъ: жидкій — изъ тѣла, стекловидный, вязкій — изъ шейки; подчасъ оба рода секрета мутны и смѣшаны съ гноемъ.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ эндометритъ у старыхъ женщинъ, такъ какъ ракъ тѣла матки, до стадіи распада, даетъ тѣ же припадки, что и *endometritis senilis*. Выскабливаніе полости матки и микроскопическое изслѣдованіе выскобленныхъ массъ всегда въ состояніи навѣрное избавить отъ ошибокъ (см. главу о ракъ матки) <sup>1)</sup>.

*Леченіе эндометрита.* При леченіи эндометрита на первомъ планѣ нужно стараться удалить причину этой болѣзни, что во многихъ случаяхъ является возможнымъ. Такъ, при гѣморрагическомъ эндометритѣ вслѣдствіе задержанія децидуальной оболочки выскабливаніе полости матки даетъ немедленное излеченіе, — конечно, лишь въ томъ случаѣ, если слизистая оболочка вездѣ будетъ соскоблена. Если эндометритъ поддерживается полипомъ, то послѣдній нужно также удалить. Маленькіе мягкіе полипы слизистой оболочки удаляются проще всего выскабливаніемъ полости матки; напротивъ, если дѣло въ подслизистой мѣмбранѣ, сидящей на ножкѣ, то выскабливаніемъ ничего не достигнешь, — эти опухоли нужно удалять способами, указанными ниже.

Если причина воспаления эндометрія лежитъ въ разстройствѣхъ, вы-

<sup>1)</sup> При діагностикѣ эндометрита отнюдь не слѣдуетъ ограничиваться лишь общей установкой факта, что слизистая оболочка матки поражена воспаленіемъ, но непременно слѣдуетъ выяснять и то, какіе этиологическіе моменты лежатъ въ основѣ заболѣванія въ каждомъ данномъ случаѣ, ибо отъ этого зависитъ и характеръ лечебнаго внимательства. Особенно важно не пропустить изъ виду гонорройнаго происхожденія болѣзни. Для діагностики гонорройнаго эндометрита слѣдуетъ помнить слѣдующее: 1) большія при этой формѣ заболѣванія обыкновенно сообщаютъ, что они заболѣли вскорѣ послѣ того, какъ начали имѣть половыя сношенія; 2) обыкновенно гонорройный эндометритъ встрѣчается у женщинъ или совершенно не беременѣвшихъ, или по крайней мѣрѣ не рожавшихъ въ срокъ; 3) большія, страдающія гонорройнымъ эндометритомъ, обычно сообщаютъ, что болѣзнь ихъ началась припадками, указывающими на уретритъ (жженіе и рѣзъ при мочеиспусканіи, частые позывы на мочу и проч.); 4) гоноррея обычно никогда не ограничивается однимъ казимъ-либо отдѣломъ полового аппарата, но поражаетъ нѣсколько одновременно, напр., рукавъ и матку, матку и трубы и т. п.; 5) въ сомнительныхъ случаяхъ дѣло рѣшается путемъ микроскопическаго изслѣдованія, для котораго лучше всего брать отдѣльное уретры и Бартолиновыя железы (*Korttowski*), но можно также брать секретъ изъ маточной шейки; изслѣдованіе это въ гинекологической практикѣ должно вообще примѣняться *largo manu*, тѣмъ болѣе, что техника его чрезвычайно проста (я разумно окраску гонокоекъ насыщеннымъ воднымъ растворомъ метиленовой синьки, которая вполне достаточна для цѣлей практической діагностики).

званныхъ ретрофлексіей, то исправленіе положенія матки будетъ лучшимъ средствомъ, чтобы возстановить правильное кровообращеніе въ маткѣ и вылечить эндометритъ. Если, далѣе, эндометритъ зависитъ отъ заболѣванія придатковъ матки, то устраненіе причины труднѣе, ибо для излеченія эндометрита никто не вздумаетъ удалять придатковъ. Впрочемъ, если заболѣваніе придатковъ по характеру таково (напримѣръ, если имѣется новообразование яичниковъ или ихъ придатковъ), что оперативное удаленіе ихъ все равно является необходимымъ, то при этомъ попутно достигается и излеченіе эндометрита.

Только-что сказанное относится также къ эндометритамъ, вызваннымъ міомами матки. Если удаленіе послѣднихъ не показуется, то нужно ограничиться леченіемъ одного только эндометрита, какъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ, гдѣ нельзя устранить причину, или гдѣ сама больная не соглашается на радикальную операцію, какъ это бываетъ при малыхъ опухоляхъ.

Если, далѣе, при эндометритѣ на первый планъ выступаютъ неправильныя и продолжительныя кровотеченія, то я рекомендую выскабливаніе, но *лишь при томъ условіи*, если нѣтъ свѣжаго воспаленія въ окружности матки. Такъ какъ при кровотеченияхъ гораздо чаще, чѣмъ это можно было бы предположить по анамнезу, дѣло кроется въ задержкѣ продуктовъ беременности, то выскабливаніе даетъ часто прочный успѣхъ. Если же кровотеченія зависятъ отъ другой причины, и однократное выскабливаніе не приводитъ къ желанному результату, какъ это бываетъ у старыхъ женщинъ, то операцію эту можно повторить, лишь только опять появятся продолжительныя кровотеченія, приблизительно такой же силы, что и прежде <sup>1)</sup>). Въмѣсто этого можно сдѣлать 2—3 впрыскиванія *tinct. jodi* въ полость матки съ 6-дневными паузами, начиная на 8-й день послѣ выскабливанія. Для этой цѣли влагалищная часть обнажается при помощи *Nott'*овскаго зеркала, полость матки промывается при помощи *Bogemann-Fritsch'*евокаго катетера (рис. 11) стерилизованной водой или 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> карболовымъ растворомъ, и въ нее вводится *Braun'*овскій шприць (рис. 23), наполненный іодной настоеккой настолько, чтобы кончикъ канюли коснулся маточнаго дна. Затѣмъ шприць медленно вытягивается обратно, причемъ содержимое его осторожно впрыскивается въ полость матки. Вслѣдъ за этимъ нужно произвести промываніе маточной полости при помощи катетера для того, чтобы удалить избытокъ іода и, такимъ образомъ, предупредить схваткообразныя боли въ маткѣ.

Впрыскиванія іода примѣнимы и при повторныхъ кровотеченияхъ

<sup>1)</sup> Въ интересахъ большихъ чрезвычайно полезно, если врачъ приметъ за правило—при каждомъ выскабливаніи полости матки подвергать выскабленное микроскопическому изслѣдованію. Такимъ путемъ,—какъ показываетъ опытъ *Robb'a* и др. авторовъ,—врачу нерѣдко удается распознать начинающееся злокачественное пораженіе матки тамъ, гдѣ клиническая картина болѣзни не даетъ никакихъ основаній заподозрить послѣднее.

умѣренной силы, вообще тамъ, гдѣ кровотеченія съ самаго начала не обильны <sup>1)</sup>.

Вмѣсто *tinet. jodi* можно употреблять 5—10% растворъ *zinci chlorati*; способъ примѣненія послѣдняго—тотъ же.

Внутри больнымъ съ эндометритомъ назначаются: *extractum fluidum hydrastis canadensis* по 25—30 капель 3 раза въ день, или *secale cornutum*—въ *infusum* (изъ 10,0—200,0 съ *tinctura cinnamomi* 10,0, *syrupus simplex* 20,0. MDS. 4 раза въ день по столовой ложкѣ), въ порошкахъ (по 1,0—2,0 въ день), въ видѣ экстракта (*extractum secalis cornuti* 5,0 на 60 пилюль, DS. 3 раза въ день по 1—2 пилюль, или *extractum secalis cornuti* 2,0, *mixturae acidae* 200,0. MDS. 4 раза въ день по столовой ложкѣ). Далѣе: *tinctura haemostyptica (Denzel)* (DS. 2—4 раза въ день по чайной ложкѣ), *hydrastininum* (по 0,001 4—6 разъ въ день, въ видѣ *granules Houdé*), *stypticinum* (по 0,05 5—6 разъ въ день, въ видѣ *perlae stypticini Merck*) <sup>2)</sup>.

При эндометритахъ, не сопровождающихся кровотечениями, выскабливаніе съ самаго начала не показано, развѣ только для діагностическихъ цѣлей.

Одно время операцию эту производили чуть не въ каждомъ случаѣ эндометрита,—въ той, повидимому, обоснованной надеждѣ, что вновь образующаяся слизистая оболочка будетъ здоровой. Но надежда эта обыкновенно не оправдывалась,—старыя жалобы появлялись вскорѣ опять. Послѣдующее леченіе, въ видѣ впрыскиваній іода и хлористаго цинка, имѣвшихъ цѣлью измѣнить образующуюся слизистую оболочку, также не давало желаемаго результата. Въ виду этого область примѣненія выскабливанія при эндометритахъ, не сопровождавшихся кровотеченіемъ, была всюду сужена. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ упорныхъ случаяхъ, гдѣ ниже-

<sup>1)</sup> Вообще внутриматочныя впрыскиванія іодной настойки являются однимъ изъ лучшихъ способовъ леченія *всѣхъ* формъ эндометрита,—какъ свѣжихъ, такъ и хроническихъ, какъ инфекціонныхъ, такъ и иной природы, какъ несложненнейшихъ, такъ и сопровождаемыхъ воспаленіями другихъ отдѣловъ женской половой сферы. Для этого лучше всего примѣнять ихъ систематически, по способу, впервые предложенному проф. *Грамматикати*. Послѣдній употребляетъ для впрыскиваній 5% растворъ алюмоіода въ смѣси спирта съ *tinctura jodi*. Смѣсь эта впрыскивается въ матку ежедневно въ теченіе 6—7 недель, причемъ должны быть соблюдаемы слѣдующія главныя правила: 1) если шеечный каналъ матки непроходимъ для накопечника шприца, то его надобно предварительно достаточно расширить; 2) каждое впрыскиваніе слѣдуетъ производить при строгомъ соблюденіи правилъ обеззараживанія; 3) количество впрыскиваемой смѣси первоначально должно ограничиваться нѣсколькими каплями, затѣмъ постепенно оно доводится до емкости полнаго *Braun* овекаго шприца. При соблюденіи этихъ правилъ впрыскиванія являются вполне безопасными. Что касается терапевтическаго ихъ эффекта, то, повторю, онъ почти во всѣхъ случаяхъ эндометрита является превосходнымъ, какъ я въ томъ могъ убѣдиться, между прочимъ, и путемъ личнаго, довольно большаго опыта.

В. Г.

<sup>2)</sup> Примѣнивъ стиптицины въ довольно большомъ количествѣ случаевъ, я убѣдился, что кровоостанавливающее дѣйствіе его довольно—таки слабо и во всякомъ случаѣ далеко уступаетъ такому же *hydrastis*, эрготина и пр. Зато стиптицины является незамѣнимымъ средствомъ противъ болей, особенно дисменоррейныхъ, зачастую сопровождающихся эндометритами. Употреблять его можно въ количествѣ 0,05 *pro dosi*, 2—4 раза въ день, въ облаткахъ.

В. Г.

приводимыя средства остаются безъ успѣха, не остается ничего другого, какъ предложить выскабливаніе, — до нѣкоторой степени въ видѣ заключительнаго леченія. О техникѣ этой операціи см. главу о ракѣ <sup>1)</sup>.

Изъ многочисленныхъ методовъ мѣстнаго леченія эндометрита безъ кровотеченій заслуживаютъ вниманія слѣдующіе:

1) Промываніе полости матки стерилизованной водой, 1% растворомъ поваренной соли, 1% — 2% карболовымъ растворомъ, лизоломъ (2 — 3 чайныхъ ложки на 1 литръ воды) и другими слабо прижигающими растворами. Промываніе это нужно повторять 2 — 3 раза въ недѣлю.

2) Прижиганіе полости матки при помощи *Playfair'*овскаго зонда <sup>2)</sup>. Зондъ обертывается ватой настолько, насколько онъ долженъ быть введенъ въ полость матки; вата пропитывается *tinet. jodi* или 5% — 10% растворомъ хлористаго цинка <sup>3)</sup>, и зондъ вводится въ полость матки до самаго дна. Предварительно полость матки должна быть промыта и вытерта сухой ватой, наверху на зондъ. Длина полости матки должна быть точно извѣстна врачу, чтобы онъ не поранилъ дна ея. Этотъ способъ леченія имѣетъ смыслъ только при широкомъ (проходимомъ для маточнаго катетера) цервикальномъ каналѣ, ибо иначе вся прижигающая жидкость останется на стѣнкахъ шейки.

Предостерегаю отъ примѣненія крѣпкихъ растворовъ (30% — 50% и выше) хлористаго цинка, ибо послѣ прижиганія ими образуются стенозы цервикальнаго канала, которые беспокоятъ больную больше, чѣмъ самый эндометритъ.

3) Вкладываніе глицериновыхъ тампоновъ во влагалище, къ наружному зѣву, для того, чтобы глицеринъ, благодаря своему гигроскопическому дѣйствію, высушивалъ полость матки. Тампоны нужно вводить ежедневно или черезъ день.

4) Введеніе въ полость матки палочекъ съ прижигающими веществами. Палочки готовятся изъ смѣси масла какао съ желатиной и іодоформа, ляписа, протаргола, айрола и другихъ веществъ. Вводятся онѣ или посредствомъ „маточнаго пистолета“, или, что гораздо проще, ихъ захватываютъ корнцангомъ или полипными щипцами и вдвигаютъ въ полость матки. Если только цервикальный каналъ достаточно широкъ, то манипуляція эта, которую должно повторять 2 — 3 раза въ недѣлю, не представляетъ никакой трудности. Недавно *Klein*омъ пред-

<sup>1)</sup> Неудовлетворительные результаты выскабливанія при эндометритѣ во многихъ случаяхъ зависятъ отъ того, что этой мѣрой ограничивается все леченіе. Между тѣмъ, чтобы выскабливаніе принесло ожидаемую пользу, нужно, чтобы оно предшествовалось и сопровождалось примѣненіемъ другихъ методовъ леченія — какъ мѣстнаго, такъ и общаго.

<sup>2)</sup> Очень практичная модификація *Playfair'*овскаго зонда предложена для данной цѣли *Замининымъ*, снабдившимъ этотъ инструментъ на концѣ маленькой пуговкой.

<sup>3)</sup> Очень хорошимъ средствомъ для внутриматочныхъ смазываній при эндометритѣ является также молочная кислота (50 — 100%).

*В. Г.*

*В. Г.*

*В. Г.*

ложены растворимыя въ водѣ палочки изъ молочнаго сахара, гумми-арабика, бѣлка и глицерина, которыя содержатъ 2% *argenti solubilis Credé*.

Въ послѣднее время нѣкоторыми авторами рекомендуется при эндометритѣ, особенно кровоточивомъ, прижиганіе полости матки горячимъ (100°—104°) водянымъ паромъ (вапоризація), предложенное *Снегиревымъ* <sup>1)</sup>. Для вапоризаціи нуженъ спеціальный аппаратъ, способъ употребленія котораго довольно несложенъ. Горячій паръ совершенно обвариваетъ внутреннюю поверхность матки, вызывая подчасъ облитерацію маточной полости. Въ состояніи-ли вапоризація сдѣлать больше, чѣмъ другія подобнымъ же образомъ дѣйствующія прижигающія средства (каленное желѣзо, концентрированные растворы хлористаго цинка и ляписа, гальванокаустика), и менѣе-ли опасна она по своимъ послѣдствіямъ, это еще не рѣшено <sup>2)</sup>.

5) Лечение холодной водой по *Ollier* и *Jersild*'у. Оно состоитъ въ ежедневномъ орошеніи влагалища и влагалищной части нѣсколькими литрами холодной воды (12°). Цѣль его заключается въ закаливаніи матки, которое, предотвращая новыя обостренія воспалительнаго процесса, излечиваетъ такимъ образомъ эндометритъ. Самый простой аппаратъ для этого способа леченія состоитъ изъ сифонной трубки, одинъ конецъ которой, съ приспособленіемъ для погруженія, опускается въ ведро съ водой, находящееся на высотѣ одного метра, на другой же конецъ надѣвается обыкновенный влагалищный наконечникъ.

Больная должна лежать хорошо закрытой въ кровати, на подкладномъ суднѣ, снабженномъ трубкой для стока воды. Вначалѣ вода должна имѣть температуру въ 25° R., затѣмъ ея температуру постепенно, въ теченіе 3 недѣль, доводить до 12° R. (температура воды изъ водопровода). Лечение должно продолжаться нѣсколько мѣсяцевъ, даже 1—2 года; оно имѣетъ то преимущество, что не требуетъ посторонней помощи и удобно для больной.

1) Прижиганіе паромъ производится различнымъ образомъ — или паръ непосредственно впускается въ полость матки и опшариваетъ ея стѣнки, или онъ пропускается по металлическому катетеру особаго устройства (подобному катетерамъ для внутриматочныхъ промываній), нагрѣтыя стѣнки котораго и производятъ прижиганіе. Первая модификація опшариванія, наиболее употребительная, носитъ названіе *athmokaüsis*, вторая — *zestokaüsis*. Въ той и другой формѣ вапоризаціи, по наблюденіямъ *Pincus*'а, *Pith*'ы, *Steinbüchel*'я и др., представляетъ собою превосходное средство при всякихъ видахъ эндометрита, особенно при гнойномъ эндометритѣ *post abortum*, при кровоточивой формѣ воспаления эндометрія и пр. Но, при всѣхъ своихъ достоинствахъ, способъ этотъ не чуждъ и опасныхъ сторонъ: въ литературѣ описано немало случаевъ, гдѣ опшариваніе вело за собою полную или частичную облитерацію полости матки. Поэтому нѣкоторые авторы считаютъ вапоризацію допустимой лишь у женщинъ, достигшихъ климактерическаго возраста. Другіе полагаютъ, что опасности вапоризаціи могутъ быть совершенно избѣгнуты при рациональномъ примѣненіи этого способа, именно, при употребленіи пара, хотя и высокой т°, но въ теченіе лишь очень короткаго времени (7—10 секундъ по *Steinbüchel*'ю).

2) Кромѣ водяныхъ паровъ, въ полость матки, съ цѣлью леченія эндометрита, предложено введеніе и другихъ парообразныхъ веществъ, напр. паровъ брома (*Nitot*).

При примѣненіи полаго зеркала, въ родѣ охладителя для прямой кишки, можно устранить непосредственное соприкосновеніе наружныхъ половыхъ частей съ водой, но въ такомъ случаѣ дѣйствіе холода на матку будетъ менѣе интенсивно <sup>1)</sup>.

Въ видѣ подспорья къ этому методу леченія, одновременно съ нимъ или въ промежуткахъ между нимъ, можно назначить больнымъ общее леченіе холодной водой (обтиранія) и пребываніе на морскомъ берегу или въ горахъ. Кромѣ этого нужно содѣйствовать улучшенію общаго состоянія организма гимнастикой, желѣзомъ и цѣлесообразнымъ питаніемъ <sup>2)</sup>.

При остромъ и подостромъ гонорройномъ эндометритѣ слѣдуетъ воздерживаться отъ всякаго внутриматочнаго вмѣнательства и лечить только уретритъ и вагинитъ (см. главу о болѣзняхъ наружныхъ половыхъ частей).

Хроническій гонорройный эндометритъ лечится тѣми же способами, какіе указаны выше.

*Fritsch* и *Lehmann* получили при немъ хорошіе результаты отъ расширенія цервикальнаго канала посредствомъ расширителей (рис. 10 и 22) съ послѣдовательнымъ примѣненіемъ вышеупомянутыхъ прижигающихъ средствъ. Примѣненіе этого, какъ и всякаго другого, мѣстнаго метода леченія гонорройнаго эндометрита должно быть ограничено лишь тѣми случаями этой болѣзни, гдѣ не существуетъ осложнений <sup>3)</sup>.

Всѣ упорные катарры матки, которые не поддаются никакому леченію, навѣрное гонорройнаго происхожденія, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя доказать присутствія гонококковъ и гдѣ окружность матки здорова. Если, послѣ безуспѣшнаго примѣненія вышеупомянутыхъ средствъ, пришлось

<sup>1)</sup> Противоположный разбираемому способъ леченія эндометрита состоитъ въ обвариваніи полости матки горячей водой. Авторъ этого способа, *Schick*, предлагая его, думалъ, что способъ этотъ представляетъ выгодныя стороны вапоризаціи безъ ея опасностей. Однако методъ его не привился въ гинекологіи. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Изъ другихъ способовъ леченія эндометрита заслуживаетъ вниманія, по своей оригинальности, методъ леченія этого заболѣванія электричествомъ или, точнѣе, электролизомъ. При этомъ способѣ въ матку вводится серебряный зондъ, соединенный съ положительнымъ полюсомъ батареи, развивающей постоянный токъ, отрицательный же электродъ, въ видѣ влажной пластинки, помѣщается на кожѣ живота. Подъ дѣйствіемъ тока происходятъ электрохимическій процессъ, результатомъ котораго является образованіе на поверхности зонда хлорокиси серебра. Это-то послѣднее вещество и оказываетъ благоприятное воздѣйствіе на пораженную воспаленіемъ слизистую оболочку матки. *В. Г.*

<sup>3)</sup> По моимъ наблюденіямъ, при гонорройномъ эндометритѣ (какъ неосложненномъ, такъ и осложненномъ) является опаснымъ и вреднымъ къ нежелательнымъ обостреніямъ процесса—нестолько расширеніе, сколько производимое вслѣдъ за нимъ выскабливаніе. Вообще выскабливаніе при гонорройномъ эндометритѣ я считаю мѣрою и бесполезною, и опасною; напротивъ, расширеніе шеечнаго канала во многихъ случаяхъ даннаго заболѣванія является мѣрою вполне рациональною и необходимою,—тамъ именно, гдѣ болѣзнь сопровождается суженіемъ шеечнаго канала. Но, разумѣется, одного расширенія для излеченія гонорройнаго эндометрита недостаточно,—для достиженія указанной цѣли за этою мѣрою должно слѣдовать внутриматочное примѣненіе прижигающихъ и дезинфицирующихъ средствъ. Наибольшимъ изъ нихъ и считаю іодную настойку, методическія вырыскиванія которой по способу *Грамматикати* представляютъ, по моимъ наблюденіямъ, едва-ли не единственныя изъ примѣняемыхъ нынѣ методовъ леченія гонорройнаго эндометрита, обладающія вѣрнымъ успѣхъ. *В. Г.*

прийти къ этому убѣжденію, то нужно бросить дальнѣйшее внутриматочное леченіе и ограничиться на время *Ollier-Jersild'*овскимъ методомъ. Цѣлительная сила организма сдѣлаетъ за это время свое, чтобы достигнуть удовлетворительнаго, болѣе или менѣе сноснаго состоянія больныхъ, особенно если одновременно позаботиться о поднятіи общаго состоянія послѣднихъ. Даже самое энергическое прижиганіе слизистой оболочки матки все-таки не въ состояніи замѣтно ускорить излеченіе гонорройнаго эндометрита, — оно вызываетъ лишь стенозы, которые беспокоятъ больную еще сильнѣе. Само собой понятно, что врачъ долженъ обратить вниманіе больной на опасность новаго зараженія и дать ей, *resp.* ея мужу, соотвѣтственные указанія на этотъ счетъ.

#### 4. Воспаленіе маточной паренхимы (*metritis*).

Такъ какъ острый метритъ является обыкновенно частичнымъ проявленіемъ родильной горячки, то поэтому мы и не будемъ его здѣсь разсматривать. Въ этой главѣ рѣчь будетъ идти исключительно о хроническомъ метритѣ.

При этой болѣзни матка увеличена (до величины яблока и большой груши), плотна, толста и неупруга; уголъ изгиба между тѣломъ и шейкой отсутствуетъ; поверхность органа не представляетъ какихъ-либо неровностей или выпуклостей. Влагалищная часть также принимаетъ участіе въ гипертрофіи всего органа, — она утолщена, увеличена въ объемъ, хотя и вдается во влагалище не больше обыкновеннаго; при одновременномъ существованіи глубокихъ надрывовъ она можетъ даже казаться укороченной.

Причиной хроническаго метрита является обыкновенно неудовлетворительное обратное развитіе матки въ послѣродовомъ періодѣ; но эта болѣзнь можетъ быть вызвана также продолжительнымъ застоємъ въ стѣнкахъ матки, какъ это бываетъ при ретрофлексіи. Кроме того, метритъ появляется, какъ частичное явленіе, при міомѣ, рагѣ и саркомѣ матки<sup>1)</sup>.

Увеличеніе матки при метритѣ зависитъ отъ утолщенія ея стѣнки вследствие гипертрофіи какъ мышечныхъ, такъ и соединительнотканыхъ ея элементовъ, — чаще все-таки послѣднихъ, почему матка при ощупываніи и представляется плотной и неупругой. Въ чистыхъ случаяхъ хроническаго метрита полость матки обыкновенно не увеличена, зато слизистая оболочка ея весьма часто бываетъ вовлечена въ страданіе.

*Симптомы метрита.* Припадки, вызываемые хроническимъ метритомъ, состоятъ въ чувствѣ тяжести внизу живота и ощущеніи напирания внизъ; вслѣдствіе эндометрита къ этому присоединяются еще бѣли и кро-

<sup>1)</sup> Одною изъ самыхъ частыхъ причинъ развитія метрита является также эндометритъ, въ запущенныхъ случаяхъ котораго воспаленіе переходитъ со слизистой оболочки на болѣе глубоко лежащіе слои маточной паренхимы. Въ свою очередь воспалительный процессъ въ этихъ послѣднихъ обыкновенно ведетъ къ воспаленію и эндометрія. Въ итогъ — почти въ каждомъ случаѣ безъ исключенія метритъ бываетъ соединенъ съ эндометритомъ.

вотеченія, — или атипическія, или менструальныя. Натяженіе маточныхъ связокъ, вслѣдствіе увеличивающагося вѣса матки, можетъ послужить поводомъ къ развитію воспаленія въ этихъ послѣднихъ. Особенно часто поражаются крестцово-маточныя связки съ заднимъ отдѣломъ околоматочной кльчатки. Если дѣло дошло до этого, то у больныхъ являются еще боли въ крестцѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни крестцово-маточныя связки сморщиваются и притягиваютъ шейку кзади, благодаря чему тѣло западаетъ впереди, и такъ какъ оно увеличено, то своимъ давленіемъ на мочевоіи пузырь можетъ вызывать жестокія разстройства при мочеиспусканіи.

*Діагнозъ метрита* ставится на основаніи только что описанныхъ признаковъ. Нужно остерегаться при этомъ отъ смѣшенія метрита съ беременностью<sup>1)</sup>. Ракъ и саркому матки можно легко отличить, въ крайнемъ случаѣ прибѣгая къ выскабливанію полости матки. Гораздо труднѣе рѣшить, имѣется-ли въ данномъ случаѣ міома или метритъ. Большія и субсерозныя міомы еще труднѣе просмотрѣть, внутритѣлочныя же міомы меньшаго объема и подслизистыя, затѣмъ полипы, не обуславливая бугристости матки, легко могутъ быть не прощупаны.

При умѣренно увеличенной маткѣ съ ровною поверхностью можно спокойно поставить діагнозъ хроническаго метрита; въ случаяхъ же, гдѣ по прогрессирующему увеличенію матки и по характеру кровотеченій можно заподозрить наличность подслизистой міомы, геср. полипа, слѣдуетъ, діагноза ради, расширить цервикальный каналъ и ощупать пальцемъ полость матки.

*Леченіе.* Лучшее леченіе хроническаго метрита это — профилактическое. Заботой о хорошемъ обратномъ развитіи половыхъ органовъ послѣ родовъ, своевременнымъ и подходящимъ леченіемъ ретрофлексіи можно лучше всего предупредить развитіе этой болѣзни<sup>2)</sup>.

Въ неособенно застарѣлыхъ случаяхъ можно надѣяться достигъ лучшаго обратнаго развитія матки назначеніемъ спорыньи, горячихъ спринцеваній, иногда и массажа<sup>3)</sup>. При чрезумѣрномъ полнокровіи органа умѣстны мѣстныя кровопускденія въ видѣ скарификацій влагалищной части. При ретрофлексіи, само собой понятно, на первомъ планѣ должно

<sup>1)</sup> Для отличія метрита отъ ранней беременности, помимо *Hegar'*овскаго признака (тѣстообразная консистенція нижняго сегмента беременной матки), данныхъ анамнеза и пр., особенно цѣннымъ является, по моимъ наблюденіямъ, тотъ признакъ, что при ранней беременности увеличеніе матки происходитъ обычно неравноумѣрно, — одишъ рогъ ея (беременный) бываетъ увеличенъ гораздо значительное другого; при метритѣ же органъ этотъ бываетъ обычно увеличенъ равнумѣрно. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Равнымъ образомъ предупредить развитіе метрита можно, и принимая своевременнѣ мѣры противъ эндометрита, который, какъ я уже сказалъ, весьма перѣдко является исходнымъ пунктомъ для данной болѣзни. Помимо профилактическаго значенія лечебныхъ мѣръ, направленныхъ противъ эндометрита, могутъ имѣть при метритѣ и прямое терапевтическое вліяніе, т. е., устраняя эндометритъ, врачъ въ состояніи уже тѣмъ самымъ добиться и излеченія метрита, — разумѣется, незастарѣлаго. *В. Г.*

<sup>3)</sup> Въ послѣднее время *Mirll* и затѣмъ *Мансонтовъ* предложили способъ леченія воспалительныхъ заболѣваній женской половой сферы при которомъ массажъ является сочетаннымъ съ тепломъ (термокольпейризмъ). Способъ этотъ обѣщаетъ быть весьма хорошимъ методомъ леченія, между прочимъ, и метрита. *В. Г.*



стоять исправленіе положенія матки. Въ запущенныхъ случаяхъ леченіе даетъ менѣе утѣшительные результаты. При этомъ примѣняются тѣ же самыя средства, какія сейчасъ были упомянуты. Скарификаціи приносятъ при этомъ подчасъ временное облегченіе, точно также соляныя или сидячія ванны изъ франценсбадской грязи или крейцнахскаго разсола.

По примѣру *B. S. Schultze* я съ успѣхомъ назначалъ при начинающемся заднемъ параметритѣ ношеніе малаго *Braun* овскаго кольца. Последнее даетъ опору маткѣ, вслѣдствіе чего избѣгается натяженіе маточно-крестцовыхъ связокъ, и боли въ крестцѣ вскорѣ исчезаютъ. Кровотеченія и другія явленія эндометрита лечатся тѣми же способами, какіе указаны выше, на стр. 83—84.

Одно время при хроническомъ метритѣ производили ампутацію шейки въ надеждѣ достигнуть этимъ обратнаго развитія и уменьшенія матки. Операция эта была произведена у сотенъ женщинъ; однако, возлагаемыя на нее надежды не оправдались. Удивительнаго тутъ ничего нѣтъ, такъ какъ ни одинъ гипертрофированный органъ человѣческаго тѣла не можетъ быть уменьшенъ черезъ вырѣзываніе кусочка изъ него. Матка уменьшается при ампутаціи лишь на величину вырѣзаннаго куска, но не больше; метритъ же остается по прежнему. Благодаря развитію рубцовъ на шейкѣ, операция эта можетъ быть причиной лишь новыхъ припадковъ и болей. Кромѣ того послѣ нея развиваются иногда рубцовыя суженія маточнаго зѣва, которыя при наступленіи беременности приводятъ къ преждевременному ея прерыванію, благодаря неудовлетворительной растяжимости шейки. Въ настоящее время ампутація шейки при метритѣ производится только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ шейка значительно гипертрофирована.

#### 5. *Ссадины влагалищной части (erosiones portionis vaginalis uteri).*

Влагалищная часть представляется иногда на большемъ или меньшемъ пространствѣ вокругъ наружнаго зѣва красноватой, неровной, изъязвленной, словомъ — *эродированной*. Это состояніе наблюдается при эндометритѣ тѣла и шейки, особенно если онъ гонорройнаго происхожденія. По анатомическимъ особенностямъ различаютъ 2 формы ссадинъ: при одной наружный маточный зѣвъ является неизмѣненнымъ, въ видѣ слегка зіяющей поперечной щели, эрозія же находится на наружной поверхности влагалищной части; при другой наружный маточный зѣвъ представляется надорваннымъ, съ вывороченными губами и выпяченной слизистой оболочкой цервикальнаго канала; начало закрытаго канала, находящееся въ глубинѣ разрыва, можно съ перваго взгляда принять за наружный зѣвъ и заключить, что этотъ послѣдній зѣвъ, не нарушенъ и окруженъ совершенно такимъ же краснымъ вѣнчикомъ, какъ при первой формѣ.

Въ обоихъ случаяхъ патологическій процессъ состоитъ въ слущиваніи эпителия и въ хроническомъ воспаленіи подлежащей ткани. Какъ тутъ, такъ и тамъ измѣненная поверхность покрыта грануляціями; слѣдова-

тельно, передъ нами находится такое патологическое измѣненіе, которое на другихъ мѣстахъ наружной и внутренней поверхностей тѣла носитъ названіе *язвы*; такъ и обозначалась эрозія врачами прежнихъ временъ.

При первой формѣ эрозіи исчезаетъ плоскій эпителий наружной поверхности влагалищной части, при второй (*ectropion*)—цилиндрической эпителий цервикальнаго канала. Такъ какъ слизистая оболочка цервикальнаго канала въ нормальномъ состояніи имѣетъ неровную поверхность, то и язвенная поверхность при выворотѣ (*ectropion*) является неровной, съ трещинами, иногда даже пещеристой, причемъ зачастую въ глубинѣ трещинъ можно найти цилиндрической эпителий еще сохранившимся. Во всѣхъ случаяхъ въ днѣ язвы встрѣчаются цервикальныя железы—или въ неизмѣненномъ видѣ, или же, если выводные протоки самихъ железъ или ихъ развѣтвленій закрыты,—въ видѣ маленькихъ кистъ, величиною приблизительно въ горошину, которыя извѣстны подъ названіемъ: *folliculi seu ovula Nabothi*. Если вскрыть такую ретенціонную кисту, то содержимое ея вытечетъ въ видѣ капли стекловидной слизи.

При эрозіяхъ, расположенныхъ на наружной поверхности влагалищной части (первая форма), изъязвленная поверхность имѣетъ лишенное трещинъ, болѣе ровное, зернистое дно, по виду похожее на дно всякой язвы на кожѣ. Лишь рѣдко между грануляциями встрѣчаются остатки плоскаго эпителия, исключая, конечно, окружность язвы.

Само собой понятно, что обѣ формы эрозій, — выворотъ губъ и язва на наружной поверхности влагалищной части,—могутъ встрѣчаться одновременно.

По старому взгляду, который принять еще кое-гдѣ, эрозія состоитъ въ томъ, что цилиндрической эпителий выступаетъ изъ цервикальнаго канала и разрастается по наружной поверхности влагалищной части на томъ мѣстѣ, гдѣ именно существуетъ краснота. Такого рода разрастаніе эпителия за границу, начертанную природой, нигдѣ не встрѣчается, однако, въ другихъ мѣстахъ человѣческаго тѣла, а потому представляется совершенно непонятнымъ, почему влагалищная часть должна представлять исключеніе. Поводомъ для возникновенія этой теоріи послужило смѣшеніе обѣихъ формъ эрозій между собой: неудивительно, что при выворотѣ губъ находятъ цилиндрической эпителий на мѣстѣ эрозіи, ибо послѣдняя и представляетъ собой именно обнаженную, вывороченную наружу, воспаленную слизистую оболочку цервикальнаго канала.

Заживленіе представляетъ собой самый обычный исходъ эрозій. Такъ какъ эрозія является частичнымъ проявленіемъ эндометрита (гонорройнаго), то заживленіе ея зависитъ болѣе всего отъ теченія этого послѣдняго; во многихъ случаяхъ оно является поэтому очень затяжнымъ. Эрозія на наружной поверхности влагалищной части покрывается эпителиемъ, который нарастаетъ съ периферіи. При заживленіи выворота (*ectropion*) цилиндрической эпителий исчезаетъ, железы запусъваютъ, и дно язвы оказывается, наконецъ, состоящимъ лишь изъ грануляціонной ткани, ко-

торая постепенно покрывается плоским эпителиемъ, благодаря чему внутренняя поверхность выворота, которая вначалѣ была ярко-краснаго цвѣта и состояла изъ воспаленной слизистой оболочки цервикальнаго канала, въ концѣ-концовъ, послѣ заживленія, получаетъ такой же видъ, какъ и наружная поверхность влагалитной части.

*Раковое перерожденіе.* Выворотъ цервикальнаго канала имѣетъ громадное значеніе еще въ томъ отношеніи, что онъ является почвою для развитія рака шейки. Такъ какъ жизнь больной зависитъ при этомъ отъ возможно ранняго распознаванія рака, то обязанность врача въ сомнительныхъ случаяхъ выворота, особенно при существованіи яркой красноты съ пещеристымъ, легко кровоточивымъ дномъ, — произвести пробную эксцизію или удалить всю эрозію и затѣмъ рѣшить вопросъ о дальнѣйшихъ мѣропріятіяхъ на основаніи результатовъ микроскопическаго изслѣдованія вырѣзаннаго куска <sup>1)</sup>).

*Симптомы эрозіи* одинаковы съ таковыми же основнаго страданія — эндометрита.

Характернымъ специально для эрозіи симптомомъ являются *кровотеченія во время или вслѣдъ за половымъ сношеніемъ*, особенно если дно эрозіи богато кровью, какъ это бываетъ во время беременности или при неудовлетворительномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ.

*Диагнозъ* ставится съ легкостью при помощи зеркала — на основаніи наличности краснаго вѣнчика вокругъ зѣва, который тотчасъ бросается въ глаза. При помощи одного лишь двойнаго ручнаго изслѣдованія обыкновенно нельзя бываетъ распознать эрозію, ибо осязательное ощущеніе, состоящее въ томъ, что кончикъ пальца скользитъ по неровной или бархатистой поверхности, можетъ легко ввести въ заблужденіе. Впрочемъ, если у больной имѣетъ мѣсто выворотъ, то изслѣдующій палецъ

<sup>1)</sup> Весьма удобный и практичный способъ для отличія доброкачественныхъ ссадинъ влагалитной части отъ начинающагося рака предложенъ недавно *Heitzman* номъ. Последний совѣтуетъ прикладывать къ пораженной влагалитной части кусокъ ваты, смоченной въ 10% растворъ мѣднаго купороса, на 1—2 минуты. Если въ данномъ случаѣ имѣется выворотъ слизистой оболочки цервикальнаго канала, то вывороченная *тиссоа*, подъ влияніемъ прижиганія купороснымъ растворомъ, только поблѣднѣетъ, если же — эрозія, то поверхность ея покроется голубоватобѣлой пленкой. Въ томъ и другомъ случаѣ, вытирая прижеженную поверхность кускомъ сухой ваты, врачъ не получитъ на ватѣ ни капли крови. При повтореніи прижиганія съ промежутками въ 2—3 дня доброкачественная эрозія совершенно заживаетъ въ 1—2 недѣли. Если же, при вытираніи прижеженной ссадины сухой ватой, на послѣдней окажутся слѣды крови, причемъ кровотеченіе повторится и при вытираніи послѣ вторичнаго прижиганія, то такую ссадину слѣдуетъ считать подозрительной. Чтобы окончательно удостовѣриться, что это — раковое изъязвленіе, слѣдуетъ прижечь ссадину растворомъ ляписа или подторо-хлористаго желѣза, выждать нѣсколько дней и опять повторить прижиганіе 10% растворомъ купороса съ послѣдующимъ вытираніемъ ссадины ватой. Если и при этомъ ссадина будетъ продолжать кровоточить, то, значитъ, врачъ несомнѣнно имѣетъ дѣло съ начинающимся ракомъ, который требуетъ энергичнаго хирургическаго вѣншательства. Избѣгая матки и подвергая ея влагалитную часть микроскопическому изслѣдованію, въ подобныхъ случаяхъ можно всегда убѣдиться въ справедливости указаннаго діагноза. В. Г.

тотчасъ опредѣляетъ широкую грибовидную форму влагалищной части и вывороченные края обѣихъ губъ ея.

*Леченіе* эрозій состоитъ главнымъ образомъ въ томъ же, что и леченіе эндометрита. При внутриматочномъ примѣненіи средствъ противъ этого послѣдняго, одновременно прижигаютъ эрозію іодной настойкой, 20 % растворомъ хлористаго цинка, древеснымъ уксусомъ и прикладываютъ къ влагалищной части тампонъ, пропитанный чистымъ или іодоформеннымъ глицериномъ, или же 10 % растворомъ танина <sup>1)</sup>). Далѣе, больной назначаютъ влагалищныя спринцеванія съ прибавленіемъ 3—4 столовыхъ ложекъ древеснаго уксуса. Наконецъ, нужно упомянуть о скарификаціи эрозій, которая состоитъ въ томъ, что длиннымъ ланцетомъ (скарификаторомъ *Meyer'a*) дѣлаютъ на эрозіи нѣсколько поверхностныхъ надрѣзовъ, длиною въ 0,5 см. При этомъ перерѣзаются и вскрываются переполненные кровью мелкіе сосуды, которые велѣдъ затѣмъ заустѣваютъ. Нужно остерегаться дѣлать наколы по сторонамъ влагалищной части, потому что тутъ попадаютъ подчасъ довольно значительныя вѣтви *art. uterinae*, проходящія поверхностно, которыя могутъ быть вскрыты. До и послѣ скарификаціи влагалище промывается стерилизованною водою или 2 % карболовымъ растворомъ; затѣмъ комкомъ ваты придавливаютъ эрозію до тѣхъ поръ, пока не остановится кровотеченіе (одна — двѣ минуты), наконецъ, прикладываютъ къ самой эрозіи тампонъ, пропитанный іодоформеннымъ глицериномъ. Тампонъ остается до вечера. Послѣ скарификаціи не слѣдуетъ отпускать больную сейчасъ же домой, ибо на улицѣ можетъ появиться неожиданно вторичное кровотеченіе.

При выворотѣ губъ съ большими, ярко-покраснѣвшими, легко кровоточивыми эрозіями рекомендуется удаленіе измѣненной слизистой оболочки по *Schröder'u*. Дѣло въ томъ, что, если даже микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго куска не укажетъ никакихъ признаковъ раковаго перерожденія, то все-таки при іодобныхъ эрозіяхъ остается опасность развитія злокачественнаго перерожденія въ будущемъ. При операциі удаляютъ слизистую оболочку цервикальнаго канала, вывороченную и потому доступную всякимъ вреднымъ инсультамъ, затѣмъ восстанавливаютъ приблизительно нормальныя условія, нарушенныя надрывами.

Разбираемая операциія имѣетъ сходство съ ампутаціей шейки (см. ниже); она точно также начинается надрѣзами обѣихъ боковыхъ спаекъ, но въ данномъ случаѣ надрѣзы эти дѣлаются длиною не больше 0,5 см.

Оба угла раны соединяются разрѣзами черезъ слизистую оболочку, и такимъ образомъ эрозія удаляется въ видѣ тонкой пластинки. Слизистая оболочка наружной поверхности влагалищной части соединяется затѣмъ при помощи швовъ, идущихъ подъ рапеевою поверхностью, со слизистой оболочкой цервикальнаго канала. Въ заключеніе всего зашиваются боковые надрѣзы.

<sup>1)</sup> Очень хорошимъ средствомъ для заживленія есадинъ влагалищной части матки является также припудриваніе ихъ порошкомъ кальцій-карбида. В. Г.

### 6. Разрывы маточной шейки.

Небольшие надрывы наружного зѣва матки встрѣчаются часто у рожавшихъ женщинъ, не вызывая у нихъ никакихъ жалобъ. Патологическое значеніе имѣютъ лишь глубоко проникающіе разрывы, которые во время родовъ простираются въ самую околоматочную кѣтчатку. Въ предѣлахъ этой послѣдней они обыкновенно заживаютъ, оставляя послѣ себя рубцы; въ области же шейки они зіяютъ, потому что ткань послѣдней богата эластическими волокнами, вслѣдствіе чего края разрывовъ расходятся и не срастаются, а рубцуются каждый отдѣльно.

При изслѣдованіи, у подобныхъ больныхъ опредѣляется въ боковомъ влагалищномъ сводѣ плотный рубецъ, до котораго простирается широко зіяющій зѣвъ. Влагалищная часть представляется расщепленною съ лѣвой или правой стороны. Чаще всего встрѣчаются лѣвосторонніе разрывы ея, вѣроятно потому, что затылокъ плода во время родовъ бываетъ обращенъ большею частью влѣво.

Разрывъ можетъ быть также двустороннимъ, и въ такомъ случаѣ губы шейки широко расходятся, вслѣдствіе чего образуется выворотъ ихъ (*eversio labiorum*).

Подъ вліяніемъ широко зіяющаго разрыва, особенно двусторонняго, слизистая оболочка цервикальнаго канала отчасти обнажается, благодаря чему легко подвергается воспаленію (см. предыдущую главу).

Рубецъ въ околоматочной кѣтчаткѣ фиксируетъ матку на соответственной сторонѣ; если рубецъ сморщится, то влагалищная часть будетъ притянута въ сторону его, тѣло же матки наклонится въ противоположную (см. главу о наклоненіи матки въ сторону).

*Симптомы*, наблюдаемые при разрывахъ шейки, зависятъ частью отъ эндометрита, частью отъ рубца въ околоматочной кѣтчаткѣ и отъ неподвижности шейки и состоятъ въ бѣляхъ и боляхъ, преимущественно тянущаго характера, локализующихся внизу живота съ той или другой стороны. Зачатіе при сильно смѣщенной влагалищной части подчасъ бываетъ затруднено.

*Леченіе*. При всѣхъ глубоко проникающихъ одностороннихъ разрывахъ шейки, доходящихъ до свода, самое рациональное леченіе состоитъ въ восстановленіи цѣлости цервикальнаго канала, чѣмъ создается первое условіе, необходимое для излеченія эндометрита шейки.

*Emmet'овская операція*. Изъ всѣхъ операцій, предложенныхъ для этой цѣли, самую лучшую оказывается *Emmet'овская*. Она состоитъ въ освѣженіи краевъ разрыва и въ соединеніи ихъ при помощи шва (рис. 34).

Пулевыми щипцами захватываются отдѣльно передняя и задняя губа, и влагалищная часть низводится до самаго входа во влагалище. Чтобы сдѣлать разрывъ доступнымъ, раздвигаютъ обѣ губы при помощи пулевыхъ щипцовъ и оттягиваютъ ихъ въ противоположныя другъ отъ друга стороны. Освѣженіе не должно быть слишкомъ глубокимъ,—достаточно

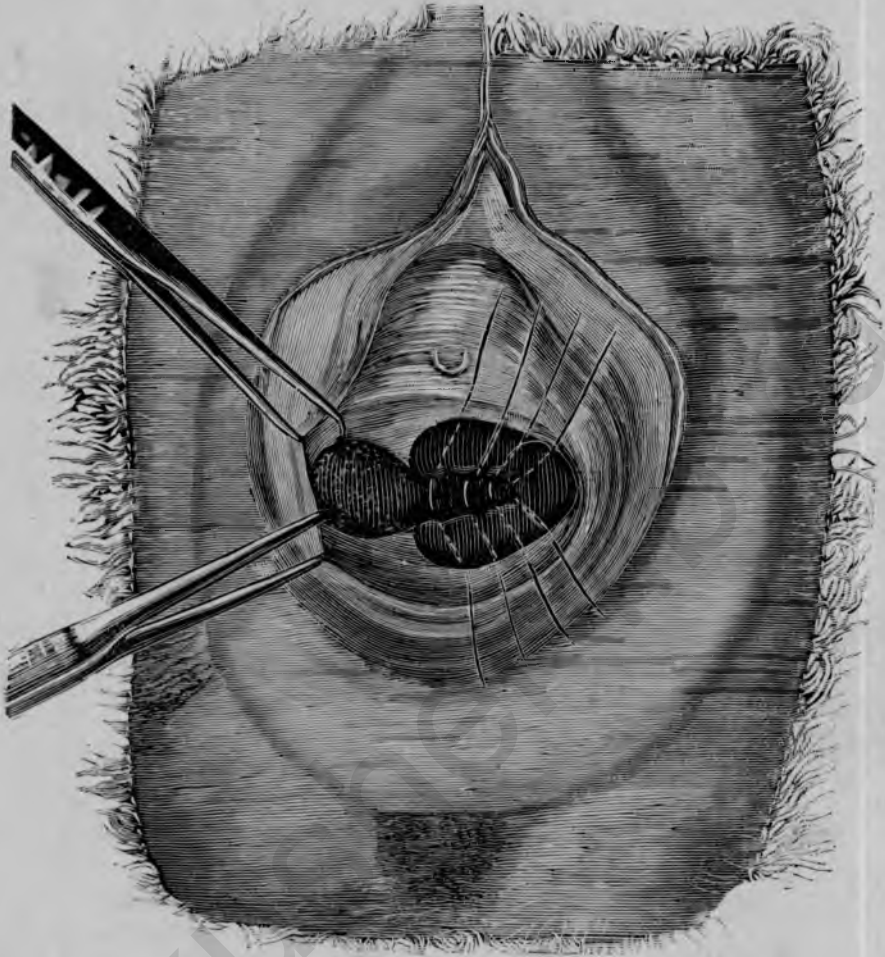


Рис. 34. *Emmet* овская операция при левостороннем разрыве шейки. Влагалищная часть изведена и сильно оттянута вправо.

снять съ передней и задней губы по пластинкѣ толщиной приблизительно въ 1 мм. Снутри ослѣженіе должно простирается лишь до края первикального канала, снаружи должно заходить приблизительно на 1 мм. за край разрыва. Лучше всего сначала очертить ножомъ границы площади ослѣженія, а затѣмъ приступить къ вырѣзыванію рубца съ передней и задней губы, начиная разрѣзы съ наружнаго зѣва, такъ чтобы

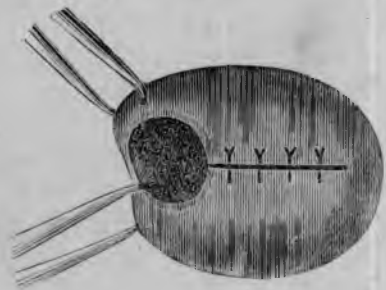


Рис. 35. *Emmet* овская операция. Швы завязаны узломъ.

они встрѣтились въ верхнемъ углу разрыва. Если существуетъ рубецъ во влагалищномъ сводѣ, то онъ отсепаровывается отъ шейки и также вырѣ-

зывается. Удаляя доскуть однимъ кускомъ, можно быть увѣреннымъ, что ничего не осталось въ верхнемъ углу разрыва. Какъ зашивается рана послѣ операции,—лучше всего видно на прилагаемомъ рисункѣ (рис. 34). Въ качествѣ матеріала для швовъ пригоденъ силъквормъ или шелкъ. Обыкновенно достаточно бываетъ наложить на разрывъ 3—4 шва. Слѣдуетъ обязательно обращать вниманіе на то, чтобы швы были наложены въ одинаковомъ разстояніи другъ отъ друга, и чтобы первыми накладывались тѣ, которые назначены для соединенія верхняго угла раны. Иглу слѣдуетъ вкалывать и выкалывать какъ-разъ на краю слизистой оболочки шейки, чтобы такимъ образомъ предупредить развитіе суженія цервикальнаго канала. По той же самой причинѣ послѣдній шовъ не долженъ быть накладываемъ черезчуръ близко къ наружному зѣву. Завязываніе швовъ производится лишь послѣ наложенія всѣхъ швовъ; во время завязыванія ассистентъ долженъ сблизить оба края раны посредствомъ пулевыхъ щипцовъ. Каждая нить должна быть сперва натянута, чтобы она не образовала случайно петли въ цервикальномъ каналѣ, а затѣмъ довольно крѣпко завязана. Изъ описанія видно, что наложеніе швовъ при *Emmet*'овской операціи ничѣмъ не отличается отъ наложенія ихъ при свѣжихъ разрывахъ шейки.

Такимъ образомъ узлы швовъ приходятся на наружной поверхности влагалищной части (рис. 35). Рана, образовавшаяся вслѣдствіе извѣченія рубца изъ свода, зашивается отдѣльно, при помощи перпендикулярно идущихъ швовъ (*A. Martin*). При примѣненіи силъкворма для закрытія раны нити не обрѣзаются. Послѣ наложенія швовъ влагалище спринцуются, влагалищная часть отодвигается на свое мѣсто (репонируется), и въ нее вводятъ іодоформированную полоску, которая оставляется на 24 часа. Дальнѣйшее леченіе вначалѣ состоитъ въ осторожномъ спринцеваніи влагалища. Швы удаляются не раньше восьмого дня (необязательно всѣ сразу). Больная должна лежать въ постели по крайней мѣрѣ 14 дней.

При существованіи эндометрита тѣла одновременно съ *Emmet*'овской операціей производится и выскабливаніе полости матки. При двухстороннихъ разрывахъ съ выворотомъ и большими эрозіями рекомендуется вмѣсто *Emmet*'овской операціи удаленіе эрозій по уже описанному способу *Schröder*'а (стр. 93).

Если *Emmet*'овская операція не показана, то нужно ограничиться леченіемъ эндометрита шейки. Для этого дѣлаютъ прижиганія слизистой оболочки шейки 5%—10% растворомъ хлористаго цинка или іодной настойкой при помощи *Playfair*'овскаго зонда, далѣе назначаютъ влагалищныя спринцеванія изъ разведеннаго древеснаго уксуса (2—3 стол. ложки на 1 литръ воды) или изъ квасцовъ (1 чайная ложка на 1 литръ воды), или лечатъ при помощи тампоновъ (см. главу о воспаленіи слизистой оболочки матки).

При ретрофлексіи матки леченіе посредствомъ пессаріевъ можетъ остаться совершенно безъ успѣха, благодаря существованію рубца во вла-

галищномъ сводѣ. Въ такихъ случаяхъ можно посовѣтовать вырѣзываніе рубца (и зашиваніе разрыва). При помощи массажа по *Thure Brandt's* можно достигъ лишь временнаго растяженія рубца, но не устраненія его, почему въ подобныхъ случаяхъ и не примѣняютъ этого способа леченія.

### 7. Гипертрофія маточной шейки.

Гипертрофія маточной шейки можетъ повести за собою значительное измѣненіе формы матки. Обыкновенно гипертрофируется не только влагалищная (*pars vaginalis*), но и надвлагалищная часть (*pars supravaginalis*) шейки, такъ что послѣдняя удлинняется въ очень значительной степени. Въ наивысшей степени гипертрофіи длина шейки равняется длинѣ влагалища, а влагалищная часть появляется во входѣ во влагалище. Тѣло матки остается въ тазу на своемъ обычномъ мѣстѣ; иногда оно оказывается фиксированнымъ зѣвѣ. Своды влагалища могутъ тоже найдтись на своей нормальной высотѣ.

Иногда при этомъ имѣется еще утолщеніе стѣнокъ шейки, которое можетъ достигъ очень значительныхъ размѣровъ, особенно если гипертрофія вызвана фиброміомой или разрывомъ шейки. Въ остальныхъ случаяхъ обыкновенно утолщеніе не такъ замѣтно, какъ удлинненіе, и можетъ даже совершенно отсутствовать, какъ это бываетъ, напримѣръ, у старухъ, у которыхъ удлиненная шейка имѣетъ иногда лишь толщину карандаша.

Гипертрофія шейки матки встрѣчается:

- 1) при опущеніи влагалища внизъ (*descensus vaginae*) — благодаря влеченію, которое претерпѣваетъ шейка со стороны влагалищной стѣнки;
- 2) при фиброміомахъ матки, какъ частичное проявленіе хроническаго метрита, который при этихъ опухоляхъ лишь рѣдко отсутствуетъ;
- 3) при глубоко проникающихъ разрывахъ шейки;
- 4) по неизвѣстнымъ причинамъ при дѣвственной маткѣ.

Крайнія степени удлинненія шейки, при которыхъ наружный зѣвъ находится во входѣ во влагалище, между тѣмъ какъ тѣло матки остается на своемъ обычномъ мѣстѣ въ маломъ тазу, наблюдаются чаще всего при опущеніи влагалища.

**Леченіе.** При гипертрофіи шейки и опущеніи влагалища нужно произвести ампутацію шейки одновременно съ *colporrhaphia anterior et posterior*. Ампутація шейки вполне умѣстна и при леченіи высокой степени гипертрофіи шейки дѣвственной матки.

Какъ ни рациональна *Emmet'*овская операція при глубоко проникающихъ разрывахъ шейки, тѣмъ не менѣе при одновременномъ существованіи сильной гипертрофіи шейки операція эта не является показанною, и въ подобныхъ случаяхъ точно также умѣстнѣе ампутація, — конечно, если жалобы больной дѣйствительно зависятъ отъ гипертрофіи шейки.

При міомахъ небольшого размѣра равнымъ образомъ можно ограни-



читься ампутаціей шейки, если больную беспокоить преимущественно длинная, торчащая из влагалища, шейка.

*Надвлагалищная гипертрофія шейки и беременность.* При наступленіи беременности гипертрофія шейки, особенно надвлагалищной ея части, может послужить источникомъ діагностической ошибки. Это особенно часто случается при измѣненіи положенія матки, главнымъ образомъ при ретрофлексіи, и при рѣзко выраженномъ *Hegar*'овскомъ признакѣ беременности. Благодаря разрыхленію стѣнки матки въ области маточнаго зѣва, при этомъ можно беременное тѣло матки повидимому вполне отграничить отъ гипертрофически увеличенной шейки. Въ такихъ случаяхъ беременное тѣло матки принимается за опухоль, а шейка—за самую матку. Въ одномъ случаѣ подобнаго рода беременное, ретровертированное тѣло матки было признано за ущемившійся дермоидъ, а мозговая масса, полученная при пробной пункции,—за кашецеобразное содержимое послѣдняго (случай *Franz*'а, реферированный въ „*Medicin. Rundschau*“ 1898, № 20).

Для удаленія мнимой опухоли яичника въ подобныхъ случаяхъ неоднократно предпринималось чревосѣченіе, иногда со смертельнымъ исходомъ отъ сепсиса; бывали даже случаи, гдѣ уже послѣ вскрытія брюшной полости истинное положеніе вещей обнаруживалось лишь послѣ того, какъ мнимая опухоль была разрѣзана (литературу этого предмета см. въ диссертациі *Selmair*'а, Berlin, 1891). Если, далѣе, при подобныхъ условіяхъ имѣются на-лицо еще признаки беременности, или если больная сама считаетъ себя беременной, то весьма естественно въ такихъ случаяхъ принять отграниченное, повидимому, тѣло матки за вѣматочный плодный мѣшокъ, а гипертрофированную шейку за матку. Извѣстны случаи, гдѣ маточный зондъ проникалъ въ увеличенную шейку на 10—12 см., такъ что, повидимому, все данные для діагноза вѣматочной беременности имѣлись на-лицо: отсутствіе менструаціи, признаки беременности, увеличенная, но пустая матка, а рядомъ съ ней медленно растущая опухоль. Лишь послѣ вскрытія брюшной полости открывалось, что дѣло идетъ о внутриматочной беременности.

Съ тѣхъ поръ, какъ вниманіе гинекологовъ было направлено на подобные случаи (особенно на Международномъ Конгрессѣ въ Копенгагенѣ, въ 1885 г.), ошибки, аналогичныя описаннымъ, стали замѣтно рѣже. Все-таки важно помнить, что ошибочный діагнозъ въ подобныхъ случаяхъ дѣйствительно легко возможенъ, и что влѣдствіе такихъ ошибокъ уже много женщинъ лишились жизни и здоровья.

Діагнозъ въ подобныхъ случаяхъ ставится при помощи низведенія матки посредствомъ цулевыхъ щипцовъ. Этотъ приемъ способствуетъ натяженію стѣнки матки въ области внутренняго маточнаго зѣва, благодаря чему можно затѣмъ легко опредѣлить непосредственный переходъ мнимой опухоли въ увеличенную шейку. При неслишкомъ длинной шейкѣ можно, низведя влагалищную часть, въ случаѣ надобности, ввести въ

цервикальный каналъ конецъ пальца настолькоъ, что удастся ошупать плодный пузырь (*A. Martin*). Если результаты изслѣдованія при всемъ томъ остаются неясными,—каковой возможности я почти не допускаю,—то выскабливаніе мнимой матки наведетъ на истинный путь, благодаря присутствію въ выскобленныхъ массахъ цервикальныхъ железъ<sup>1)</sup>.

1) Я имѣлъ въ своей практикѣ слѣдующій характерный случай, который развѣшилъ въ свое время ошупывать въ диссертации *Selmair'a*.

Въ августѣ 1890 года, когда я былъ на своей родинѣ, ко мнѣ обратилась за совѣтомъ г-жа Н., которой кто-то изъ врачей сказалъ, что ей необходима операція по поводу опухоли внизу живота. Г-жа Н., 42 лѣтъ, крѣпкого тѣлосложенія, рожала два раза—оба раза при помощи щипцовъ, которые накладывались въследствіе чрезмѣрной продолжительности родовъ. Оба младенцы были очень развиты. Последніе роды были въ 1873 году. Съ этихъ поръ г-жа Н. страдала болями въ крестцѣ, которыя бывали подчасъ нестерпимыми. Крови приходили правильно до половинны марта 1890 г., съ этихъ же поръ больше не появлялись.

15 сентября я предпринялъ изслѣдованіе большой подъ наркозомъ. Позади и возлѣ самаго симфиза, нѣсколько вправо, прощупывалось продолговатое твердое тѣло величиною въ грушу, имѣвшее форму увеличенной матки, за которую оно и было принято; влагалничная часть была велика и представляла глубоко прошитавшій лѣвосторонній разрывъ. Позади матки, въ заднемъ *Douglas'*омъ пространствѣ, опредѣлялась мягкая, эластическая опухоль, величиною въ апельсинъ, которая, по видимому, исходила изъ матки, съ которою была соединена широкой ножкой, и отъ которой ее нельзя было отграничить. Опухоль поднималась выше той части матки, которая была принята за дно, на нѣсколько сантиметровъ. Признаки беременности отсутствовали. Такъ какъ я не могъ себѣ составить яснаго представления о характерѣ опухоли и такъ какъ общее состояніе пациентки, несмотря на появившіяся повременамъ боли внизу живота, ни въ какомъ случаѣ не представляло опасности, то я предложилъ большой выждать дальнѣйшаго развитія опухоли и явиться ко мнѣ. спустя нѣкоторое время, для повторнаго изслѣдованія. 25 октября, во время второго моего посѣщенія родины, г-жа Н. явилась опять ко мнѣ. Опухоль за это время значительно выросла и доходила теперь до уровня пупка; стѣнки ея были вялы, сокращались при продолжительномъ ошупываніи. Черезъ стѣнки ея прощупывались мелкія части оживленно двигающагося плода; кромѣ того ясно прослѣживались звуки сердцебиенія. При комбинированномъ изслѣдованіи (безъ наркоза) оказалось, что вышеупомянутое тѣло, принятое за матку, ясно прощупывалось позади самаго симфиза, нѣсколько вправо. Оно показалось теперь меньшимъ и болѣе мягкимъ, чѣмъ при первомъ изслѣдованіи. Я подучилъ все-таки такое впечатлѣніе, что оно какъ будто не отграничивается отъ плоднаго мѣшка.

Такъ какъ безъ точнаго изслѣдованія нельзя было въ данномъ случаѣ поставить дифференціального діагноза между внѣ- и внутриматочной беременностью, и такъ какъ результаты изслѣдованія, особенно перваго, говорили болѣе въ пользу *graviditas extrauterina*, то я взялъ г-жу Н., согласно ея желанію, съ собою въ Бернъ.

Здѣсь, нѣсколько дней спустя, профессоръ *Gusserow* констатировалъ то же самое. Подъ наркозомъ влагалничная часть была захвачена пулевыми щипцами за переднюю губу и низведена. Теперь можно было отчетливо ошупать соединеніе между мнимой маткой и плоднымъ мѣшкомъ. Чтобы, однако, вполне точно опредѣлить внутреннюю связь, мы рѣшились на изслѣдованіе зондомъ, несмотря на опасность вызвать этимъ преждевременные роды, если-бы въ данномъ случаѣ оказалась внутриматочная беременность съ надвлагалищной гипертрофіей шейки. Толстый зондъ проникъ въ шейку на 21 см., причемъ головка его ясно прощупывалась черезъ брюшные покровы нѣсколько вправо отъ *linea alba*, посредствъ плоднаго мѣшка. Зондированіе не имѣло никакого дурнаго вліянія на дальнѣйшее теченіе беременности. 4 марта 1891 года родился крѣпко развитый, большой ребенокъ въ поположеніи, умершій во время родовъ. Последрдовой періодъ протекъ нормально.

Въ данномъ случаѣ странно особенно то, что роды произошли около 12 мѣсяцевъ спустя послѣ прекращенія мѣсячныхъ. *Selmair* предполагаетъ, что г-жа Н. забеременѣла лишь на третьемъ мѣсяцѣ послѣ прекращенія регулъ, благодаря чему и получилась несоответствіе между вычисленнымъ періодомъ беременности и данными изслѣдованія. Это несоответствіе, въ связи съ возрастомъ пациентки и тѣмъ обстоятельствомъ, что отъ послѣднихъ родовъ у нея прошло 17 лѣтъ, и затруднило вначалѣ вѣрное истолкованіе данного случая. Результаты изслѣдованій, предприня-

## 8. Новообразования матки.

### а) Фибромиомы матки.

Подъ мионой, фибромой или, еще правильнѣе, фибромиомой матки разумѣется ограниченное новообразование, состоящее изъ мышечной и соединительной ткани, развивающееся внутри маточной стѣнки и своимъ присутствіемъ вызывающее увеличеніе матки въ объемъ<sup>1)</sup>.

Фибромиомы образуютъ бугры на внутренней и наружной поверхностяхъ матки, въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ ея, придавая ей своимъ присутствіемъ бугристой, неровный видъ; при существованіи одной только большой опухоли этого рода поверхность матки является болѣе равною.

Если фиброма развивается подъ самымъ брюшиннымъ покровомъ (подсерозная миома) или подъ слизистой оболочкой матки (подслизистая миома), то она можетъ выпятиться изъ поверхности стѣнки и въ концѣ концовъ свѣлется на ножкѣ въ брюшную или маточную полость.

Фибромиомы могутъ развиваться во всѣхъ мѣстахъ маточной стѣнки. При этомъ, тѣ изъ нихъ, которыя развиваются на боковомъ краю матки, раздвигаютъ оба листка широкой связки и продолжаютъ дальше росте уже интралигаментарно. Развивающіяся въ шейкѣ фибромы имѣютъ особенную наклонность къ межезязочному развитію, такъ какъ шейка гораздо болѣею частью, чѣмъ тѣло, лежитъ внѣ брюшины. Если опухоль развивается изъ задней стѣнки шейки, то она растетъ по направленію къ Дугласову пространству и поднимаетъ брюшину со дна его. Подслизистыя цервикальныя миомы расширяютъ маточный зѣвъ, такъ что ихъ можно почти всегда

тыхъ съ большими промежутками времени, выяснили, что въ разбираемомъ случаѣ дѣло шло о беременности ретрофлектированной матки съ одновременной гипертрофией надвлагалищной части ея шейки.

*Nagel.*

<sup>1)</sup> Этіология фибромиомъ матки до сихъ поръ не выяснена. Одни авторы (*Recklinghausen* и мн. др.) приписываютъ большую роль въ происхожденіи многихъ опухолей этого рода остаткамъ *Wolf'*овыхъ тѣлъ, которые, находясь въ стѣнкахъ матки, служатъ источниками миомъ или, точнѣе сказать, аденомиомъ этого органа (см. ниже главу объ аденомиомахъ матки). Другіе авторы убѣждены, что аденомиомы матки въ смыслѣ *Recklinghausen'a* представляютъ собою явленіе очень рѣдкое; такъ, *Наиновъ*, изслѣдовавъ 77 фибромиомъ матки нашелъ значительныя включенія лишь въ одной изъ этихъ опухолей. *Kossmann* и нѣкоторые другіе изслѣдователи склонны считать важнымъ этиологическимъ моментомъ въ происхожденіи фибромиомъ матки воспаленіе, видя во многихъ изъ этихъ опухолей ограниченную гиперплазію маточной мускулатуры на воспалительной почвѣ. *Trigoniani, Keiffer* и др. ставятъ происхожденіе фибромиомъ въ связъ съ мѣстнымъ заболѣваніемъ маточныхъ сосудовъ, именно артерій. *Strassmann* и *Lehmann*, исходя изъ того факта, что у больныхъ фибромиомами матки женщинъ зачастую наблюдаются заболѣванія сердца, думаютъ, что опухоли эти представляютъ собою одно изъ проявленій общаго заболѣванія вазомоторной системы, — точно такъ же, какъ увеличеніе зубной железы служитъ однимъ изъ проявленій *Basedow'*ой болѣзни. Многіе другіе авторы, разбирая вопросъ объ этиологіи фибромиомъ матки, придаютъ особенное значеніе тому обстоятельству, что опухоли эти наблюдаются преимущественно у женщинъ или вовсе не рожавшихъ, или мало рожавшихъ; основываясь на этомъ, они признаютъ, что на развитіе фибромиомъ матки слѣдуетъ смотрѣть, какъ на уродливое проявленіе продуктивной способности, присущей маткѣ и не находящей себѣ естественнаго удовлетворенія. Взглядъ этотъ, по моему убѣжденію, имѣетъ за себя очень многое.

*В. Г.*

осмотрѣть при помощи зеркала до самаго мѣста прикрѣпленія. Фиброміомы влагалищной части вырастаютъ въ просвѣтъ влагалища. Онухоли, сидяція въ области нижней половины матки имѣютъ большое значеніе въ томъ отношеніи, что, суживая полость таза, онѣ могутъ, при нѣкоторыхъ условіяхъ служить абсолютнымъ препятствіемъ для родовъ.

Анатомическія составныя части міомъ, мышечная и соединительная ткань, переплетаются между собой такимъ же образомъ, какъ и въ стѣнкѣ матки. Обыкновенно въ этихъ опухоляхъ преобладаетъ плотная волокнистая соединительная ткань, почему онѣ и являются твердыми на-ощупъ. Обычно онѣ снабжены соединительнотканной капсулой, благодаря чему легко выдвигаются изъ стѣнки матки. Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда опухоль состоитъ преимущественно изъ мышечной ткани, она является на-ощупъ мягкой и переходитъ въ стѣнку матки безъ рѣзкихъ границъ, не имѣя тогда соединительнотканной капсулы.

Опухоли, состояція изъ мышечной ткани, въ противоположность таковымъ же изъ соединительной ткани, имѣютъ склонность кистовидно перерождаться<sup>1)</sup>—частію путемъ расширенія имѣющихся въ нихъ лимфатическихъ сосудовъ, частію путемъ простой трансудаціи въ тканевыя щели. Если жидкость состоитъ изъ лимфы, то она свертывается векомъ послѣ опорожненія.

Фиброміомы могутъ достигать очень значительной величины, быть въсомъ въ 20 и больше фунтовъ. Часто, однако, онѣ достигаютъ лишь величины греческаго орѣха или яблока, не имѣя склонности прогрессировать далѣе въ ростѣ. Въ концѣ-концовъ, въ климактерическомъ возрастѣ онѣ сморщиваются<sup>2)</sup>.

Опухоли, богатая мышечною тканью, могутъ расти значительно быстрее, особенно, если въ нихъ развивается кистовидное перерожденіе. Съ другой стороны, въ нѣкоторыхъ изъ мышечныхъ опухолей наблюдается склонность подвергаться въ значительной степени обратному развитію, напримѣръ, въ послѣродовомъ періодѣ, а при нѣкоторыхъ условіяхъ—и совершенно исчезать.

Поделизистыя міомы могутъ, благодаря сокращеніямъ матки, помѣщаться свободно въ полости ея и наконецъ родиться во влагалище черезъ

<sup>1)</sup> Иногда кистовидное перерожденіе въ фиброміомахъ бываетъ настолько выражено, что вся опухоль превращается въ мѣшокъ съ относительно тонкими стѣнками. Весьма поучительный случай такого рода былъ наблюдаемъ *Нейбауэромъ*: здѣсь фиброміома, имѣвшая 18 см. въ длину и 24 см. въ окружности, превратилась, благодаря кистовидному перерожденію, въ мѣшокъ, стѣнки котораго имѣли всего отъ 2 до 22 мм. въ толщину. В. Г.

<sup>2)</sup> Вообще принято думать, что фиброміомы матки, по достиженіи большими климактерическаго возраста, перестаютъ расти и даже подвергаются обратному развитію. Правило это, однако, допускаетъ многочисленныя исключенія. Такъ, *Kottmann*, прослѣдивъ вліяніе климактеріи на ростъ фиброміомъ матки у 416 больныхъ, нашелъ, что почти въ  $\frac{1}{4}$  всѣхъ случаевъ климактеріи не оказывасть никакого задерживающаго вліянія на ростъ этихъ опухолей, а во многихъ случаяхъ наблюдается даже обратное явленіе, — съ наступленіемъ климактеріи фиброміомы начинаютъ усиленно расти, хотя анатомически онѣ и продолжаютъ сохранять свой прежній доброкачественный характеръ. В. Г.

постепенно расширяющийся маточный зѣвъ; въ случаѣ, если при этомъ связь ихъ со стѣнкой матки будетъ нарушена, онѣ могутъ даже быть совершенно вытолкнуты изъ полости матки.

Другіе исходы разбираемаго новообразования — это омѣльніе и размягченіе. Размягченіе можетъ, въ видѣ исключенія, имѣть мѣсто и во внутрѣстѣнныхъ міомахъ; чаще всего, однако, оно встрѣчается въ подслизистыхъ міомахъ, если послѣднія будутъ отчасти рождены, и питаніе ихъ, благодаря этому, будетъ ограничено. Далѣе, можно опасаться омертвѣнія съ исходомъ въ смертельное гнойное воспаленіе брюшины при подсерозныхъ фиброміомахъ, претерпѣвшихъ перекручиваніе ножки.

Какъ при доброкачественныхъ солидныхъ опухоляхъ яичника, такъ и при фиброміомахъ матки встрѣчается иногда асцитъ.

Можетъ-ли фиброміома превратиться въ саркому и такимъ образомъ сдѣлаться злокачественной, — это еще вопросъ. Нѣкоторые авторы высказываются въ пользу такой возможности, но мнѣ лично не удалось наблюдать ни одного подобнаго случая, точно также какъ и другимъ гинекологамъ. Во всякомъ случаѣ саркоматозное перерожденіе фиброміомъ матки является такою рѣдкостью<sup>1)</sup>, что въ общемъ эти опухоли слѣдуетъ считать доброкачественными. Напротивъ, неоднократно приходилось наблюдать развитіе въ слизистой оболочкѣ, покрывающей фиброму, рака, который, виѣдряясь, разрушалъ послѣднюю. Очень возможно, что подобные случаи и принимались ошибочно за злокачественное перерожденіе фибромъ.

*Симптомы.* Фиброміомы маленькой величины не вызываютъ обыкновенно никакихъ жалобъ. Нужно остерегаться при случайномъ открытіи такихъ маленькихъ опухолей, чтобы не просмотрѣть какой-нибудь другой болѣзни.

Болѣзненные припадки, вызываемые фиброміомами матки, — слѣдующіе:

1) *Боли.* Онѣ вызываются частью растяженіемъ, частью воспаленіемъ брюшины. Растяженіе встрѣчается преимущественно при быстро растущихъ міомахъ; воспаленіе бываетъ лишь ограниченное и встрѣчается вообще нечасто. Рѣдко находятъ при фиброміомахъ обширныя брюшинныя ерошенія; въ такихъ случаяхъ у больной навѣрное существуетъ еще какое нибудь другое заболѣваніе брюшины.

2) *Давленіе на сосѣдніе органы.* Давленіе на мочевой пузырь ограничиваетъ его растяжимость и вызываетъ частыя позывы къ мочеиспусканію. Если фиброма сидитъ въ передней стѣнкѣ шейки, или если фиброматозно перерожденная матка находится въ рѣзкой антефлексіи, то, благодаря давленію на шейку пузыря или мочеиспускательный каналъ,

<sup>1)</sup> Съ этимъ взглядомъ автора едва-ли можно согласиться. По даннымъ *Fehling's*, напр., изъ 409 случаевъ фиброміомъ матки, пользованныхъ въ Галльской клиникѣ, злокачественное перерожденіе этихъ опухолей наблюдалось въ 9, что составляетъ 2,7% общаго числа. Въ частности, саркоматозное перерожденіе встрѣтилось 8 разъ, раковое — однажды. *В. Г.*

самопроизвольное опорожнение пузыря можетъ быть затруднено и совершенно невозможно. Давленіе на прямую кишку вызываетъ запоры, иногда и позывы на низъ. При міомахъ, заполняющихъ весь малый тазъ, могутъ быть прижаты мочеточники, дагбѣ *pervus obturatorius*, *plexus sacralis* и вены, что влечетъ за собой извѣстныя послѣдствія. При большихъ міомахъ наступаетъ значительное уменьшеніе пространства въ брюшной полости съ послѣдующемъ смѣщеніемъ и давленіемъ на органы брюшной и грудной полости (одышка, ціанозъ, отеки).

3) *Кровотеченія*. Они появляются въ видѣ продолжительныхъ регулъ или маточныхъ кровотеченій, которыя или длятся непрерывно, или прерываются короткими паузами. Какъ доказалъ *Wyder*, кровотеченія эти бываютъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ ближе находится міома къ слизистой оболочкѣ матки, такъ какъ они вызываются воспаленіемъ послѣдней <sup>1)</sup>.

Причиной продолжительныхъ кровотеченій часто бываютъ полипы, — безразлично, представляютъ-ли они собою міомы на ножкѣ, или образуются путемъ разрастанія слизистой оболочки. Во всякомъ случаѣ при продолжительныхъ кровотеченияхъ первымъ дѣломъ слѣдуетъ подумать о присутствіи полипа, ибо очень часто простое удаленіе послѣдняго можетъ избавить больную отъ серьезной операціи. Кровотеченія при фиброміомахъ могутъ достигать очень значительной интенсивности и довести больную до крайней степени хроническаго малокровія.

*Діагнозъ*. Діагнозъ фиброміомъ нетруденъ, если прощупывается увеличенная, бугристая матка. Если опухоль незначительной величины, то ее удастся опредѣлить лишь въ томъ случаѣ, если она сидитъ настолько близко подъ брюшиной, что образуетъ бугоръ на поверхности матки; при внутривѣбномъ развитіи маленькую міому удастся лишь рѣдко прощупать, — въ такихъ случаяхъ увеличеніе и утолщеніе органа является болѣе равномернымъ и совершенно подобнымъ тому, какое бываетъ при хроническомъ метритѣ.

Если имѣется фиброміома значительной величины, то прощупывается она лишь одна, матка же лишь послѣ болѣе точнаго изслѣдованія. Если при этомъ опухоль имѣетъ равномерно круглую поверхность, то ее можно принять за самую матку, — въ такихъ случаяхъ все дѣло въ *дифференціальномъ діагнозѣ между беременностью и міомой*. При большихъ опухоляхъ діагнозъ этотъ не представляетъ какихъ-либо трудностей, ибо отсутствіе частей плода и звуковъ сердцебіенія исключаетъ беременность. При такихъ же опухоляхъ, которыя меньше матки на пятomъ мѣсяцѣ беременности, діагнозъ затруднительнѣе, особенно если нельзя отграничить опухоль отъ тѣла матки. Здѣсь должны навести на истинный путь.

<sup>1)</sup> Изслѣдованія *Borremans'a*, *Pollak'a*, *Борисова* и др. авторовъ свидѣтельствуютъ, что фиброміомы матки обычно вызываютъ глубокія измѣненія эндометрія. Измѣненія эти различными авторами описываются различно, но въ общемъ они сводятся къ застойной гипереміи эндометрія, его гипертрофіи, иногда смѣняющейся вторичною атрофіей, кровоизліяніямъ въ ткань слизистой оболочки и т. п.

анамнезъ, затѣмъ твердость фибромы въ сравненіи съ тѣстоватой, мягко-эластической консистенціей беременной матки. Рѣшающую важность имѣетъ здѣсь, далѣе, то свойство беременной матки, что она при ощупываніи сокращается и твердѣетъ подѣ изслѣдующими руками. Менѣе надеженъ такъ называемый *Hegar*'овскій признакъ беременности, который состоитъ въ столь значительномъ разрыхленіи области внутренняго зѣва, что тѣло матки удается совершенно отграничить отъ шейки; этотъ признакъ, какъ мнѣ пришлось убѣдиться, встрѣчается и при міомѣ тѣла матки.

Другіе признаки беременности суть: синевато-красная окраска влагалищной части, влагалища и наружныхъ половыхъ частей, присутствіе пульсирующихъ сосудовъ на боковыхъ краяхъ и передней поверхности тѣла матки. Изъ признаковъ, менѣе надежныхъ и имѣющихъ значеніе лишь у первородящихъ, нужно отмѣтить пигментацію бѣлой линіи, увеличеніе груди и образованіе молозива.

Точный дифференціальный діагнозъ между беременностью и міомой имѣетъ громадное практическое значеніе, ибо въ настоящее время міомы небольшихъ размѣровъ болѣею частью экстирпируются, между тѣмъ какъ прежде ихъ совсѣмъ не трогали. Извѣстны случаи, гдѣ даже опытные и добросовѣстные врачи экстирпировали беременную матку, предполагая, что имѣютъ дѣло съ міомой. Лучшее всего можно обезпечить себя отъ подобной ошибки, если наблюдать за даннымъ случаемъ въ теченіе по крайней мѣрѣ шести недѣль, такъ какъ обыкновенно съ операціей при міомахъ нѣтъ необходимости торопиться, между тѣмъ прогрессирующее равномерное увеличеніе матки вѣкорѣ убѣдитъ въ существованіи беременности.

Если беременность исключена, то драгоценнымъ вспомогательнымъ средствомъ для распознаванія міомъ является зондъ. Проникновеніе его въ вещество опухоли указываетъ намъ на присутствіе новообразованія, сидящаго въ стѣнкѣ матки, а направленіе, которое онъ при этомъ принимаетъ, указываетъ, гдѣ сидитъ опухоль—на боковой ли стѣнкѣ матки, или же на передней или задней. Какъ доказалъ *Winter*, при рѣшеніи этого вопроса имѣетъ важное значеніе направленіе круглыхъ связокъ и положеніе придатковъ. Именно, по *Winter*'у, при міомѣ задней стѣнки круглыя связки переходятъ въ переднюю периферію опухоли, яичники же прощупываются болѣею частью снередине. При міомѣ передней стѣнки круглыя связки идутъ прямо кзади, яичники смѣщены внизъ и лежатъ глубоко въ Дугласовомъ пространствѣ. При боковомъ положеніи міомы, круглыя связки отходятъ — на одной сторонѣ очень низко, на другой, наоборотъ, очень высоко, иди косо черезъ опухоль; одинъ яичникъ лежитъ очень низко, другой очень высоко на опухоли.

*Дифференціальный діагнозъ между опухолью яичника и міомой.* Подсерозная міома на ножкѣ можетъ быть легко принята за опухоль яичника, особенно за дермоидъ. Въ виду того, что при фиброміомахъ

далеко не всегда удается ощупать яичники <sup>1)</sup>, определить их нормальное состояние и таким образом исключить опухоль ихъ,—гарантировать себя отъ подобнаго смѣшенія очень трудно. Впрочемъ, практически это не имѣетъ ровно никакого значенія, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ показано удаленіе опухоли <sup>2)</sup>, которое какъ тутъ, такъ и тамъ даетъ одинаково хорошее предсказаніе.

*Дифференціальный діагнозъ между периметритическимъ экссудатомъ и міомой.* Міома задней стѣнки шейки, вросшая въ Дугласово пространство, можетъ, при изслѣдованіи, представлять такую же картину, какъ и опухоль яичника, смѣшившаяся въ Дугласово пространство и сросшаяся тамъ съ покрывающей его брюшиной, или же — какъ периметритическій экссудатъ.

Для отличія отъ послѣдняго слѣдуетъ помнить, что при міомѣ дно матки стоитъ иногда выше опухоли, причемъ прослѣдуется широкій переходъ послѣдней въ заднюю стѣнку матки; при опухоли яичника матку легко отграничить отъ новообразования; напротивъ, периметритическій экссудатъ заходитъ за уровень дна матки и доходитъ до стѣнки таза. Въ затруднительныхъ случаяхъ діагнозъ ставится на основаніи подвижности опухоли, данныхъ анамнеза и результатовъ пробной пункции.

*Дифференціальный діагнозъ между міомой и параметритическимъ экссудатомъ* обыкновенно не представляетъ трудностей. Міомѣ свойственны: закругленные контуры поверхности, смотрящей въ сторону таза, отграниченность опухоли отъ таза, наконецъ подвижность ея. Труднѣе ставится діагнозъ, если дѣло касается интралигаментарной міомы. Въ обоихъ случаяхъ имѣется опухоль, которая не отграничивается отъ матки и простирается до стѣнки таза.

Почти невозможно поставить діагнозъ *между интралигаментарной фибромой и мышеччатой опухолью трубы, сросшейся съ маткой.* Въ обоихъ случаяхъ отношеніе опухолей совершенно одинаково. Нахожденіе неувеличенной матки говоритъ противъ фибромы. При двусторонней мышеччатой опухоли трубъ иногда совершенно не удается прослѣдовать

---

<sup>1)</sup> Впрочемъ яичники при фиброміомахъ матки зачастую являются увеличенными, что различными изслѣдователями объясняется различно: одни (*Bullius*) видятъ причину этого увеличенія въ мелкоклеточномъ перерожденіи яичниковъ, другіе (*Meerdervoort*) — въ присутствіи въ яичникахъ многочисленныхъ *corpora albicantia*, подвергшихся глишшовому перерожденію.

В. Г.

<sup>2)</sup> Здѣсь я опять не могу согласиться съ авторомъ. Напротивъ, дифференціальный діагнозъ между фиброміомами матки и кистами яичниковъ имѣетъ огромное практическое значеніе, такъ какъ вторыя требуютъ отъ врача совершенно иного отношенія къ себѣ, чѣмъ первыя: всякая киста яичника, разъ она распознана, обязательно показываетъ оперативное вмѣшательство, фиброміомы же матки зачастую могутъ быть оставлены безъ операціи. При установкѣ дифференціальнаго діагноза между названными новообразованиями врачу можетъ оказать, въ затруднительныхъ случаяхъ, большія услуги измѣреніе дна полости матки. Точныя изслѣдованія показали, что, не говоря уже объ интерстиціальныхъ, даже субсерозныхъ фиброміомы матки всегда ведутъ къ удлиненію полости матки; при кистахъ же, сидящихъ на ножкѣ, длина полости матки обычно остается нормальной.

В. Г.



матки среди вещества опухоли. Для правильного диагноза могут дать точку опоры анамнез и пробная пункция, почему на них и нужно обратить самое тщательное внимание. Кроме того, нужно помнить, что интралигаментарно развивающиеся миомы встречаются крайне редко.

Сильные маточные кровотечения всегда должны возбуждать подозрѣніе на существованіе въ полости матки миомы на ножкѣ или, во всякомъ случаѣ, подслизистой миомы. Если такая опухоль уже родилась въ цервикальный каналъ, то ее можно теперь ощупать кончикомъ пальца, введеннымъ черезъ податливый маточный зѣвъ. Если же зѣвъ продолжаетъ быть закрытымъ, то нужно его расширить надрѣзами или при помощи расширителя *Ellinger*'а для того, чтобы можно было ввести палецъ въ полость матки, ибо однимъ зондомъ не удастся доказать присутствіе опухоли. Отъ смѣшенія подслизистой миомы съ плацентарнымъ полипомъ обезпечиваетъ насъ твердость опухоли и прочное прикрѣпленіе ея къ стѣнкѣ матки.

Размягчившаяся подслизистая миома иногда можетъ быть принята за раковую опухоль. Микроскопическое изслѣдованіе полученныхъ кусочковъ даетъ въ подобныхъ случаяхъ безусловно точныя указанія.

*Леченіе фиброміомъ:* а) *оперативное.* Мнѣнія о необходимости оперативнаго удаленія миомъ являются очень противорѣчивыми. Сама по себѣ миома—вовсе не злокачественное новообразованіе, которое угрожаетъ жизни больной. Лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ опухоль эта постоянно прогрессируетъ въ ростѣ, какъ это бываетъ съ опухолями яичника, и разрушаетъ здоровье больной своимъ увеличеніемъ безъ предѣла. Далѣе, миомы совершенно не обладаютъ склонностью къ злокачественному перерожденію, или эта склонность выражена у нихъ лишь въ очень незначительной степени. Поэтому разбираемые опухоли сами по себѣ не требуютъ обязательнаго и безотлагательнаго удаленія.

Съ другой стороны, однако, мы не знаемъ другого средства, кромѣ оперативнаго удаленія, которое могло-бы уничтожить опухоль; притомъ мы никогда не можемъ поручиться, что опухоль не будетъ впредь продолжать расти и вызывать болѣзненные явленія, которыя создадутъ болѣе значительныя трудности для ея удаленія сравнительно съ тѣмъ временемъ, пока она была еще мала. Этимъ-то и объясняется то значительное разногласіе, какое существуетъ между гинекологами по вопросу о необходимости оперативнаго удаленія миомъ <sup>1)</sup>). При большихъ фиброміомахъ, величиною

---

<sup>1)</sup> Несомнѣнно, фиброміомы матки, будучи образованіями вполне доброкачественными, сами по себѣ еще не требуютъ оперативнаго леченія. Последнее показуется лишь при наличности извѣстныхъ моментовъ, къ числу которыхъ относятся: истощающія маточныя кровотечения; большой объемъ опухолей и вредное вліяніе ихъ на внутрибрюшное кровообращеніе и на сердце; сдавливаніе межпозвоночными и забрюшинными фиброміомами прямой кишки, мочевого пузыря и мочеточниковъ; быстрый ростъ опухолей, зависящій отъ кистознаго и саркоматознаго перерожденія ихъ; перекручиваніе ножки подбрюшинныхъ стебельчатыхъ фиброміомъ; ущемленіе опухолей въ маломъ тазу съ послѣдующимъ выпаденіемъ матки и влагалища; самородное омертвѣніе подслизистыхъ фиброміомъ; развитіе, при

въ голову взрослого человека и больше, можно советовать удаление опухоли, если больная требует помощи, и если ее общее состояние позволяет предпринять такого рода серьезное вмешательство. При миомах малого объема удаление опухоли покажется лишь в таких случаях, где это можно произвести без опасности для жизни больной и без изуродования ее полового аппарата. Если место развития небольшой фибромиомы таково, что удаление ее может быть произведено лишь с удалением матки (обыкновенно вместе с придатками), то во всяком случае лучше ее не трогать. Наблюдения показывают, что малые миомы иногда вовсе не причиняют болезненных расстройств или лишь такие, которые поддаются симптоматическому лечению. Потеря полового аппарата вызывает после операции иногда более значительные припадки, чем раньше присутствие опухоли.

При фибромах средней величины, при постановке показаний к оперативному вмешательству нужно руководиться, главным образом, расстройствами, которые они вызывают. Если последние очень значительны, и больная согласна подвергнуться риску, который представляет до сих пор миомотомия, то врач вправе предложить оперативное вмешательство.

*Способы операции* <sup>1)</sup>). Фибромы, которые по размерам больше го-

большом объеме опухоли и ущемлении их в тазу, варикозных расширенной вены у заднего прохода, в наружных половых частях и конечностях (*Лебедев, Ruge* и др.). В. Г.

<sup>1)</sup> Едва ли какой другой вопрос возбуждает столько разногласий среди современных гинекологов, как вопрос о радикальном оперативном лечении фибромиомы матки. Одни авторы, рьяная его, высказываются за абдоминальный путь удаления этих опухолей, другие—за рукавный, третьи предпочитают сочетанный способ операции—и *per abdomen*, и *per vaginam*. Далее, одни гинекологи горячо рекомендуют при фибромиоме матки надвлагалищную ампутацию органа, притом с выбрюшинным, то с внутрибрюшинным уходом за ножкой, другие предпочитают полную экстирпацию (с сохранением яичников или без такового), третьи особенно рекомендуют энуклеацию опухоли с сохранением матки. Представители всех этих взглядов приводят в пользу их как теоретические соображения, так и статистические данные, свидетельствующие, что защищаемый ими способ дает наилучшие результаты. Я держусь того убеждения, что каждый из перечисленных методов должен иметь свои права гражданства в гинекологии, причем выбор того или другого из них должен зависеть от особенностей каждого данного случая. Точная выработка показаний, при которых должен быть применен тот или другой способ, является пока делом будущего; однако, и теперь уже можно наметить общие границы применения каждого метода. Так, при субмукозных фибромиомах, очевидно, наилучшим способом оперативного вмешательства следует считать энуклеацию опухоли через рукав. При наличии в стенках матки большого количества мелких фиброзных узлов следует предпочесть влагалищную экстирпацию матки. Единичные субсерозные или межточечные фибромиомы показывают вылучение их *per laparotomiam*, с последовательным восстановлением дна матки. При объемистых позадишеечных и межвязочных фибромиомах, при нагноившихся и распадающихся опухолях большого объема, наконец, при злокачественном перерождении фибромиом лучше прибегать к полному изъятию матки—*per abdomen* или сочетанным путем. В остальных случаях, где, 1) фибромиомы настолько велики, что требуют абдоминальной операции, 2)—где энуклеация их с сохранением матки невозможна, и где 3) нет показаний к полной экстирпации матки,—делается надвлагалищная ампутация органа.

Более подробный разбор различных операций, имеющих целью радикальное лечение фибромиомы матки, я считаю здесь излишним, так как практически врач,—для которых предназначается настоящая книга,—сделает лучше, если,

ловки ребенка и вслѣдствіе этого не могутъ пройти черезъ тазовое кольцо не въ уменьшенномъ видѣ, требуютъ міомоміи, т. е. вскрытія брюшной полости и ампутаціи матки вмѣстѣ съ міомой (*hysterectomy supravaginalis*). Разные методы этой операціи отличаются другъ отъ друга, собственно говоря, лишь по способу ухода за культей. Изъ нихъ наиболѣе употребительными являются слѣдующіе:

1) вшиваніе культи въ брюшную рану (внѣбрюшинный уходъ за ножкой);

2) зашиваніе и погруженіе культи въ брюшную полость по *Schröder*'у (внутрибрюшинный уходъ за ножкой);

3) забрюшинный способъ (*Baer, Lemander, Chrobak, Eastmann [Indianapolis]*);

4) экстирпація культи матки, *hysterectomy abdominalis completa* (*Freund, K. Thornton, Bardenheuer, Eastmann, Chrobak*).

Изъ этихъ методовъ внѣбрюшинный уходъ за ножкой даетъ все же еще самое лучшее предсказаніе.

По статистикѣ *Pozzi* (1897), смертность при внѣбрюшинномъ уходѣ за ножкой равняется 21, 6 %, » внутрибрюшин. » » » » 25,79 %.

По статистикѣ *Price*'а (1892) (см. у *Pozzi*), смертность при внѣбрюшинномъ способѣ равняется 16 %, » внутрибрюшин. » » 28 %.

*K. Thornton* (1896, *System of Gynaecology ed by Allbutt's Playfair*) имѣлъ при внѣбрюшинномъ уходѣ за ножкой слѣдующую смертность: 1) въ случаяхъ безъ обширнаго вылуценія опухольныхъ массъ изъ широкихъ связокъ матки и подъ пристѣночной брюшиной — 8 % (безъ вскрытія полости матки — 7 %); 2) въ случаяхъ, гдѣ вылуценіе произведено на обширномъ пространствѣ, съ образованіемъ большой полости съ рваными стѣнками возлѣ культи — 32 %. При внутрибрюшинномъ уходѣ за ножкой смертность у того же оператора достигала 50 %.

*Внѣбрюшинный методъ ухода за ножкой* имѣетъ за собой то неудобство, что при немъ послѣдующее леченіе требуетъ гораздо большаго времени, потому что нужно ждать, пока не отторгнется шитая въ рану часть культи (5—6 недѣль), и пока не зарубцуется полученный дефектъ (6 недѣль и больше). Кромѣ того, грыжи брюшной стѣнки получаются при этомъ методѣ чаще, чѣмъ при другихъ.

Несмотря, однако, на эти неудобства и на то обстоятельство, что вшиваніе культи въ брюшную рану многіе операторы называютъ „устарѣлымъ методомъ“, все-таки постоянно будутъ встрѣчаться такіе врачи и больныя, которые предпочтутъ окунуть большую увѣренность въ благо-

---

встрѣтивъ фиброміому, требующую радикальнаго оперативнаго вмѣшательства (разумѣется, кромѣ подслизистыхъ фиброзныхъ полиповъ), предоставлять послѣднее специалистамъ.

приятномъ исходѣ операціи, болѣе затяжнымъ послѣдовательнымъ леченіемъ. Понятно, что способъ образованія культи и вшиванія ея въ рану имѣетъ очень важное значеніе. Самые опытные и счастливые операторы Лондона, какъ *Knowsley Thornton*, *Bantock*, *H. Spencer*, а въ Германіи *Hegar*, — рекомендуютъ еще до сихъ поръ исключительно вѣбрюшинный методъ ухода за ножкой.

Случаи, служащіе для статистики вѣбрюшиннаго метода ухода за ножкой, относятся болшею частью къ первымъ временамъ міомотоміи. Въ настоящее время, когда преобладающее большинство случаевъ относится къ болѣе легкимъ, смертность отъ операцій по этому способу слѣдуетъ принимать значительно низшую. *Thornton* вычисляетъ ее въ 4%. Поэтому въ интересахъ больныхъ не слѣдуетъ и теперь забрасывать вѣбрюшиннаго метода.

Въ Германіи въ настоящее время употребляется почти исключительно *Schröder*'овскій методъ ухода за ножкой при міомотоміяхъ, съ погруженіемъ культи и покрытіемъ ея брюшиной (*Lennander-Chrobak*'овское видоизмѣненіе). Этотъ такъ наз. *забрюшинный методъ ухода за ножкой* представляетъ собою видоизмѣненіе *Schröder*'овскаго способа и состоитъ въ томъ, что брюшина зашивается надъ культей, такъ что рана вмѣстѣ съ лигатурами находится совершенно въ полости брюшины. Если тщательно перевязать всѣ приводящія артеріи (*a. uterina*, *a. spermatica int.* и анастомозы *a. vaginalis*), то при этомъ можно даже обойтись безъ обшиванія культи (*Baer*). По совѣту нѣкоторыхъ авторовъ (*Eastmann*, *Chrobak*), рану можно дренировать черезъ шейку во влагалище.

*Olshausen* началъ примѣнять этотъ способъ съ 1891 года и имѣлъ на 100 случаевъ—6 смертныхъ (съ 1 января 1892 г. по 12 июля 1896 г.). У *Chrobak*'а смертность при этомъ способѣ равнялась 4,75% (45 случаевъ), у *Iohannowsk*'аго—16% (25 случаевъ), у *Goffe* былъ 1 смертный случай изъ 15.

Судя по этимъ статистическимъ даннымъ, забрюшинный методъ даетъ хорошіе результаты. Впрочемъ не слѣдуетъ забывать, что прогрессирующее упрощеніе оперируемыхъ случаевъ оказываетъ очень существенное вліяніе на благоприятныя статистическія данныя послѣдняго времени. Вообще, несмотря на лучшее примѣненіе асептики въ теперешнее время, я все-таки держусь того убѣжденія, что забрюшинный методъ не даетъ лучшихъ результатовъ, чѣмъ вѣбрюшинный, въ тяжелыхъ случаяхъ, съ какими исключительно приходится имѣть дѣло выдающимся гинекологамъ (*Koerberle*, *Hh. Keith*, *Schröder*, *Bantock*, *Thornton*).

Міомотомія требуетъ отъ оператора такой опытности, что должна быть предоставлена почти исключительно только специалистамъ. Желаящихъ ближе ознакомиться съ подробностями производства ея я отсылаю къ руководствамъ по гинекологіи.

*Полное удаленіе матки при фиброміомахъ.* Внутривѣбрюшныя міомы, которыя по объему меньше головки новорожденного ребенка, лучше

всего удалять,—если их вообще желают оперировать,—через рукавъ, но только вмѣстѣ съ маткой, причемъ послѣднюю не нужно уменьшать, а удалить въ одинъ приемъ. Во Франціи влагалищный методъ примѣнялся прежде и при опухляхъ большей величины; для этого опухоль разрѣзывалась во время операціи на мелкіе куски (*stomatomie vaginale par morcellement*). Въ странахъ, говорящихъ по-французски, гдѣ эта операція примѣнялась дольше всего, замѣтили уже ея нецѣлесообразность и теперь начинаютъ ее оставлять. Въ странахъ, болѣе отдаленныхъ, операція эта еще примѣняется.

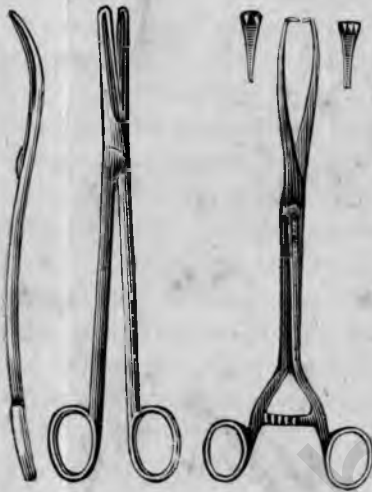


Рис. 36. Большія  
позницы (полип-  
ныя) *Stebold* а.

Рис. 37.  
Щипцы съ крюч-  
ками *Pean* а.

По *Le Monier* (у *Pozzi*), смертность при полной экстирпации міоматозной матки, производимой *per abdomen*, равняется 14,32%, при экстирпации по сочетанному способу (*per abdomen* и *per vaginam* одновременно) — 15%.

*Вылущеніе фиброміомъ черезъ рукавъ.* Если міома сидитъ въ *portio vaginalis*, и притомъ она небольшой величины, то удаленіе ея очень просто,—ее вырѣзываютъ изъ влагалищной части, потомъ зашиваютъ рану.

Міомы, уже родившіяся отчасти изъ полости матки во влагалище, удаляются также обыкновенно безъ особыхъ трудностей. Опухоль захватываютъ пулевыми щипцами и фиксируютъ ее, затѣмъ вводятъ палецъ въ маточный зѣвъ

и имъ выдвигаютъ новообразованіе, не опасаясь, при этомъ, значительнаго кровотеченія; можно также прямо отрѣзать ножку ножницами. Если же опухоль настолько велика, что ножки нельзя достигнуть пальцемъ, то ее нужно крѣпко захватить щипцами (пулевыми, *Pean*'овскими) и вытянуть, перекручивая при этомъ ножку, а затѣмъ уменьшить ее ножницами. Опухоли, отчасти уже родившіяся въ рукавъ, находятся обыкновенно въ состояніи размягченія, по крайней мѣрѣ та часть ихъ, которая находится внѣ матки. Это обстоятельство еще болѣе облегчаетъ ихъ уменьшеніе.

Нѣсколько труднѣе удаленіе подслизистыхъ міомъ, находящихся еще въ полости матки, такъ какъ ихъ первоначально нужно сдѣлать доступными. Достигается это расширеніемъ цервикальнаго канала, которое производится лучше всего при помощи расширителей *Ellinger*'а, или при помощи надрѣзовъ—въ тѣхъ видахъ, чтобы можно было въ тотъ же сеансъ произвести и удаленіе опухоли. Если цервикальный каналъ уже расширенъ міомой, то маточный зѣвъ обычно является податливымъ, и

его, поэтому, почти всегда удастся легко расширить безкровно. В случаях, где канал этот совершенно сохраненъ, рекомендуется расщепить переднюю стѣнку матки продольнымъ разрѣзомъ послѣ предварительнаго вскрытія поперечнымъ разрѣзомъ передняго свода влагалища и отдѣленія мочевого пузыря отъ передней стѣнки шейки до самой *plica vesico-uterina*—такъ, какъ это производится при полномъ удаленіи матки черезъ рукавъ (*Veit, Doyen, Dührssen*). Сдѣлавъ полость матки доступной, отыскиваютъ пальцемъ мѣсто прикрѣпленія опухоли, затѣмъ приступаютъ къ отдѣленію ножки ея отъ стѣнки, что производится или ножницами, или путемъ откручиванія опухоли. Если открутить опухоль не удастся, благодаря величинѣ ея, то слѣдуетъ предварительно уменьшить ея объемъ ножницами подъ руководствомъ пальца; при этомъ нужно часто перемѣщать пулевые щипцы съ одного мѣста на другое. Во избѣжаніе образованія частичнаго выворота стѣнки матки, не нужно тянуть опухоль черезчуръ сильно; вмѣсто этого лучше сильно перекрутить ее, частью потому, что при этомъ дѣлаются доступными все части ея, частью же потому, что при этомъ разслабляется связь ея со стѣнкой матки. Кровотеченіе при кускованіи обыкновенно не грозитъ опасностью.

Послѣ того, какъ опухоль будетъ достаточно уменьшена въ объемѣ, остатки ея выдвигаются пальцемъ изъ ложа, или отрѣзаются ножницами. Нужно остерегаться при этомъ, чтобы не принять частичный выворотъ стѣнки матки за ножку опухоли, дабы при разсѣченіи мнимой ножки не вскрыть брюшной полости.

Опытъ показываетъ, что кровотеченіе послѣ удаленія подслизистыхъ фибромъ не бываетъ слишкомъ сильнымъ, и что для остановки его вполне достаточно тампонированія маточной полости йодоформированной марлей. Если были сдѣланы надрѣзы на шейкѣ, то ихъ нужно тщательно зашить. Марля удаляется спустя 24 часовъ, причемъ тампонада не возобновляется болѣе. Послѣдовательное леченіе состоитъ въ томъ, что больной ежедневно дѣлаютъ влагалищныя спринцованія, а приблизительно каждые 3 дня производится прополаскиваніе полости матки (при зловонномъ выдѣленіи изъ нея и чаще).

Главная опасность при удаленіи подслизистыхъ міомъ заключается во вскрытіи брюшной полости — въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ просматриваютъ частичный выворотъ стѣнки матки, существовавшій уже раньше или образовавшійся только во время операціи. Этой опасности можно болѣею частью избѣгнуть тѣмъ, что матку тщательно и часто контролируютъ снаружи. Если стѣнка матки уже продырявлена, то ничего другого не остается сдѣлать, какъ удалить весь органъ, ибо лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ удается закрыть отверстіе швами.

Только что описанный способъ примѣнялся прежде и при внутриматочныхъ міомахъ, но затѣмъ былъ оставленъ, благодаря плохимъ результатамъ, которые онъ давалъ. Теперь, въ послѣдніе годы, опять стали его примѣнять и, повидимому, съ лучшимъ успѣхомъ. Несмотря,

однако, на это, покажется еще, до дальнейшей разработки этого вопроса, рекомендуется держаться того взгляда, что внутриматочные миомы можно удалять лишь со стороны брюшной полости.

Если радикальная операция при фиброміомѣ не покажется, или если больная на нее не соглашается, то нужно обратиться къ симптоматическому лечению.

*б) Симптоматическое.* Самый важный изъ всѣхъ болѣзненныхъ припадковъ при фиброміомахъ это—несомнѣнно кровотеченія. Для устранения ихъ самымъ радикальнымъ средствомъ является *кастрація*, которая и производилась съ данною цѣлью съ успѣхомъ *Hegar'омъ*, *Lawson Tait'омъ*, *Cullingworth'омъ*, *Thornton'омъ* и др. <sup>1)</sup>. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченія не зависятъ отъ полипа или фунгознаго разрошенія слизистой оболочки матки, тамъ можно рассчитывать на прекращеніе ихъ послѣ кастраціи. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ кровотеченіе имѣетъ свою самостоятельную причину, тамъ кастрація не даетъ успѣха. Поэтому, передъ тѣмъ какъ приступать къ производству кастраціи ради постоянныхъ кровотеченій, нужно сначала выленить, себѣ не зависятъ-ли они отъ полипа, присутствіе котораго можно опредѣлять при помощи изслѣдованія полости матки послѣ предварительнаго расширенія цервикальнаго канала, или, если нужно, то удалить болѣзную слизистую оболочку выскабливаніемъ.

*Knowsley Thornton* считаетъ особенно подходящими для кастраціи тѣ случаи, гдѣ миома не особенно велика (въ кокосовый орѣхъ или головку) и отчасти еще находится въ полости малаго таза, вызывая сильныя кровотеченія или боли, ибо въ такихъ случаяхъ яичники еще легко отыскать и удалить, между тѣмъ какъ удаленіе матки сопряжено съ относительно большими трудностями и даетъ плохое предсказаніе.

Во многихъ случаяхъ послѣ кастраціи наступаетъ значительное, даже совершенное сморщиваніе миомы, но въ какихъ именно оно наступитъ,—никогда нельзя сказать впередъ <sup>2)</sup>. На обязательное сморщиваніе миомы подъ вліяніемъ искусственно вызваннаго кастраціей климактерія точно такъ же мало можно рассчитывать, какъ и на таковое же подъ вліяніемъ естественнаго климактерія <sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Одно время кастрація при фиброміомахъ матки была производима *larga manu*; затѣмъ, въ виду невѣрности достигаемаго ею эффекта и производимаго при ней изуродованія женщины, операция эта подверглась жестокимъ нападкамъ и была почти повсюду оставлена; въ последнее время въ медицинѣ вновь начинаютъ раздаваться голоса (*Pitterleu*, *Winternitz*, *Sippel* и др.) въ пользу этой операціи. Такъ, *Winternitz*, прослѣдивъ въ теченіи 3—16 лѣтъ состояніе 36 больныхъ съ фиброміомами, кастрированныхъ *Saxinger'омъ*, нашелъ, что симптоматическій успѣхъ операціи дала въ 88% случаевъ, сморщиваніе опухоли послѣ нея наблюдалось у 83,3% больныхъ.

<sup>2)</sup> См. выше мое примѣчаніе на стр. 101.

<sup>3)</sup> Помимо кастраціи, изъ оперативныхъ способовъ, примѣняемыхъ съ цѣлью симптоматическаго леченія фиброміомъ матки, заслуживаетъ вниманія перевязка маточныхъ артерій со стороны рукава. Операція эта показывается въ тѣхъ случаяхъ фиброміомъ матки, гдѣ удаленіе опухоли почему-либо невозможно, а между тѣмъ неоперативные методы леченія остаются безъ результата. Техника ея очень проста:

*B. Г.*

*B. Г.*

Лечение фиброміомъ электричествомъ было въ свое время горячо рекомендовано *Apostoli* въ Парижѣ. Надежды, возлагаемыя на этотъ методъ, однако, не осуществились. Ни въ одномъ случаѣ не доказано съ увѣренностью исчезновеніе фиброміомы послѣ электризаціи. Для фибромъ это можно было заранѣе предвидѣть, ибо данный способъ долженъ былъ обладать поистинѣ чудотворной силой, чтобы быть въ состояніи вызвать всасываніе такой массы столь плотныхъ соединительнотканыхъ волоконъ. Зато, несомнѣнно, посредствомъ электричества можетъ быть достигнута симптоматическій успѣхъ—въ смыслѣ устраненія кровотеченій и болей. Устраненіе кровотеченій зависитъ оттого, что слизистая оболочка матки прижигается гальваническимъ токомъ. Для этой цѣли въ полость матки вводятъ, лучше всего при помощи *Nott'*овскаго зеркала, алюминіевый зондъ, снабженный изолирующей рукояткой и гильзой, и соединяютъ его съ отрицательнымъ полюсомъ сильной гальванической батареи <sup>1)</sup>. Второй полюсъ соединяется съ электродомъ, величиною въ 20 кв. сант., который состоитъ изъ гибкой металлической пластинки, обтянутой кожей, и прикладывается къ брюшнымъ стѣнкамъ. Само собой понятно, что кожа, покрывающая пластинку, должна быть хорошо пропитана водой. Пластинку выбираютъ большой величины для того, чтобы можно было провести по возможности большой токъ. Силу послѣдняго увеличиваютъ постепенно до такой степени, какую больная въ состояніи перенести. Каждый сеансъ продолжается 5—7 минутъ и повторяется вначалѣ каждые 3 дня, а затѣмъ съ болѣе долгими промежутками времени. Въ случаяхъ, гдѣ полость матки не слишкомъ обширна и не извѣстна неправильной формы, такъ что можно проникнуть всюду электродомъ, при помощи электризаціи удается прижечь слизистую оболочку въ такой степени, что кровотечения прекращаются на болѣе или менѣе продолжительное время. Тѣмъ не менѣе леченіе электричествомъ приобрѣло себѣ лишь очень мало поклонниковъ, такъ какъ скоропреходящій эффектъ этого способа не окудаетъ неудобствъ его примѣненія.

вскрывъ боковые своды рукава, операторъ кладетъ 2 лигатуры на основаніе каждой широкой связки,—одну у самой матки, другую на разстояніи 1 дюйма отъ послѣдней, затѣмъ перерываетъ части связокъ между лигатурами и зашиваетъ обѣ влагалышныя раны. При этомъ, кромѣ маточныхъ артерій, перевязываются и другіе артеріальные стволы, а также идущіе въ нижнихъ частяхъ широкихъ связокъ нервы, благодаря чему, съ одной стороны, устраняется доставка крови къ опухоли коллатеральнымъ путемъ, во-вторыхъ, подавляются нервные рефлексы. Будучи производима такимъ образомъ, разбираемая операція является легкой, безопасною и, въ тоже время, достигающею своей цѣли—въ смыслѣ остановки вызываемыхъ опухолью кровотеченій. Въ значительномъ числѣ случаевъ она ведетъ, кромѣ того, и къ уменьшенію объема фиброміомъ, даже къ полному исчезновенію послѣднихъ. Особенно благоприятные результаты даетъ она при межчючныхъ фиброміомахъ средней величины, сидящихъ въ нижней и средней третяхъ матки (*Martin, Gottschalk, Hartmann* и *Fredet, Gollet* и др.).

<sup>1)</sup> Съ цѣлью вызвать не только симптоматическій эффектъ, но и уменьшеніе опухоли, отрицательный электродъ,—въ видѣ платнированной иглы,—втыкаютъ въ самое существо новообразованія—тамъ, гдѣ послѣднее является доступнымъ чрезъ рукавъ.



При леченіи электричествомъ исчезаютъ обыкновенно и боли, но продолжительность этого улучшения обыкновенно тоже незначительна <sup>1)</sup>.

*Лечение препаратами спорыни.* Обыкновенно оно примѣняется въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній *extr. secalis cornuti*. Излюбленная форма впрыскиваній—это: Rr. *Extr. secalis cornuti*, *Glycerini*, *Aq. destillatae* aa 5,0. MDS. Черезъ день впрыскивать по 1 шприцу (1 грм.) раствора въ брюшные покровы. При впрыскиваніи нужно избѣгать раненія венъ и слѣдуетъ стараться впрыскивать жидкость какъ разъ въ подкожную жировую клетчатку. Образованія нарывовъ въ брюшныхъ покровахъ послѣ впрыскиванія, которые такъ часто встрѣчались прежде, можно навѣрное избѣгнуть, употребляя асептической шприцъ и неспорченный растворъ спорыни.

Менѣе дѣйствительнымъ, но иногда лишь единственно возможнымъ способомъ примѣненія спорыни является назначеніе препаратовъ ея внутрь.

Для этого употребляются рецепты, приведенные на стр. 84 <sup>2)</sup>.

*Выскабливаніе полости матки съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ іодной настойки.* Этотъ способъ, рекомендованный особенно *Runge*, даетъ въ такихъ случаяхъ хорошіе результаты, гдѣ внутренняя поверхность міоматозной матки полости доступна осповательному выскабливанію. Опасаться омертвѣнія фибромъ при этомъ способѣ можно лишь тогда, когда онѣ сидятъ на ножкѣ и будутъ при выскабливаніи повреждены, или когда ихъ соединеніе со стѣнкой матки будетъ отчасти нарушено <sup>3)</sup>.

*Полипъ, какъ причина маточныхъ кровотеченій.* Если при помощи вѣхъ указанныхъ способовъ не удастся остановить кровотеченія изъ міоматозной матки, или если кровотеченія эти вообще очень сильны, то прежде всего слѣдуетъ предположить, не кроется-ли причина ихъ въ полипѣ (именно, въ полипѣ слизистой оболочки или субмукозной міомѣ на ножкѣ). Для выясненія этого предположенія слѣдуетъ расширить цервикальный каналъ и опустать пальцемъ полость матки. Удаленіемъ полипа

---

<sup>1)</sup> Помимо указанныхъ эффектовъ, результатомъ леченія фиброміомъ электричествомъ въ отдѣльныхъ случаяхъ является выталькиваніе этихъ опухолей изъ матки, такъ сказать самовылученіе ихъ. Два поучительныхъ случая такого рода были недавно описаны *Laphorn-Smith*омъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ отторженіе опухоли послѣдовало послѣ 40 сеансовъ электризаціи, въ другомъ—послѣ 10. Одна изъ вытолкнутыхъ опухолей оказалась всѣяшею около фунта. *B. G.*

<sup>2)</sup> Среди внутреннихъ лекарствъ, употребляемыхъ при фиброміомахъ матки, за послѣднее время, кромѣ препаратовъ спорыни, заняли почетное мѣсто оргоптерапевтические препараты, особенно тиреондинъ. По наблюденіямъ *Kleinwächter*'а, *Mosely*, *Jouin*'а и др. авторовъ, тиреондинъ въ количествѣ 0,5—1,0 *pro die* даетъ рѣшительно благоприятный эффектъ въ смыслѣ прекращенія или ослабленія кровотеченій и улучшения общаго состоянія больныхъ; иногда же его употребленіе ведетъ и къ уменьшенію самихъ опухолей, даже къ полному ихъ исчезновенію. *Shober* съ такимъ же успѣхомъ примѣняетъ, при фиброміомахъ матки, экстрактъ изъ грудныхъ железъ, въ количествѣ 3,0 *pro die*. *B. G.*

<sup>3)</sup> Отличный симптоматическій эффектъ при фиброміомахъ матки, въ смыслѣ ослабленія кровотеченій, даетъ и систематическое примѣненіе внутриматочныхъ іодо-алюмооловыхъ впрыскиваній по способу *Грамматикати* (см. выше главу объ эндометритѣ). *B. G.*

можно было-бы избавить многихъ женщинъ отъ міомотоміи, возстановивъ притомъ ихъ здоровье. При очень большихъ міомахъ,—въ виду того, что полость матки является очень вытянутою въ длину,—зачастую приходится отказываться отъ этой мѣры, такъ какъ и діагнозъ, и самое удаленіе полипа здѣсь являются затруднительными. Во всякомъ случаѣ, даже и тамъ, гдѣ уже рѣшено сдѣлать радикальную операцію, предварительное удаленіе полипа имѣетъ громадное значеніе, особенно у субъектовъ, потерявшихъ много крови: этимъ путемъ можно дать время для поправленія силъ передъ міотоміей.

При меньшихъ онухоляхъ обстоятельства слагаются проще.

Въ разныхъ мѣстахъ мнѣ приходилось разсматривать удаленныя матки, въ которыхъ подслизистыя міомы на ножкѣ были единственными причинами не только кровотеченій, но даже и увеличенія матки. Простымъ, безопаснымъ удаленіемъ полипа въ этихъ случаяхъ можно было такъ же хорошо достигнуть полнаго излеченія, какъ и гораздо болѣе опаснымъ удаленіемъ матки.

*Остальные случаи при фиброміомахъ матки* требуютъ особаго леченія. Противъ болѣе назначаются влажные согрѣвающие компрессы, соленныя или грязевыя ванны; при очень сильныхъ приступахъ боли показуется морфій. При появленіи цистита нужно его лечить по общеизвѣстнымъ правиламъ. Кромѣ того, у больныхъ, страдающихъ фиброміомами, нужно слѣдить за правильнымъ опорожненіемъ кишечника и назначать соответственное движеніе на свѣжемъ воздухѣ. Наконецъ, послѣдствія кровопотери слѣдуетъ устранять цѣлесообразной, питательной и легковаримой пищей и назначеніемъ препаратовъ желѣза.

#### б) Аденоміомы матки.

Исслѣдованія *Recklinghausen'a* (*Adenomyome und Cystoadenome der Uterus- und Tubenwandung. Berlin. 1896*), показали, что извѣстныя опухоли матки, которыя по наружному виду могли-бы быть приняты за міомы, на самомъ дѣлѣ имѣютъ совершенно иное происхожденіе и анатомическое строеніе, чѣмъ эти послѣднія. Ихъ особенность заключается въ томъ, что онѣ содержатъ среди своей основной ткани, состоящей изъ миофиброзныхъ элементовъ, еще включенія железистой ткани (*adenoma*). Включенія эти состоятъ изъ извитыхъ эпителиальныхъ каналовъ, которые имѣютъ наклонность къ образованію ретенціонныхъ кистъ (*cystoadenoma*) внутри опухоли, вслѣдствіе препятствій къ всасыванію ихъ содержимаго. Эти каналы могутъ, далѣе, раково переродиться и разростаться въ окружающую ткань такимъ же образомъ, какъ это будетъ ниже описано при ракъ.

Аденоміомы матки развиваются или на периферіи органа, преимущественно въ задней стѣнкѣ матки и углахъ около трубъ, и въ такихъ случаяхъ происходятъ изъ остатковъ *Wolff* овыхъ тѣлъ resp. протоковъ

(*Recklinghausen*), или же онѣ развиваются центрально, въ передней, задней или боковой стѣнкахъ матки, и образуются въ такомъ случаѣ изъ слизистой оболочки матки, съ которой и находятся въ связи. Въ обоихъ случаяхъ разроженіе эпителиальныхъ каналовъ въ железистыхъ трубкахъ представляетъ собой явленіе первичное, влекущее за собой гипертрофію окружающей ткани матки. Это вторичное разроженіе мышечной и соединительной тканей и ведетъ къ развитію главной массы опухоли (*Recklinghausen*).

Аденомы, исходящія изъ слизистой оболочки матки, открывались иногда на ранней ступени ихъ развитія—еще до появленія значительной гиперплазіи миофиброзныхъ элементовъ, въ области какъ тѣла, такъ и шейки матки. Такіе аденоматозные узлы, состоящіе именно изъ скопленія разросшихся и извитыхъ железистыхъ каналовъ внутри мышечнаго слоя и находящіеся въ связи со слизистой оболочкой органа, считаются многими гинекологами за злокачественныя образованія (*adenoma malignum*), даже въ томъ случаѣ, если ихъ эпителий не представляетъ никакихъ признаковъ раковаго перерожденія, единственно по мѣсту ихъ развитія и потому, что они имѣютъ большую склонность переходить въ ракъ.

При леченіи всѣхъ этихъ опухолей нужно руководиться тѣми же правилами, какія существуютъ для леченія фиброміомъ и раковъ матки.

### с) *Ракъ матки.*

Ракъ матки по своимъ послѣдствіямъ для общаго состоянія организма представляетъ собою столь же тяжкое страданіе <sup>1)</sup>, какъ и ракъ всякихъ другихъ органовъ, съ которымъ онъ имѣетъ совершенно одинаковую клиническую картину, именно: неограниченное распространеніе на сосѣднія ткани и образованіе метастазовъ, нарушающихъ дѣятельность разныхъ важныхъ для жизни частей организма.

Исходными точками развитія рака матки являются, съ одной стороны, эпителий слизистой оболочки, съ другой—эпителий железъ. Оба рода эпителия въ данномъ отношеніи равнозначущи, и развивающіеся изъ нихъ раки имѣютъ совершенно одинаковое анатомическое строеніе. Ракъ, исходящій изъ поверхностнаго эпителия, начинается съ железоподобныхъ выпячиваній (*Hofmeier*), которыя разрастаются дальше, такимъ же образомъ, какъ и отростки, исходящіе изъ железъ.

*Патологическая анатомія рака матки.* Еще не выяснено, можетъ-ли ракъ развиваться изъ нормальныхъ железъ матки. Почти всегда началу процесса предшествуетъ измѣненіе въ железахъ, которое состоитъ

<sup>1)</sup> Чтобы оцѣнить значеніе рака матки въ этомъ отношеніи, достаточно сказать, что въ одной Германіи жертвою этой болѣзни становится ежегодно около 25 тысячъ женщинъ. По *Dührssen*'у, 20% всѣхъ женщинъ, умирающихъ въ возрастѣ 46—50 л., погибаютъ отъ рака матки. Хуже всего то, что данная болѣзнь, въ противоположность большинству другихъ, съ улучшеніемъ жизненныхъ условій общества не только не уменьшается, но, напротивъ, обнаруживаетъ склонность распространяться.

въ томъ, что послѣднія увеличиваются въ длину и сильно извиваются; онѣ пускаютъ далѣе во все стороны отростки и могутъ такимъ образомъ получить видъ густо сплетеннаго клубка (рис. 33). Эпителій железъ размножается и дѣлается многослойнымъ. Вначалѣ кѣтки его могутъ сохранять свою цилиндрическую форму, затѣмъ вскорѣ превращаются въ большія, многогранныя кѣтки, которые въ концѣ-концовъ заполняютъ весь просвѣтъ железъ. Железы расширяются, а межтучная ткань между ними сдавливается. Слизистая оболочка перерожденныхъ участковъ состоитъ, какъ видно на разрѣзахъ, изъ плотно прилежащихъ другъ къ другу пустотъ, наполненныхъ многоугольными эпителиальными элементами. Стѣнки пустотъ состоятъ исключительно лишь изъ основной перепонки (*membrana basilaris*) железъ.

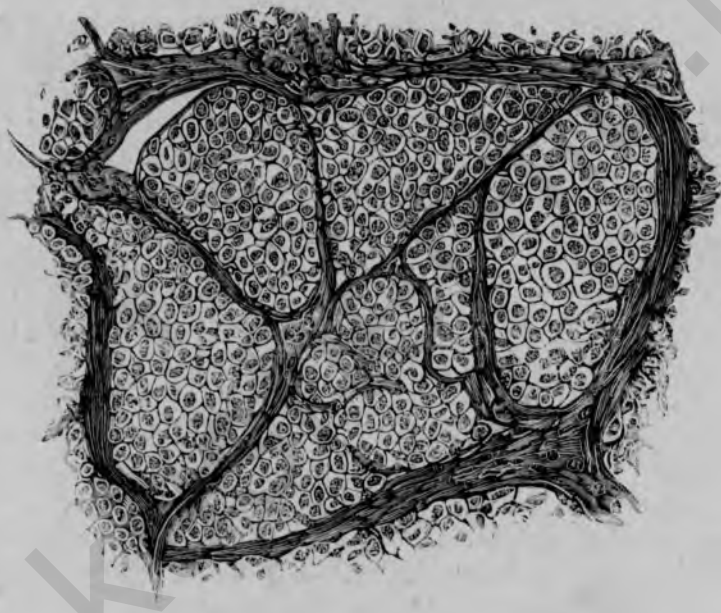


Рис. 38. Ракъ слизистой оболочки тѣла матки. (*Flemming*'овскій растворъ, увеличеніе приблиз. въ 250 разъ). 1,1—Расширенные, наполненные эпителиальными кѣтками железъ (раковыя гнѣзда). 2,2—Межжелезистая ткань.

Между пустотами, т. е. расширенными железами, встрѣчаются скудныя прослойки соединительной ткани — остатки межжелезистой ткани (рис. 38). Измѣненные железы разрастаются и посылаютъ во все стороны все новыя и новыя отростки, изъ которыхъ глубже лежащія проникаютъ въ самую мускулатуру матки (рис. 39). Если разрастаніе это ограничивается однимъ мѣстомъ, то въ слизистой оболочкѣ развивается узелъ, который вдается въ полость матки и въ то же время врастаетъ въ ея стѣнку. Если же перерожденіе захватываетъ всю слизистую оболочку матки или значительный участокъ ея, то ракъ вызываетъ вначалѣ плоскостное утолщеніе *mucosae*. Въ обоихъ случаяхъ новообразованіе начинаетъ вскорѣ съ по-

верхности распадаться, между тѣмъ какъ въ глубинѣ, въ то же время, оно продолжаетъ разрастаться дальше въ стѣнку матки, разрушая мышечные и соединительнотканые ея элементы. Какъ только отростки новообразования доростутъ до просвѣта лимфатическихъ сосудовъ или венъ, то частички ихъ отрываются токомъ лимфы или крови, уносятся болѣе или менѣе далеко и тамъ, гдѣ застрянутъ, продолжаютъ размножаться, вызывая образованіе новыхъ опухолей (метастазы).



Рис. 39. Ракъ шейки матки, разръзъ черезъ стѣнку шейки. (Flemming'овскій растворъ, слабое увеличеніе). 1,1—Раковые гнѣзда, эпителиальныя массы которыхъ находятся болѣею частью въ состояніи распада. 2 — Ткань шейки матки.

Если распространеніе рака идетъ по лимфатическимъ путямъ, то оторванныя частички опухоли задерживаются первыми лимфатическими железами, которыя лежатъ на ихъ пути, и вызываютъ въ нихъ раковое измѣненіе. Первые лимфатическія железы лимфатическихъ сосудовъ, идущихъ отъ шейки матки, принадлежатъ къ *plexus iliaca externus* и лежатъ на боковой стѣнкѣ таза, въ бороздѣ между *art.* и *vena iliaca externa* подъ *vena iliaca ext.*, распространяясь до *art. hypogastrica*. Лимфатическіе сосуды, выходящіе изъ дна матки, идутъ къ железамъ, лежащимъ на передней поверхности *aortae descendentes* и *venae cavae infer.* (*plexus lumbalis*), нѣкоторые изъ лимфатическихъ сосудовъ области дна матки идутъ по круглымъ связкамъ къ паховымъ железамъ <sup>1)</sup>). По ракъ

<sup>1)</sup> По изслѣдованіямъ *Bruhns'a*, лимфатическіе сосуды маточной шейки направляются къ железамъ, лежащимъ въ углу между *a. hypogastrica* и *a. iliaca externa*,

можетъ и независимо отъ сосудовъ распространиться на влагалище и широкія связки и, разростаясь, въ концѣ-концовъ заполнить весь тазъ раковыми массами, которыя будутъ окружать матку со всѣхъ сторонъ.

Особенно ракъ шейки имѣетъ наклонность распространяться на основаніе широкихъ связокъ, причемъ, такъ какъ именно здѣсь выходятъ изъ матки лимфатическіе и венозные стволы, то, конечно, нужно предположить, что именно эти-то сосуды и способствуютъ подобному распространенію новообразованія.



Рис. 40. Ракъ тѣла матки (препаратъ женской клиники Charité).

Изъ патологій пузырнаго заноса (*mola hydatidosa*) извѣстно, что патологически измѣненныя ворсинки хоріона могутъ дать почву для злокачественныхъ новообразованій. Опухоли эти имѣютъ строеніе весьма сходное

лимфатическіе же пути тѣла матки образуютъ въ этомъ отношеніи четыре группы: одни идутъ отъ середины тѣла также къ упомянутымъ сейчасъ железамъ; другіе, отъ два, идутъ къ яичнику и отсюда, вдоль *a. spermaticae internae*, къ поясничнымъ железамъ; третьи, также отъ два, направляются въ стѣнки трубъ; наконецъ, четвертые, опять-таки отъ два, пробѣгаютъ по круглымъ связкамъ въ паховыя железы.

съ ракомъ. *Gottschalk*, напр., относить описанный имъ случай къ опухолямъ хоріона. Клиническое теченіе этихъ опухолей также сходно съ наблюдающимся при ракъ; въ случаяхъ, гдѣ опухоль развилась вскорѣ послѣ беременности, распространеніе ея происходитъ очень быстро (см. главу о *diciduoma malignum*). На діагнозъ и леченіе этихъ опухолей нужно смотрѣть съ той же точки зрѣнія, какъ и при ракъ.

Роговой ракъ, найденный въ нѣсколькихъ случаяхъ, нужно разсматривать какъ анатомическое видоизмѣненіе рака матки; при немъ поверхностный эпителий измѣняется въ плоскій, отъ котораго затѣмъ отходятъ отростки въ мускулатуру матки, разрушающіе по пути слизистую



Рис. 41. Ракъ шейки матки (препаратъ изъ женской клиники *Charité*).

оболочку послѣдней. Эпителиальныя клетки обнаруживаютъ при этомъ наклонность къ ороговѣнію и образуютъ жемчужины. Роговой ракъ встрѣчается лишь у женщинъ, достигшихъ климактерическаго возраста. Замѣчательно, что въ 3 случаяхъ его существовало одновременно и скопленіе гноя въ полости матки (*pyometra*).

Роговой ракъ нельзя смѣшивать съ точно также рѣдкимъ, но доброкачественнымъ превращеніемъ цилиндрическаго эпителия матки въ плоскій (*ichthyosis uteri Zeller'a*), которое встрѣчается даже и у дѣтей (*Friedländer*).

По мѣсту нахождения различаютъ: ракъ тѣла матки и ракъ шейки матки <sup>1)</sup>.

Ракъ шейки подраздѣляется многими авторами на два вида: ракъ шейки и ракъ влагалищной части (*cancroid*).

Разница въ развитіи обоихъ видовъ обуславливается тѣмъ, что въ первомъ случаѣ ракъ развивается при закрытомъ цервикальномъ каналѣ, во второмъ же случаѣ—на вывороченной слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала, при существованіи надрывовъ шейки. Такъ какъ при выворотѣ губъ ракъ свободно можетъ расти наружу, то онъ и выростаеъ при этомъ въ опухоль съ характерною, сильно изрытою поверхностью, очень напоминающею цвѣтную капусту. Въ обоихъ случаяхъ источникъ развитія рака, однако, одинъ и тотъ же, а именно, эпителий слизистой оболочки цервикальнаго канала resp. эпителий железъ.

*Симптомы.* Ракъ матки не представляетъ собою страданія, свойственнаго извѣстному возрасту, — онъ можетъ встрѣчаться и въ очень юномъ, но чаще все-таки въ среднемъ и старшемъ возрастѣ <sup>2)</sup>. Заболѣваніе это не нарушаетъ способности женщины къ зачатію. Первый припадокъ, который вызываетъ ракъ, это — кровотеченіе. Обыкновенно оно отличается продолжительностью и неправильнымъ характеромъ, или же появляется, какъ это бываетъ при ракѣ шейки, довольно интенсивно непосредственно послѣ соитія.

Кровотеченіе обуславливается вначалѣ разрывомъ малыхъ кровеносныхъ сосудовъ въ гиперемпированной слизистой оболочкѣ, покрывающей или саму опухоль, или окололежащія ткани <sup>3)</sup>, впослѣдствіи же отторженіемъ распавшихся массъ отъ поверхности опухоли. Если распадъ уже занялъ болѣе или менѣе значительное пространство, то появляется секретія (отдѣленіе) изъ обнаженныхъ раковыхъ массъ, которая проявляется въ видѣ бѣлей. Послѣднія при ракѣ—водянисты, благодаря примѣси крови напоминаютъ мясные помои, благодаря же содержанію распавшихся и разложившихся частицъ опухоли—мутны, гноевидны и зловонны. Боли отсутствуютъ въ начальныхъ стадіяхъ рака и появляются лишь тогда, когда новообразование уже успѣло распространиться на окружность матки. Въ конечной стадіи заболѣванія, когда уже весь тазъ бываетъ заполненъ раковымъ новообразованиемъ, и послѣднее сдавливаетъ большіе нервные стволы, боли принимаютъ крайніе жестокой характеръ и распространяются на брюшные покровы, спину и ноги. Въ то же время давленіе на мочеточники вызы-

---

<sup>1)</sup> Ракъ зѣва матки встрѣчается гораздо рѣже рака шейки: по *Blumenfeld*'у, напр., первичный ракъ тѣла составляетъ не болѣе 2,5% общаго числа раковъ матки.

**В. Г.**

<sup>2)</sup> Чаще всего ракъ матки встрѣчается въ возрастѣ отъ 35 до 50 лѣтъ, особенно же—отъ 40 до 50 лѣтъ, частыя беременности, а также воспалительные процессы въ половой сферѣ несомнѣнно предрасполагаютъ къ заболѣванію ракомъ матки.

**В. Г.**

<sup>3)</sup> По изслѣдованіямъ *Keiffer*'а, первое, что подвергаются измѣненію при ракѣ,—это кровеносные сосуды, стѣнки которыхъ разрушаются уже въ то время, когда окружающія ткани остаются еще вполне нормальными (повидимому).

**В. Г.**



васть задержаніе мочи, ведущее къ уреміи, которая, по *Gusserow*'у, является самою частою причиною смерти при ракъ.

**Диагнозъ.** Такъ какъ при ракъ жизнь пациентки зависить отъ раняго распознаванія болѣзни, то отсюда слѣдуетъ принять за правило— при каждомъ мало-мальски неправильномъ кровоточеніи первымъ дѣломъ подумать о ракъ и не раньше считать какое-нибудь другое заболѣваніе причиною его, пока ракъ съ увѣренностью не будетъ исключенъ.

Ракъ влагалищной части распознается легче всего, благодаря тому, что его можно непосредственно ощупать. Болѣзнь можетъ одновременно захватывать обѣ губы, но одинаково часто заболѣваетъ лишь одна изъ нихъ. Вся влагалищная часть или лишь одна губа ея оказывается при этомъ утолщенной, удлинненной, съ бугристой, неровной поверхностью, которая отъ одного лишь прикосновенія уже кровоточить; притомъ увеличенная влагалищная часть глубоко вдается въ рукавъ.

Кто видѣлъ хотя одинъ разъ эту картину, тотъ съ трудомъ смѣшаетъ ее съ чѣмъ-нибудь другимъ. Гораздо труднѣе распознать начальную стадію рака <sup>1)</sup>. Въ виду того, что эрозія при выворотѣ губъ легко можетъ превратиться въ ракъ, то, какъ уже было упомянуто нами выше на стр. 92, слѣдуетъ всегда обращать тщательное вниманіе на характеръ подобныхъ эрозій и предпринимать пробную эксцизію съ послѣдующимъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ всякій разъ, коль скоро эрозія представляется изрытою и сильно покраснѣвшею. Возможно, далѣе, смѣшеніе рака со специфической язвой. Сифилитическая язва <sup>2)</sup> располагается обычно на наружной поверхности *portionis vaginalis*, она углублена и окружена довольно острыми краями: слизистая же оболочка влагалищной части вокругъ язвы имѣетъ нормальный видъ. Анамнезъ въ подобныхъ случаяхъ не всегда даетъ желанныя указанія, ибо пациентка могла раньше быть больной сифилисомъ, а впоследствии подучить ракъ. Что касается, затѣмъ, мягкой венерической язвы (*ulcus molle*), то дно ея обычно не инфильтрировано и не твердо, притомъ оно имѣетъ салыный видъ. По *Winter*'у, довольно вѣрнымъ признакомъ мягкаго шанкра является его множественность, появленіе такихъ же язвъ на мѣстахъ соприкосновенія и одновременное существованіе ихъ на стѣнкахъ влагалища, а особенно на наружныхъ половыхъ частяхъ.

Ракъ цервикальнаго канала, который подрылъ влагалищную часть и собирается пробраться уже наружу, можетъ гораздо легче, чѣмъ ракъ влагалищной части, дать такую же картину, какъ вышеописанная. Поэтому, пока не будетъ произведено тщательнаго изслѣдованія цервикальнаго канала и не исключено существованіе тамъ рака,—никогда не слѣдуетъ удовлетворяться диагнозомъ сифилиса.

<sup>1)</sup> О предложенномъ *Heitzmann*'омъ способѣ отличать начальную степень рака отъ доброкачественныхъ эрозій см. выше, примѣчаніе на стр. 92. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Здѣсь замѣтимъ кстаті, что, по наблюденіямъ *Neumann*'а и др. авторовъ, влагалищная часть матки весьма рѣдко является мѣстомъ развитія твердаго шанкра у женщинъ. *В. Г.*

Бугорковые язвы встрѣчаются на маткѣ крайне рѣдко и по виду могутъ быть совершенно похожи на ракъ.

Во многихъ случаяхъ, будь это бугорчатка или сифились, только микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка въ состояніи установить вѣрный діагнозъ.

Гораздо труднѣе, чѣмъ ракъ влагалищной части, поддается распознаванію ракъ цервикальнаго канала, — именно потому, что влагалищная часть при немъ остается до поры до времени нетронутой, и маточный зѣвъ не отличается по виду отъ нормальнаго, имѣя форму поперечной щели. Если, однако, надавить нѣсколько сильнѣе кончикомъ пальца на наружный зѣвъ, то онъ раскроется, и палецъ проникнетъ въ полость съ шероховатыми, изрытыми стѣнками, каковой признакъ съ точностью укажетъ на характеръ страданія.

Если процессъ распаденія не достигъ еще значительной степени, и ракъ находится еще въ той стадіи, которую нѣкоторые авторы называютъ инфильтрирующимъ ракомъ, то, вмѣсто изрытой полости, мы встрѣтимъ первикальный каналъ маленькаго калибра, но съ плотными, твердыми стѣнками, поверхность которыхъ неровна и бугриста.

Ракъ мочевого канала можетъ въ значительной степени разрушить ткань шейки и довольно глубоко подрѣзать влагалищную часть, не измѣняя замѣтнымъ образомъ ея наружной поверхности; поэтому, если приходится изслѣдовать большую по поводу кровотечения, то никогда не слѣдуетъ забывать надавить кончикомъ пальца на наружный зѣвъ; этимъ приемомъ удается подчасъ сразу открыть истинный характеръ страданія. При не столь далеко зашедшемъ процессѣ, когда еще наружный зѣвъ остается непроходимымъ, вѣрный діагнозъ можно поставить лишь при помощи пробнаго выскабливанія.

Труднѣе всего распознается ракъ тѣла матки, ибо при немъ нельзя руководиться ни зрѣніемъ, ни осязаніемъ. Возможность смѣшенія его съ распадающейся подслизистой міомой указана уже выше. Всякое кровотеченіе въ климактерическомъ возрастѣ должно возбудить подозрѣніе на ракъ. Правда, встрѣчаются кровотечения у женщинъ климактерическаго возраста, которыя всецѣло зависятъ отъ эндометрита, но въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ они вызываются ракомъ. По моему предложенію, *Ludwig* изслѣдовалъ въ этомъ направленіи матеріалъ нашей клиники и нашелъ среди 4400 больныхъ лишь въ 11 случаяхъ эндометритъ въ климактерическомъ возрастѣ; ракъ же, въ качествѣ причины кровотечения у женщинъ старше 49 лѣтъ, оказался встрѣчающимся въ 10 разъ чаще, чѣмъ эндометритъ. Въ виду того, что по характеру кровотечения нельзя сказать, зависитъ-ли оно отъ злокачественнаго заболѣванія слизистой оболочки, или нѣтъ, то нужно принять себѣ за правило—при каждомъ маточномъ кровотеченіи у женщинъ пожилаго возраста производить выскабливаніе слизистой оболочки матки, дабы при

помощи его опредѣлить характеръ заболѣванія <sup>1)</sup> Расширеніе цервикальнаго канала и ошупываніе полости матки не примѣнимы при неувеличенной старческой маткѣ, хотя и они оказываются во многихъ случаяхъ драгоценными вспомогательными средствами для діагноза. Пробное выскабливаніе должно быть производимо лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сразу, при первомъ же введеніи ложки, удастся удалить значительные куски и обрывки ткани, каковое обстоятельство уже само по себѣ указываетъ на возможность злокачественнаго заболѣванія. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ полость матки слѣдуетъ тщательно выскаблить для того, чтобы это вмѣшательство принесло пользу и въ смыслѣ леченія, — если изслѣдованіе выскабленныхъ массъ укажетъ на доброкачественный характеръ заболѣванія.

*Техника выскабливанія.* Выскабливаніе полости матки производится слѣдующимъ образомъ, — даже и въ томъ случаѣ, если оно предпринимается съ цѣлью леченія эндометрита (см. стр. 83):

Большая должна быть захлороформирована, если только обстоятельства это позволяютъ; наружныя половыя части ея и рукавъ вымываются водою съ мыломъ и затѣмъ обмываются 3% карболовымъ растворомъ, но никакъ не вырываются. Инструменты и руки оператора дезинфицируются по способу, указанному на стр. 6.

Самымъ подходящимъ инструментомъ для выскабливанія является тупая ложечка *Recamier* (рис. 12); №№ 1, 2 и 3 ея проходятъ обыкновенно свободно черезъ цервикальный каналъ, въ противномъ же случаѣ его нужно предварительно расширить. Влагалищная часть обнажается при помощи *Nott*'овскаго зеркала и захватывается за переднюю губу изогнутыми пулевыми щипцами (рис. 42). Менѣе упражнявшимся можно рекомендовать — предварительно измѣрить длину полости матки зондомъ и отмѣтить ее на ложечкѣ. Затѣмъ полость матки промывается при помощи катетера, и въ нее вводится ложечка, направленная вогнутостью вверхъ, до самаго дна матки. Слизистая оболочка соскабливается длинными полосами, — сверху внизъ, начиная отъ дна и кончая внутреннимъ зѣвомъ. При этомъ нужно помнить, что передняя и задняя стѣнка матки шире боковыхъ, вѣдѣтвие чего онѣ требуютъ болѣе продолжительнаго соскабливанія.

Сначала выскабливаютъ переднюю стѣнку, причемъ держатъ ложечку рукояткою внизъ, чтобы она сама скользила по стѣнкѣ матки. Дойдя до внутренняго зѣва, поднимаютъ рукоятку и проводятъ ложечку опять до дна матки для того, чтобы снять слѣдующую полосу слизистой оболочки справа или слѣва отъ первой.

Выскабливаніе повторяется до тѣхъ поръ, пока рука не получитъ ощущеніе, что ложечка скользитъ по твердой, неровной поверхности: обыкновенно это начинается ощущаться послѣ 3—4 ходовъ ложки. Затѣмъ

<sup>1)</sup> Относительно значенія выскабливанія, какъ діагностическаго средства при женскихъ болѣзняхъ, см. мое примѣчаніе на стр. 83. В. Г.

выскабливаются по очереди обѣ боковыя и задняя стѣнки, причемъ ложечка повертывается въ соответственную сторону: при выскабливаніи боковыхъ стѣнокъ рукоятка отдавливается въ правую или лѣвую сторону, смотря по тому, которую изъ стѣнокъ выскабливаютъ, при выскабливаніи же задней стѣнки поднимаютъ рукоятку вверхъ.

Во время операціи можно вынуть ложечку 2—3 раза изъ полости матки, сполоснуть ее въ 3 % карболовомъ растворѣ и опять ввести въ матку. Выскобленные массы собираются въ чашечку и сохраняются для дальнѣйшаго изслѣдованія.

По окончаніи выскабливанія опять прополаскиваютъ полость матки, удаляютъ пулевые щипцы и прижимаютъ на нѣсколько минутъ комочекъ ваты къ влагалищной части для того, чтобы остановить случайное кровотеченіе изъ уколовъ, произведенныхъ пулевыми щипцами.

Смотря по желанію, можно затѣмъ ввести во влагалищный сводъ полоску іодоформированной марли и затѣмъ удалить зеркало. Марля остается до вечера.

Опасность при выскабливаніи состоитъ главнымъ образомъ въ возможности прободенія ложкой дна матки, какового осложненія можно навѣрное избѣгать, если предварительно опредѣлить длину полости матки и вводить ложечку каждый разъ осторожно, не толкая въ дно матки, такъ какъ при самомъ выскабливаніи едва-ли можетъ произойти прободеніе—въ виду способности стѣнокъ матки выдерживать даже довольно сильное давленіе со стороны ложечки. Если же, несмотря на всѣ предосторожности, прободеніе дна матки все-таки произойдетъ, то немедленно нужно прервать операцію и уложить больную въ постель; во всякомъ случаѣ при этомъ не слѣдуетъ промывать полости матки. При такихъ условіяхъ прободеніе не влечетъ обычно за собой какихъ-либо дурныхъ послѣдствій.

Если незадолго передъ выскабливаніемъ имѣлъ мѣсто выкидышъ, то наблюденіе показываетъ, что при подобныхъ условіяхъ матка во время выскабливанія можетъ расслабляться и внезапно становится болѣе объемистой. Впрочемъ, расслабленіе это колеблется всегда лишь въ незначительныхъ предѣлахъ, такъ какъ полость матки не можетъ сдѣлаться больше въ объемѣ, чѣмъ она была до изверженія плоднаго яйца. О томъ же, что матка можетъ иногда превратиться въ громадный вялый мѣшокъ, въ которомъ можетъ исчезнуть вся ложка до рукоятки,—какъ то утверждаютъ нѣкоторые авторы<sup>1)</sup>—не можетъ быть и рѣчи. Если оператору во время выскабливанія получить такое впечатлѣніе, то онъ не долженъ, равнымъ образомъ, объяснять себѣ это и тѣмъ, что ложечка попала въ трубу, ибо это невысказано вѣдѣствіе узкости устья трубы, но долженъ быть увѣренъ, что произошло прободеніе дна матки. Въ такомъ случаѣ операція должна немедленно быть прервана.

<sup>1)</sup> Такіе именно случаи были недавно описаны *Beuttner*’омъ: въ одномъ матка яко-бы настолько расслабилась, что полость ея оказалась имѣющею, вмѣсто 7, 13 или 14 см. длины, въ другомъ—длина ея увеличилась съ 8 до 20 см. В. Г.

Вообще, если во время выскабливания наступит вышеупомянутое расслабление маточных стѣнокъ, то мепѣ опытный операторъ сдѣластъ лучше, если прекратитъ операцію на время, пока матка не будетъ опять приведена треніемъ въ сокращенное состояніе.

При ретрофлексіи предварительное изслѣдованіе зондомъ указываетъ направленіе, которое должна принять ложечка при ея введеніи для того, чтобы дойти до дна матки. Въ остальныхъ же отношеніяхъ при этомъ нужно держаться вышеприведенныхъ правилъ; только при выскабливаніи задней стѣнки и дна матки нужно рукоятку ложки приподнять соотвѣственно выше.

Послѣоперационное леченіе послѣ выскабливанія состоитъ только въ пребываніи въ постели въ продолженіе 5—6 дней, въ назначеніи удобоваримой, питательной пищи и въ заботѣ о правильномъ опорожненіи кишечника.

*Микроскопическое изслѣдованіе.* Во всѣхъ случаяхъ послѣ выскабливанія должно быть произведено микроскопическое изслѣдованіе выскобленныхъ массъ. Я примѣняю для этого слѣдующій способъ: кусочки освобожденные отъ крови, погружаются на 4—6 часовъ въ растворъ *Flemming'a*<sup>1)</sup>, затѣмъ промываются водой и кладутся въ алкоголь, въ которомъ они могутъ сохраняться сколько угодно времени; 6—8 часовъ спустя, подъ вліяніемъ алкоголя, куски затвердѣваютъ настолько, что ихъ уже можно рѣзать. Для приготовленія срѣзовъ очень удобенъ замораживающій микротомъ, при примѣненіи котораго заливаніе препаратовъ дѣлается излишнимъ,—нужно лишь обратить вниманіе на то, чтобы алкоголь былъ совершенно удаленъ изъ препарата, что достигается 1—2-часовымъ погруженіемъ послѣдняго въ воду, иначе его не удастся заморозить. Если нѣтъ подъ руками замораживающаго микротомъ, то можно рѣзать препаратъ бритвой отъ руки, ибо кусочки его совершенно плотны и выдерживаютъ давленіе пальцевъ. Срѣзы держатъ сначала короткое время въ водѣ, затѣмъ, не окрашивая ихъ, переносятъ на объективное стеклышко въ глицеринъ. Если желаютъ приготовить прочный препаратъ, то нужно срѣзы окрасить сафраниномъ; избытокъ краски удаляютъ непродолжительнымъ прополаскиваніемъ ( $\frac{1}{2}$ —2 минуты) въ подкисленномъ alcoholѣ, послѣ чего краска остается лишь въ ядрахъ<sup>2)</sup>. Послѣ окраски срѣзы погружаются на 2 минуты въ абсолютный alcoholъ, проевѣтляются гвоздичнымъ масломъ и заключаются въ канадскій бальзамъ.

1)

Rp. Acid. acetici 25,0  
 > chromici 3,75  
 > osmici 2,0  
 Aq. destill. q. s. ad 500,0.

MDS. Solutio Flemmingi. Каждый разъ берется столько раствора (несколько куб. сантим.), чтобы кусочки были лишь только покрыты имъ. N.

2) Весьма хорошимъ способомъ окраски препаратовъ является также способъ *van-Gieson'a*, при которомъ срѣзы сначала окрашиваются гематоксилиномъ, затѣмъ смѣсью насыщеннаго воднаго раствора пикриновой кислоты съ кислымъ фуксиномъ.

B. Г.

Ракъ узнается на препаратахъ по вышеописаннымъ измѣненіямъ въ железахъ. На поперечныхъ срѣзахъ послѣдніе представляются расширенными, набитыми эпителиоидными клетками, словомъ, превращенными въ типическія раковыя гнѣзда. Диагнозъ рака можно поставить лишь тогда, когда на срѣзахъ удастся увидѣть отчетливыя эпителиальныя гнѣзда въ слизистой оболочкѣ или въ мускулатурѣ. Нѣкоторые авторы не считаютъ достаточнымъ для діагноза рака присутствіе этихъ гнѣздъ въ одной лишь слизистой оболочкѣ, но требуютъ открытія ихъ и въ мышечномъ слое маточной стѣнки. И дѣйствительно, извѣстны такіе случаи, гдѣ въ выскобленной слизистой оболочкѣ железы обнаруживали подобное измѣненіе, между тѣмъ какъ удаленная по этой причинѣ матка оказывалась имѣющею совершенно здоровую, гладкую внутреннюю поверхность, такъ что удаленіе ея представлялось совершенно ненужнымъ. Подобные случаи, однако, вовсе не доказываютъ, что діагнозъ рака былъ поставленъ неправильно, а лишь то, что новообразование было лишь въ начальной стадіи развитія, ограничивалось пока лишь слизистой оболочкой и случайно было совершенно удалено ложечкой.

*Диагностическія ошибки.* Раковыя гнѣзда, при микроскопическомъ изслѣдованіи, иногда можно смѣшать съ другими образованиями.

1) Иногда мнѣ предлагались для просмотра препараты, гдѣ за раковыя гнѣзда принимались пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, разрѣзанные перпендикулярно къ оси. Легко понять, что менѣе опытный наблюдатель можетъ смѣшать тѣ и другія образования. Мышечные пучки стѣнки матки окружены соединительнотканными волокнами и въ случаѣ, если разрѣзъ прошелъ случайно поперекъ мышечнаго волокна, да еще попалъ на ядро, то картина раковаго гнѣзда готова. При внимательномъ разсматриваніи препарата, однако, ошибка легко открывается: подобныя образования удастся найти вездѣ, въ различныхъ слояхъ стѣнки матки; далѣе, „клетки“ (то есть поперечные срѣзы мышечныхъ пучковъ) въ этомъ случаѣ малы и имѣютъ довольно правильную кругловатую форму; у многихъ изъ нихъ отсутствуетъ ядро; наконецъ, подобныхъ гнѣздъ нельзя открыть въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ уже найденными.

2) Поводъ къ ошибкѣ могутъ также дать остатки отпадающей оболочки послѣ предшествовавшаго выкидыша и большія клетки, похожія на децидуальныя, которыя, какъ извѣстно, можно встрѣтить въ слизистой оболочкѣ матки во всякое время, въ продолженіе всего періода половой зрѣлости женщины. Въ случаѣ, если нѣсколько соединительнотканныхъ волоконъ, которыя точно также относятся къ нормальнымъ составнымъ частямъ межжелезистой ткани слизистой оболочки, проходятъ черезъ или вокругъ скопленія децидуальныхъ клетокъ, то такимъ образомъ можетъ получиться картина, весьма похожая на раковое гнѣздо. То обстоятельство,



Рис. 42. Пулевые щипцы для влагаллицной части.

однако, что железы въ этомъ случаѣ не будутъ представлять никакихъ измѣненій, или лишь такія, которыя свойственны эндометриту, и то, что эпителий железъ является неизмѣненнымъ, заставляетъ исключить ракъ.

3) Сръзы, идущіе по касательной или черезъ дно железъ, могутъ при каждомъ микроскопическомъ изслѣдованіи слизистой оболочки матки дать поводъ къ смѣшенію съ эпителиальными гнѣздами. Въ этомъ случаѣ отъ ошибки предохраняетъ малая величина „кѣтокъ“, незначительное число далеко другъ отъ друга разбросанныхъ „гнѣздъ“ и незначительность измѣненій въ железахъ.

*Леченіе рака матки.* Единственный способъ, при помощи котораго можно достигъ прочнаго излеченія рака матки, есть оперативное удаленіе новообразованія,—разумѣется, лишь въ томъ случаѣ, если есть возможность оперировать въ здоровой ткани, ибо если въ маткѣ останутся хотя бы самыя незначительныя по величинѣ эпителиальныя гнѣзда, то въ болѣе или менѣе скоромъ времени на мѣстѣ операциіи непременно разовьется рецидивъ рака. Равнымъ образомъ, если частички новообразованія тоже занесены въ лимфатическія железы, то вскорѣ появятся въ нихъ, а также и въ другихъ частяхъ тѣла, раковыя разрошенія—метастазы.

Какая изъ операций вѣрнѣе всего приводитъ къ цѣли,—именно къ полному уничтоженію рака матки,—это зависитъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ отъ мѣста развитія и степени распространенія новообразованія.

При ракъ тѣла матки единственно вѣрнымъ способомъ<sup>1)</sup> является удаленіе матки. При ракъ шейки мнѣнія о способахъ оперативнаго вмѣшательства являются различными: нѣкоторые операторы, какъ *Gusserow*, *Martin* и др., совѣтуютъ и здѣсь предпринимать во всѣхъ случаяхъ, удаленіе матки, другіе же, какъ *Hofmeier*, *Winter* и др., производятъ удаленіе матки лишь при ракъ, развившемся въ полости цервикальнаго канала, при ракъ же влагалищной части считаютъ вполне достаточной ампутацію шейки *resp.* высокую ампутацію по *Schröder*'у<sup>2)</sup>. Не подле-

1) Результаты экстирпаціи матки при ракъ тѣла можно въ общемъ признать вполне удовлетворительными, особенно по сравненію съ тѣми, какіе даетъ эта операція при ракъ шейки. Такъ, по статистикѣ *Thumim*'а, изъ 14 больныхъ съ ракомъ тѣла, у которыхъ была произведена *Landau* экстирпація матки *per vaginam*, остались свободны отъ рецидива 10; среди же подвергшихся этой операціи по поводу рака шейки 0/0 свободныхъ отъ рецидива, за то же время, былъ втрое меньше.

*B. Г.*

2) Нельзя не признать, что этотъ послѣдній взглядъ имѣетъ за себя очень многое: и теоретическія соображенія, и данныя опыта свидѣтельствуютъ, что тамъ, гдѣ ракъ влагалищной части захваченъ въ самомъ началѣ,—тамъ ампутація шейки въ состояніи дать столь же прочные результаты, какъ и влагалищная экстирпація; въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ ракъ распространился за предѣлы влагалищной части,—а распространяется онъ не по направленію къ тѣлу матки, но въ параметріи,—въ этихъ случаяхъ полная влагалищная экстирпація столь же беспилна радикально устранить болѣзнь, какъ и ампутація. Иное дѣло производить въ подобныхъ случаяхъ экстирпацію матки *per abdomen*, съ удаленіемъ подчревныхъ и лимфатическихъ железъ: эта операція и при далеко зашедшемъ ракъ влагалищной части можетъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, радикально излечить больныхъ; къ сожалѣнію, она настолько тяжела и даетъ до сихъ поръ такой высокой 0/0 смертности, что число спасенныхъ ею отъ рака едва-ли можетъ быть выше числа погибшихъ непосредственно отъ этой операціи.

*B. Г.*

жить сомнѣнію, что при недалеко замеднемъ ракъ влагалищной части, — при грибовидныхъ разрощеніяхъ, при которыхъ существуетъ рѣзкая граница между новообразованиемъ и здоровой тканью, можно посредствомъ ампутаціи радикально удалить всю больную ткань. Но при всякомъ болѣе значительно развившемся ракъ влагалищной части полное удаленіе матки является единственно вѣрнымъ способомъ, ибо ракъ влагалищной части развивается изъ цервикальныхъ железъ, рѣшить же, на какомъ протяженіи онѣ уже измѣнены, мы не можемъ.

*Extirpatio uteri totalis* имѣеть, однако, лишь въ томъ случаѣ смыслъ, если посредствомъ нея мы въ состояніи радикально удалить ракъ. Рѣшить это вовсе не такъ легко; отсюда понятно, почему операторы обнаруживаютъ наклонность скорѣе расширять, чѣмъ суживать показанія къ этой операциіи. Само собою разумѣется, что она требуетъ точнаго предварительнаго изслѣдованія подъ наркозомъ. Можно принять за правило, что при операциіи этой нельзя рассчитывать на успѣхъ, коль скоро ракъ распространился уже на околоматочную кѣтчатку; разъ это уже наступило, то даны благоприятныя условія для быстраго распространенія новообразованія вдоль по большимъ лимфатическимъ сосудамъ. Граница распространенія новообразованія, которую удается прощупать при изслѣдованіи, вовсе не указываетъ на дѣйствительное распространеніе рака<sup>1)</sup>. Опытъ и наблюденіе показываютъ, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ околоматочная кѣтчатка во время операциіи уже задѣта, вскорѣ появляется рецидивъ, даже и тогда, когда предполагають, что посредствомъ операциіи удалено все больное изъ кѣтчатки. Если удается помощью пулевыхъ пинцовъ низвести матку до того, что влагалищная часть ея появится во входѣ во влагалище, и если со стороны рукава и прямой кишки не прощупывается ни узловъ, ни тяжеобразныхъ уплотненій по сторонамъ матки, то операциія умѣстна и даже показана, хотя, съ другой стороны, найденныя данныя вовсе не свидѣтельствуютъ, что околоматочная кѣтчатка навѣрное свободна отъ рака. Если же матку не удастся низвести, даже и подъ наркозомъ, и если со стороны прямой кишки прощупывается плотныя, узловатыя массы или тяжи, которые не ограничиваются отъ главной опухоли и распространяются до или въ сторону тазовой стѣнки, то не можетъ быть и рѣчи о полномъ удаленіи рака. Въ подобныхъ случаяхъ благоразумнѣе всего покинуть мысль объ излѣченіи матки и вмѣсто этого удалить острой ложечкой и каленымъ желѣзомъ раковыя массы, насколько это возможно, — не увѣряя, при этомъ, ни себя, ни другихъ, что этимъ способомъ ракъ удаленъ радикально. Кровотеченіе, появляющееся при этой операциіи, оста-

<sup>1)</sup> Поучительные въ этомъ отношеніи результаты получены были при изслѣдованіяхъ *Peiser'a*: этотъ авторъ пашель, что въ половинѣ всѣхъ случаевъ рака маточной шейки лимфатическія железы являються уже пораженными даже и тамъ, гдѣ ракъ, на основаніи обычныхъ способовъ изслѣдованія, считается доступнымъ радикальному леченію. Поэтому *Peiser* считаетъ безусловно необходимымъ въ каждомъ случаѣ оперативнаго удаленія рака матки удалять подчревныя и крестцовыя лимфатическія железы, а также самую верхнюю изъ наружныхъ подвздошныхъ железъ.



навливается всегда каленымъ желѣзомъ. Вульву и вагину защищаютъ отъ дѣйствія жара посредствомъ *Simon*'овскихъ зеркалъ (рис. 8 и 43) и частымъ орошеніемъ холодной водой. Образовавшаяся полость тампонируется довольно плотно іодоформированной марлей. Послѣдующее леченіе состоитъ въ правильной смѣнѣ марли черезъ каждые 24 часа до тѣхъ поръ, пока рана совершенно не очистится. Полость ея современемъ почти совершенно закрывается со стороны влагалища, благодаря наступающему сморщиванію послѣ удаленія разрушенныхъ тканей, такъ что въ послѣдствіи получается всюду гладкая слизистая оболочка вокругъ маленькаго входа въ полость; кровотеченія и выдѣленія прекращаются, и больныя на нѣкоторое время поправляются; между тѣмъ ракъ продолжаетъ все дальше и дальше распространяться внутри тазовой полости. Въ случаѣ, если новообразованіе снова стало бы разрастаться въ сторону влагалища, можно вторично сдѣлать выскабливаніе и прижиганіе каленымъ желѣзомъ. Кромѣ того, можно ограничить выдѣленія и зловонный запахъ введеніемъ марли, пропитанной іодоформомъ съ таниномъ, черезъ каждые 5 дней. Къ сказанному добавлю, что нѣкоторые врачи, (*Rumpf, Kraske, Schede* и др.) и пробуютъ при далеко зашедшемъ ракѣ полости таза предпринимать радикальную операцію путемъ чревосѣченія или послѣ резекціи крестцовой кости.



Рис. 43. Зеркало *Simon*'а (задняя ложка).

Всѣ внутреннія и мѣстные средства, предложенныя при ракѣ, относятся лишь къ палліативнымъ<sup>1)</sup>. Такъ какъ число этихъ средствъ постоянно умножается все новыми и новыми, то я и не буду входить въ ихъ перечисленіе. Кора *Condurango*, которая въ свое время такъ горячо рекомендовалась въ качествѣ вѣрнаго средства отъ рака, — оказалась прекраснымъ *stomachicum*. Ее назначаютъ въ слѣдующемъ видѣ: *Rp. Cort. Condurango 50,0, macera per horas XII s. aqua q. s., deinde coque ad remanent. 300,0; adde Syr. chinae simp. 25,0. DS.* Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

<sup>1)</sup> Однимъ изъ лучшихъ палліативныхъ средствъ для леченія неоперабельныхъ раковъ матки, особенно въ амбулаторной и домашней практикѣ, является, какъ я убѣдился, углекальцій или кальцій-карбидъ, — вещество, употребляемое въ технику для питанія ацетиленовыхъ лампъ, преимущественно велосипедныхъ. Способъ примененія этого вещества весьма простъ. Уложивъ большую въ шишко-крестцовомъ положеніи, промываютъ ей рукавъ какимъ-нибудь дезинфицирующимъ растворомъ, затѣмъ обсушиваютъ его стѣнки и поверхность опухоли вагитными шариками и вводятъ въ рукавъ одинъ или нѣсколько кусочковъ углекальція, величиною съ лѣсной орѣхъ, помѣщая ихъ или въ углубленіяхъ опухоли, или иланями на ея поверхности. Лишь только углекальцій коснется влажной поверхности новообразованія, — онъ начинаетъ разлагаться на вѣдую известь и ацетиленъ. Не дожидаясь, пока разложе- ся достигнеть значительной степени, укрѣпляютъ кусочки углекальція въ ихъ

Отъ болѣй приходится назначать морфій: Rp. Morphii pur. 0,005 — 0,01; Sacchari albi 0,3. Mf. pul. DS. 1—2 порошка на ночь. Впослѣдствіи рѣдко удается обойтись безъ подкожныхъ впрыскиваній морфія. Само собой понятно, что, кромѣ того, при ракъ нужно заботиться о правильной дѣятельности кишечника и стараться всѣми средствами достичь подъема общаго питанія больной.

*Влагалищное изслѣненіе матки.* Если данный случай представляется подходящимъ для полнаго удаленія матки, то лучше всего производить послѣднее по первоначальному способу, предложенному *Langenbeck*'омъ, и практиковавшемуся *Récamier*, *Schröder*'омъ, *Gusserow*'ымъ, *Olshausen*'омъ, *Martin*'омъ и др. Методъ этотъ построенъ на анатомическихъ основахъ и даетъ самое незначительное кровотеченіе; кромѣ того, при немъ можно съ увѣренностью разсчитывать на благопріятное окончаніе операціи. Если дѣло касается рака влагалищной части, то нужно заранѣе удалить всю больную ткань (за 2 дня до операціи, или непосредственно передъ нею) и зашить рану для того, чтобы во время производства операціи разложившіяся раковыя массы не загрязнили операціоннаго поля и не вызвали этимъ септического зараженія.

Сама операція начинается со вскрытія *pliae vesico-uterinae*. Посредствомъ 2 пулевыхъ щипцовъ захватываютъ *portio vaginalis* и сильно низводятъ; затѣмъ слизистая оболочка влагалищной части разсѣкается <sup>1)</sup> дугообразнымъ разрѣзомъ, идущимъ отъ одного края шейки къ другому, на 1—2 сант. выше наружнаго маточнаго зѣва (resp. по краю раны, образованной предварительнымъ удаленіемъ рака), и отсепаровывается на небольшомъ протяженіи тупымъ путемъ. Если провести разрѣзъ слизистой оболочки слишкомъ высоко, въ области передней стѣнки влагалища, то можно поранить мочевой пузырь. Въ случаяхъ, гдѣ ракъ уже распространился на переднюю стѣнку влагалища, нужно имѣть въ виду, что въ

---

положеніи тампономъ, затѣмъ тампонируютъ весь просвѣтъ рукава и оставляютъ тампонаду на сутки. Черезъ сутки вынимаютъ тампонъ опять промываютъ рукавъ и удаляютъ изъ него отпавшіе куски опухолю и инкрустированные въ послѣдней кусочки извести. Обычно уже однократное примыненіе углекальціи въ указанномъ видѣ даетъ рѣзкій эффектъ: опухоленія разрознены, будучи прижжены, отпадаютъ, на мѣстѣ ихъ получается язва съ чистымъ, розовымъ дномъ, мучившія больную кровотеченія прекращаются, бѣлы ослабляются и теряютъ свой злобный запахъ, иногда прекращаются и боли. Описанный эффектъ длится около недѣли и больше, затѣмъ вызываемые ракомъ припадки мало по маду вновь возвращаются, почему прижиганіе углекальціемъ должно быть повторено. Замѣчу въ заключеніе, что описанный способъ леченія совершенно безопасенъ и не сопровождается никакими вредными побочными послѣдствіями. Оттого онъ и можетъ быть особенно рекомендованъ для больныхъ, не желающихъ или не имѣющихъ возможности пользоваться стационарнымъ леченіемъ въ клиникахъ и больницахъ. *В. Г.*

<sup>1)</sup> *Mackenrodt*, исходя изъ той мысли, что въ происхожденіи рецидивовъ рака послѣ оперативнаго его удаленія играетъ важную роль прививка новообразованія на подвергшихся раненію здоровыхъ тканяхъ, предлагаетъ производить экстирпацию раковой матки каленымъ желѣзомъ. Дѣйствительно, способъ этотъ далъ въ рукахъ его автора довольно высокой % радикальныхъ излеченій. Къ сожалѣнію, и смертность больныхъ отъ операціи при этомъ является значительно повышенною, а также весьма не рѣдки поврежденія при операціи важныхъ органовъ, напр. пузыря, мочеточниковъ и пр. *В. Г.*

этомъ мѣстѣ, при проведеніи слишкомъ глубокаго разрѣза, можно точно также повредить мочевоіу пузырь. Чтобы избѣжать этого, нужно, несмотря на то, что разрѣзъ начать по ту сторону свода, отдѣлять слизистую оболочку по направленію къ влагалищной части до тѣхъ поръ, пока не зайдутъ за пузырь, который при этомъ бываетъ отчасти низведенъ вмѣстѣ съ маткой. Для большей безопасности можно приподнять пузырь посредствомъ введеннаго въ него катетера.

Сдѣлавъ это, разсѣкаютъ далѣе ножницами соединительную ткань до самой fascia endopelvis uteri послойно. Затѣмъ концомъ пальца отодвигаютъ пузырь на 1—2 сант. вверхъ, вытягиваютъ пузырноматочную складку брюшины пинцетомъ, держась возлѣ стѣнки матки, и вскрываютъ ее. Складку эту не всегда удается захватить сразу; въ такомъ случаѣ приходится нѣсколько разъ захватывать разныя складки и вскрывать ихъ, пока не попадется искомая; но при этомъ не слѣдуетъ долго копаться пальцемъ въ ранѣ, ибо этимъ достигается не вскрытіе брюшины, а лишь отдѣленіе ея отъ передней стѣнки матки, послѣ чего нахожденіе пузырноматочной складки въ значительной степени затрудняется.

Послѣ вскрытія брюшной полости соединяютъ передній край *fascia vesico-uterinae* съ передней стѣнкой влагалища 3—4 узловыми швами, такъ чтобы брюшина вездѣ прилегала къ слизистой оболочкѣ влагалища. Этимъ защищается обнаженная задняя стѣнка мочевого пузыря (см. рис. 44). Каждая лигатура завязывается немедленно послѣ наложенія ея. Влагалищная часть оттягивается затѣмъ вверхъ при помощи пулевыхъ щипцовъ, послѣ чего приступаютъ къ вскрытію задняго *Douglas'*ова кармана. Для этого, приблизительно въ разстояніи 1—1½ сант. отъ наружнаго маточнаго зѣва (resp. возлѣ самаго края рапы, если предварительно былъ удаленъ ракъ шейки), разсѣкаютъ слизистую оболочку влагалища дугообразнымъ разрѣзомъ, который слѣва и справа доходитъ до передняго разрѣза, такъ что влагалищная часть является надрѣзанной со всѣхъ сторонъ. Затѣмъ разсѣкаютъ также и лежащую здѣсь подъ слизистой оболочкой рыхлую мышечную и соединительную ткань до самой fascia endopelvis, отодвигаютъ концомъ пальца влагалищную стѣнку отъ этой фасціи на пространствѣ 1—2 сант., вытягиваютъ пинцетомъ маточно-прямокишечную складку брюшины и вскрываютъ ее ножницами. И здѣсь часто приходится нѣсколько разъ захватывать различныя складки и разрѣзывать ихъ, пока не удастся попасть на искомую. Затѣмъ, во избѣжаніе вскрытія прямой кишки, при этихъ манипуляціяхъ нужно держаться возлѣ самой стѣнки матки.

Если ракъ уже распространился на влагалище, то нужно разсѣчь влагалищную стѣнку вверху, иногда даже по ту сторону задняго свода, затѣмъ отсепаровать пораженную слизистую оболочку до fascia endopelvis, отдѣляя ее по направленію къ влагалищной части. Въ затруднительныхъ случаяхъ и здѣсь, какъ и при вскрытіи передняго свода, не слѣдуетъ прибѣгать къ сильному сверленію пальцемъ въ ложной надеждѣ этимъ

способомъ вскрыть *plicam recto-uterinam*. Простымъ надавливаніемъ иногда не удастся разорвать брюшину, и сверленіемъ лишь отдѣляютъ ее все больше и больше отъ задней стѣнки матки и отъ передней стѣнки прямой кишки.

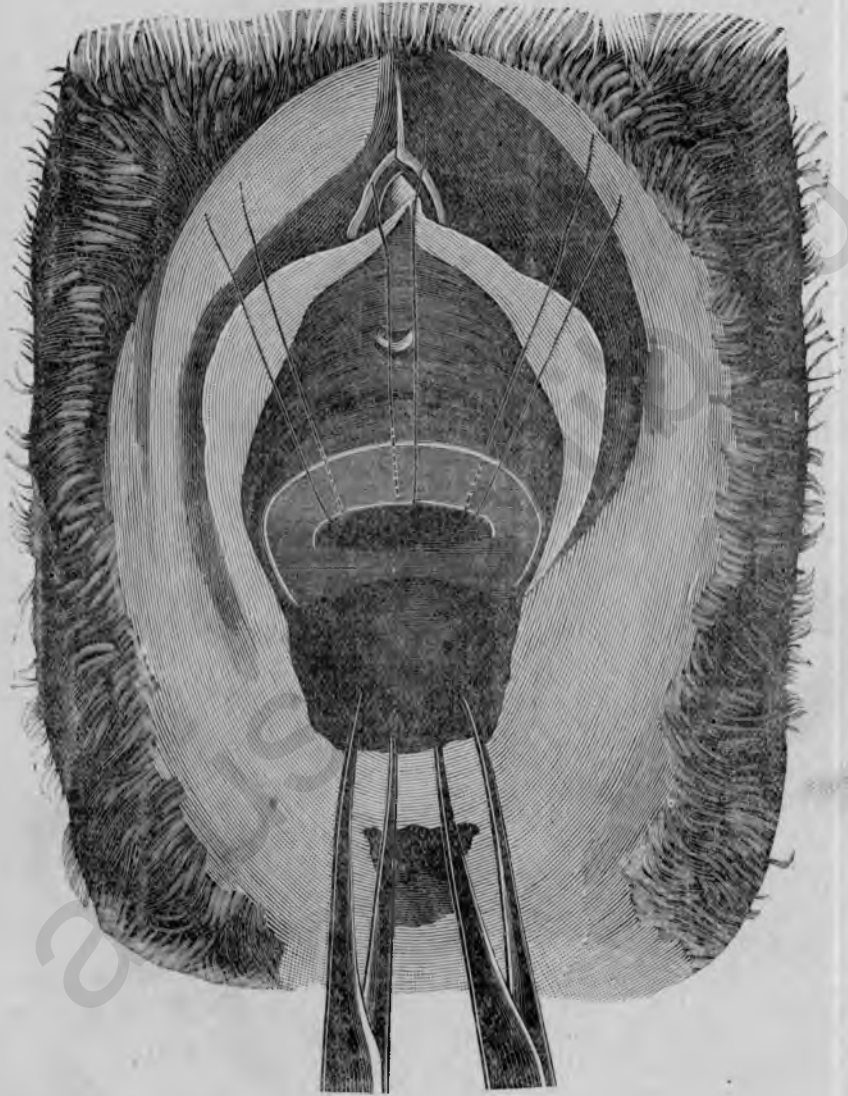


Рис. 44. Extirpatio uteri per vaginam. Влагалищная часть сильно низведена внизъ. *Plica vesico-uterina* вскрыта. Положеніе швовъ, соединяющихъ брюшину съ передней стѣнкой влагалища.

Иногда брюшина доходитъ до самаго задняго свода влагалища, даже до задней стѣнки вагины; въ такихъ случаяхъ вскрытіе задняго *Douglas'*ова кармана удастся очень легко. Гораздо труднѣе удастся оно, если мѣсто перехода брюшины съ матки на *rectum* находится высоко, или если имѣется зарощеніе *Douglas'*ова кармана.

Опухоли передней или задней стѣнки матки приподнимають брюшину вверх и, благодаря этому, также могут въ значительной степени затруднить отыскиваніе *plicae recto-uterinae*.

Во всѣхъ затруднительныхъ случаяхъ хорошимъ путеводителемъ при отыскиваніи передней и задней брюшинныхъ складокъ (*plicae peritonei vesico-uterina et recto-uterina*) является *fascia endopelvica*, которую легко можно узнать по ея бѣлому блестящему цвѣту. Къ сожалѣнію, она не всегда бываетъ одинаково хорошо развита. Если идти вдоль этой фасціи вверхъ, то операторъ непременно попадетъ на брюшинную складку. Но если, нечаянно, въ самомъ началѣ разрѣзать ее до мускулатуры матки, то отысканіе складки является затруднительнымъ вследствие того, что послѣдняя отходитъ отъ матки.

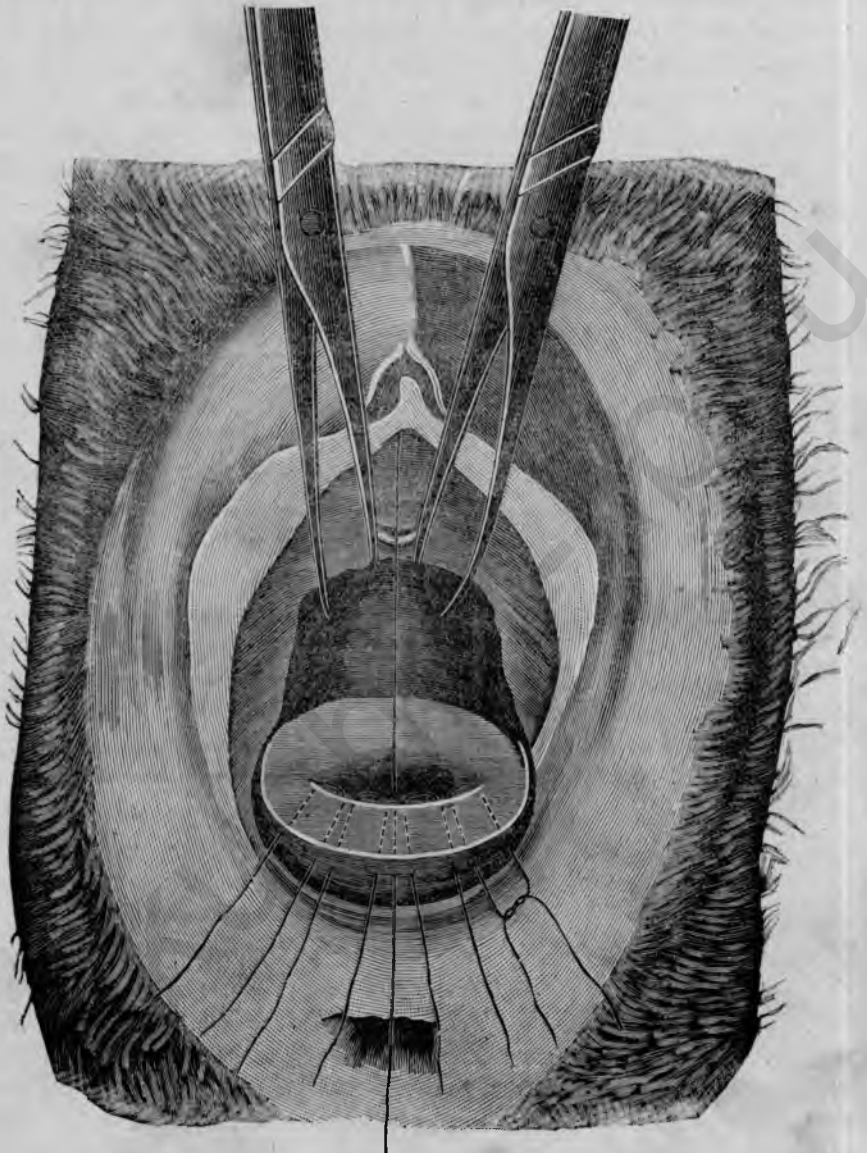
Когда задній *Douglas'*овъ карманъ уже вскрытъ по вышеописанному способу, то соединяють—такъ же, какъ и спереди—его брюшину съ задней стѣнкой влагалища посредствомъ 3—4 узловатыхъ или матрацныхъ швовъ (рис. 45) и приступаютъ затѣмъ къ перевязкѣ широкихъ связокъ. При этомъ безразлично, съ которой связки начать,—съ лѣвой, или съ правой. Первою лигатурою перевязывается обыкновенно влагалищная стѣнка, которая затѣмъ отрѣзается отъ шейки ножницами; далѣе начинаютъ перевязывать околоматочную клетчатку (основаніе широкихъ связокъ матки). Перевязывать ее слѣдуетъ по крайней мѣрѣ въ двухъ мѣстахъ на каждой сторонѣ. При этомъ не слѣдуетъ каждый разъ захватывать въ лигатуру слишкомъ много ткани, а также проводить иглу слишкомъ далеко кнаружи, но максимумъ на  $\frac{1}{2}$  сант. отъ края шейки.

Проводить иглу слишкомъ глубоко или слишкомъ далеко кнаружи рискованно въ виду того, что можно захватить въ лигатуру мочеточникъ. Послѣдній перекрещиваетъ, какъ извѣстно, маточную артерію, проходя подъ нею на разстояніи 0,8 мм.—2 сант. кнаружи отъ края матки<sup>1)</sup>.

Въ виду того, что мочевой пузырь уже предварительно отсепарованъ и поэтому при влеченіи за влагалищную часть матки за ней не слѣдуетъ, то матка при низведеніи спускается лишь немного между обоими мочеточниками; отсюда, если шагъ за шагомъ, притомъ небольшими участками, перевязывать околоматочную клетчатку, держась близко къ маткѣ, то опасность захватить мочеточники исключается. Если, напротивъ, прилѣплять провизорную перевязку маточныхъ артерій при помощи глубокихъ лигатуръ до проведенія кругового разрѣза влагалищной части и до отдѣленія мочевого пузыря,—какъ это рекомендовалось раньше,—то опасность захватить мочеточники является гораздо большею. Значительна она и въ томъ случаѣ, если приступаютъ къ перевязкѣ околоматочной клетчатки

<sup>1)</sup> По изслѣдованіямъ *Funkle*, мочеточники удалены отъ маточной шейки въ среднемъ на  $\frac{1}{2}$  стм., причѣмъ лѣвый мочеточникъ всегда лежитъ ближе къ маткѣ, чѣмъ правый. На  $\frac{1}{2}$ —2 стм. ниже уровня наружнаго маточнаго зѣва мочеточники подходятъ вплотную къ передней и боковымъ стѣнкамъ рукава.

раньше, чѣмъ будетъ отсепарованъ пузырь, ибо тогда при низведеніи матки спускаются вмѣстѣ съ нею и мочеточники <sup>1)</sup>).



1 ис. 45. Extirpatio uteri per vaginam. Влагалищная часть сильно приподнята вверхъ. Plicae recto-uterinae вскрыты. Положеніе швовъ, соединяющихъ брюшину съ задней стѣнкой влагалища.

<sup>1)</sup> Вообще мочеточники являются главнымъ препятствіемъ для радикальнаго удаленія рака, успѣвшаго распространиться на параметріи. Поэтому авторы, считающіе возможнымъ и въ такихъ случаяхъ рака прибѣгать къ радикальному оперативному вмешательству (per abdomen), совѣтуютъ предварительно отпрепаровать мочеточники и вшивать ихъ въ верхнюю часть пузырной стѣнки. Когда это сдѣлано, операторъ можетъ удалить безъ помѣхи не только матку съ рукавомъ, но и всю тазовую клетчатку. **В. Г.**

При перевязкѣ лѣваго параметрія влагалищную часть матки нужно сильно оттянуть вправо, лѣвую же влагалищную стѣнку отъединить въ сторону при помощи бокового подъемника (рис. 46). Если операторъ увѣренъ въ своей техникѣ, то гораздо удобнѣе пользоваться крѣпкой, острой иглой съ обыкновенной кривизной. При этомъ лѣвый указательный палецъ вводятъ въ отверстіе въ сводѣ и кладутъ его на заднюю поверхность околоматочной клѣтчатки, правой же рукой захватываютъ иглу и прокалываютъ параметрій спереди назадъ, по направленію къ контрольному пальцу. Въ виду того, что при этомъ можно легко поранить послѣдній, нѣкоторые операторы пользуются тупыми иглами съ ручкой (*Déchamp*'овскими). Въмѣсто этого можно надѣть на палецъ резиновый колпачекъ, не нарушая этимъ правилъ асептики: вѣдь оперируютъ же нѣкоторые современные гинекологи въ перчаткахъ, исключительно въ видахъ асептики.

При проведеніи иглы влагалищная часть должна быть сильно низведена для того, чтобы, при появленіи кончика иглы, ее можно было пальцемъ приподнять немного вверхъ. При завязываніи же лигатуръ влеченіе за *portio* нужно немного ослабить, чтобы можно было, какъ слѣдуетъ, крѣпко стянуть ткани.

Съ самаго начала нужно себѣ принять за правило не накладывать лигатуръ на широкую связку, не контролируя ихъ пальцемъ, введеннымъ въ отверстіе въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, иначе можетъ случиться, что игла будетъ выведена слишкомъ рано, не захвативъ задняго листка широкой связки. Кроме того, при извѣстныхъ обстоятельствахъ безъ этой предосторожности легко поранить кишку.

Наложивъ 3 лигатуры на одной сторонѣ, переходятъ на другую. Послѣ перевязки околоматочной клѣтчатки и послѣ перерѣзки ея, матка дѣлается болѣе подвижной, и ее можно теперь лучше вытянуть наружу, потому что вмѣстѣ съ клѣтчаткой перерѣзывается и *fascia endopelvica*, и матка остается висящею лишь на подвижныхъ верхнихъ отдѣлахъ широкихъ связокъ.

Чтобы предупредить соскальзываніе лигатуръ и обратное отхожденіе культи въ брюшную полость, настоятельно рекомендуется пришиваніе культи къ влагалищной стѣнкѣ по *Düvelius*'у, послѣ того какъ будутъ наложены первыя 2—3 лигатуры на широкую связку.

Пришиваніе это производится слѣдующимъ способомъ: игла вкалывается со стороны влагалища черезъ рукавную стѣнку, кнаружи отъ края раны, затѣмъ проводится черезъ широкую связку (спереди назадъ) и выкалывается опять черезъ влагалищную стѣнку. Шить натягивается и завязывается узломъ. Такимъ образомъ узелъ будетъ находиться во влагалищѣ.

За перевязкой и пришиваніемъ основаній широкихъ связокъ (околоматочной клѣтчатки) слѣдуетъ перевязка верхнихъ отдѣловъ ихъ. Такъ какъ эти отдѣлы широкихъ связокъ гораздо тоньше, чѣмъ параметріи, то при перевязкѣ ихъ можно каждый разъ захватывать гораздо больше ткани, такъ что можно обойтись 3 лигатурами съ каждой стороны. При этомъ

по крайней мѣрѣ одна изъ лигатуръ на каждой сторонѣ должна служить для одновременнаго прикрѣпленія культи (смотри выше). После завязыванія каждой лигатуры перевязанный участок широкой связки тотчас же отрѣзывается. Четвертой лигатурой пришивается культи связки къ влагалищной стѣнкѣ, после того какъ вся связка на данной сторонѣ будетъ уже перевязана.

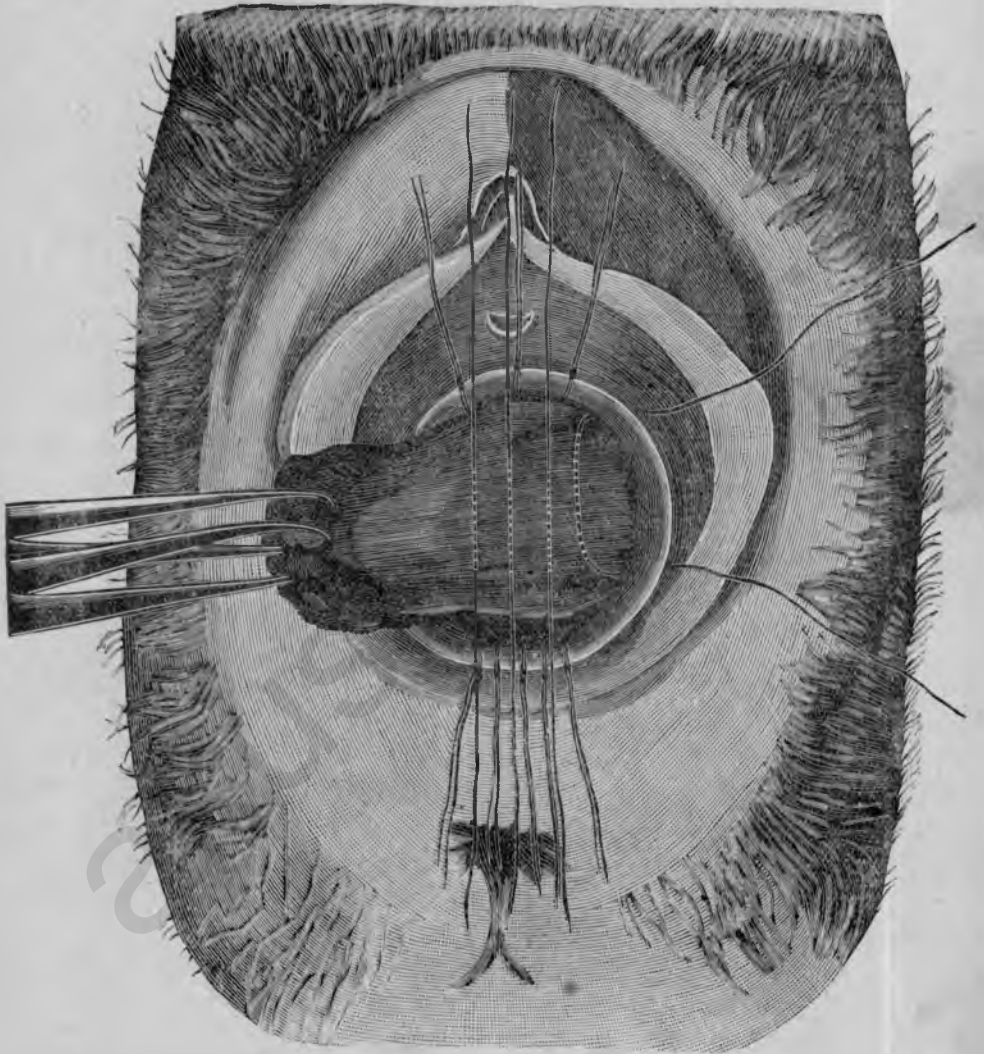


Рис. 46. *Extirpatio uteri per vaginam*. Влагалищная часть сильно оттянута вправо. Перевязка широкой связки (левой). Пришиваніе широкой связки къ боковой стѣнкѣ влагалища. Три отвѣсно идущіе шва на живой были бы уже завязаны, а часть широкой связки, перевязанная ими, была бы отрѣзана. (Завязанные узломъ швы вверху и внизу отъбѣгаютъ чисто схематически передній и задній сводъ влагалища).

Яичники при излеченіи матки лучше всего оставлять, вмѣстѣ съ ихъ брыжейкой и яичниковымъ концомъ трубы, чтобы избѣгнуть нервно-психиче-



скихъ разстройствъ послѣ операций <sup>1)</sup>. Ихъ удаляютъ лишь въ томъ случаѣ, если они патологически измѣнены, что бываетъ довольно рѣдко. Для этой цѣли и накладывается третья (и четвертая) лигатура на *lig. suspensorium ovarii*. При извлеченіи яичниковъ нужно избѣгать всякаго сильнаго влеченія

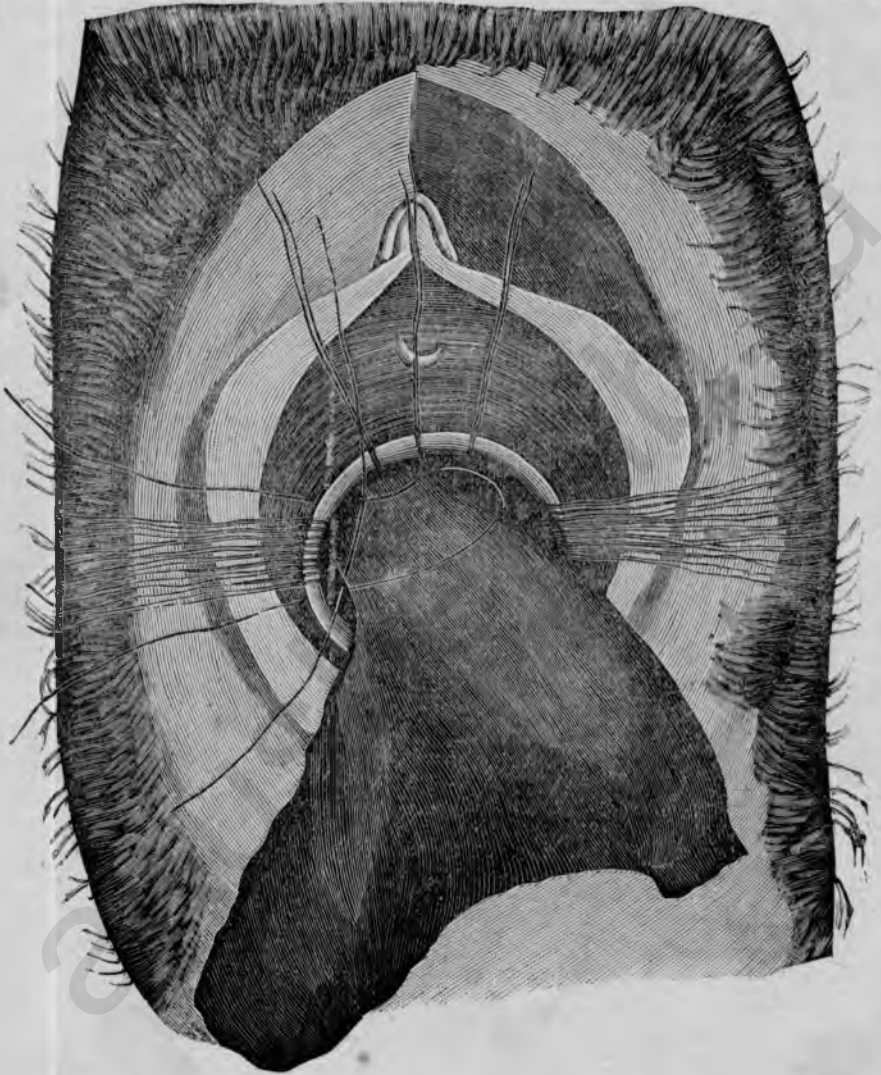


Рис. 47. Extirpatio uteri per vaginam. Наложеніе двухъ послѣднихъ лигатуръ на правую широкую связку. Предпослѣдній шовъ захватываетъ только широкую связку; послѣдній представляетъ собой *Duvetius'*овскій шовъ, проходитъ подъ самымъ брюшиннымъ покровомъ трубы (для того, чтобы не соскользнуть) и прикрѣпляетъ весь остатокъ широкой связки къ влагалищной стѣнкѣ. (Завязанные узломъ швы вверху и по обѣимъ сторонамъ схематически указываютъ положеніе швовъ въ переднемъ сводѣ влагалища и на широкихъ связкахъ).

<sup>1)</sup> Что дѣлается съ яичниками, оставленными при экстирпаціи матки,—вопросъ этотъ пока еще нельзя считать вполне выясненнымъ. Иѣкоторые авторы (*Abel*) убѣждены, что яичники послѣ удаленія матки быстро атрофируются, другіе (*Werthe*)

за нихъ, потому что иначе можно надорвать, теперь сильно натянутыя, яичниковыя связки (*lig. suspensorium ovarii*). Лигатуры должны быть проводимы черезъ эти связки очень осторожно, причемъ пришиваніе культи къ влагалищной стѣнкѣ является безусловно необходимымъ, ибо если лигатура съ *lig. suspensorium* соскользнетъ, то связка уйдетъ къ самому входу въ тазъ, и кровотеченіе, которое появится изъ *art. spermatica interna*, потребуетъ безотлагательнаго кровеосъщенія.

Нѣкоторые операторы предпочитаютъ сейчасъ послѣ перевязки околоматочной клѣтчатки запрокидывать матку назадъ, чтобы этимъ облегчить себѣ перевязку верхнихъ частей широкихъ связокъ. При увеличенной маткѣ этотъ приемъ дѣйствительно можно рекомендовать, причемъ онъ удастся почти всегда, если примѣнить нѣсколько пулевыхъ щипцовъ и послѣдовательно захватывать ими заднюю поверхность матки въ восходящемъ порядкѣ.

Если бы, противъ ожиданія, матку не удалось запрокинуть назадъ, то можно разрѣзать ее вдоль посрединѣ, подъ руководствомъ пальца, затѣмъ каждую половину извлечь изъ раны отдѣльно.

Такъ какъ вмѣстѣ съ околоматочной клѣтчаткой одновременно перевязываются и маточныя артеріи, то кровотеченіе при этомъ можетъ появиться только изъ анастомозовъ *art. spermaticae*; останавливается оно путемъ наложенія жомовъ на маточныя культи. Перевязка широкихъ связокъ производится и здѣсь такъ же, какъ и при типическомъ производствѣ операціи.

Изъ осложненій во время операціи нужно отмѣтить особенно нижеслѣдующія. Въ случаѣ, если бы вскрытіе пузырно-маточнаго кармана почему-либо не удалось, то нужно остановить кровотеченіе изъ обнаженной стѣнки мочевого пузыря нѣсколькими временными швами и перейти къ вскрытію задняго *Douglas'*ова кармана. По выполненіи этого, прежде чѣмъ приступать къ перевязкѣ околоматочной клѣтчатки, можно опять вернуться къ отысканію *plicae vesico-uterinae*. Такъ какъ теперь можно пальцемъ, введеннымъ въ отверстіе въ заднемъ сводѣ, ощупать эту складку, то легко и опредѣлить причину, затруднявшую ранѣе ея отысканіе, а также найти вѣрный путь для ея вскрытія.

Если не удастся вскрыть ни маточно-пузырнаго, ни задняго *Douglas'*ова кармановъ, потому что они на значительномъ протяженіи облитерированы, то не слѣдуетъ терять времени на продолжительное отысканіе ихъ, а нужно приступить къ перевязкѣ широкихъ связокъ. Это производится вначалѣ внѣбрюшинно. Затѣмъ, когда матка, послѣ перерѣзки перевязанныхъ частей, сдѣлается болѣе подвижной, то удастся найти гдѣ-нибудь брюшину и вскрыть ее. Сдѣлавъ это, легко затѣмъ ориентироваться, вскрыть

---

и съ большимъ, повидимому, правомъ,—думаютъ, что эти органы и послѣ изсѣченія матки продолжаютъ функционировать, причемъ оперированныя избавляются отъ преждевременнаго наступленія климактеріи. Экспериментальныя изслѣдованія *Рубинштейна* говорятъ въ пользу послѣдняго взгляда. В. Г.

оба брюшинные кармана и пришить брюшину къ влагалищной стѣнкѣ обычнымъ путемъ, а затѣмъ приступить къ дальнѣйшей перевязкѣ широкихъ связокъ.

Если во время перевязки широкой связки операторъ не въ состояніи ориентироваться въ операціонномъ полѣ, то это почти всегда зависитъ оттого, что или передняя, или, какъ это чаще бываетъ, задняя пластинка широкой связки не захвачены иглой, благодаря чему операторъ долженъ работать въ толщѣ широкой связки. Въ такомъ случаѣ, какъ только оператору удастся захватить иглой и соединить оба брюшинные листка, операціонное поле сразу же сдѣлается яснымъ.



Рис. 48. Боковой подъемникъ *Schwarze*.



Рис. 49. Артеріальный зажимъ *Koeberlé*.



Рис. 50. Артеріальный зажимъ *Lawson Tait'a* (естествен. величина).



Рис. 51. Зажимъ *Réan'a*.

Въ случаѣ, если при операціи соскользнетъ какая-нибудь изъ лигатуръ съ сосуда, или если послѣ слишкомъ смѣлаго разрыва ножницами будетъ вскрыта какая-нибудь артерія, то ее нужно захватить артеріальнымъ зажимомъ *Tait'a*, если же кровоточащая поверхность ткани будетъ очень обширна, или если пораненная артерія сократится и уйдетъ вглубь, — то зажимомъ *Réan'a*.

По окончаніи операціи уменьшаютъ просвѣтъ раны тѣмъ, что накладываютъ съ каждой стороны ея по шву, идущему черезъ переднюю стѣнку влагалища, культию и заднюю стѣнку влагалища<sup>1)</sup>, оставляя въ серединѣ

<sup>1)</sup> Некоторые операторы предпочитаютъ, въ заключеніе операціи, наглухо закрывать рукавно-брюшинную рану. Но именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція эта производится по поводу рака, — лучше, кажется мнѣ, оставлять рану открытою и дренировать ее. *В. Г.*

отверстіе для дренажа. Въ качествѣ дренажа пользуются трубками, толщиной въ палецъ, изъ резины или стекла, или прямо полоской іодоформированной марли. Лигатуры, наложенныя при операціи, не обрѣзываются, а связываются въ 4 пучка<sup>1)</sup>. Влагалище рыхло тампонируется іодоформированной марлей. Между ногъ больной кладется также іодоформированная марля, и пациентка укладывается въ постель.

Дренажъ удаляется черезъ 24 часа, не будучи замѣняемъ новымъ, влагалище же снова тампонируется іодоформированной марлей. Если температура у больной не повышается, и частота ударовъ пульса находится въ нормальныхъ предѣлахъ, то теперь можно оставить полоску марли на 48 часовъ. Начиная съ 8-го дня, можно приступить къ удаленію швовъ, ежедневно извлекая, осторожнымъ потягиваніемъ, тѣ изъ нихъ, которые болѣе поддаются. Обыкновенно къ 14-му дню удается уже удалить лигатуры. На 20-й день больная можетъ встать съ постели, конечно лишь въ томъ случаѣ, если послѣоперационный періодъ прошелъ совершенно гладко.

Нѣкоторые операторы предпочитаютъ накладывать на широкую связку вѣето лигатуръ зажимы. Однако, какъ вообще въ хирургіи зажимы не въ состояніи были вытѣнить иголь и швовъ, такъ не удастся имъ достигнуть этого и въ гинекологіи. Этотъ способъ былъ предложенъ извѣстнымъ, недавно умершимъ хирургомъ *Réan*'омъ въ Парижѣ и являлся необходимымъ слѣдствіемъ его операционной техники, ибо *Réan* вообще никогда не накладывалъ лигатуръ, а сжималъ артеріи своими пинцетами и щипцами съ зажимами.

Способъ экстирпаціи матки съ зажимами имѣетъ то преимущество, что производство операціи при немъ нѣсколько ускоряется, но чтобы онъ былъ болѣе дѣйствителенъ, чѣмъ лигатурный способъ, при ражѣ, перешедшемъ на околоматочную клетчатку,—это еще не доказано<sup>2)</sup>. Одно изъ важныхъ неудобствъ его состоитъ въ томъ, что зажимомъ можно легко захватить кишечныя петли, какъ я это видалъ въ Парижѣ, а также и здѣсь. Большое количество зажимовъ, которое необходимо при операціи, является значительной помѣхой для производства послѣдней. Далѣе, если зажимъ соскользнетъ, то можетъ произойти опасное кровотеченіе. Наконецъ, по наблюденіямъ нѣкоторыхъ операторовъ, зажимы вызываютъ сильныя боли у оперированныхъ на первое время послѣ операціи.

*Беременность при ражѣ матки.* Во время беременности ражъ растетъ очень быстро, благодаря значительному кровенаполненію и разрыхленію матки. Это же обстоятельство обуславливаетъ у больныхъ при ражѣ шейки (относительно рака тѣла см. главу о „*deciduoma malignum*“), сильныя кровотеченія и бѣлы, которыя заставляютъ больную искать вра-

<sup>1)</sup> Концы этихъ пучковъ не слѣдуетъ оставлять снаружи, а лучше убрать въ рукавъ, ибо, находясь снаружи, они обуславливаютъ пролежни.

В. Г.

<sup>2)</sup> Скорѣе даже наоборотъ,—при лигатурномъ способѣ можно удалить пораженную клетчатку болѣе широко, чѣмъ при способѣ съ зажимами.

В. Г.

чебной помощи. Если при этомъ окажется, что ракъ еще доступенъ для операціи (*casus operabilis*), то слѣдуетъ, не теряя времени, приступить къ полному удаленію матки. Въ первые четыре мѣсяца беременности это большею частью удается сдѣлать черезъ влагалище, безъ предварительнаго опорожненія матки. Если же матка слишкомъ велика для того, чтобы пройти черезъ тазъ въ неуменьшемъ видѣ, то нужно сперва опорожнить ее <sup>1)</sup> и непосредственно затѣмъ приступить къ полному влагалищному удаленію матки. Относительно наиболѣе цѣлесообразнаго способа дѣйствій при жизнеспособномъ плодѣ и во время родовъ при ракѣ матки мнѣнія авторовъ значительно расходятся, почему я и отсылаю читателей къ руководствамъ по акушерству.

При ракѣ, не доступномъ для оперативнаго удаленія (*casus inoperabilis*), нужно выждать конца беременности, воздерживаясь отъ всякаго серьезнаго мѣстнаго леченія и ограничиваясь лишь вышеуказанной тампонадой влагалища йодоформированной марлей, пропитанной растворомъ таннина. При этомъ въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ мать переживетъ беременность, нужно вести роды такъ, чтобы сохранить жизнь ребенка, ибо и самое выжиданіе было предпринято исключительно въ его интересахъ. Если же въ подобныхъ случаяхъ родоразрѣшеніе производится посредствомъ плодубивающихъ операцій, то не слѣдовало бы вообще выжидать, а было бы гораздо благоразумнѣе прервать беременность и удалить ракъ, насколько это было бы возможно. Послѣдній способъ и рекомендуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда больная попадетъ къ врачу въ началѣ беременности. Если же врача позовутъ къ больной ракомъ, не доступнымъ для оперативнаго леченія, во время самыхъ родовъ, то ему слѣдуетъ поступать по правиламъ акушерства.

#### *d) Саркома матки.*

Саркома поражаетъ предпочтительно тѣло матки и развивается чаще всего изъ слизистой ея оболочки. Не разъ наблюдалось развитіе саркомы на почвѣ существовавшей ранѣе міомы, но рѣшить, какъ въ этихъ случаяхъ она развивается, — иудемъ-ли перерожденія самой міомы, или слизистой оболочки, покрывающей послѣднюю, — не всегда бываетъ легко. Саркома вызываетъ довольно равномерное увеличеніе тѣла матки и даетъ въ общемъ совершенно такіе же симптомы, какъ и ракъ тѣла матки, а именно, кровотеченія и зловонныя выдѣленія, вслѣдствіе распада поверхностныхъ участковъ новообразованія. Гистологически саркома матки состоитъ изъ большихъ кубическихъ или веретенообразныхъ клѣтокъ, которыя раздѣлены пучками соединительной ткани на вѣера или гнѣзда. Железы матки при этомъ заболѣваніи не различаются.

Въ области шейки разбираемое новообразованіе встрѣчается очень рѣдко; если оно развивается въ цервикальномъ каналѣ, то можетъ при-

<sup>1)</sup> Для этой цѣли *Dührssen* и др. авторы предлагаютъ въ послѣднее время производить рукавное кесарское сѣченіе.

нять форму кисти винограда, вследствие отека или миксоматозного перерождения отдельных долекъ его; чаще, однако, саркома влагалищной части имѣетъ форму похожую на пѣвную капусту (см. стр. 121).

Изъ сказаннаго видно, что анатомическое строеніе саркомы представляетъ большое сходство съ строеніемъ рака, такъ что иногда даже бываетъ совершенно невозможно рѣшить по микроскопическимъ препаратамъ, приготовленнымъ изъ опухоли, какое новообразование въ данномъ случаѣ имѣетъ мѣсто—ракъ или саркома. Диагнозъ ставится тѣмъ же путемъ, какъ и при ракъ. Саркома имѣетъ ту же склонность, какъ и ракъ, переходить на окружность, разрушая все по пути, и давать метастазы, поэтому требуетъ и одинаковаго леченія,—именно, полного удаленія матки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это еще возможно, въ случаяхъ же недоступныхъ для радикальной операціи поступаютъ такъ же, какъ и при неоперативныхъ случаяхъ рака<sup>1)</sup>.

e) *Deciduoma malignum.*

Въ послѣдніе годы подъ этимъ названіемъ описаны опухоли, которыя какъ клинически, такъ и анатомически обнаруживаютъ безусловно злокачественный характеръ. Опухоли эти встрѣчаются у женщинъ, имѣвшихъ недавно выкидышъ, преждевременные или срочные роды. Онѣ вызываютъ кровотеченія, зловонныя выдѣленія, подчасъ и лихорадку. Растутъ онѣ очень быстро и въ скоромъ времени даютъ метастазы. Чѣмъ меньше времени прошло отъ послѣдней беременности, тѣмъ быстрѣ ихъ теченіе.

Неправильно, какъ это дѣлали прежде, считать эти опухоли за соединительнотканныя, а ихъ клѣточные элементы разсматривать, какъ размножившіяся децидуальные клѣтки. Онѣ, напротивъ, скорѣ эпителиальнаго происхожденія (*Marchand*), что же касается ихъ анатомическаго строенія, то ихъ нужно поставить наравнѣ съ ракомъ. Эти опухоли состоятъ изъ эпителиальной клѣточной ткани, расположенной въ неправильныхъ промежуткахъ между перекладинами.

Клѣтки эпителиальныхъ гнѣздъ имѣютъ полиэдрическую форму и иногда бываютъ очень объемистыми, представляя картину оживленнаго дѣленія. Перекладины богаты кровеносными сосудами и почти всегда бѣдны соединительнотканными волокнами, благодаря чему трудно отграничить клѣтки другъ отъ друга. Иногда перекладины производятъ такое впечатлѣніе, какъ будто онѣ состоятъ изъ протоплазматической массы съ многочисленными ядрами, имѣющей сходство съ тканью, извѣстною подъ названіемъ синцитія. О происхожденіи, природѣ и значеніи синцитія мы пока еще ничего вѣрнаго не знаемъ. По мнѣнію нѣкоторыхъ эмбриологовъ, онъ представляетъ собой особый видъ склеивающаго вещества для яйца.

Какого-либо характернаго, единственно ему свойственнаго строенія синцитіи не имѣетъ: ткани одинаковаго строенія встрѣчаются во многихъ

<sup>1)</sup> Сказанное относительно саркомъ матки можно отнести и къ эндометіомамъ этого органа, развивающимся въ маткѣ вообще очень рѣдко. В. Г.

мѣстахъ человѣческаго тѣла (см. *A. Kölliker, Die Energiden von von Sachs. Würzburg. 1897*).

Вообще изъ одного лишь сходства нельзя дѣлать выводовъ относительно развитія. Такъ какъ до сихъ поръ еще никто не доказалъ непосредственнаго развитія перекладинъ децидуомъ изъ синцитія, то я и считаю по меньшей мѣрѣ позволительнымъ называть ихъ синцитиальными. Перекладины эти представляютъ иногда такое же сходство и съ межжелезистой тканью слизистой оболочки матки, особенно если послѣдняя содержитъ децидуоподобныя или истинныя децидуальныя клѣтки. А такъ какъ мы знаемъ, что эта ткань образуетъ основу для злокачественныхъ опухолей, развивающихся въ слизистой оболочкѣ матки, то нельзя оспаривать мнѣнія, что перекладины злокачественныхъ децидуомъ совершенно аналогичны съ соединительнотканннымъ остовомъ рака.

Сказаннымъ не ограничивается разногласіе авторовъ относительно природы децидуомъ. Такъ, нѣкоторые авторы называютъ и эпителиальное клѣточное вещество этихъ опухолей синцитиальнымъ, хотя происхожденіе его изъ синцитія такъ же мало доказано, какъ и происхожденіе перекладинъ.

По моему личному убѣжденію, правы тѣ изъ авторовъ, которые считаютъ злокачественныя децидуомы за обыкновенный ракъ, ибо онѣ развиваются совершенно такъ же, какъ и ракъ вообще, т. е. изъ поверхностнаго и железистаго эпителия. Нужно полагать, что раковое пораженіе въ случаяхъ децидуомъ имѣетъ мѣсто до наступленія беременности,—пожалуй, являясь причиною ея прерыванія (*Veit*),—или начинается во время самой беременности и послѣродового періода. Во все это время въ маткѣ имѣются вѣдь всѣ составныя части железъ, такъ что въ почвѣ для развитія рака нѣтъ недостатка. Въ тѣхъ и другихъ случаяхъ вызванныя беременностью измѣненія въ маткѣ и окружающихъ ее тканяхъ являются причиною, обусловливающей богатое развитіе эпителиальныхъ элементовъ, интенсивное разрастаніе ихъ, характерныя свойства перекладинъ, кровенаполненіе, быстрый ростъ и дальнѣйшее распространеніе опухоли. Не менѣе быстро идетъ и распаденіе болѣе старыхъ участковъ опухоли, — и въ этомъ кроется причина свойственныхъ децидуомамъ зловонныхъ выдѣленій и лихорадки.

Чтобы эти опухоли находились въ какой-либо болѣе или менѣе тѣсной связи съ продуктами беременности, или со стороны плода, или со стороны матери, этого сказать нельзя. Поэтому нѣтъ никакой причины и обозначать ихъ особымъ названіемъ, а также выдѣлять ихъ при описаніи въ особую главу. Особенно въ послѣднее время авторы въ этомъ отношеніи заходятъ слишкомъ далеко, ставя въ связь съ беременностью всякій ракъ, которому предшествовали выкидыши или роды, даже если съ тѣхъ поръ прошелъ одинъ или два года.

При діагнозѣ и при леченіи децидуомъ нужно руководствоваться тѣми же правилами, какъ при ракѣ вообще. Всѣ характерныя анатомическія признаки рака выступаютъ подъ влияніемъ беременности такъ ясно, что распознаваніе не можетъ здѣсь представить никакихъ затрудненій.

Причина, почему, несмотря на это, диагнозъ во многихъ случаяхъ подлежалъ столь большому сомнѣнію, заключается, вѣроятно, въ томъ, что для микроскопическаго изслѣдованія бралось недостаточное количество матеріала, вслѣдствіе неудовлетворительнаго опорожненія матки. Маленькіе ерѣзы, заключающіе „большія клѣтки“, ни въ коемъ случаѣ не могутъ быть достаточны для діагноза рака или саркомы. Если посредствомъ выскабливанія не удалось добыть годнаго для изслѣдованія матеріала, то слѣдуетъ во всѣхъ подозрительныхъ случаяхъ предпринимать расширеніе цервикальнаго канала подъ наркозомъ, что при послѣродовой маткѣ почти всегда удается сдѣлать безъ всякаго труда, даже пальцемъ, затѣмъ нужно ощупать полость матки и вычистить ее, какъ слѣдуетъ, пальцемъ или ложкой. Если въ полости матки имѣется какое-нибудь злокачественное новообразованіе, то при этомъ навѣрно удастся добыть достаточно большіе куски для успѣшнаго изслѣдованія.

Было бы грубой ошибкой ставить диагнозъ „злокачественной децидуомы“ по однимъ лишь клиническимъ симптомамъ, ибо припадки, вызываемые ею,—кровотеченія, зловонныя выдѣленія и лихорадка,—свойственны также и задержанію и разложенію остатковъ плоднаго яйца. Между тѣмъ „злокачественная децидуома“, т. е. совпаденіе рака (или саркомы) съ беременностью, оказывается все-таки рѣдкимъ явленіемъ. Отсюда въ случаяхъ съ вышеупомянутыми симптомами, если они находятся въ связи съ выкидышемъ или родами, первымъ дѣломъ нужно подумать о задержаніи и разложеніи остатковъ плоднаго яйца, а затѣмъ нужно позаботиться о надлежащей и основательной очисткѣ полости матки; если же и послѣ этого останется сомнѣніе относительно характера заболѣванія, то микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ массъ дастъ тотчасъ нужное разъясненіе.

Только что описанныя опухоли не слѣдуетъ смѣшивать съ крайне рѣдкими и еще недостаточно изученными новообразованіями, которыя развиваются на почвѣ патологическихъ измѣненій ворсистой оболочки (см. стр. 120).

#### f) Бугорчатка матки.

Еще до сихъ поръ не доказано, можетъ-ли туберкулезъ первично поражать матку. Во всякомъ случаѣ чаще, хотя все же рѣдко, встрѣчается вторичное заболѣваніе этого органа. Бугорчатка можетъ поражать какъ тѣло, такъ и шейку матки, являясь то въ видѣ miliarныхъ бугорковъ, то въ видѣ туберкулезной инфильтраціи стѣнокъ матки съ склонностью къ быстрому распаду<sup>1)</sup>.

Заболѣваніе это даетъ совершенно такую же клиническую и анатомическую картину, какъ и ракъ, и въ описанныхъ въ литературѣ случаяхъ оно вначалѣ большею частью принималось именно за ракъ. Лишь обна-

<sup>1)</sup> Кромѣ этихъ двухъ формъ, бугорчатка матки, именно маточной шейки, можетъ развиваться и въ формѣ папиллярныхъ разрощеній.



руженіе истинныхъ бугорковъ, гигантскихъ клѣтокъ и туберкулезныхъ бациллъ позволяетъ поставить вѣрный діагнозъ.

Мѣстное леченіе вторичнаго туберкулеза матки должно быть производимо въ соответствіи съ положеніемъ основнаго страданія. Относительно же леченія первичнаго туберкулеза можно повторить то же, что было выше сказано о леченіи рака.

.g) *Полипы матки.*

Маточные полипы могутъ состоять изъ элементовъ слизистой оболочки, представляя собою ея разрощенія, или могутъ представлять собою подслизистыя фибромы на ножкѣ; кромѣ того, и злокачественныя новообразованія (саркома, ракъ) могутъ давать полипозныя разрощенія, достигающія самаго наружнаго зѣва.

Остатки послѣда также образуютъ иногда полиповидныя возвышенія на стѣнкѣ матки (плацентарные полипы). Равнымъ образомъ остатки выкидыша, помѣщавшіеся въ расширенномъ цервикальномъ каналѣ и находившіеся на какомъ-нибудь мѣстѣ въ связи со стѣнкой матки, неоднократно принимались за полипы, даже злокачественнаго характера.

Всѣ полипозныя разрощенія вызываютъ обыкновенно маточныя кровотеченія. Тѣ изъ нихъ, которыя видимы въ маточномъ зѣвѣ, распознаются легко. Что касается діагноза полиповъ, находящихся въ полости матки, то я отсылаю читателей къ описанію тѣхъ болѣзней, при которыхъ они появляются въ видѣ частичнаго явленія.



Рис. 52. Полипные щипцы.

Прежде чѣмъ обратиться къ полипнымъ щипцамъ (рис. 52), нужно раньше постараться выяснитъ себѣ характеръ и мѣстоположеніе полипа, чтобы его можно было радикально удалить. Одно отщепленіе видимой части полипа ничуть не помогаетъ больной. Откручиваніе посредствомъ полипныхъ щипцовъ рекомендуется при полипахъ, исходящихъ изъ цервикальнаго канала, если щипцами можно дойти до самаго мѣста прикрѣпленія ихъ. Въ подобныхъ случаяхъ можно тоже посредствомъ пулевыхъ щипцовъ вытащить полипъ наружу, насколько это возможно, и перерѣзать ножку ножницами. Незначительное кровотеченіе останавливается полоской йодоформированной марли, которая оставляется до слѣдующаго дня.

Такъ какъ леченіе полиповъ въ общемъ тѣсно связано съ леченіемъ основнаго страданія, то я и отсылаю читателя къ соответствующимъ отдѣламъ книги.

9. *Скопленіе гноя въ полости матки (pyometra).*

Это явленіе встрѣчается главнымъ образомъ при ракѣ матки, который повлекъ за собой въ какомъ-нибудь мѣстѣ закрытіе цервикальнаго канала.

Продолжительное, обильное выделение гноя из полости матки может встрѣчаться при распадѣ опухолей, а также при „missed abortus“ или „missed labour“, т. е. когда все плодное яйцо или части его остаются въ полости матки и подвергаются разложенію. При двойной маткѣ (*uterus duplex bicornis cum vagina septa et uterus septus duplex*) можетъ равнымъ образомъ развиться односторонняя *pyometra*—въ случаѣ, если влагалище закрыто. Поставить правильный діагнозъ въ подобномъ случаѣ не такъ-то легко, даже и послѣ того, какъ гной прорвался уже наружу; иногда бываетъ даже прямо невозможно узнать пиометры, потому что сросшаяся съ маткою киста или эксудатъ даютъ одинаковую картину. Такъ какъ *pyoelytrometra lateralis* обыкновенно развивается путемъ нагноенія кровяной маточно-рукавной опухоли (*haemelytrometra lat.*), то указанія больной, что у нея изъ влагалища вдругъ излилось громадное количество крови, и что затѣмъ въ скоромъ времени появилось обильное зловонное гнойное выделение, могутъ иногда навести на вѣрный діагнозъ даннаго случая. Если гной прорвался во влагалище, а не въ цервикальный каналъ, какъ это чаще бываетъ, то отверстие можно легко ощупать пальцемъ и обнажить зеркаломъ. Зондъ проникаетъ черезъ отверстие въ полость, идущую внизу возлѣ влагалища, вверху же возлѣ матки.

Посредствомъ ложечки можно иногда въ подобныхъ случаяхъ, особенно въ свѣжихъ, выскоблить частички тканей, въ которыхъ удастся открыть эпителий какъ влагалища, такъ и матки. Во всѣхъ случаяхъ пиометры нужно позаботиться о свободномъ оттоцѣ гноя. Для этого лучше всего разсѣчь по возможности широкимъ разрѣзомъ перегородку, ввести въ полость дренажъ и ежедневно промывать послѣднюю. Какъ только нагноеніе станетъ уменьшаться, нужно удалить дренажъ, промыванія же слѣдуетъ еще продолжать болѣе или менѣе продолжительное время—начала ежедневно, а затѣмъ каждые 2, 3 или 5 дней до тѣхъ поръ, пока слизистая оболочка не приметъ приблизительно нормальнаго вида. Въ общемъ леченіе *pyometr'y* или *pyoelytrometr'y lateralis* таково же, какъ и простаго абсцесса. При *pyometra lateralis* дѣлаютъ вначалѣ отверстие такой лишь величины, чтобы можно было ввести дренажъ, затѣмъ промываютъ полость матки. Въ случаѣ, если бы отверстие оказалось недостаточно широкимъ, или если бы оно закрылось, то нужно расширить его и края обколотъ для того, чтобы впослѣдствіи снова не образовалось накопленія крови или гноя.

По выше указаннымъ причинамъ *pyometra* представляетъ собой рѣдкое заболѣваніе. При истеченіи гноя изъ полости матки, если можно исключить существованіе рака, оно зависитъ обыкновенно отъ вскрытія эксудата или нагноившейся кисты въ полость матки. Въ подобныхъ случаяхъ, чтобы точно опредѣлить характеръ страданія, нельзя обойтись безъ изслѣдованія подъ наркозомъ.

## II. Разстройства менструаціи.

### 1. Физиологія менструаціи <sup>1)</sup>.

Въ руководствѣ по анатоміи *Bardeleben'a* я описалъ процессъ менструаціи слѣдующимъ образомъ: Подъ менструаціей разумѣется, въ общемъ, кровотеченіе изъ матки, появляющееся въ извѣстные правильные промежутки времени, которые обыкновенно равняются 28 днямъ. Причина этихъ кровотеченій лежитъ въ томъ, что верхній слой слизистой оболочки матки вмѣстѣ съ эпителиемъ слущивается цѣлыми пластами, и такимъ образомъ обнажаются кровеносные сосуды, главнымъ образомъ капилляры. Этому процессу предшествуетъ набуханіе слизистой оболочки и расширеніе ея кровеносныхъ сосудовъ; оба эти явленія появляются за нѣсколько дней (5—10 дней) до наступленія ожидаемой менструаціи и ведутъ къ разрошенію верхняго слоя слизистой оболочки—къ образованію т. наз. „*deciduae menstrualis*“. Здѣсь нужно кстати замѣтить, что децидуальные кѣтки въ этомъ слобѣ *не* развиваются, — обстоятельство, которому *Wyder* придаетъ особенное значеніе.

Отторженіе „*deciduae menstrualis*“ начинается съ кровоизліянія въ подэпителиальную ткань, которое, вѣроятно, происходитъ не путемъ разрыва капилляровъ, а путемъ выселенія кровяныхъ тѣлецъ. Эти тканевыя кровоизліянія ведутъ къ разстройству питанія и къ послѣдующему распаду разросшагося поверхностнаго слоя, который въ концѣ концовъ и обуславливаетъ отторженіе послѣдняго; обстоятельство это и служитъ, какъ уже было сказано выше, причиною кровотеченія наружу. Удаленіе *deciduae menstrualis* и кровотеченіе, т. е. въ сущности самый процессъ менструаціи, продолжаются около 4 дней, затѣмъ начинается возстановленіе слизистой оболочки, которое требуетъ приблизительно 5—10 дней. Набуханіе и гиперемія исчезаютъ, выступившая кровь всасывается или распадается, ткани вырастаютъ до своей начальной толщины, изъ оставшагося эпителия и изъ железъ образуется новый эпителий.

Цѣль разбираемаго процесса состоятъ въ приспособленіи слизистой оболочки матки къ воспринятію оплодотвореннаго яичка. Если послѣднее уже имѣется въ верхнихъ отдѣлахъ трубы, то отторженія *deciduae menstrualis* не наступаетъ, кровоизліяніе въ ткань не имѣетъ мѣста, а разрошеніе *mucosae* идетъ дальше и ведетъ къ образованію *deciduae graviditatis*, къ которой и прикрѣпляется уже яичко (*Minot, Waldeyer, Neape*).

<sup>1)</sup> Здѣсь я считаю необходимымъ замѣтить, что физиологія менструаціи принадлежитъ до сихъ поръ къ числу наименѣе выясненныхъ отдѣловъ физиологіи вообще. Поэтому на предлагаемая *Nagel* емъ объясненія менструальнаго процесса слѣдуетъ смотрѣть, какъ на гипотезу, лишь болѣе или менѣе вѣроятную. Къ этому объясненію я присоединю лишь нѣсколько краткихъ дополненій, такъ какъ подробное перечисленіе обширной литературы вопроса заведо бы меня слишкомъ далеко, да и было бы неумѣстно въ настоящемъ руководствѣ, преслѣдующемъ, главнымъ образомъ, практическія цѣли.

Подобнымъ же образомъ описываетъ *W. Heape* процессъ менструаціи у обезьянъ, которыя правильно менструируютъ не только подъ тропиками, но и въ зоологическихъ садахъ Европы (*Bland Sutton*).

Другіе авторы отрицаютъ отторженіе слизистой оболочки у людей во время менструаціи. Тканевыя кровонзліянія ведутъ, по *Gebhard*'у, лишь къ отслойкѣ поверхностнаго эпителия и мѣстами къ продыравливанію его слоя. Если при этомъ часть эпителия и разрушается, то это явленіе—случайное, а не обычное <sup>1)</sup>).

Менструація сопровождается разными наружными анатомическими измѣненіями; такъ, *Lindblom* наблюдалъ у женщинъ, которыхъ онъ лечилъ массажемъ, что матка передъ регулами нѣсколько увеличивается въ объемъ, а въ первые дни мѣсячныхъ становится мягкой и вялой. Это ослабленіе матки держится нѣсколько дольше, чѣмъ кровотеченіе. *E. G. Hermann* доказалъ, что во время менструаціи существуетъ самопроизвольное, хотя и незначительное, расширеніе цервикальнаго канала, которое достигаетъ своего аспе на 3-й или 4-й день регуль. Расширеніе происходитъ независимо отъ количества оттекающей крови, а зависитъ отъ того, какъ проходятъ регулы: съ болями-ли или же безболѣзненно <sup>2)</sup>).

И такъ менструація служитъ исключительно <sup>3)</sup> цѣлямъ размноженія; поэтому она находится въ связи съ дѣятельностью яичника, хотя и представляетъ собою самостоятельный процессъ внутри слизистой оболочки матки. Прежде было общепринятымъ мнѣніе, что наступленіе менструальнаго кровотеченія указываетъ каждый разъ на изверженіе зрѣлаго яйца изъ *Graaf*'ова фолликула, гесп., что кровотеченіе именно этимъ процессомъ и вызывается. Это мнѣніе теперь опровергнуто на основаніи болѣе новыхъ изслѣдованій, которыя доказали, что созрѣваніе и опорожненіе *Graaf*'овыхъ фолликуловъ въ яичникѣ можетъ имѣть мѣсто во всякое время, между прочимъ и внѣ менструаціи <sup>4)</sup>, даже и у дѣтей. Созрѣваніе фолликуловъ играетъ, понятно, очень важную роль относительно возникновенія менструаціи, что же касается того, выталкивается-ли яйцо наружу, или оно погибаетъ внутри фолликула,—то это безразлично.

---

<sup>1)</sup> Одна изъ новѣйшихъ работъ по этому вопросу принадлежитъ *Keiffer*'у, который нашель, что менструація есть секреторная функція въ анатомическомъ и физиологическомъ смыслѣ слова, и что она происходитъ, при нормальныхъ условіяхъ, безъ нарушенія цѣлости какъ сосудовъ, такъ и железистаго аппарата матки. Выхожденіе кровяныхъ шариковъ при ней совершается путемъ діapedеза, а сыворотка отдѣляется путемъ секреторнаго акта. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Помимо измѣненій полового аппарата, менструація сопровождается измѣненіями во всемъ организмѣ женщины, напр. измѣненіями <sup>1)</sup> кровяного давленія, состава крови, объема и т. д. *В. Г.*

<sup>3)</sup> Эту «исключительность» нельзя считать вполне доказанною. Нѣкоторые авторы, и не безъ основанія, смотрять на менструацію, какъ на экскреторный процессъ, имѣющій цѣлью освобожденіе организма женщины отъ накапливающихся въ немъ продуктовъ обмена. *В. Г.*

<sup>4)</sup> *Marsh* думаетъ даже, что лопаніе *Graaf*'овыхъ пузырьковокъ всегда происходитъ не во время менструаціи, а какъ разъ въ промежуткѣ между двумя послѣдовательными менструаціями. *В. Г.*

Вполнѣ возможно, что овуляція (созрѣваніе яичка) можетъ происходить и безъ менструаціи; напротивъ, менструаціи не можетъ быть безъ дѣятельности яичника. Извѣстны многочисленные случаи, гдѣ женщины дѣлались беременными, никогда не имѣвъ до этого мѣсячныхъ, и еще недавно поступила къ намъ, въ акушерское отдѣленіе, беременная съ такимъ заявленіемъ. Съ другой стороны, могутъ появляться нѣкоторое время правильныя кровоточенія изъ матки и послѣ удаленія обоихъ яичниковъ. Неизвѣстно, происходятъ-ли при этомъ въ слизистой оболочкѣ матки такіе же процессы, какіе имѣютъ мѣсто при менструаціи; во всякомъ случаѣ это явленіе свидѣтельствуетъ о той самостоятельной роли, которую исполняютъ въ извѣстной степени *mucosa uteri* при мѣсячныхъ; „сила привычки“ не позволяетъ, чтобы эта дѣятельность сразу прекратилась. Во всякомъ случаѣ нѣтъ необходимости, при появленіи менструаціи послѣ удаленія яичниковъ, прибѣгать къ предположенію о существованіи третьяго яичника или остатковъ яичниковой ткани.

Менструація появляется у германскихъ народовъ и въ нашихъ географическихъ широтахъ въ среднемъ на 14-мъ году жизни, тогда именно, когда организмъ женщины уже настолько развитъ, что размноженіе можетъ происходить безъ всякой опасности для даннаго индивидуума; вмѣстѣ съ этимъ женщина вступаетъ въ періодъ половой зрѣлости. Болѣе раннее появленіе менструаціи, на 12-мъ или 13-мъ году, можетъ зависѣть отъ наслѣдственности; но кромѣ того, наступленіе половой зрѣлости можетъ ускоряться и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣти начинаютъ рано обращать вниманіе на половые органы, подъ вліяніемъ нечистоплотнаго содержанія ихъ, онанизма, глистовъ и пр. Въ случаяхъ этого рода можно иногда съ успѣхомъ дѣйствовать устраненіемъ причинъ для мѣстнаго раздраженія и бдительнымъ наблюденіемъ за ребенкомъ, какъ въ тѣлесномъ, такъ и душевномъ отношеніи <sup>1)</sup>.

## 2. Раннее появленіе менструаціи (*menstruatio praecox*).

Извѣстенъ цѣлый рядъ достовѣрныхъ случаевъ, гдѣ менструація появлялась въ самомъ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ (на 1-мъ—6-мъ году жизни). Дѣло при этомъ касается всегда дѣтей, весьма крѣпкаго сложенія, съ хорошо развитыми грудями, съ развитыми наружными половыми органами, покрытыми волосами. Въ старинной литературѣ встрѣ-

<sup>1)</sup> Основываясь на разборѣ данныхъ, обънимающихъ болѣе 64.000 случаевъ, я нашелъ, что въ Россіи первыя крови у дѣвушекъ, принадлежащихъ къ привилегированнымъ классамъ общества, наступаютъ чаще всего на 14 году жизни, у горожанокъ низшихъ классовъ (мѣщанокъ)—на 15 году, у крестьянокъ, наконецъ, на 16 году. Помимо условій, въ которыхъ живетъ женщина, время наступленія первыхъ кровей колеблется въ зависимости отъ національности (русскія еврейки, напр., начинаютъ менструировать раньше, чѣмъ польки, польки раньше, чѣмъ русскія, русскія раньше флиляндокъ и пр.), отъ климата данной мѣстности (чѣмъ выше средняя <sup>1)</sup> данной мѣстности, тѣмъ раньше наступаетъ половая зрѣлость у ея обитательницъ) и др. условій.

чаются указанія и на беременность у таких преждевременно развитых дѣтей 8 — 12-лѣтняго возраста. Довольно странно, однако, что съ тѣхъ поръ, какъ стали вести болѣе тщательно официальную статистику родовъ, — случаи беременности у дѣтей перестали встрѣчаться. Последніе подобные случаи относятся къ 1881 году, причѣмъ они имѣли мѣсто въ Англійи. Въ статистикѣ *H. Croom'a* не встрѣчается ни одного случая изъ Германіи, гдѣ контроль надъ населеніемъ настолько точенъ, что всегда можно съ точностью опредѣлить возрастъ матери <sup>1)</sup>.

### 3. Прекращеніе мѣсячныхъ (*Climacterium*).

Какъ только угаснетъ дѣятельность яичника, — что въ сѣверныхъ странахъ наступаетъ, при нормальныхъ условіяхъ, на 45-мъ—50-мъ году жизни, — прекращаются и менструаціи. Этотъ переворотъ въ половой жизни женщины извѣстенъ подъ названіемъ „климактерія“. Онъ можетъ затянуться на 2—3 года и вызываетъ всякаго рода разстройствъ въ общемъ состояніи организма женщинъ <sup>2)</sup>. У послѣднихъ появляются тогда временами приливы крови къ головѣ, повышенная возбудимость, бессонница и разстройства пищеваренія. У нервныхъ особъ эти припадки достигаютъ такой степени, что является подозрѣніе на дѣйствительное заболѣваніе центральной нервной системы. Первые явленія исчезаютъ постепенно сами по себѣ, хотя часто улучшеніе ихъ и приписываютъ леченію, предпринятому противъ мнимаго нервного страданія <sup>3)</sup>.

Постепенное исчезновеніе мѣсячныхъ въ климактерическомъ возрастѣ, путемъ постепеннаго уменьшенія кровотока съ каждымъ новымъ менструальнымъ періодомъ, встрѣчается рѣдко. Обыкновенно же регулы не появляются разъ или два, безъ того, чтобы передъ тѣмъ было замѣчено уменьшеніе кровотока, затѣмъ опять появляются въ надлежащее время въ обычномъ количествѣ, или даже нѣсколько обильнѣе, такъ что женщины, родившія недавно, считаютъ себя иногда даже беременными. Промежутки между отдѣльными кровотоками лишь рѣдко бывають больше 5—6 мѣсяцевъ. При появленіи кровотока послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго промежутка времени прежде всего нужно подумать о мѣстномъ заболѣваніи матки, особенно о ракѣ; необычно обильныя кровопотери точно также имѣють часто мѣстную причину:

<sup>1)</sup> Недавно *Magruder* въ Нью-Орлеанскомъ Обществѣ Врачей сообщилъ о случаѣ беременности и родовъ у 12-лѣтней дѣвочки, начавшей менструировать съ 11 лѣтъ.

<sup>2)</sup> По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (*Galbraith*), однако, самъ по себѣ физиологическій климактерія никакихъ разстройствъ не вызываетъ, если же таковыя наблюдаются, то причина ихъ лежитъ въ заболѣваніяхъ женскаго полового прибора.

<sup>3)</sup> Это заявленіе автора едва-ли можетъ быть принято. Несомнѣнно, путемъ рациональнаго лечебнаго вмѣшательства можно достигнуть значительнаго облегченія климактерическихъ разстройствъ. Особенно цѣннымъ средствомъ является здѣсь яичниковая вытяжка (овариинъ), которую я съ успѣхомъ назначалъ, въ подобныхъ случаяхъ, въ количествѣ 0,3 pro die.

эндометритъ, міому. Въ обоихъ случаяхъ нужно прибѣгнуть къ тщательному изслѣдованію полового аппарата, прежде чѣмъ поставить діагнозъ климактерическаго кровотеченія. При внезапномъ прекращеніи мѣсячныхъ, нервныя явленія обыкновенно бывають выражены значительно сильнѣе.

Одновременно съ прекращеніемъ мѣсячныхъ развивается атрофія всего полового аппарата; дѣятельность яичниковъ угасаетъ, въ нихъ уже не встрѣчается больше первичныхъ фолликуловъ <sup>1)</sup>, эти органы сморщиваются, причѣмъ ихъ поверхность принимаетъ видъ тутовой лгоды. Стѣнки трубъ становятся болѣе богатыми соединительнотканными волокнами, но при этомъ дѣлаются тоньше, а просвѣтъ яйцеводовъ становится уже; эпителий иногда слущивается <sup>2)</sup> и образуетъ пробку, закрывающую просвѣтъ трубы. Матка сморщивается, *portio vaginalis* ея сле вдается во влагалище; стѣнки тѣла истончаются и дѣлаются вялыми. Сморщивается и слизистая оболочка матки, причѣмъ въ ней выступаютъ на первый планъ соединительнотканные элементы; железы дѣлаются уже, погибають или превращаются въ маленькія кисты; эпителий лишается своихъ мерцательныхъ волосковъ.

У вдовъ и женщинъ, которыя съ наступленіемъ климактерическаго возраста прекращають половую жизнь, развивается въ верхнихъ отдѣлахъ влагалища такъ называемое старческое воспаленіе влагалища (*colpitis senilis*), которое ведетъ къ изглаживанію сводовъ влагалища. Заболѣваніе это часто вызываетъ тигостный зудъ въ наружныхъ половых частяхъ, жженіе и легкія тenezмы въ мочевомъ пузырьѣ (см. главу о заболѣваніяхъ влагалища). Припадки, свойственные климактерію, уменьшаются до нѣкоторой степени подъ влияніемъ соответственнаго леченія. Назначеніемъ слабительной соли ослабляются обыкновенно приливы крови къ головѣ. Противъ бессонницы нужно назначать бромистый калий или вообще препараты брома. Если припадки особенно сильны во время, когда должны бы быть мѣсячныя, то приносятъ облегченіе скарификаціи влагалищной части <sup>3)</sup>.

Кромѣ того, пациенткамъ нужно назначить правильное движеніе на воздухъ и воспретить постоянное пребываніе въ комнатѣ. Женщинамъ, не имѣющимъ подходящаго занятія у себя дома, нужно посовѣтовать

<sup>1)</sup> Въ самое послѣднее время, однако, *Атанн* доказалъ, что зародышевый эпидій до старости сохраняетъ способность развивать первичныя яйца и первичныя фолликулы. *В. Г.*

<sup>2)</sup> По моимъ наблюденіямъ, эпителий трубъ въ климактерическомъ возрастѣ сначала терять рѣснички, дѣлается ниже и пріобрѣтаетъ полное сходство съ эндометріемъ, затѣмъ отпадаетъ, по крайней мѣрѣ большая его часть, и лишь мѣстами сохраняется; складки трубной мукозы теряють свои закругленныя очертанія и склеиваются между собою, причѣмъ сохранившіеся участки эпителия оказываются заключенными въ соединительнотканной стромѣ. Развитіе соединительной ткани наблюдается преимущественно въ окружности сосудовъ, почему наиболее сосудистые слои трубной стѣнки (*mucosa* и слой продольной мускулатуры) подвергаются соединительнотканному перерожденію скорѣе и сильнѣе, чѣмъ, напр., слой круговыхъ мышць. *В. Г.*

<sup>3)</sup> А также оваріинъ. *В. Г.*

соотвѣтственныя развлеченія, чтобы этимъ воспрепятствовать появленію разныхъ мрачныхъ и ненужныхъ мыслей о состояніи ихъ здоровья подъ вліяніемъ одиночества.

#### 4. *Отсутствіе мѣсячныхъ (amenorrhoea).*

Полное отсутствіе менструаціи, въ видѣ постояннаго явленія, встрѣчается только при порокахъ развитія или недостаточномъ развитіи внутреннихъ половыхъ органовъ, при *uterus foetalis* и высшихъ степеняхъ *uterus infantilis*.

1. *Пороки развитія матки* <sup>1)</sup> всегда связаны съ зарощеніемъ влагалища (*atresia vaginae; uterus rudimentarius cum vagina rudimentaria*); мѣсто, соотвѣтствующее входу во влагалище, иногда бываетъ при этомъ окружено узкой каймой неправильной формы—измѣненнымъ *hymen'омъ*; у замужнихъ можно бываетъ вдавить его пальцемъ сантиметра на 3—6. Лобковые волосы обычно скудно развиты. *Mons Veneris* и большія губы содержатъ незначительное количество жировой ткани и выдаются поэтому очень мало наружу; малыя губы могутъ быть нормальны, а груди хорошо развиты. *Molimina menstrualia* обыкновенно (по нѣкоторымъ авторамъ всегда) отсутствуютъ <sup>2)</sup>. Иногда, правда, появляются черезъ правильные промежутки времени сильныя боли и потягиванія внизу живота; но очень возможно, что „правильность“ этихъ болей зависить отъ воображенія.

Въ виду того, что, — какъ уже было сказано, — полное зарощеніе влагалища во всю его длину встрѣчается лишь при порокахъ развитія и зарощеніи матки, то всѣ попытки, въ подобныхъ случаяхъ, проложить путь черезъ зарощенное влагалище въ надеждѣ найти способную къ нормальнымъ отправленіямъ матку, являются совершенно безцѣльными. Но если желаютъ этимъ дать лишь возможность пациенткѣ совершать *coitus* и такимъ образомъ доставить ей незыскательное супружеское счастье въ половомъ отношеніи, то съ этой точки зрѣнія, конечно, попытки возстановить искусственное влагалище можно считать умѣстными <sup>3)</sup>.

*Гермафродитизмъ (hermaphroditismus)*. Въ случаѣ, если одновременно съ указанными аномаліями имѣется на-лицо и уродство наружныхъ половыхъ органовъ, особенно „гипертрофія клитора съ расщепленіемъ его (*hypospadia*)“, то нужно первымъ дѣломъ подумать, не представляетъ-ли собою данный субъектъ уродливаго мужского индивидуума (такъ называемаго „гермафродита“). Это подозрѣніе усиливается, если лобокъ у даннаго субъекта значительно развитъ. Существованіе же

<sup>1)</sup> Въ смыслѣ, разумеется, недостаточнаго развитія этого органа. В. Г.

<sup>2)</sup> Отсутствіе или присутствіе *molimina* у больныхъ зависить оттого, имѣются ли у нихъ хотя-бы недоразвитые, но способные функционировать яичники, или нѣтъ. В. Г.

<sup>3)</sup> Для образованія искусственнаго влагалища продѣлываютъ обыкновенно слѣпой мѣшокъ достаточной длины, стѣнки котораго выстилаютъ кожными лоскутами, взятыми съ окружающихъ частей. Можно также пользоваться, для образованія искусственнаго рукава, и переднею стѣнкою *gesti* (способъ *Gersuny*). В. Г.



яичка съ придаткомъ его и съ сѣмяннымъ канатикомъ въ большой губѣ, по крайней мѣрѣ на одной сторонѣ, благодаря чему соответствующая губа имѣетъ видъ мошонки, открытіе предстательной железы и tunicae dartos (мышечныя сокращенія въ мошонкѣ!), пигментация кожи мошонки и, наконецъ, открытіе слѣпого мѣшка въ задней стѣнкѣ мочеиспускательнаго канала (*Weber*'овскій органъ) при введеніи катетера въ мочевой пузырь, — всѣ эти признаки ясно уже говорятъ въ пользу признанія даннаго субъекта мужчиной.

Опредѣленіе пола при уродствахъ половыхъ частей можетъ, однако, иногда быть очень труднымъ, особенно у дѣтей.

Опытъ учить, что въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ такъ называемаго гермафродитизма дѣло касается мужскихъ индивидуумовъ, поэтому лучше поступать по совѣту *Ahlfeld*'а—всякаго субъекта съ гипоспадіей на первыхъ порахъ признавать за мужчину и объявлять таковымъ, если только этому не противорѣчитъ присутствіе совершенно типическихъ женскихъ признаковъ.

2. Въ *зародышевой маткѣ (uterus foetalis)* сохранены всѣ свойства матки новорожденныхъ. Она значительно короче нормальной матки взрослыхъ, имѣетъ валикообразную форму и уплощенное дно. Длина шейки вдвое больше длины тѣла, причемъ послѣднее часто бываетъ настолько сильно загнуто впередъ, что его передняя стѣнка плотно прилегаетъ къ передней стѣнкѣ шейки. Стѣнки матки въ общемъ истончены, притомъ стѣнки тѣла гораздо слабѣе развиты, чѣмъ стѣнки шейки. Влагалищная часть выражена меньше, чѣмъ у нормально развитой матки, и вдается лишь немного во влагалище. Наружный маточный зѣвъ представляетъ собой круглую ямку или тонкую поперечную щель. Полость матки всегда имѣется на-лицо. Яичники и яйцепроводы соответствуютъ степени развитія матки; первые имѣютъ при этомъ иногда видъ, свойственный дѣтскимъ яичникамъ.

Влагалище при *зародышевой маткѣ* обыкновенно короче и уже обыкновеннаго, но можетъ имѣть и нормальные размѣры. Лобокъ и большія губы содержатъ лишь немного жировой ткани; клиторъ, а особенно малыя губы развиты хорошо и свободно выдаются наружу. Лобковые волосы скудно развиты. Груды могутъ быть хорошо сформированы, но иногда онѣ малы и плоски, железистая ткань въ нихъ развита слабо.

Отсутствіе мѣсячныхъ у подобныхъ субъектовъ не влечетъ за собой обязательно какихъ-либо болѣзненныхъ явленій.

Способность къ зачатію при *uterus foetalis* совершенно отсутствуетъ, ибо яйцо не находитъ мѣста для своего прикрѣпленія и развитія. Половое влеченіе можетъ существовать, даже въ усиленной степени.

Зародышевая матка узнается на основаніи вышесказаннаго. Сочетанное изслѣдованіе, — въ случаѣ нужды подъ наркозомъ, — всегда обнаруживаетъ въ этихъ случаяхъ малую величину и своеобразную форму матки. Полость матки на 1 — 2 сант. короче обыкновеннаго. Точныя

указанія на этотъ счетъ можно получить посредствомъ зонда. Введеніе послѣдняго можетъ быть, однако, затруднено вѣдствие узкости наружнаго зѣва и цервикальнаго канала, а подчасъ оно оказывается и совершенно невозможнымъ. При загибѣ тѣла матки кпереди зондъ встрѣчаетъ, сверхъ того, еще сопротивленіе въ области внутренняго зѣва, которое всегда удается преодолѣть оттѣсненіемъ внизъ, къ промежности, рукоятки зонда. По легкости, съ которою удается, при неслишкомъ толстыхъ брюшныхъ покровахъ, прощупать снаружи пуговку зонда, можно заключить о тонкости стѣнокъ матки.

Аменоррея, обусловленная вышеуказанными пороками развитія, не поддается никакому леченію.

3. Дальнѣйшею причиною отсутствія мѣсячныхъ является *закрытіе просвета полового канала* вѣдствие а) эпителиальнаго сращенія (склейки) малыхъ губъ, б) зарощенія дѣвственной плевы и рукава, в) приобрѣтенной непроходимости влагалища.

а) *Эпителиальная склейка малыхъ губъ* происходитъ въ первые годы дѣтскаго возраста. Малыя срамныя губы на внутренней своей поверхности склеиваются между собой на протяженіи 2—3 мм., имѣя спереди отверстіе, черезъ которое вытекаетъ моча. Обыкновенно эта аномалія рано открывается матерью вѣдствие разстройствъ мочеиспусканія у дитяти. Струя мочи направляется, именно, болѣе кпереди, что ведетъ къ обмачиванію ребенка. Леченіе очень просто. Большею частью достаточно одного давленія на склесное мѣсто, чтобы разъединить губы; если оно не достигаетъ цѣли, то лучше ввести зондъ или другой тупой инструментъ въ отверстіе и при помощи его разорвать склейку. У дѣтей старшаго возраста приходится иногда прибѣгать къ ножу. При разъединеніи тупымъ путемъ, кромѣ чистоты, не требуется больше никакого ухода за раной; при разъединеніи острымъ путемъ умѣстно иногда обшить рану.

Эпителиальная склейка дѣвственной плевы и нижняго отдѣла влагалища бываетъ или врожденнымъ явленіемъ, или приобрѣтеннымъ въ первые годы жизни. Обыкновенно бываетъ достаточно произвести надавливаніе, чтобы разъединить склейку.

б) *Закрытіе дѣвственной плевы или влагалища*, особенно въ нижнемъ его отдѣлѣ, *мясистой перепонкой* представляетъ собою явленіе врожденное, развивающееся въ послѣдніе мѣсяцы внутриутробной жизни, или возникаетъ въ первые годы внѣутробной жизни, путемъ склеиванія противоположащихъ складокъ; если не наступаетъ ороговѣнія поверхностнаго эпителия, то склейка можетъ перейти въ сращеніе. Такимъ путемъ образованная кожистая перепонка можетъ достигнуть нѣсколькихъ миллиметровъ въ толщину, быть плотной и содержать соединительную ткань, мышечныя волокна и сосуды, такъ какъ складки влагалища пронизываются обыкновенно сосудами до самой ихъ верхушки.

в) *Зарощеніе влагалища на большемъ протяженіи* является приобрѣтеннымъ страданіемъ и развивается часто въ дѣтскомъ возрастѣ

подъ влияніемъ воспаленія влагалища при острыхъ инфекціонныхъ заболваніяхъ. Нѣтъ сомнѣнія, что и гонорройное воспаленіе можетъ также повлечь за собой зарощеніе влагалища и образованіе *haematometrae* или *haemelytrometrae*. Въ пользу этого говоритъ осложненіе непроходимости влагалища (*atresia vaginae*) и *haematometrae*—*haematosalpinx* омъ и хроническимъ воспаленіемъ тазовой брюшины.

Всѣ случаи врожденной и приобретенной непроходимости влагалища и наружныхъ половыхъ частей имѣютъ обычно мѣсто у нормально развитыхъ въ остальныхъ отношеніяхъ субъектовъ съ правильно развитыми внутренними половыми органами. Менструація, надо полагать, появляется у этихъ послѣднихъ въ свое обыкновенное время, но менструальная кровь задерживается и собирается позади закрытаго мѣста.

*Molimina menstrualia* развиваются лишь въслѣдствіи, когда количество задержанной крови достигнетъ значительной степени; однако онѣ могутъ и совсѣмъ отсутствовать.

При закрытіи мясистой перепонкой рукава діагнозъ простъ, такъ какъ непосредственно можно видѣть синевато-окрашенную опухоль, выдающуюся изъ входа во влагалище. Опухоль эта упруга, эластична и переходитъ непосредственно въ стѣнку влагалища, такъ что совершенно невозможно, обойдя ее, проникнуть въ просвѣтъ рукава. При болѣе значительномъ скопленіи жидкости можно наружной рукой, находящейся надъ лоннымъ соединеніемъ, прощупать верхнюю выпуклую границу опухоли и убѣдиться посредствомъ противодавленія, что это—та же самая опухоль, которая видна во входѣ во влагалище, сверхъ того, при этомъ удается также вызвать и флюктуацію, распространяющуюся внизъ.

Если кровью наполнено только влагалище, а матка остается порожней, то ее удастся опредѣлить надъ опухолью. Необходимо слѣдуетъ въ подобныхъ случаяхъ производить изслѣдованіе черезъ прямую кишку для того, чтобы опредѣлить распространеніе опухоли въ маломъ тазу и ея границы относительно тазовой стѣнки. Со стороны прямой кишки не трудно бываетъ убѣдиться, что опухоль представляетъ собою именно растянутое жидкостью влагалище.

Предсказаніе при врожденной непроходимости рукава вполнѣ благоприятно. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ непроходимость эта зависитъ отъ присутствія кожистой перепонки, иногда толщиной лишь въ нѣсколько миллиметровъ, или лишь отъ сляпки рукавныхъ стѣнокъ, то скопленіе крови часто прорывается, навѣрное, само по себѣ, причемъ больныя даже не догадываются, что у нихъ была какая-то неправильность. Онѣ принимаютъ вытекающую кровь обычно за обильныя мѣсячныя очищенія и послѣ лопанія перепонки избавляются отъ своей болѣзни навсегда.

Леченіе состоитъ въ расщепленіи и удаленіи перегородки. При врожденной непроходимости влагалища, въ противоположность приобретенному, скопленіе крови въ трубахъ (*haematosalpinx*) встрѣчается крайне рѣдко, а потому и опасность разрыва трубы во время опорожненія крови отно-

сится именно къ операциі при приобретенной непроходимости. При значительномъ скопленіи крови вкалываютъ троакаръ средней величины въ средину закрывающей перепонки и даютъ крови, безъ всякаго внѣшняго давления, самой по себѣ вытечь. Когда это будетъ сдѣлано, затѣмъ можно немедленно приступить къ удаленію перепонки и обшиванію краевъ раны. Немедленное промываніе полости можно, напротивъ, рекомендовать только въ случаяхъ незначительнаго скопленія крови. Послѣдующее лечение состоитъ въ покойномъ пребываніи въ постели въ теченіе нѣсколькихъ дней и въ обмываніи наружныхъ половыхъ частей стерилизованной водой или  $\frac{1}{2}$  — 1 % карболовымъ растворомъ. Промыванія матки и влагалища являются безусловно необходимыми въ случаѣ появленія зловонныхъ выделеній.

При приобретенной непроходимости рукава, съ обширными срощеніями влагалищныхъ стѣнокъ, вскрытіе кровяной полости представляетъ собою гораздо болѣе сложное вмѣшательство, въ виду того, что опасность повредить пузырь, прямую кишку и брюшину при вскрытіи заросшаго влагалища значительно больше. Кромѣ того, здѣсь чаще встрѣчается осложненіе haematosalpinx'омъ и отсюда возможность разрыва трубы съ изліяніемъ жидкости въ брюшную полость и съ послѣдующимъ смертельнымъ перитонитомъ,—въ случаѣ, если содержимое было инфицировано.

При обширномъ приобретенномъ зарощеніи влагалища и скопленіи крови въ полости матки и трубъ, подчасъ самую надежную лечебную мѣрою является предварительное удаленіе трубъ путемъ чревосѣченія съ послѣдующимъ вскрытіемъ мѣста непроходимости <sup>1)</sup>. Аменоррея вслѣдствіе задержанія менструальной крови подъ вліяніемъ описанныхъ причинъ встрѣчается въ общемъ крайне рѣдко. Можетъ пройти, даже при большомъ клиническомъ матеріалѣ, много лѣтъ, пока удастся, наконецъ, увидѣть случай haemelytometrae.

4. *Аменоррея вслѣдствіе поздняго появленія менструаціи.* Хлорозъ является частой причиной этого рода аменорреи у молодыхъ дѣвушекъ. Съ устраненіемъ этого страданія появляются и регулы.

5. *Аменоррея вслѣдствіе слишкомъ ранняго прекращенія менструаціи.* Иногда мѣсячныя начинаютъ вдругъ появляться все въ болѣе и болѣе скудномъ количествѣ у молодыхъ еще женщинъ, ранѣе менструировавшихъ совершенно нормально, и наконецъ прекращаются навсегда. Этого рода аменоррея зависитъ отъ преждевременной атрофіи вну-

---

<sup>1)</sup> Особеннаго вида оперативнаго вмѣшательства требуетъ и долго существовавшая haematometra. По наблюденіямъ *Margarita*, такая haematometra ведетъ, въ концѣ концовъ, къ гипертрофіи соединительной ткани въ стѣнкахъ матки и перерожденію мышцъ послѣдней, такъ что возвращеніе органа къ его нормальному состоянію является невозможнымъ. Кромѣ того, при долго существующей гѣматометрѣ развиваются срощенія матки съ кишками; если выпустить скопившуюся въ маточной полости кровь, то матка, уменьшившись, начнетъ тянуть приросшныя кишки внизъ, вызывая этимъ рядъ расстройствъ. Исходя изъ этихъ соображеній, *М.* полагаетъ, что при долго существовавшей гѣматометрѣ лучше не ограничиваться однимъ опороженіемъ матки, а прибѣгать къ полному иссѣченію послѣдней. *В. Г.*

тренихъ половыхъ органовъ (*climacterium praecox*) и идетъ иногда руку объ руку съ увеличивающеюся тучностью (*obesitas*). За причину ея женщины зачастую принимаютъ беременность, что подаютъ иногда поводъ къ самымъ страннымъ курьезамъ. Вѣрный діагнозъ можно поставить лишь на основаніи изслѣдованія, но зато безъ всякаго затрудненія.

Леченіе можетъ принести нѣкоторую пользу лишь въ свѣжихъ случаяхъ. Состоитъ оно въ пользованіи карлсбадскими или франценсбадскими водами и въ раздраженіи матки. Послѣднее достигается посредствомъ внутриматочной фарадизаціи (см. ниже), часто повторяемаго зондированія матки съ оставленіемъ зонда на непродолжительное время, горячими влагаліщными душами (40° R.) и скарификаціями влагаліщной части. Скарификаціи производятся слѣдующимъ образомъ: обнаживъ, при помощи *Fergusson*'овскаго зеркала, влагаліщную часть матки, ланцетомъ на длинной ручкѣ дѣлаютъ небольшіе надрѣзы на слизистой оболочкѣ около наружнаго зѣва, избѣгая обѣихъ боковыхъ спазмъ, ибо на этихъ мѣстахъ, при существованіи разрывовъ шейки, могутъ проходить довольно крупныя артеріальныя вѣтви подъ самой слизистой оболочкой.

6. *Аменоррея вследствие чрезвычайно долгаго отсутствія менструаціи послѣ родовъ.* Послѣ продолжительнаго кормленія грудью мѣсячныя пропадаютъ иногда на довольно продолжительное время вследствие чрезмѣрнаго обратнаго развитія матки подъ вліяніемъ лактаціи (*atrophia ex lactatione*). Обыкновенно это состояніе соединяется съ малокровіемъ, которое на первыхъ порахъ и должно быть предметомъ леченія; впоследствии можно прибѣгнуть къ примѣненію уже упомянутыхъ выше мѣстныхъ раздражающихъ средствъ для вызыванія мѣсячныхъ; при этомъ, если бы больная продолжала еще кормить, то, понятно, немедленно нужно отнять ребенка отъ груди.

7. Наконецъ, аменоррея можетъ появиться во всякое время въ продолженіе всего періода половой зрѣлости въ видѣ *частичнаго явленія при другихъ болѣзняхъ*, которыя ведутъ къ малокровію, далѣе—подъ вліяніемъ психическаго волненія и болѣзней нервной системы (боязнь беременности или страстное желаніе этого; у помѣшанныхъ, заключенныхъ), подъ вліяніемъ перемѣны образа жизни, при новообразованіяхъ въ обоихъ яичникахъ, причѣмъ ткань послѣднихъ является совершенно разрушенною, наконецъ послѣ кастраціи.

5. *Позднее и скудное появленіе менструаціи (menstruatio tarda et parva).*

У нѣкоторыхъ женщинъ мѣсячныя появляются позже обыкновеннаго, иногда лишь на 20—22 году жизни, и продолжаются короткое время—всего нѣсколько часовъ или одинъ день, причѣмъ потеря крови бываетъ обыкновенно очень незначительна. Иногда при этомъ регулы сопровождаются сильными болями, или имъ предшествуютъ боли, которыя при появленіи крови исчезаютъ. Иногда, наконецъ, у больныхъ имѣетъ мѣсто „викарная менструація“,—въ видѣ кровотеченій изъ носа, рта, желудка,

глазного дна и пр. вмѣсто отсутствующаго маточнаго кровоточенія. Причина этихъ разстройствъ менструаціи лежитъ во врожденной малой величинѣ матки—*uterus infantilis*. Дѣтская матка отличается отъ нормально развитой дѣвственной матки лишь своими меньшими размѣрами. Ея стѣнки почти всегда тоньше нормальныхъ; влагалищная часть большею частью мала; высшія степени этой аномаліи трудно отличить отъ зародышевой матки,—и тогда онѣ вызываютъ полную аменоррею (см. выше). Способность къ дѣтороженію не уничтожена у такихъ женщинъ, хотя зачатіе наступаетъ иногда лишь много лѣтъ послѣ замужества, и то большею частью послѣ искусственнаго расширенія цервикальнаго канала посредствомъ зонда или послѣ разсѣченія (*discisio*) наружнаго зѣва. Роды протекаютъ медленно и при слабыхъ боляхъ; они могутъ, однако, оканчиваться и силами природы, если, конечно, при нихъ не встрѣтятся какихъ-нибудь осложненийъ. Послѣ родовъ матка сокращается иногда неудовлетворительно, такъ что могутъ появиться послѣродовыя атоническія кровотечения.

Обратное развитіе подобной матки послѣ родовъ требуетъ большаго времени, чѣмъ обыкновенно. Поэтому врачъ долженъ держаться на-стойжѣ, чтобы во-время предупредить вредныя послѣдствія неудовлетворительной обратной инволюціи полового аппарата.

Діагнозъ дѣтской матки ставится на основаніи данныхъ соединеннаго изслѣдованія. При антефлексированной дѣтской маткѣ шейка находится часто въ ретроверзіи, такъ что ее легко удастся ощупать, во всю длину, черезъ задній сводъ. Если въ такомъ случаѣ небольшое тѣло матки будетъ не замѣчено, а сопротивленіе, которое встрѣтитъ зондъ у внутренняго зѣва вслѣдствіе антефлексіи, особенно при изслѣдованіи безъ наркоза, будетъ неправильно истолковано, то легко можно поставить ошибочный діагнозъ,—распознать *retroversio uteri* и получить ложное представленіе о длинѣ полости матки.

Леченіе при *uterus infantilis* должно быть направлено противъ имѣющагося общаго страданія, особенно противъ хлороза.

У молодыхъ дѣвушекъ нужно воздержаться отъ всякаго мѣстнаго леченія, но зато слѣдуетъ посоветовать пациенткамъ, для улучшенія кровообращенія въ тазовыхъ органахъ, верховую ѣзду и другія тѣлесныя упражненія (греблю, плаваніе, гимнастику), далѣе—пребываніе въ горахъ или на взморьѣ и морскія купанья.

У женщинъ, жившихъ половую жизнью, во всѣхъ случаяхъ неправильныхъ и скудныхъ менструаціи можетъ быть показано мѣстное леченіе. Цѣль его—раздраженіемъ побудить матку къ дѣятельности. Въ качествѣ подобнаго рода раздраженій могутъ быть примѣнены: горячіе влагалищныя души ( $40^{\circ}$  R.)—одинъ или два раза ежедневно; горячія сидячія (песочныя) ванны; введеніе зонда въ полость матки съ промежутками въ 5—8 дней; внутриматочное примѣненіе фарадизаціи. Для послѣдней можетъ вполне служить обыкновенный индуктивный аппаратъ. Отрицательный полюсъ соединяютъ со свинцовой или цинковой, обтянутой ко-

жею, пластинкой, величиною въ ладонь, пропитываютъ ее соевымъ растворомъ и кладутъ на животъ ниже пупка. Положительный полюсъ соединяютъ съ электродомъ въ видѣ зонда изъ аппарата *Apostoli* (см. стр. 113). Электродъ этотъ состоитъ изъ алюминіеваго прута, толщиной и формой напоминающаго обыкновенный маточный зондъ. Прутъ вставленъ въ особую рукоятку и снабженъ каучуковой гильзой, которая не покрывается лишь конецъ его, вводимый въ матку. Электродъ этотъ вводится такъ же, какъ и обыкновенный маточный зондъ, именно до дна матки; прутъ поэтому долженъ выдаваться изъ гильзы на 5—6 сант. Сеансы электризаціи продолжаются каждый разъ 5—6 минутъ и повторяются раза 2 въ недѣлю. Все леченіе занимаетъ по крайней мѣрѣ 8 недѣль, причемъ впослѣдствіи оно должно быть повторяемо.

*Dirner* совѣтуетъ при *uterus infantilis* примѣнять введеніе палочекъ ламинариі съ промежутками въ 2—4 недѣли, причемъ палочку каждый разъ слѣдуетъ оставлять лишь на 6—8—12 часовъ.

При склонности къ викарнымъ менструаціямъ можно посоветовать скарификацію влагалищной части за нѣсколько дней до ожидаемыхъ регулъ, чтобы этимъ по возможности предотвратить кровотеченія въ другихъ важныхъ органахъ.

#### 6. Чрезмѣрно обильная мѣсячная (*menorrhagia*).

При обильныхъ мѣсячныхъ могутъ быть повышенными какъ потеря крови, такъ и продолжительность менструаціи, или только одно изъ двухъ.

Обильныя регулы, особенно въ періодъ половой зрѣлости, вызываются обыкновенно какимъ-нибудь мѣстнымъ заболѣваніемъ матки или соседнихъ частей, — неудовлетворительнымъ обратнымъ развитіемъ ея послѣ выкидыша или родовъ, эндометритомъ, опухолями матки и придатковъ, воспаленіемъ околоматочной клетчатки и тазовой брюшины. Свѣдѣнія объ этомъ читатели могутъ найти въ соответствующихъ главахъ настоящей книги. Независимо отъ того, обильныя регулы встрѣчаются иногда при извѣстныхъ конституціональныхъ болѣзняхъ — при кровоточивости (*haemophilia*), психической подавленности, истеріи, бугорчаткѣ, тифѣ, нефритѣ, отравленіи свинцомъ или фосфоромъ, болотной лихорадкѣ, далѣе — во время пребыванія въ тропическихъ странахъ, при сидячемъ и роскошномъ образѣ жизни, наконецъ, при застояхъ въ венозной системѣ подъ вліяніемъ или плохо компенсированныхъ пороковъ сердца, или сдавливанія венъ таза опухолями.

Леченіе меноррагій въ подобныхъ случаяхъ совпадаетъ съ леченіемъ перечисленныхъ болѣзней. Чтобы уменьшить потери крови при регулахъ, можно, кромѣ того, назначить здѣсь *extr. fluid. Hydrastis canadensis* или *extr. secalis cornuti* (см. стр. 84) за три дня до и во время мѣсячныхъ <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Довольно хорошій эффектъ я видѣлъ въ подобныхъ случаяхъ и отъ стиптицина. Средство это надобно начинать принимать дня за 3 до начала регулъ, по 0,05

Рѣдко, но все же попадаются случаи, что совершенно молодыя дѣвушки, едва вступившія въ періодъ половой зрѣлости, страдаютъ сильными кровотечениями, появляющимися преимущественно во время регулъ, причемъ у нихъ не удается открыть никакого страданія ни со стороны сердца, ни со стороны легкихъ; равнымъ образомъ въ семьѣ больной не оказывается обыкновенно гемофиликовъ, а у самой больной въ другихъ отношеніяхъ не обнаруживается никакой кровоточивости. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ, бывшихъ подѣ моимъ наблюденіемъ, гдѣ первыя регулы пришли на 14-мъ году жизни, и притомъ сразу обильно, больная заболѣла, нѣсколько лѣтъ спустя, чахоткой; дѣвственная плева была нетронута, матка дѣвственной формы, окружающіе органы и придатки матки были здоровы; о нарушенной беременности у дѣвушекъ въ 14, 15 лѣтъ,—большію частью изъ лучшихъ слоевъ общества,—не можетъ быть и рѣчи... Для протекшенія такихъ меноррагій въ настоящее время не имѣется вполнѣ удовлетворительныхъ объясненій. Выскобленная слизистая оболочка матки представляетъ, въ подобныхъ случаяхъ, обычно лишь незначительныя измѣненія; тѣмъ не менѣе все же приходится искать причины кровотеченій именно въ ней. Выскабливаніе полости матки устраняетъ почти всегда кровотеченіе описаннаго вида — по крайней мѣрѣ на извѣстное время.

#### 7. Болѣзненные мѣсячныя (*dysmenorrhoea*).

Дисменоррея можетъ появиться въ видѣ частичнаго явленія при другихъ заболѣваніяхъ полового аппарата, напр., при воспаленіи придатковъ и тазовой брюшины, при ретрофлексіи и опухоляхъ матки и придатковъ, при метритѣ и эндометритѣ. Появленіе дисменорреи и теченіе ея въ такихъ случаяхъ тѣсно связано съ указанными заболѣваніями, и она почти всегда проходитъ съ излеченіемъ послѣднихъ. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, дисменоррея можетъ зависѣть и отъ истеріи, а также можетъ быть вызвана рефлекторнымъ путемъ со стороны носа.

Въ видѣ самостоятельнаго страданія — и тогда обычно въ связи съ безплодіемъ — встрѣчается дисменоррея на самомъ дѣлѣ только при врожденной малости матки (*uterus infantilis* меньшей степени), особенно если одновременно имѣется на-лицо и остроугольная аптефлексія. Поэтому дисменоррея и встрѣчается чаще въ связи со скудными, чѣмъ обильными регулами. Она можетъ при этомъ появиться съ наступленіемъ половой зрѣлости; во многихъ случаяхъ, однако, припадки ея обнаруживаются лишь послѣ замужества, когда, подѣ вліяніемъ половой жизни или гонорройнаго зараженія, разовьется катарръ съ набуханіемъ слизистой оболочки матки.

Леченіе причиннаго страданія одновременно вліяетъ и на дисменор-

раза 2 въ день, съ наступленіемъ кровей увеличивая число приѣмовъ вдвое. *Beuttner* въ послѣднее время очень хвалитъ при меноррагіяхъ саллицирънъ, въ количествѣ 1,0—3,0 pro die.



рею, почему я и отсылаю читателей по этому вопросу къ соответствующимъ главамъ книги.

Дисменоррея, вызванная остроугольной антефлексіей, устраняется иногда зондированіемъ цервикальнаго канала (см. стр. 41). Если этотъ способъ остается безъ успѣха, можно попробовать расширить цервикальный каналъ посредствомъ расширителя *Ellinger'a* или помощью ламинарин (см. стр. 30) <sup>1)</sup>.

При дисменорреѣ вслѣдствіе суженія наружнаго зѣва показуется дисцизия его, которая производится удобнѣе всего по способу *Sims'a*, видоизмѣненному *Gusserow'ымъ*. Передняя и задняя губа зѣва захватываются отдѣльно пулевыми щипцами, затѣмъ слѣва и справа ножницами разсѣкается боковая спайка приблизительно на  $\frac{1}{2}$ —1 сант. (такъ же, какъ въ первый моментъ операціи ампутаціи шейки). Разрѣзъ долженъ проходить какъ разъ сбоку и не заходить ни въ переднюю, ни въ заднюю губу. Вслѣдъ затѣмъ обшивають обѣ раны, соединяя слизистую оболочку цервикальнаго канала со слизистой оболочкой влагалищной части, при помощи 3 катгутовыхъ швовъ съ каждой стороны. Средній шовъ долженъ лежать какъ-разъ въ углу раны и накладывается первымъ. При наложеніи 2 остальныхъ швовъ выкалываютъ иглу въ серединѣ раны для того, чтобы при завязываніи швовъ отѣснить среднюю часть раны внутрь. Обѣ раны покрываются іодоформированной марлей, пулевые щипцы удаляются, и рукавъ тампонируется іодоформированной марлей же, которая оставляется на 24 часа. Послѣдующее леченіе состоитъ во влагалищныхъ спринцеваніяхъ, производимыхъ черезъ день. Въ случаѣ ранняго всасыванія катгута, нужно стараться предотвратить закрытіе ранъ посредствомъ смазыванія ихъ древеснымъ уксусомъ. Иногда бываетъ полезно предпринимать уже послѣ заживленія раны. При эндометритѣ присоединяють къ дисцизии еще выскабливаніе полости матки.

Понятно, что описанное леченіе дисменорреи имѣетъ смыслъ только въ томъ случаѣ, если путемъ изслѣдованія удалось съ увѣренностью исключить всякую другую причину для нея.

Если мѣстное леченіе дисменорреи почему либо не примѣнимо, — или потому, что больная дѣвица, или потому, что имѣется какая-нибудь отдаленная причина для дисменорройныхъ припадковъ, — то нужно прибѣгнуть къ симптоматическому леченію при помощи внутреннихъ средствъ. Иногда удается ослабить дисменорройныя боли назначеніемъ *kali hypermanganici* (0,3 ut fiant pill. № 60. S. По 2—3 пил. 3 раза въ день послѣ ѣды), или *extr. fluidi viburni prunifolii* (S. 3 раза въ день по чайной ложкѣ).

<sup>1)</sup> По мнѣнію *Defontaine'a*, дисменорройныя припадки у женщинъ весьма часто обуславливаются не стенозомъ цервикальнаго канала въ строгомъ смыслѣ, а контрактуру маточнаго сфинктера. Чтобы устранить ихъ въ подобныхъ случаяхъ, авторъ рекомендуетъ разсѣкать маточную шейку, заходя нѣсколько за внутренній зѣвъ, по передней стѣнкѣ и оставлять въ такомъ положеніи. Вслѣдствіи разрѣза этотъ можетъ быть зашитъ.

Оба эти средства нужно начинать принимать за 5 — 7 дней до регуль и продолжать до окончания ихъ. Antipyrin (0,5—1,0 pro dosi 1—2 раза въ день) даетъ тоже хорошіе результаты при боляхъ въ началѣ и во время регуль <sup>1)</sup>).

### 8. Перепончатая дисменоррея (*dysmenorrhoea membranacea*).

Перепончатая дисменоррея характеризуется тѣмъ, что у больныхъ, во время регуль, при жестокихъ боляхъ выдѣляется перепонка, по наружному виду представляющая собой иногда какъ будто слѣпокъ съ полости матки.

Съ успѣхами гинекологической діагностики случаи *dysmenorrhoea membranacea* сдѣлались значительно рѣже. Прежде за нее въ большинствѣ случаевъ принимали, вѣроятно, отхождение отпадающей оболочки послѣ выкидыша или при вѣматочной беременности. Впрочемъ, и въ новѣйшей литературѣ встрѣчаются описанія случаевъ, гдѣ указывается, что у больныхъ при каждой менструаціи выдѣлялась перепонка, представлявшая по сравненію сходство съ слизистой оболочкой матки. Въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ причину даннаго страданія авторы видятъ въ заболѣваніи эндометрія (*Wyder, v. Franque*), которое оказывается очень упорнымъ и требующимъ большого терпѣнія, какъ со стороны больной, такъ и со стороны врача <sup>2)</sup>).

При леченіи перепончатой дисменорреи на первомъ планѣ нужно поставить выскабливаніе полости матки; въ остальномъ леченіе ея—то же, что и эндометрита (см. стр. 82).

## III. Безплодіе.

*Безплодіемъ* (sterilitas) называется неспособность къ оплодотворенію, которая можетъ быть или врожденною, или приобретенною.

*Врожденное безплодіе* можетъ быть обусловлено той же самой причиной, что и аменоррея; излечимость его въ этихъ случаяхъ зависитъ отъ того, устранима-ли причина или нѣтъ (см. главу объ аменорреѣ).

При порокахъ развитія внутреннихъ половыхъ органовъ съ необходимостью влагалища и при зародышевой маткѣ ни въ коемъ случаѣ нельзя надѣяться на излеченіе (абсолютное безплодіе); напротивъ, при закрытіи входа во влагалище предсказаніе можно назвать благопріятнымъ (см. стр. 156).

Къ врожденнымъ формамъ безплодія нужно, между прочимъ, отнести безплодіе при дѣтской маткѣ, находящейся въ остроугольной антефлексіи, которая почти всегда связана съ дисменорреей. Если дѣло касается дѣт-

<sup>1)</sup> Превосходнымъ средствомъ противъ дисменорреи я считаю стиптицины, въ дозѣ 0,05, 3—4 раза въ день.

<sup>2)</sup> По послѣднимъ изслѣдованіемъ *Kollmann'a*, перепончатая дисменоррея не имѣетъ ничего общаго ни съ беременностью и выкидышемъ, ни съ эндометритомъ. Выдѣляющаяся при ней перепонка суть продуктъ некроза, обусловленнаго кровоточеніемъ и выпотѣваніемъ въ ткань. Безплодія *d. membranacea*, по *K.* не обуславливаетъ и можетъ проходить сама собою.

скої матки невысокой степени (врожденная малая величина матки), то предсказаніе является благоприятнымъ, такъ какъ иногда достаточно однократнаго зондированія матки, чтобы устранить препятствіе къ зачатию. Въ подобныхъ случаяхъ супругамъ нужно совѣтовать совершить coitus вскорѣ (спустя нѣсколько часовъ) послѣ этого вмѣшательства.

Другія врожденныя аномаліи, вслѣдствіе которыхъ можетъ появиться безплодіе, суть удлинненіе шейки (*elongatio colli*) и суженіе наружнаго зѣва (*stenosis orificii externi*). Эти аномаліи встрѣчаются часто при врожденной малой величинѣ матки. Если шейка удлиннена, и каналъ ея сужень, то умѣстно расширеніе его посредствомъ ламинарій или расширителей *Ellinger'a*. При суженіи наружнаго зѣва показана дисцизія (см. стр. 162). Последняя операція рекомендуется также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется ослабленіе половой способности супруга, или гдѣ врачъ подозрѣваетъ это. При неспособности же супруга пробовали, по примѣру *Sims'a*, вводить ложечкой сперму въ цервикальный каналъ. Конечно, при этомъ нужно заранѣе убѣдиться въ томъ, что въ сѣмянной жидкости дѣйствительно имѣются жизнеспособныя сперматозоиды.

*Безплодіе вслѣдствіе вагинизма.* Такъ называемый вагинизмъ представляетъ собою далеко не рѣдкую причину безплодія у молодыхъ женщинъ изъ лучшихъ слоевъ общества. При этомъ заболѣваніи входъ во влагалище напряжень и очень чувствителенъ, такъ что женщина при легкомъ даже прикосновеніи вскрикиваетъ и отскакиваетъ; *immissio penis* является совершенно невозможнымъ. Вслѣдствіе тщетныхъ попытокъ мужа слизистая оболочка предверія влагалища гиперемирруется и въ концѣ концовъ доходитъ до воспаленія, которое, конечно, еще болѣе ухудшаетъ состояніе больной. Лечение состоитъ въ расширеніи входа во влагалище подъ наркозомъ посредствомъ трубчатыхъ зеркалъ; начинаютъ съ самаго малаго номера и кончаютъ номеромъ, который въ объемѣ приблизительно соотвѣтствуетъ толщинѣ *penis'a* въ состояніи эрекціи; послѣднее зеркало остается во влагалищѣ  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  часа; пока оно лежитъ, пробуждаютъ больную изъ наркоза. Послѣ операціи вводятъ зеркало ежедневно въ теченіе 2—3 недѣль, оставляя его въ рукавѣ каждый разъ на  $\frac{1}{2}$  часа. Лечение этого не слѣдуетъ прекращать слишкомъ рано, ибо въ такомъ случаѣ, изъ страха передъ болями, у больной при первой попыткѣ къ совокупленію можетъ наступить возвратъ болѣзни, который заставитъ опять начинать лечение снова.

Иногда боли при вагинизмѣ зависятъ отъ гимена, который въ такихъ случаяхъ оказывается обыкновенно цѣлымъ или лишь немного надорваннымъ и мясистымъ. Лучше всего въ подобныхъ случаяхъ удалить гимень. Эту малую операцію нужно производить подъ наркозомъ. Гимень отрѣзается у самаго своего основанія, послѣ чего рана зашивается катгутомъ. Въ качествѣ послѣдовательнаго леченія необходимо вышеописанное систематическое расширеніе *introitus vaginae* посредствомъ зеркаль. Къ нему, однако, можно приступать лишь послѣ заживленія

раны, и притомъ у очень чувствительныхъ особъ лучше первое введеніе зеркала произвести подъ наркозомъ.

*Приобрѣтеннымъ бесплодіемъ* мы называемъ такое, которое обусловлено какимъ-нибудь новообразованіемъ или заболѣваніемъ полового аппарата. Смотри по болѣзни, бесплодіе можетъ появиться или съ самаго начала ея, или позже, послѣ рожденія одного или нѣсколькихъ дѣтей. Далѣе, смотря по характеру и излечимости страданія, бесплодіе можетъ быть временнымъ или постояннымъ. Въ этой формѣ бесплодіе присоединяется почти къ каждому заболѣванію женскаго полового аппарата (см. соотвѣтственныя главы).

Самая частая причина приобретеннаго бесплодія это—гонорройное зараженіе, скрытая гоноррея. По статистикѣ *Simpson'a*, *Spencer-Wells'a*, *Sims'a* и *Duncan'a*, приблизительно 12,34% всѣхъ браковъ бесплодны; изъ нихъ въ 71,3% бесплодіе обуславливается гонорреей (*Glünder*), т. е. каждый 11-й—12-й изъ всѣхъ заключенныхъ браковъ бесплоденъ вслѣдствіе зараженія триппернымъ ядомъ (*Glünder*, Берлинская диссер. 1893 г.).

Подъ вліяніемъ триппернаго яда заболѣваетъ слизистая оболочка матки и трубъ, вслѣдствіе чего она дѣлается негодной какъ для передвиженія яйца и сѣмени, такъ и для развитія оплодотворенныхъ яицъ. Далѣе, какъ только перелойная зараза попадетъ черезъ *ostium abdominale* трубъ въ брюшную полость, она немедленно вызываетъ воспаленіе тазовой брюшины, которое ведетъ къ сращенію между собой трубныхъ бахромокъ (*fimbriae*) и къ склеиванію маточныхъ придатковъ съ задней пластинкой широкой связки и дномъ Дугласова кармана. Благодаря этому и многочисленнымъ ложнымъ перепонкамъ въ тазу, передвиженіе яйца дѣлается невозможнымъ. Если степень зараженія была невелика, то больная слизистая оболочка можетъ вполнѣ вернуться къ нормѣ,— конечно, если вполнѣ не будутъ внесены новыя болѣзненные начала въ половые органы; далѣе, спаянныя бахромки могутъ разойтись на какомъ-нибудь мѣстѣ и такимъ образомъ дать свободный проходъ яйцу, вслѣдствіе чего можетъ не только наступить зачатіе, но и ребенокъ можетъ быть доношенъ до конца беременности. При далеко зашедшемъ заболѣваніи, гдѣ гонококки уже проникли въ глубокіе слои слизистой оболочки и успѣли выдѣраться въ яичники и брюшные концы трубъ (*ampulla tubae*), а брюшинныя сращения отличаются обширностью, надежда на восстановленіе способности къ оплодотворенію крайне ничтожна; если въ подобныхъ случаяхъ и наступаетъ зачатіе, — дѣло оканчивается большею частью выкидышемъ. Кромѣ того, пельвеоперитонитъ ведетъ въ концѣ концовъ къ хроническому воспаленію яичника и стѣнокъ трубъ, которое нарушаетъ естественныя функціи этихъ частей, такъ что если даже вполнѣ и удалось высвободить изъ сращеній маточныя придатки,—это останется безрезультатнымъ въ смыслѣ возможности зачатія.

Чаще всего гонорройное заболѣваніе женщины вызывается тѣмъ обстоятельствомъ, что мужъ преподноситъ ей, при началѣ брачной жизни, запущенный или плохо вылеченный трипперъ—*goutte militaire*. Со свѣжимъ трипперомъ, который влечетъ за собой самыя печальныя послѣдствія для несчастной жены, вступаютъ въ бракъ гораздо рѣже, — это случается лишь тогда, когда супругъ лишень всякаго чувства порядочности.

И такъ, самой дѣйствительной терапіей пріобрѣтеннаго безплодія слѣдуетъ считать предупрежденіе гонорройнаго зараженія. Въ этомъ направленіи еще почти ничего не сдѣлано, потому что это—вопросъ не столько врачебный, сколько социальный и эстетическій. До дальнѣйшей разработки этого вопроса врачъ долженъ ограничиться тѣмъ, что будетъ настоятельно обращать вниманіе своихъ паціентовъ на опасность, которую представляетъ запущенная гоноррея для семейной жизни, и настаивать на основательномъ излеченіи всякаго триппера до вступленія больного въ бракъ. Если зараженіе супруги уже наступило, то *coitus* долженъ быть воспрещенъ до выздоровленія мужа, для того, чтобы предупредить новое внесеніе возбудителей болѣзни во внутренніе половые органы жены.

При залеченномъ слабомъ процессѣ у жены и послѣ излеченія гонорреи у мужа,—въ случаѣ, если, несмотря на это, не будетъ зачатія, можно прибѣгнуть къ оперативнымъ вмѣшательствамъ (дисцизія, расширение), которыя описаны при леченіи врожденнаго безплодія. Въ научномъ отношеніи было бы правильнѣе въ такихъ случаяхъ не предпринимать никакихъ вмѣшательствъ у жены до тѣхъ поръ, пока не будетъ установлена производительная способность мужа. Но обычно не такъ легко бываетъ уговорить супруговъ на тщательное изслѣдованіе такого рода, и часто они обижаются на врача за подобное предложеніе. Вообще, гдѣ дѣло касается безплодія на гонорройной почвѣ, врачъ долженъ быть очень остороженъ въ своихъ мнѣніяхъ и предложеніяхъ. Одно неосторожное слово можетъ повести къ постоянному семейному разладу между супругами. Во всякомъ случаѣ говорить о подобныхъ вещахъ можно только съ мужемъ, да и тутъ можно натворить бѣды, особенно въ теперешнее время, когда мы живемъ подъ знаменемъ женской эманципаціи, и молодыя дамы часто позволяютъ себѣ пользоваться жизнью въ сторонѣ отъ семейнаго очага. Слишкомъ откровенное объясненіе можетъ сразу открыть глаза ничего не подозрѣвающему супругу, освѣтить ему какой-нибудь нежелательный эпизодъ изъ прошлаго жены, въ которой онъ, быть можетъ, видѣлъ раньше идеаль настоящей женственности, и такимъ образомъ навсегда разрушить его супружеское счастье. И такъ, въ этомъ отношеніи для врача лучше подчинить свои научныя стремленія потребностямъ практической жизни. Пусть врачъ свои открытія оставитъ при себѣ, пусть онъ поменьше спрашиваетъ и спокойно предпринимаетъ тѣ небольшія вмѣшательства у жены, которыя нужны, тѣмъ болѣе, что послѣднія, при надлежащемъ соблюденіи антисептическихъ мѣропріятій, совершенно безопасны, и тѣмъ

болѣе, что больная въ подобныхъ случаяхъ уже знаетъ, что именно она должна быть предметомъ леченія.

Другая форма приобретеннаго безплодія это—*неспособность донативанія плода до конца беременности*. У такихъ женщинъ зачатіе наступаетъ, но онѣ носятъ плодъ только до 2-го—3-го, а иногда до 6-го—7-го мѣсяца, такъ что, несмотря на многочисленныя беременности, онѣ не рожаютъ ни одного жизнеспособнаго ребенка. Для этого рода безплодія самую частую причину является сифилисъ не только матери, но, и гораздо чаще,—отца. Обычно здѣсь имѣетъ мѣсто ослабленный скрытый сифилисъ. Леченіе состоитъ въ томъ, что оба супруга сначала должны продѣлать курсъ ртутныхъ втираній, а затѣмъ лечиться іодистымъ калиемъ. На время леченія возможность забеременѣть должна быть исключена. По устраненіи сифилиса, въ подобныхъ случаяхъ, бываетъ иногда, что рождаются жизнеспособныя дѣти.

Если беременность кончается выкидышемъ на 2-мъ или 3-мъ мѣсяцѣ, то, кромѣ сифилиса, виною этого могутъ быть—пельвеоперитонитъ (гонорройный), эндометритъ и метритъ, ретрофлексія или опухоль матки. Предсказаніе зависитъ отъ причины прерыванія беременности. Относительно леченія смотр. соотв. главы этой книги.

#### IV. Болѣзни широкихъ связокъ, околоматочной клѣтчатки и тазовой брюшины.

##### 1. *Анатомія.*

Широкія связки (*ligamenta lata uteri*) образуютъ съ каждой стороны матки двойную складку брюшины, между обоими листками которой проходятъ сосуды и нервы внутреннихъ половыхъ органовъ (см. рис. 5 и 7).

Передній листокъ широкой связки достигаетъ своего мѣста прикрѣпленія у тазового дна гораздо раньше, чѣмъ задній; поэтому онъ и ниже задняго листка.

Положеніе широкой связки находится въ зависимости отъ положенія тѣла матки,—по крайней мѣрѣ настолько, насколько это позволяетъ боковое прикрѣпленіе связки у тазовой стѣнки. Если тѣло матки лежитъ горизонтально, то и средній отдѣлъ широкой связки принимаетъ также это положеніе. При остроугольной антефлексіи задняя пластинка *lig. lat.* смотритъ вверхъ, *resp.* вверхъ и впередъ, между тѣмъ какъ передняя—внизъ, *resp.* внизъ и кзади. Между обоими листками широкой связки находятся, кромѣ нервовъ и сосудовъ, еще соединительная ткань и гладкія мышечныя волокна; послѣднія представляютъ непосредственное продолженіе верхняго мышечнаго слоя тѣла матки, переходятъ на пузырь и влагалище и доходятъ мѣстами до боковой стѣнки таза. Пучки этихъ волоконъ входятъ въ составъ маточно-крестцовыхъ (*lig. sacro - uterinum*), круглыхъ (*lig. teres*) и собственныхъ яичниковыхъ связокъ (*lig. ovarii proprium*).

Крестцово-маточная связка или прямокишечно-маточная мышца (*m.*

recto-uterinus) выходитъ, съ каждой стороны, изъ задней стѣнки шейки и пробѣгаетъ въ видѣ кругловатаго сплюсненнаго тяжа въ складкѣ брюшины, ограничивающей снаружи Дугласовъ карманъ, по направленію къ задней стѣнкѣ таза, гдѣ ея волокна теряются въ клѣтчаткѣ, окружающей прямую кишку (рис. 7); иногда пучки этихъ волоконъ доходятъ до 2-го или 3-го крестцоваго позвонка или даже до мыса. Дѣйствіе крестцово-маточной связки заключается, какъ это принято думать, въ оттягиваніи шейки кзади. Связки эти, особенно снаружи, окружены клѣтчаткой, которая представляетъ собою непосредственное продолженіе тазовой клѣтчатки и образуетъ т. наз. задній параметрій (*parametrium posterius*).

Круглая связка матки генетически тождественна съ маточной связкой первичной почки (*gubernaculum Hunteri*); она проходитъ съ каждой стороны въ широкой связкѣ, въ видѣ сплюсненнаго жгута, въ карандашъ толщиною (рис. 7), который отходитъ отъ тѣла матки подъ и немного впереди мѣста отхожденія трубы, идетъ черезъ паховой каналъ и теряется въ клѣтчаткѣ лобка и большихъ губъ.

Соединительная ткань широкой связки развита слабѣ всего въ верхнемъ ея отдѣлѣ, — въ брыжейкѣ трубы (*mesosalpinx*), почему эта часть *fig. lat* и обладаетъ значительною подвижностью; въ основаніи же широкой связки клѣтчатки больше, она богаче жиромъ и переходитъ непосредственно въ жировую клѣтчатку, которая выстилаетъ повсюду тазовую стѣнку и тазовое дно, находясь между тазовой фасціей и брюшиной, въ такъ называемомъ *sacum pelvis subperitoneale (Luschka)*.

Тазовая клѣтчатка простирается до промежутка между шейкой матки и дномъ пузыря, окружаетъ послѣдній тонкимъ слоемъ и переходитъ непосредственно въ клѣтчатку, лежащую подъ брюшиной. Отсюда легко понятно, что выпоть въ тазовую клѣтчатку можетъ распространиться подбрюшинно на переднюю и заднюю стѣнку таза и выйти, наконецъ, вдоль по большимъ сосудамъ, изъ полости таза.

Въ томъ мѣстѣ, гдѣ проходятъ большіе сосуды матки и гдѣ они перекрещиваются съ мочеточниками, снаружи отъ маточной шейки, — тазовая клѣтчатка пронизана плотными, туго натянутыми волокнами, которыя окружаютъ мочеточники, сплетаясь съ корнями венъ въ войлокообразную ткань. Эти волокна происходятъ изъ тазовой фасціи, представляя собой составную часть и отростки *fasciae endopelvinæ* (рис. 53 и 54). Послѣдняя анатомически содержится слѣдующимъ образомъ: тазовая фасція продолжается въ видѣ *fascia diaphragmatis pelvis superior* непосредственно на верхнюю поверхность *musc. levatoris ani* съ тѣмъ, чтобы въ передней половинѣ полости таза перейти затѣмъ на верхнюю поверхность *trigonon (diaphragma) urogenitale* и потомъ на пузырь и рукавъ, а въ задней половинѣ полости таза — на прямую кишку. Нѣсколько ниже мѣста прикрѣпленія *m. levator. ani* къ *m. obturator internus* отъ *f. pelvis* (точнѣе — отъ *f. diaphragmatis pelvis superior*) и отходитъ *fascia endopelvina* (3 на рис. 53) дугообразнымъ утолщеніемъ (*arcus tendineus fasciae pel-*

vis—5 на рис. 53). Отсюда она простирается, на некоторомъ протяже-  
нии, на органы, проходящiе черезъ тазовое дно, въ дѣйстви-  
тельно выигры-  
ваетъ на прочности.

Не нужно себѣ представлять *fasciam endopelvicam* въ видѣ одного отдѣльнаго горизонтальнаго листка. Начиная отъ *arcus tendineus* и вплоть до мѣста перехода *fasciae pelvis* (*diaphragma sup.*) на *trigonon urogenitale* и рукавъ, отъ тазовой фасции непрерывно отходятъ соединительнотканнныя пучки къ тазовымъ внутренностямъ, — больше всего въ верхнемъ отдѣлѣ этого пространства, т. е. тамъ, гдѣ проходятъ большiя вены, мочеточники, нервныя сплетенiя и лимфатическiе сосуды. Этотъ верхнiй, сильнѣе развитой, находящiйся въ тѣсной связи особенно съ венами слой *fasciae endopelvicae* и есть тотъ именно, который на рис. 53 и 54 изображенъ въ видѣ горизонтальнаго, въ дѣйствительности болѣе широкаго листка и который *Kocks'*омъ и др. авторами обозначается названiемъ *ligamentum cardinale* (тоже—звѣздообразное образованiе *Freund'a*).

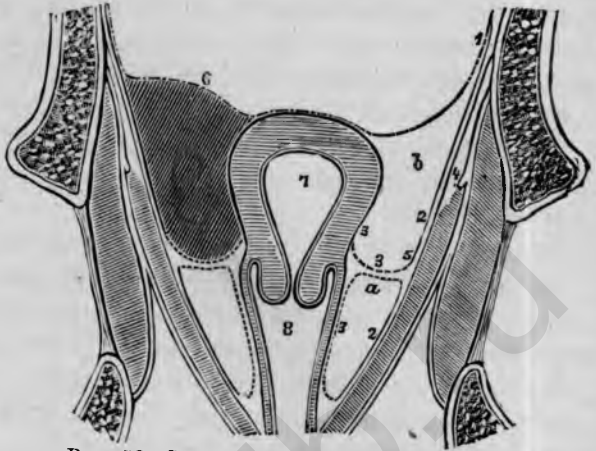


Рис. 53. Схематическiй фронтальный разрѣзъ черезъ женскiй тазъ (справа, поверхъ *fasciae endopelvicinae*, параметрической эксудатъ). 1. *Fascia diaphragmatica pelvis* (superior). 2. 2. *Fascia diaphragmatica pelvis* (superior). 3. 3. *Fascia endopelvicina* (красная линия). 4. *Arcus tendineus m. levatoris ani* (пространство, гдѣ стоитъ цифра 4, въ дѣйствительности не существуетъ; *fascia pelvis*, наглядности ради, приподнята съ подлежащей тканi). 5. *Arcus tendineus fasciae pelvis*. 6. *Peritoneum*. 7. *Uterus*. 8. *Vagina*. b. *Ligamentum latum sinistrum* (пространство, обозначенное буквою a, заполнено у живой жировой кѣтчаткой, нервами и сосудами и въ дѣйствительности не зянетъ такъ, какъ здѣсь изображено; a и b образуютъ вмѣстѣ *Cavum subperitoneale* (*Luschka*).

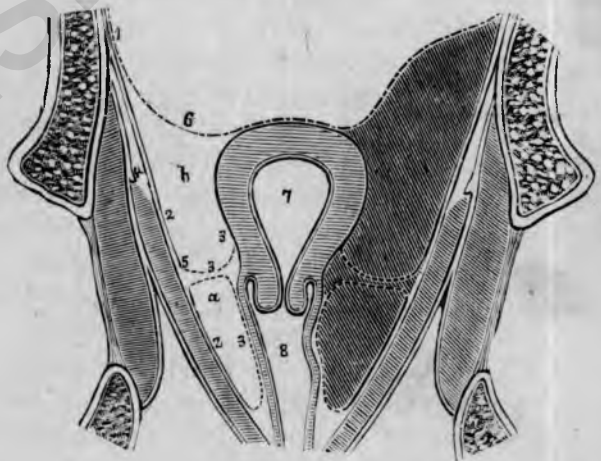


Рис. 54. Схематическiй фронтальный разрѣзъ черезъ женскiй тазъ (слѣва изображенъ параметрической эксудатъ, прорвавшiйся черезъ *fasciam endopelvicina*). Значенiе цифръ и буквъ—то же, что и на рис. 53.

Миновавъ параметриц, *fascia endopelvicina* покрываетъ шейку матки,



рукавъ, прямую кишку и дно мочевого пузыря. При этомъ на передней и задней поверхности шейки фасція эта доходить до мѣста перегиба брюшины, чтобы затѣмъ вмѣстѣ съ послѣдней перейти на мочевой пузырь resp. на прямую кишку. Лишь нѣсколько фасціальныхъ отростковъ остаются въ непосредственной близости съ маткой; отростки эти постепенно сходятъ на нѣтъ нѣсколько выше мѣста перегиба брюшины. О значеніи *fasciae endoperivinae* въ качествѣ топографическаго указателя сказано уже было выше при описаніи операціи полного удаленія матки (см. стр. 134).

## 2. *Haematoma ligamenti latii*.

Кровь, излившаяся въ широкую связку, прокладываетъ себѣ путь въ рыхлой клѣтчаткѣ ея и разъединяетъ оба ея листка. Большія кровоизліянія могутъ распространяться вверхъ до большого таза, спереди—до пузыря, сзади—до прямой кишки. Они, однако, встрѣчаются рѣдко—лишь при поврежденіяхъ во время родовъ. У небеременныхъ же женщинъ, благодаря сопротивленію со стороны тканей, кровотеченіе въ широкія связки скоро останавливается, почему гематома *lig. latii* и бываетъ рѣдко по величинѣ больше яблока или апельсина.

Кровоизліяніе рѣдко имѣетъ свое мѣсто въ основаніи широкой связки, благодаря тому, что здѣсь связка состоитъ изъ плотной, напряженной ткани.

Обычною причиною кровоизліянія въ *lig. latum* является разрывъ одной изъ многочисленныхъ венъ связки во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ. Такой же разрывъ можетъ произойти и подъ вліяніемъ травмы (неожиданный прыжокъ, внезапное напряженіе при греблѣ, велосипедная ѣзда), особенно если тазовые органы отличаются, какъ это бываетъ при недостаточномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ или выкидыша, вкорѣ послѣ и до регулъ или во время послѣднихъ. Наконецъ, гематома можетъ образоваться вслѣдствіе разрыва кровяной опухоли трубы (*haematosalpinx*) съ изліяніемъ ея содержимаго въ широкую связку (см. главу о внѣматочной беременности).

Кровяная опухоль широкой связки представляетъ собой не частое заболѣваніе. Главнымъ симптомомъ, указывающимъ на ея образованіе, служитъ внезапная боль, послѣ припадка которой соединенное изслѣдованіе обнаруживаетъ сбоку матки плотную опухоль, переходящую, повидимому, въ матку и доходящую до самаго дна ея. За исключеніемъ очень большихъ кровоизліяній, опухоль всегда можно отграничить отъ тазовой стѣнки спереди и сзади, но не сбоку. Такъ какъ кровь лишь рѣдко прокладываетъ себѣ путь въ плотную ткань основанія широкой связки, то нижняя граница опухоли прощупывается со стороны влагалища въ видѣ выпуклой поверхности. Большія кровоизліянія могутъ, распространяясь, доходить до тазовой стѣнки и по направленію къ влагалищу быть вогнутыми, указывая этимъ, что кровь прорвала *fasciam endoperivinae* и пропитала ткань, находящуюся между влагалищемъ и тазовой стѣнкой.

Діагнозъ разбираемаго заболѣванія ставится на основаніи данныхъ изслѣдованія и анамнеза. Въ пользу гѣматомы говорятъ—внезапное появленіе опухоли, указаніе на предшествовавшую травму и отсутствіе у больной лихорадки. Одни только данныя изслѣдованія могутъ говорить и въ пользу параметрита. При неясномъ анамнезѣ дифференціальныи діагнозъ возможенъ, въ этомъ случаѣ, лишь при помощи пробной пункции.

Прогнозъ въ общемъ благоприятенъ, такъ какъ кровь постепенно всасывается и, наконецъ, наступаетъ полное выздоровленіе.

Леченіе состоитъ въ покойномъ пребываніи въ постели въ теченіе 3—4 недѣль. Если врачъ будетъ позванъ вскорѣ послѣ образованія гѣматомы, то долженъ назначить пузырь со льдомъ на животъ, дабы остановить кровотеченіе. Впослѣдствіи умѣстны согрѣвающие компрессы. Если всасываніе замедляется, то большую пользу приноситъ послѣдующее леченіе въ Франценсбадѣ, Мариенбадѣ или Крейцнахѣ. Если средства больной не позволяютъ отправиться на воды, то послѣднія могутъ быть замѣнены сидячими ваннами съ прибавленіемъ соотвѣтствующихъ солей.

### 3. Воспаленіе околوماتочной клетчатки (*parametritis, cellulitis pelvica*).

Воспаленіе тазовой клетчатки проявляется въ тѣхъ же самыхъ формахъ и вызывается тѣми же самыми причинами, что и воспаленіе клетчатки вообще. Для этого нужно, чтобы возбудители инфекціи попали въ ткань широкой связки извнѣ, черезъ рану, или чтобы гной проникъ въ связку изъ сосѣднихъ органовъ. Послѣднее встрѣчается при скопленіи гноя въ трубѣ (*pyosalpinx*) или при абсцессѣ, если они вскрыются въ *lig. latum*.

По теченію и развитію нужно различать двѣ формы параметрита: острую и хроническую.

**Острый параметритъ.** Воротами для входа возбудителей инфекціи при остромъ параметритѣ служатъ обычно тѣ надрывы на шейкѣ матки и въ верхнемъ отдѣлѣ влагалища, которые образуются почти при каждомъ родахъ и при каждомъ выкидышѣ, особенно если они вызываются искусственно, затѣмъ—мѣсто прикрѣпленія послѣда <sup>1)</sup>. До введенія антисептики часто приходилось видѣть параметриты у родильницъ даже послѣ небольшихъ операцій на шейкѣ матки.

Дальнѣйшее распространеніе инфекціоннаго начала происходитъ частью по лимфатическимъ сосудамъ, частью по венамъ, по которымъ разложившіеся тромбы изъ мѣста прикрѣпленія послѣда разносятся дальше, вызывая флегмону. Въ болѣе легкихъ случаяхъ все можетъ окончиться однимъ воспаленіемъ венъ (*phlebitis*) внутри широкой связки; затѣмъ инфекціонныя начала погибаютъ, тромбы организуются, воспаленіе стѣнокъ венъ проходитъ и разстройства общаго состоянія родильницы (*resp.* оперированной) исчезаютъ раньше, чѣмъ будетъ открыта настоящая причина заболѣванія. Иногда лишь впослѣдствіи приходится узнать причину не-

<sup>1)</sup> По изслѣдованіямъ послѣдняго времени, видную роль въ этиологіи параметрита слѣдуетъ приписать также аппендициту.

продолжительной лихорадки, бывшей у больной,—когда, нѣсколько дней спустя, появится тромбозъ бедренныхъ артерій (*phlegmasia alba dolens*), указывающій, что заболѣваніе венъ приняло болѣе обширное распространеніе, чѣмъ можно было бы предположить по тѣмъ незначительнымъ расстройствамъ въ общемъ состояніи, которыя имѣлись въ данномъ случаѣ.

Когда возбудители болѣзни проникнуть въ ткань широкой связки, то сначала здѣсь образуется отекъ, который постепенно пропитываетъ ткань связки и разъединяетъ оба ея листка. Въ это время, при изслѣдованіи, сбоку отъ матки прощупывается тѣстоватая припухлость, а нѣсколько времени спустя, когда ткань *Fig. laté* вездѣ будетъ пропитана отечною жидкостью,—эластичная опухоль, простирающаяся отъ бокового края матки до тазовой стѣнки. Опухоль эта можетъ достигать величины гусиного яйца или апельсина, благодаря чему ее удается прощупать и надъ Пупартовой связкой, или же она можетъ принять форму болѣе или менѣе плосковатого утолщенія. Отъ задней тазовой стѣнки обычно ее удается ясно отграничить, у передней же стѣнки граница ея обыкновенно бываетъ не такъ рѣзко выражена. Въ этой стадіи заболѣваніе можетъ остановиться, причемъ лихорадка, державшаяся до того времени, исчезаетъ, пульсъ дѣлается опять спокойнымъ, и опухоль постепенно уменьшается, пока окончательно не исчезнетъ.

Нерѣдко, однако, болѣзнь идетъ дальше. Объективныя данныя изслѣдованія при этомъ вначалѣ остаются такими же, при дальнѣйшемъ же распространеніи эксудата онѣ въ очень скоромъ времени измѣняются. Брюшина отодвигается все дальше и дальше отъ тазового дна и стѣнокъ, вслѣдствіе чего границы опухоли въ значительной мѣрѣ расширяются: теперь она, въ видѣ твердой, плотной припухлости, заходитъ за шейку матки и примыкаетъ, расширяясь, сзади, снаружи и спереди къ тазовой стѣнкѣ; въ то же время объемъ самой опухоли успѣваетъ увеличиться настолько, что ея верхнюю границу можно прослѣдить на 3—4 поперечные пальца,—а то и больше,—надъ Пупартовой связкой до самой стѣнки таза. *Fascia endopelvina*, которая въ болѣе легкихъ случаяхъ параметрита представляетъ препятствіе къ дальнѣйшему распространенію эксудата внизъ и которая заставляетъ опухоль принять со стороны рукава нѣсколько выпуклую форму (рис. 53), прорывается, и выпотъ распространяется по клѣтчаткѣ, лежащей между стѣнкой влагалища и *m. levator ani*, благодаря чему разлитая опухоль представляется теперь вогнутой со стороны влагалища (рис. 54), а матка—оттѣсненной болѣе или менѣе въ противоположную сторону.

Въ большинствѣ случаевъ параметритъ бываетъ одностороннимъ; большіе эксудаты, однако, могутъ распространиться позади шейки и въ клѣтчатку противоположной стороны. Въ такихъ случаяхъ матка является какъ будто замурованной въ эксудативныя массы, подобно тому, какъ это бываетъ при двустороннемъ параметритѣ. Только задняя поверхность тѣла матки остается при этомъ настолько свободной, благодаря глубо-

кому положенію здѣсь мѣста перегиба брюшины, что наружной рукой удается проникнуть вглубь за матку; это представляет собою важный отличительный признак параметрита отъ выпотѣванія жидкости въ полость брюшины.

Влагалищная часть матки можетъ при этомъ совершенно исчезнуть; вмѣсто нея прощупывается лишь наружный зѣвъ, въ видѣ довольно глубокой ямки, высоко вверху, обыкновенно вблизи боковой или передней стѣнки таза.

Иногда параметритическій эксудатъ образуется въ клѣтчаткѣ между дномъ Дугласова кармана и заднимъ сводомъ влагалища, — въ заднемъ параметріи, между тѣмъ какъ боковые параметріи остаются свободными (т. наз. *parametritis posterior*). Эксудаты здѣсь всегда бываютъ небольшихъ размѣровъ. Задняя стѣнка тѣла матки остается свободной отъ выпота. При изслѣдованіи прощупывается позади шейки матки плоская или шарообразная опухоль, величиной рѣдко превосходящая яблоко; она выпячиваетъ нѣсколько задній сводъ влагалища и доходитъ до задней стѣнки таза, постепенно теряясь въ обѣ стороны.

И въ этой стадіи болѣзни можетъ остановиться, не дойдя до образования абсцесса. Эксудатъ при этомъ постепенно, хотя и очень медленно всасывается, такъ что еще долгое время спустя можно бываетъ прощупать плоскія утолщенія и мозоли въ окружности матки. Чаше, однако, въ это время къ отеку присоединяется мелкоклѣтчаточная инфильтрація ткани, жировая клѣтчатка расплывается и возникаетъ *гнойный параметритъ* или абсцессъ тазовой клѣтчатки.

Гной можетъ себѣ прокладывать путь по всѣмъ направленіямъ. Анатомическія условія позволяютъ ему прорваться и во влагалище, и въ прямую кишку, и въ мочевой пузырь. Иногда онъ спускается по ягодичнымъ или бедреннымъ сосудамъ. Чаше, однако, всего онъ прокладываетъ себѣ путь впередъ и вскрывается надъ Пувартовой связкой. *Cullingworth* видѣлъ изъ 22 случаевъ гнойнаго параметрита такое вскрытіе гноя въ 18. Чѣмъ скорѣе гной прорвется наружу, тѣмъ лучше предсказаніе; поэтому послѣдній путь является самымъ благопріятнымъ. Если нарывъ обнаружить наклонность распространяться по направленію книзу или кзади, то разрушеніе бываетъ болѣе обширное, и проходитъ больше времени, прежде чѣмъ появится флюктуация, и прежде чѣмъ нарывъ прорвется. Самое опорожненіе гноя въ этомъ случаѣ бываетъ не такое полное, развѣ только если нарывъ вскрыется во влагалище.

Параметритическій гной имѣетъ обыкновенно отвратительный запахъ, какъ и гной изъ всякихъ нарывовъ, находящихся вблизи кишки.

Нагноеніе параметритическаго эксудата даетъ о себѣ знать тѣмъ, что лихорадка у больной не прекращается, а пульсъ остается ускореннымъ. Больныя рѣдко жалуются на боли, по крайней мѣрѣ вначалѣ; напротивъ, при давленіи на окружность матки онѣ испытываютъ сильную боль. Характернымъ симптомомъ, которому *Cullingworth* справедливо придаетъ

особое значеніе, является прогрессирующее исхуданіе, которое, какъ и при всякой изнуряющей лихорадкѣ (*febris hectica*), очень быстро достигаетъ ужасающихъ размѣровъ; больная при этомъ дѣлается очень блѣдной, слабой, апатичной, иногда же, напротивъ, очень раздражительной; кожа у нея представляется горячей, сухой и слущивается съ поверхности. Кромѣ того, такія больныя страдаютъ обычно отсутствіемъ аппетита, запорами, рѣдко поносами.

*Флегмона тазовой кльтчатки.* Какъ частичное явленіе при піэмии, появляется иногда параметритъ въ видѣ флегмоны тазовой кльтчатки. Отекъ съ послѣдующимъ омертвѣніемъ кльтчатки распространяется очень быстро: уже спустя нѣсколько дней кожа надъ и подъ Пупартовой связкой обычно краснѣетъ; помощью разрѣза при этомъ можно опорожнить лишь нѣсколько капель гноя, хотя введенный въ разрѣзъ палецъ и проникаетъ въ полость, выполненную омертвѣвшей тканью. Изъ этой полости постоянно выдѣляются омертвѣвшіе, грязно-черные, очень вонючіе обрывки тканей до тѣхъ поръ, пока, спустя короткое время, не наступитъ смерть больной.

Не всегда, однако, при разлитомъ флегмонозномъ параметритѣ дѣло доходитъ до гангрены; иногда припухлость остается вездѣ твердой, не обнаруживая нигдѣ наклонности къ флюктуации; при пробной пункціи совершенно не удается получить гноя. При послѣсмертномъ вскрытіи оказывается, въ такихъ случаяхъ, что вся тазовая кльтчатка пронизана многочисленными небольшими гнойниками; вены содержатъ распадающіеся тромбы, лимфатическіе же сосуды переполнены гноемъ. Въ разныхъ органахъ попадаются метастазы. Больныя при этой формѣ лежатъ до крайности слабыми, въ высокой лихорадкѣ, съ малымъ скорымъ пульсомъ, въ забытіи,—однимъ словомъ, представляютъ весь симптомокомплексъ тяжелаго гнойнаго зараженія.

*Предсказаніе при гнойномъ параметритѣ* почти всегда благоприятно въ томъ случаѣ, если можно дойти до скопленія гноя и опорожнить его. По наблюденіямъ *Cullingworth'a*, которыя я считаю вѣрными, флюктуация появляется въ параметритическомъ абсцессѣ въ среднемъ на 7—12 недѣль болѣзни. Самое раннее появленіе, которое наблюдалъ *Cullingworth*, было на 4-й, самое позднее—на 14-й недѣль. Послѣ опорожненія гноя больныя обыкновенно поправляются очень быстро, причемъ у нихъ можетъ даже наступить полное выздоровленіе. Иногда же у нихъ остается нѣкоторое утолщеніе въ области широкой связки, которое современемъ исчезаетъ и которое нисколько ни вліяетъ ни на общее состояніе пациентки, ни на производительную ея способность.

Если полнаго опорожненія гноя не произошло, какъ это особенно бываетъ при гнойникахъ съ неправильною полостью, изрытою многочисленными бухтами, то параметритъ сильно затягивается и требуетъ повторнаго опорожненія скопляющагося гноя. Впослѣдствіи послѣ него остаются плотныя мозоли въ тазовой кльтчаткѣ, которыя исчезаютъ лишь спустя много лѣтъ.

Во многихъ подобныхъ случаяхъ дѣло заключается не въ простомъ параметритѣ, а во вскрывшемся скопленіи гноя въ трубѣ (*pyosalpinx*).

*Предсказаніе при острой флегмонѣ тазовой клетчаткѣ*, встречающейся, къ счастью, въ общемъ рѣдко, абсолютно неблагоприятно, въ виду того, что она появляется лишь въ самыхъ тяжелыхъ формахъ піэмии, протекающихъ со смертельнымъ исходомъ.

*Діагнозъ острой параметрита* ставится лишь при помощи объективнаго изслѣдованія, ибо на основаніи однихъ только общихъ симптомовъ никоимъ образомъ нельзя придти къ заключенію относительно мѣстоположенія заболѣванія, по крайней мѣрѣ въ свѣжихъ случаяхъ; только анамнезъ можетъ дать нѣкоторую точку опоры въ виду того, что параметритъ представляетъ собой болѣзнь по преимуществу пuerperального періода. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя доказать связь заболѣванія съ родами, выкидышемъ или операціей, тамъ имѣются обыкновенно слѣды предшествовавшей гонорреи, и тогда можно возникновеніе параметрита отнести насчетъ вскрытія pyosalpinx'a въ широкую связку. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ анамнезъ не даетъ никакихъ указаній относительно начала заболѣванія; изъ этого можно, съ извѣстною степенью вѣроятности, заключить, что въ основѣ болѣзни лежитъ какой-либо фактъ, о которомъ больная не желаетъ сообщить врачу. При такихъ обстоятельствахъ слѣдуетъ оставить все попытки узнать этиологическіе моменты, которые въ сущности для врача и не интересны, а ограничиться одними данными изслѣдованія.

Если абсцессъ околоматочной клетчаткѣ уже вскрылся наружу, то для діагноза параметрита имѣютъ рѣшающее значеніе указанія больной на то, что у нея кровь съ гноемъ сразу излилась, въ большемъ количествѣ, въ прямую кишку, влагалище, или, — что бываетъ рѣже, — вытекла съ мочей. Правда, и pyosalpinxъ вскрывается иногда въ прямую кишку, влагалище или въ пузырь. По моему мнѣнію, однако, было бы крайностью думать, что упомянутыя мѣста вскрытія гноя свойственны лишь pyosalpinx'у, какъ для параметритическихъ абсцессовъ — брюшная стѣнка въ области выше Пупартовой связки.

Въ первые дни своего возникновенія параметритъ вызываетъ лихорадку, но не даетъ никакихъ объективныхъ явленій; они появляются лишь тогда, — въ видѣ припухлости, прощупываемой возлѣ матки, — когда уже оба листка широкой связки будутъ разведены отечною тканью.

*Дифференціальный діагнозъ.* Объясненіе данныхъ изслѣдованія при параметритѣ, изложенныхъ выше, не можетъ представлять никакихъ трудностей. Припухлость, находящаяся снаружи отъ матки, простирающаяся отъ этого органа до стѣнки таза, имѣющая вогнутую поверхность со стороны влагалища, не можетъ представлять собою ничего другого, какъ эксудатъ въ тазовой клетчаткѣ. Конечно, одновременно съ этимъ послѣднимъ въ связкѣ можетъ существовать и какое-либо новообразование, но, по крайней мѣрѣ, само по себѣ, взятое въ отдѣльности, оно никогда не дастъ подобной картины. Если же припухлость, опредѣляемая около матки, имѣетъ выпуклую къ влагалищу поверхность, если она нѣсколько

сбъживается по направленію къ стѣнкѣ таза и не представляетъ рѣзкой границы со стороны послѣдней, то въ этомъ случаѣ выступаютъ двѣ возможности: или эта припухлость представляетъ собою эксудатъ, находящійся надъ fascia endopelvina, или опухоль вмѣстѣ съ эксудатомъ. Изъ опухолей, съ которыми слѣдуетъ при этомъ считаться, нужно отмѣтить, во-первыхъ, фиброму шейки матки, развившуюся межесвязочно. Въ пользу ея діагноза говорятъ обыкновенно: увеличенная бугристая матка, безлихорадочное теченіе болѣзни и независимость даннаго заболѣванія отъ выкидыша, родовъ, операціи или гонорройнаго зараженія. Иногда, впрочемъ, дифференціальный діагнозъ можно бываетъ, въ этомъ случаѣ, поставить на основаніи результатовъ пробной пункции. Второе заболѣваніе, которое слѣдуетъ имѣть въ виду при диагностикѣ параметрита, — это pyosalpinx, вскрывшійся въ широкую связку или вызвавшій воспаленіе ея клѣтчатки. Предшествовавшая гоноррея и заболѣваніе придатковъ другой стороны — говорятъ въ пользу pyosalpinxa. Пробная пункция въ обоихъ случаяхъ даетъ гной, такъ что поставить окончательный діагнозъ между гнойнымъ параметритомъ и пиосальпинксомъ иногда бываетъ совершенно невозможно. Впрочемъ, съ точки зрѣнія чисто-практической смѣшеніе обоихъ этихъ заболѣваній не имѣетъ большого значенія, ибо гнойная мѣшеччатая опухоль трубы раздвигаетъ оба листка широкой связки и помѣщается внутри нихъ, — лежитъ, слѣдовательно, совершенно внѣбрюшинно, такъ что при вскрытіи ея со стороны влагалища, какъ и при вскрытіи параметритическаго абсцесса, цѣлость полости брюшины одинаково не нарушается.

О другихъ опухоляхъ, при распознаваніи параметрита, едва-ли можетъ быть рѣчь, даже и о фибромѣ, развившейся не межесвязочно. Naematoma широкой связки даетъ совершенно одинаковую объективную картину съ эксудатомъ, но тутъ рѣшаетъ діагнозъ пробная пункция.

Параметритическій эксудатъ въ заднемъ отдѣлѣ околоматочной клѣтчатки выпячиваетъ задній сводъ влагалища и можетъ быть смѣшанъ съ брюшиннымъ скопленіемъ свободной жидкости въ Дугласовомъ карманѣ. Рѣшающимъ моментомъ для распознаванія здѣсь является то обстоятельство, что эксудатъ въ заднемъ параметриіи лишь рѣдко достигаетъ большихъ размѣровъ и поэтому оставляетъ свободной заднюю поверхность тѣла матки; если при этомъ матка находится въ положеніи anteversio-flexio, то при изслѣдованіи можно легко продвинуть наружную руку глубоко за матку и захватить между обѣими руками ея тѣло. Этимъ и опредѣляется, что эксудатъ лежитъ внѣбрюшинно, ибо скопленіе жидкости въ Дугласовомъ карманѣ всегда имѣетъ значительно больший объемъ и почти всегда заходитъ за дно матки, — обстоятельство, которое дѣлаетъ невозможнымъ введеніе наружной руки изслѣдователя за матку<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> По наблюденіямъ Bodon'a, надежнымъ средствомъ для отличительнаго распознаванія параметрита отъ периметрита является изслѣдованіе брюшныхъ рефлексовъ: обширный клиническій опытъ убѣдилъ автора, что, между тѣмъ какъ параметритъ на рефлексы эти совершенно не вліяетъ, при периметритѣ и тазовомъ перитонитѣ они или совершенно отсутствуютъ, или являются сильно ослабленными.

*Лечение* острого параметрита различно, смотря по стадіи болѣзни, въ которой больная попадаетъ въ наше пользованіе.

Если случай еще свѣжъ, то нужно назначить покойное пребываніе въ постели и пузырь со льдомъ <sup>1)</sup> на ту сторону живота, которая болѣзненна при давленіи, т. е. гдѣ предполагается образованіе эксудата. Если нагноенія не появится, то нужно замѣнить ледь согрѣвающимъ компрессомъ, какъ только больная перестанетъ лихорадить. Впослѣдствіи, если бы наступило замедленіе всасыванія эксудата, умѣстными являются горячіе влагалитичныя души, два раза въ день, или грязевыя и разсольныя ванны. Если матеріальныя условія не позволяютъ такого рода больнымъ путешествіе въ Брейснахъ, Франценсбадъ, Мариенбадъ, Мюнстеръ и др. мѣста, то замѣнить послѣднихъ нужно прибѣгнуть къ сидячимъ ваннамъ съ примѣсью соответствующихъ солей. Нѣкоторые рекомендуютъ въ подобныхъ случаяхъ также тампоны, пропитанные глицериномъ съ примѣсью 20 % ихтиола или іода, которые вкладываются во влагалитище ежедневно или нѣсколько разъ въ недѣлю.

Если лихорадка у больной не спадаетъ, а эксудатъ распространяется все дальше, то нужно продолжать леченіе льдомъ. Чѣмъ выше и чѣмъ продолжительнѣе лихорадка, тѣмъ вѣроятнѣе наличность нагноенія эксудата. По мѣрѣ надобности, желудокъ больныхъ (острый параметритъ обычно сопровождается запорами) очищается ежедневнымъ назначеніемъ слабительнаго (вечеромъ) съ послѣдующей клизмой (утромъ). Упадокъ силъ и исхуданіе нужно предупреждать назначеніемъ питательной, легко варимой смѣшанной пищи, въ такомъ количествѣ, чтобы больная могла переварить ее. Наконецъ, хорошему самочувствію больныхъ въ значительной степени способствуютъ ежедневныя обтиранія всего тѣла.

Какъ только у больной обнаружится флюктуація, нужно выпустить гной. Первымъ признакомъ флюктуація служитъ то, что уплотненіе, до тѣхъ поръ равномерно твердое, дѣлается на ограниченномъ мѣстѣ мягкимъ. Согласно сказанному выше, этотъ первый признакъ образованія абсцесса появляется чаще всего въ области нѣсколько выше Пупартовой связки. Открыть мягкое мѣсто удастся лучше всего, если скользить ладонью по опухоли, слегка надавливая на нее. Въ другихъ случаяхъ абсцессъ назрѣваетъ въ сторонѣ влагалитища,—тогда флюктуація опредѣляется обыкновенно въ заднемъ сводѣ, притомъ немного кнаружи.

---

Здѣсь замѣтимъ кстати, что среди брюшныхъ рефлексовъ различаютъ: верхній—въ области 8-го и 9-го межреберныхъ нервовъ, средній и нижній—въ области 10, 11 и 12 нервовъ. В. Г.

<sup>1)</sup> Кромѣ льда, при остромъ параметритѣ, въ начальной его стадіи, необходимымъ средствомъ является опія, который даютъ или *per os*, или *per rectum*. Благоприятный эффектъ опія при данной болѣзни нѣкоторые авторы (*Streit*) объясняютъ бактеріцидными его свойствами. Въ слѣдующемъ стадіи острого параметрита, когда боли уже исчезли, а <sup>10</sup> еще повышена, *Kugelmann* рекомендуетъ давать растворъ *ac. phosphoricæ* 10:300, черезъ 2 ч. по столовой ложкѣ. При образованіи плотнаго эксудата тотъ же авторъ на первый планъ ставитъ примѣненіе іодистаго калия 4:60, 2—3 раза въ день по столовой ложкѣ. В. Г.



Гдѣ опредѣляется флюктуація при параметритѣ, тамъ и нужно вскрыть нарывъ по всѣмъ правиламъ хирургіи. Для этого послѣ разсѣченія ножомъ брюшныхъ покрововъ или слизистой оболочки влагалища, лучше всего, по совѣту *Roser'a*, ввести въ полость нарыва тупой корнцангъ; если теперь раскрыть его, то тотчасъ потечетъ гной. Если при разсѣченіи брюшныхъ покрововъ будетъ поранена какая-нибудь артерія, то ее нужно обязательно обколотъ иглой. При употребленіи корнцанга нѣтъ нужды бояться артеріальнаго кровоточенія изъ глубины абсцесса.

Если случай параметрита попадетъ въ руки врача спустя болѣе продолжительное время, когда уже успѣлъ образоваться значительный экссудатъ, то врачъ первымъ дѣломъ долженъ установить, существуетъ-ли гной, или его нѣтъ. При отсутствіи флюктуаціи, этотъ вопросъ лучше всего рѣшается при помощи пункции.

Если желаютъ вскрыть абсцессъ до появленія флюктуаціи, на основаніи результатовъ пробной пункции, то нужно вести разрѣзъ со стороны рукава, ибо отсюда нѣтъ опасности вскрыть брюшную полость, даже и въ томъ случаѣ, если, вслѣдствіе ошибки въ діагнозѣ, вмѣсто экссудата будетъ вскрытъ *pyosalpinx*<sup>1)</sup>. Разрѣзъ нужно дѣлать въ заднемъ свѣжѣ рукава, ибо если провести его сбоку шейки, то придется вводить корнцангъ между большими венами и возлѣ самаго мочеточника для того, чтобы достигъ находящагося въ глубинѣ гнойника.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желаютъ вскрыть глубоко сидящій параметритическій абсцессъ сверху (со стороны брюшныхъ покрововъ), нужно поступать очень осторожно, ибо, пока брюшина будетъ недостаточно отслоена отъ передней стѣнки таза, при этомъ легко можно вскрыть брюшную полость. Между тѣмъ проникновеніе гноя изъ свѣжаго параметритическаго абсцесса въ полость брюшины равнозначуще вѣрной смерти больной. Глубоко сидящій абсцессъ долженъ поэтому быть вскрываемъ сверху тѣмъ же путемъ, какимъ производится перевязка *art. iliacaе*.

Послѣ опорожненія абсцесса,—все равно, какимъ-бы путемъ это ни было сдѣлано, нужно дренировать гнойную полость и позаботиться о свободномъ стогѣ для гноя; если же послѣдній застаивается, то полость нужно промыть черезъ маточный катетеръ съ двойнымъ токомъ. При обширномъ разрушеніи проходитъ иногда очень много времени, пока абсцессъ заживетъ. Иногда приходится, при вскрытіи гнойника, дѣлать противотверстія въ тѣхъ мѣстахъ (см. выше), куда спускается гной. Въ нѣкоторыхъ изъ подобныхъ случаевъ у больныхъ еще много лѣтъ остаются въ тазу мозоли и утолщенія. Иногда же у нихъ, время отъ времени, вскрываются новые абсцессы во влагалище, прямую кишку или мочевою пузырь. Въ этихъ случаяхъ нерѣдко болѣзнь заключается не въ простомъ параметритическомъ экссудатѣ, а въ *pyosalpinx*ѣ или нагноившейся опухоли, почему здѣсь и долженъ выступить на очередь вопросъ,

<sup>1)</sup> По повѣншимъ даннымъ, разрѣзъ со стороны рукава является лучшимъ лечебнымъ средствомъ и при *pyosalpinx*ѣ.

не лучше ли радикально удалить остатки опухоли или *pyosalpinx*'а путем чревосъечения.

*Cullingworth* совершенно правильно обращает внимание врачей на то, что въ случаяхъ разлитого параметрита, при которомъ больная, дабы умѣрить боли, изо дня въ день лежитъ съ притянутыми къ животу бедрами, слѣдуетъ, во избѣжаніе развитія анкилоза въ колѣнныхъ суставахъ, вытягивать ей нижнія конечности раза по 2 въ день.

При флегмонѣ тазовой кѣтчатки септическое зараженіе обыкновенно настолько тяжело, и болѣзнь протекаетъ такъ быстро, что не можетъ быть и рѣчи о мѣстномъ леченіи.

Чтобы дать гною лучшій стокъ, при гнойномъ параметритѣ было предложено и неоднократно производилось полное удаленіе матки. Какъ объясняли себѣ поклонники этого способа леченія дѣйствіе данной операціи,—является, однако, несомнѣнъ понятнымъ. Если бы матка свободно вдавалась въ полость нарыва, какъ пробка вдается въ наполненную бутылку, тогда, конечно, ея удаленіе дѣйствительно обезпечило бы свободный стокъ гною; но, съ одной стороны, и разрѣзъ возлѣ матки долженъ произвести совершенно то же самое дѣйствіе, представляя собой несравненно меньшее вмѣшательство; а съ другой—представленіе, что при гнойной инфильтраціи ткани безъ образованія выраженного абсцесса (крайне рѣдкій случай параметрита) съ удаленіемъ матки долженъ образоваться каналъ для стока, при помощи котораго можно осушить тазовую кѣтчатку, является *de facto* совершенно невѣрнымъ: вѣдь, при операціи широкая связка вдоль края матки закрывается, будь это швомъ, или зажимами, и рана заживаетъ, а экссудатъ остается безъ измѣненія. Полное удаленіе матки не можетъ представить никакого преимущества, котораго нельзя бы было достигнуть путемъ простаго разрѣза, ни при внутробрюшинныхъ (крайне рѣдкихъ), ни при внѣобрюшинныхъ нагноеніяхъ, а потому оно теперь повсюду примѣняется все рѣже и рѣже. Впрочемъ, и раньше этотъ методъ, въ виду отсутствія въ немъ всякой анатомической и физиологической основы, имѣлъ очень небольшое число приверженцевъ.

*Хроническій параметритъ*, который представляетъ собою отечную припухлость и соединительнотканное утолщеніе тазовой кѣтчатки, можетъ развиваться изъ остраго параметрита, а также быть спутникомъ воспаления тазовой брюшины, сальпингита, параметритическихъ абсцессовъ и нѣкоторыхъ опухолей. Какъ на важные этиологическіе моменты, особенно для развитія хроническаго воспаления околоматочной кѣтчатки подъ Дугласовымъ карманомъ (*parametritis posterior*), *Schultze* указываетъ еще на продолжительные запоры, половыя излишества и на роды, слѣдующіе быстро другъ за другомъ.

Зачастую и послѣ исчезновенія причиннаго страданія остаются еще въ теченіе многихъ лѣтъ тяжи, мозоли и утолщенія, какъ слѣды хроническаго параметрита. Вслѣдствіе рубцоваго сморщиванія этихъ остатковъ послѣдняго матка можетъ быть притянута въ ту или другую сто-

рону (*lateropositio uteri*). Иногда къ сморщиванію присоединяется еще атрофія не только уплотнившейся тазовой кльтчатки, но и всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ (*parametritis atrophicans Freund'a*).

Глубоко проникающіе разрывы шейки, простирающіеся часто въ самую околоматочную кльтчатку, образуютъ впоследствии здѣсь также рубцы, значеніе которыхъ въ развитіи наклоненій матки въ сторону уже описано выше.

Та форма хроническаго параметрита, которая чаще всего появляется въ видѣ самостоятельнаго заболѣванія, есть такъ называемый задній параметритъ (*parametritis post.*). Крупная заслуга *B. S. Schultze* состоитъ въ томъ, что онъ изучилъ сущность и значеніе этой болѣзни. Объ этиологіи ея уже сказано нами выше; она можетъ появляться и у молодыхъ, нерожавшихъ женщинъ, съ совершенно здоровымъ половымъ приборомъ, какъ слѣдствіе хроническихъ запоровъ. Главнымъ болѣзненнымъ припадкомъ при заднемъ параметритѣ являются боли въ крестцѣ, которыя появляются во всякое время, подчасъ даже при *coitus'ѣ*, затѣмъ передъ и во время менструаціи. При изслѣдованіи больныхъ, давленіе верхушкой пальца на задній сводъ влагалища вызываетъ рѣзкую боль; при этомъ прощупываются обыкновенно обѣ маточно-крестцовыя связки въ видѣ отдѣльныхъ напряженныхъ, болѣзненныхъ тяжей, толщиной въ бичевку, которые отходятъ отъ задней стѣнки шейки матки и идутъ къ задней стѣнкѣ таза. Матка можетъ находиться въ типической *anteversio-flexio*. Въ случаяхъ, въ которыхъ изслѣдованіе не открываетъ никакихъ другихъ болѣзненныхъ данныхъ, при указанныхъ объективныхъ явленіяхъ можно считать задній параметритъ гнѣздомъ болѣзни. Если при этомъ отдавливать пальцемъ влагалищную часть кпереди, то больныя тотчасъ начинаютъ жаловаться на боли. При послѣдующемъ сморщиваніи маточно-крестцовыхъ связокъ нижній отдѣлъ шейки начинаетъ все болѣе и болѣе притягиваться къ задней тазовой стѣнкѣ, влагалищная часть ея можетъ тогда, въ концѣ концовъ, смѣститься такъ далеко къзади, что при изслѣдованіи больной лишь съ трудомъ можно бываетъ достигнуть наружнаго маточнаго зѣва и пройти въ задній сводъ влагалища. Матка тогда находится въ рѣзко выраженной *anteversio*; иногда она бываетъ такъ сильно наклонена кпереди, что тѣло ея совершенно прилегаеть къ передней стѣнкѣ влагалища, а дно находится ниже влагалищной части (см. выше главу о наклоненіи матки впередъ).

Если мѣсто прикрѣпленія маточно-крестцовыхъ связокъ находится очень высоко на задней стѣнкѣ матки, то вся маточная шейка притягивается къ задней стѣнкѣ таза, между тѣмъ какъ тѣло остается въ антефлексіи; тогда передъ нами будетъ то положеніе, которое мы выше обозначили, какъ *retropositio uteri s. retroversio cum anteflexione*.

*Леченіе хроническаго параметрита* должно быть направлено, насколько это возможно, на причину заболѣванія; особенно при заднемъ

параметритъ необходимо устранить хроническій запоръ, что достигается цѣлесообразнымъ продолжительнымъ употребленіемъ *Saidschitz'*ской горькой воды или другихъ подобныхъ средствъ. Можно посоветовать также курсъ леченія въ Франценсбадѣ, Мариенбадѣ, Карлсбадѣ и Вилингѣ, если, конечно, это позволяютъ средства больныхъ <sup>1)</sup>.

Среди мѣстныхъ средствъ леченія хроническаго параметрита первое мѣсто занимаютъ горячіе влагалитные души; между прочимъ, при заднемъ параметритѣ послѣ примѣненія ихъ въ теченіе многихъ недѣль боли въ крестцѣ обыкновенно исчезаютъ. Нѣкоторые авторы получали хорошіе результаты также отъ тампоновъ съ 20 % растворомъ ихтиола въ глицеринѣ и отъ смазыванія задняго свода влагалитца іодной настойкой. Сидячія ванны вечеромъ, передъ тѣмъ какъ ложиться въ постель, приносятъ также большую пользу.

При осложненіи задняго параметрита метритомъ иногда приходится наблюдать быстрое исчезновеніе болей послѣ введенія *Braun'*овскаго кольца. Его благотворное дѣйствіе основано на томъ, что оно поддерживаетъ матку, благодаря чему устраняется натяженіе маточно-крестцовыхъ связокъ. *Braun'*овское (*Schatz'*евское) кольцо готовится изъ твердаго каучука, полое въ серединѣ, края его равномерно закруглены. Въ выборѣ величины нужно руководиться размѣрами влагалитца. Обыкновенно назначаемые номера имѣютъ 5 или 6 сант. въ поперечникѣ. Кольцо приходится носить отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ <sup>2)</sup>.

#### 4. Опухоли широкихъ связокъ.

Кисты широкихъ связокъ развиваются изъ остатковъ *Wolff'*ова тѣла, извѣстныхъ въ анатоміи подъ названіемъ *paragophoron'a* (*Waldeyer, Reck-*

<sup>1)</sup> У насъ въ Россіи для леченія хроническаго параметрита могутъ служить всѣ курорты, гдѣ имѣются приспособленія для грязелеченія. В. Г.

<sup>2)</sup> Помимо перечисленныхъ у *Nagel'*я средствъ, для леченія хроническаго параметрита предложено множество другихъ, одно перечисленіе которыхъ потребовало бы слишкомъ много мѣста. Остановлю поэтому вниманіе читателей лишь на главнѣйшихъ, болѣе дѣйствительныхъ и, въ то же время, болѣе доступныхъ для врача-практика. На первомъ планѣ среди этихъ средствъ слѣдуетъ поставить гинекологическій массажъ, который, по *Beutner'*у, лучше производить въ положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ. Очень хорошіе результаты при хроническомъ параметритѣ даетъ также систематическая тампонація рукава или коллонизація. Для послѣдней употребляются или ватные шарики, или марля,—или въ сухомъ видѣ, или смоченные въ глицеринѣ,—которыми и выполняется весь рукавъ; остаются они въ рукавѣ на 2—3 дня, послѣ чего замѣняются новыми,—и такъ все время, за исключеніемъ періода мѣсячныхъ. Далѣе, хорошіе результаты обѣщаетъ при данномъ заболѣваніи недавно введенное *Freund'*омъ леченіе тяжестью, которое состоитъ во введеніи въ рукавъ или мѣшка (резинового и т. п.), наполняемаго дробью, или кольпейринтера, наполненнаго ртутью. Большая при этомъ должна лучше находиться, по *Pincus'*у, въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ. На животѣ ей помѣщается также тяжесть въ видѣ мѣшковъ съ пескомъ. Къ числу заслуживающихъ вниманія методовъ леченія хроническаго параметрита надо отнести затѣмъ примѣненіе такихъ приборовъ, какъ термокольпейринтеръ *Mirita* (кольпейринтеръ, въ которомъ циркулируетъ горячая вода), соединяющій въ себѣ дѣйствіе горячихъ душей съ эффектомъ массажа. Наконецъ, упомяну о предложеніи *Гельмана* примѣнять лечебныя грязи *per vaginam*. По совѣту этого автора, грязь высушивается, превращается въ порошокъ и смѣшивается съ кипяткомъ въ густую, горячую (40—45° на поверхности и 60° въ серединѣ) массу, кусокъ которой и вводится въ рукавъ, завернутымъ въ марлю; на животѣ большой кладутся также горячія припарки изъ грязи.

*linghausen*) и будут описаны вмѣстѣ съ опухолями придатка яичника (*parovarium*).

Среди болѣе рѣдкихъ опухолей широкихъ связокъ нужно назвать міомы широкихъ связокъ, развивающіяся изъ мышечныхъ волоконъ *lig. lat.*, затѣмъ міомы круглыхъ связокъ и, наконецъ, эхинококкъ.

Относительно діагноза этихъ опухолей будетъ сказано при описаніи опухолей придатка яичника.

Тромбозированныя варикозныя вены не могутъ быть смѣшаны съ внутривязочными новообразованиями.

Внутривязочныя опухоли, происходящія изъ другихъ органовъ (мѣшеччатые опухоли трубы, фиброміомы матки) будутъ описаны въ соответствующихъ главахъ.

### 5. *Воспаленіе тазовой брюшины (Pelveo-peritonitis).*

Въ настоящее время намъ извѣстно, что одно пораненіе брюшины не въ состояніи вызвать ея воспаленія, если одновременно не будутъ внесены въ ея полость возбудители болѣзней. Прободеііе матки, будь то самопроизвольное во время родовъ, или произведенное зондомъ или ложечкой, протекаетъ безъ всякой реакціи, если въ маточной полости или на инструментѣ не было септического матеріала. Даже обширныя пораненія при трудныхъ чревосѣченіяхъ переносятся брюшиной вполне хорошо, если только руки оператора и всѣ операціонныя принадлежности были асептичны. Содержимое опухолей, даже гной, могутъ безъ вреда изливаться въ брюшину, если они только не содержатъ инфекціонныхъ началъ. Напротивъ, если въ указанныхъ случаяхъ въ соприкосновеніе съ брюшиной придутъ септическія вещества, то немедленно развивается разлитое воспаленіе ея, и, въ видѣ частичнаго явленія,—такое же заболѣваніе тазовой брюшины. Эта форма тазоваго перитонита протекаетъ такъ же, какъ и разлитой общій перитонитъ (см. ниже), почему здѣсь мы ея и не будемъ описывать.

Кромѣ прямого зараженія, тазовый перитонитъ развивается еще, во-первыхъ, вслѣдствіе зараженія извнѣ черезъ трубы, во-вторыхъ, послѣдовательно, какъ осложненіе другихъ заболѣваній.

1. *Тазовый перитонитъ вслѣдствіе зараженія черезъ трубы.*  
Слизистая оболочка трубъ представляетъ собою непосредственное продолженіе таковой же полости матки и переходитъ въ брюшину у наружнаго края бахромокъ трубы (*fimbriae*). Полость трубы находится въ непосредственномъ сообщеніи, съ одной стороны, съ полостью матки—черезъ маточное отверстіе (*orificium uteri*), съ другой стороны, съ полостью брюшины—черезъ брюшинное отверстіе (*orificium abdominale*). Что такое открытое сообщеніе съ внѣшней средой не представляетъ никакой постоянной опасности для брюшной полости, это зависитъ отъ того, что слизистая оболочка полового прибора обладаетъ бактерицидными свойствами, вслѣдствіе чего половой каналъ здоровой женщины, начиная

отъ внутренняго маточнаго зѣва, и находятъ обыкновенно свободнымъ отъ бактерій. Правда, заболѣванія слизистой оболочки ослабляютъ ея бактерицидные свойства, но не уничтожаютъ ихъ совсѣмъ, почему мы и встрѣчаемъ лишь относительно рѣдко зараженіе тазовой брюшины этимъ путемъ, даже при заболѣваніи трубъ. Только одинъ родъ зараженія представляетъ въ данномъ отношеніи исключеніе, это—гоноррея.

Септическія начала, попавшія въ брюшину черезъ трубы въ послѣ-родовомъ періодѣ, вызываютъ большею частью разлитое воспаленіе брюшины; лишь въ исключительныхъ случаяхъ и при особыхъ условіяхъ, которыя намъ пока еще неизвѣстны, воспалительный процессъ ограничивается однимъ только малымъ тазомъ, причемъ заболѣваніе проявляется обыкновенно въ видѣ эксудативнаго перитонита. Эксудатъ можетъ быть или серознымъ, или гнойнымъ, и скопляется въ *excavatio recto-uterina*, отдѣляя матку впереди. Отъ брюшной полости эксудатъ отграничивается спаянными между собой кишечными петлями.

Какъ при всѣхъ абсцессахъ, находящихся вблизи кишечника, гной въ этомъ случаѣ имѣетъ обыкновенно отвратительный запахъ подъ вліяніемъ диффузіи кишечныхъ газовъ. Эксудатъ можетъ и потомъ, спустя нѣкоторое время, вскрыться въ брюшную полость и вызвать тамъ разлитой перитонитъ.

Если при воспаленіи брюшины съ самаго начала образуются на многихъ мѣстахъ спайки, то эксудатъ не будетъ представлять одной общей массы, а будетъ раздѣленъ на нѣсколько отдѣловъ, которые современемъ болѣе или менѣе обособляются другъ отъ друга, такъ что въ концѣ концовъ кажется, что вся брюшная полость устлана множествомъ отдѣльныхъ абсцессовъ.

Гораздо чаще, чѣмъ *септическая* форма тазоваго перитонита, встрѣчается *гонорройная* его форма. Не только острая гоноррея имѣетъ наклонность поражать слизистую оболочку полового канала женщины, но и хроническая ея форма можетъ въ теченіе короткаго времени распространиться до самой тазовой брюшины. Зачастую приходится слышать отъ супруга, который прежде имѣлъ трипперъ и теперь желаетъ узнать, почему его жена бесплодна и страдаетъ болями внизу живота, особенно во время регуль, что у него при изслѣдованіи передъ бракомъ не было найдено гонококковъ и что даже „*goutte militaire*“ отсутствовала; тѣмъ не менѣе у жены его имѣются теперь явленія гонорройнаго воспаленія тазовой брюшины.

Гонорройный секретъ вызываетъ по соосѣдству съ брюшиннымъ отверстиемъ трубы гиперемію брюшины, къ которой вскорѣ присоединяется выпотъ лимфы, которая свертывается и ведетъ къ склейкѣ прилежащихъ другъ къ другу поверхностей брюшины. Въ виду того, что концы бахромъ лежатъ позади тѣла матки и иногда соприкасаются съ прямой кишкой, то перитонитъ вскорѣ распространяется на *excavatio recto-uterina*, на брюшинный покровъ трубы и широкой связки. При этомъ, благодаря

спайкамъ кишечныхъ петель и сальника, полость таза отдѣляется отъ остальной брюшной полости.

*Amphulla tubae* и брыжейка ея склеиваются съ яичникомъ и образуютъ одну общую массу, которая приростасть къ заднему листку широкой связки, въ околоматочной ямкѣ (*fovea parauterina*), или въ *excavatio recto-uterina*. Въ виду того, что яичникъ является окруженнымъ воспалительными продуктами, онъ претерпѣваетъ разныя тканевыя измѣненія, о которыхъ будетъ рѣчь при описаніи болѣзней яичника. Стѣнки трубы заболѣваютъ также,—отчасти подѣ влияніемъ перитонита, отчасти подѣ влияніемъ измѣненной внутри ихъ самихъ (см. главу о болѣзняхъ трубъ).

Бахромки склеиваются между собой и закрываютъ въ концѣ концовъ отверстіе трубы. Обыкновенно полное закрытіе отверстія трубы происходитъ, однако, лишь спустя нѣкоторое время, вначалѣ же секретъ свободно изливается въ брюшную полость, на что указываетъ распространеніе перитонита, ибо при немедленно наступающемъ закрытіи брюшного конца трубы перитонитъ ограничился бы ближайшею окружностью послѣдняго. Несомнѣнно случается иногда, что спайки между собой бахромки на какомъ-нибудь мѣстѣ опять раздѣляются, вслѣдствіе чего скопившійся въ трубѣ секретъ опять имѣетъ возможность излиться въ брюшную полость.

Выпотъ лимфатической жидкости при тазовомъ перитонитѣ, какъ уже было упомянуто, свертывается и покрываетъ воспаленную брюшину желтоватыми, студенистыми ложными перепонками. Изъ нихъ развиваются настоящія спайки, которыя подѣ влияніемъ движеній кишечныхъ петель мѣстами растягиваются настолько, что превращаются въ перепончатыя связки, идущія отъ одного органа къ другому. Современемъ онѣ дѣлаются настолько плотными, что ихъ едва удастся разорвать пальцемъ.

Въ карманахъ между спайками и перепонками скопляется зачастую серозная жидкость. Эти инкапсулированные отдѣльные серозные экссудаты могутъ имѣть видъ тонкостѣнныхъ кистъ (*hydrops peritonei saccatus*), оставаясь въ этомъ видѣ нѣкоторое время, пока наконецъ не всорутся. Напротивъ, гной между спайками встрѣчается лишь въ видѣ исключенія, и то только какъ остатокъ прежде бывшаго септического тазоваго перитонита. Равнымъ образомъ и описанные нѣкоторыми авторами тазовые абсцессы съ множественными гнойными полостями, которыя ведутъ, вслѣдствіе разрыва своихъ стѣнокъ, все къ новымъ и новымъ заболѣваніямъ и къ все дальше распространяющемуся зараженію брюшины, приходится встрѣчать гораздо рѣже, чѣмъ они диагностируются нѣкоторыми врачами.

Находящаяся подѣ брюшиной тазовая кѣлѣчатка при перитонитѣ въ концѣ концовъ также заболѣваетъ: она отеочно инфильтрируется, и внутри ея образуются воспалительныя утолщенія, которыя остаются еще въ теченіе многихъ лѣтъ послѣ излеченія перитонита, въ видѣ плотныхъ мозолей.

Относительно тазового перитонита при ретрофлексии матки сказано в главѣ объ этой послѣдней аномалии.

2. *Вторичныя формы воспаления тазовой брюшины* развиваются:

а) При воспаленіи тазовой кѣтчатки и стѣнокъ трубъ, путемъ перехода возбудителей болѣзней изъ подлежащей ткани на брюшинный покровъ ея.

б) При опухоляхъ. Какимъ образомъ развивается здѣсь перитонитъ,—еще неполнѣ выяснено, ибо одного простого соприкосновенія брюшинныхъ поверхностей недостаточно, чтобы произошло воспаленіе. Перитонитъ при опухоляхъ является обыкновенно ограниченнымъ и ведетъ къ образованію жгутообразныхъ или тесемчатыхъ ложныхъ перепонокъ между сосѣдними органами. При перекручиваніи ножки опухоли происходитъ, вслѣдствіе затрудненнаго оттока крови, застой въ ней съ послѣдующимъ отекомъ и гипереміей брюшиннаго ея покрова. Послѣ удаленія опухоли исчезаютъ также и явленія перитонита. Если же оперативная помощь не будетъ подана во - время, то опухоль омертвѣваетъ; въ ткань ея вѣдряются микроорганизмы со стороны кишечника и въ результатъ развивается гноевидное размягченіе опухоли съ исходомъ въ разлитой гнойный перитонитъ.

в) При haematocoele pelvis (см. главу о вѣматочной беременности). Если кровотеченіе неслишкомъ сильно, и если оно не повторяется больше, такъ что кровь не наполняетъ всей брюшной полости, то она скопляется въ Дугласовомъ карманѣ, свертывается тамъ и вызываетъ въ окружности слизивый перитонитъ. Склеенныя кишечныя петли и сальникъ образуютъ покровъ надъ кровью, обособляя ее отъ остальной брюшной полости.

д) При воспаленіи червеобразнаго отростка (appendicitis). Processus vermicularis отходитъ отъ дна слѣпой кишки и свисаетъ въ полость таза (*Hyrtl*). При правостороннемъ пельвеоперитонитѣ нужно всегда подумать о возможности распространенія воспаления со стороны этого отростка.

*Предсказаніе.* Воспаленіе тазовой брюшины оканчивается летально лишь въ тѣхъ очень рѣдкихъ случаяхъ (и то не всегда), гдѣ имѣетъ мѣсто изліяніе гнойнаго экссудата въ брюшную полость. Въ преобладающемъ же большинствѣ случаевъ разбираемая болѣзнь не угрожаетъ жизни. *Cullingworth* совершенно правильно замѣчаетъ, что слова *Treves'a*: „цѣль слизиваго воспаления брюшины (р. adhaesiva) — не разрушать жизнь, а спасать ее“—можно отнести и къ тазовому перитониту, ибо онъ отграничиваетъ больные участки отъ здоровыхъ и этимъ защищаетъ сосѣдніе органы. Въ области заболѣванія брюшина подъ влияніемъ воспаления дѣлается болѣе устойчивой противъ вѣдряющихся бактерій и этимъ спасаетъ организмъ отъ зараженія.

Несмотря на свою благодѣтельную цѣль—поправить вредъ, причи-



ненный видрениемъ микроорганизмовъ, тазовый перитонитъ отнюдь не представляетъ собою незначительнаго заболѣванія. Въ виду широкаго распространенія гонорреи во всѣхъ классахъ народонаселенія, это, прежде всего, очень частое страданіе. Далѣе, тазовый перитонитъ представляетъ собою заболѣваніе очень длительное и, вслѣдствіе постоянныхъ обостреній изъ-за пустячныхъ даже причинъ, очень мучительное. Впослѣдствіи гиперемія при немъ постепенно исчезаетъ, ложныя перепонки подвергаются организациі, серозныя выпоты всасываются, боли проходятъ, — тазовый перитонитъ излеченъ, однако оставивъ болѣе или менѣе обширныя измѣненія въ маломъ тазу, которыя при неблагоприятныхъ условіяхъ могутъ нарушать половыя функціи, не представляя собой никакой опасности для жизни. Въ болѣе легкихъ случаяхъ въ концѣ концовъ исчезаютъ совершенно и эти слѣды перитонита, при болѣе же обширномъ распространеніи болѣзни послѣ нея остаются на всю жизнь сращения, тяжи и тесмы; современемъ они нѣсколько растягиваются, благодаря чему органы пріобрѣтаютъ болѣе или менѣе свою прежнюю подвижность, однако совершенно устранить ихъ нельзя никакими средствами.

Благодаря многочисленнымъ сращениямъ и закрытію трубъ, передвиженіе яичка къ трубѣ и переходъ въ нее дѣлаются невозможными. Оттого больныя въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ тазоваго перитонита остаются обыкновенно безплодными; если иногда у нихъ и наступаетъ зачатіе, но беременность оканчивается болшею частью выкидышемъ, такъ какъ больная и замуравленная матка, стѣсненная въ своемъ свободномъ ростѣ, не въ состояніи доставить яйцу нужныя для его развитія условія жизни.

Впослѣдствіи, когда ложныя перепонки успѣютъ организовать, условія для передвиженія яйца дѣлаются болѣе благоприятными. Брюшной конецъ трубы можетъ сдѣлаться проходимымъ на какомъ нибудь мѣстѣ для яйца, такъ что въ этомъ случаѣ можетъ безпрепятственно наступить оплодотвореніе, конечно, если патологическія измѣненія въ трубѣ незначительны; а такъ какъ матка теперь меньше стѣснена въ своемъ ростѣ, то и беременность донашивается обыкновенно до конца. Подобные случаи прироста семейства, послѣ многолѣтней безплодной супружеской жизни, встрѣчаются далеко не рѣдко; поэтому никогда не слѣдуетъ больную съ тазовымъ перитонитомъ незначительной степени лишать всякой надежды на потомство.

*Диагнозъ* тазоваго перитонита ставится главнымъ образомъ на основаніи существованія болей. Боли, появляющіяся сами по себѣ или при прикосновеніи, при изслѣдованіи или при coitus'ѣ, должны немедленно направить наше вниманіе на воспаленіе, и именно брюшины, ибо воспаленіе тазовой клѣтчатки не вызываетъ, по крайней мѣрѣ вначалѣ, такихъ сильныхъ болей, даже и при изслѣдованіи. Если, далѣе, анамнезъ говоритъ, что заболѣваніе появилось въ послѣродовомъ періодѣ, если онъ указываетъ на предшествовавшую гоноррею, или если признаки послѣдней имѣются и въ данное время на-лицо, то діагнозъ воспаленія брюшины является уже очень вѣроятнымъ.

Кромѣ болей при ощупываніи, изслѣдованіе въ началѣ развитія тазоваго перитонита не даетъ никакихъ характерныхъ данныхъ; только при гнойной формѣ болѣзни выступаютъ на-лицо измѣненія, вызванныя эксудатомъ (см. ниже).

*Диагнозъ слипчиваго воспаленія тазовой брюшины (pelveo-peritonitis adhaesiva).* При слипчивомъ (гонорройномъ) тазовомъ перитонитѣ, впоследствии, когда уже будутъ сросшены между собой и съ тазовымъ дномъ яичникъ, брюшной конецъ трубы и смѣщенная или загнутая кзади матка, можно опредѣлить воспаленіе брюшины на основаніи этихъ измѣненій въ половомъ приборѣ. Трубы и яичники, спаянные въ одну общую массу, прощупываются съ каждой стороны по бокамъ матки или позади нея, на днѣ маточно-прямокишечнаго углубленія, въ видѣ мало подвижныхъ опухолей, величиною отъ грецкаго орѣха до куриного яйца. Положеніе этихъ опухолей зависитъ отъ степени напряженности связокъ яичника, особенно *lig. suspensorii ovarii*, и отъ положенія матки. Вслѣдствіе своеобразнаго соединенія брюшнаго конца трубы съ яичникомъ, оба эти органа совместно претерпѣваютъ измѣненія положенія, въ случаѣ, если одинъ изъ нихъ увеличится въ вѣсѣ подъ вліяніемъ заболѣванія. Чаще всего такимъ органомъ является труба, которая и смѣщается первую, погружаясь въ Дугласовъ карманъ. Это смѣщеніе ведетъ за собою растягиваніе связки, поддерживающей яичникъ, вслѣдствіе чего и онъ смѣщается на дно *excavationis recto-uterinae*. При болѣе значительномъ натяженіи указанныхъ связокъ, или если труба и яичникъ съ самаго начала были уже прирослены,—ихъ находятъ выше, въ *fovea para-uterina* или подъ входомъ въ тазъ на ихъ нормальномъ мѣстѣ. Загнутое кзади тѣло матки тянетъ яичникъ и трубу за собой кзади; поэтому при *retroflexio uteri fixata* находятъ придатки въ *excavatio recto-uterina*, возлѣ бокового края тѣла матки или позади него.

Величина опухоли, состоящей изъ сросшихся между собою придатковъ, зависитъ отъ тканевыхъ измѣненій, которыя претерпѣваютъ яичникъ и стѣнка трубы, и отъ растяженія послѣдней скопившимся внутри ея секретомъ.

Впоследствии, послѣ излеченія перитонита, изслѣдованіе не причиняетъ больше боли, однако смѣщенные органы сохраняютъ еще въ продолженіе долгаго времени свое измѣненное положеніе, при обширныхъ же сросшеніяхъ послѣднее остается навсегда. Въ такихъ случаяхъ въ маломъ тазу прощупываются тяжи и мозоли, относительно которыхъ, впрочемъ, не всегда бываетъ легко сказать, какъ они лежатъ,—внѣ- или внутрибрюшинно, ибо при всякомъ обширномъ тазовомъ перитонитѣ въ страніе вовлекается обычно и тазовая клѣтчатка; притомъ же параметрическія оплотнѣнія могутъ иногда быть очень обширными, такъ что могутъ быть приняты за составныя части опухолей придатковъ.

При меньшемъ распространеніи тазоваго перитонита, маточные придатки, послѣ излеченія болѣзни, могутъ опять пріобрѣсти свою приблизи-

тельно нормальную подвижность, а при незначительных тканевых изменениях внутри их, особенно если за это время у больной были роды, исчезают и всякие другие слѣды тазоваго перитонита, которые можно открыть при изслѣдованіи.

Ограниченный перитонитъ при большихъ опухоляхъ узнается по болѣзненности опредѣленнаго мѣста при ощупываніи. Ложныя перепонки опредѣлить трудно, даже, пожалуй, невозможно, развѣ только въ томъ случаѣ, если онѣ представляютъ собой широкія сращения съ кишечными петлями, причѣмъ послѣднія постоянно опредѣляются на одномъ и томъ же мѣстѣ надъ опухолью (*Winter*).

Небольшіе инкапсулированные выпоты между ложными перепонками доступны ощупыванію въ очень рѣдкихъ случаяхъ и, какъ таковые, едва-ли распознаются когда нибудь.

*Диагнозъ выпотного тазоваго перитонита.* Эксудатъ въ Дугласовомъ карманѣ выпячиваетъ верхній отдѣлъ задней стѣнки влагалища; степень этого выпячиванія находится въ зависимости отъ того, какъ низко въ данномъ случаѣ заходитъ мѣсто перегиба брюшины <sup>1)</sup>). Обусловленная эксудатомъ припухлость переходитъ въ заднюю стѣнку таза и распространяется въ обѣ стороны кнаружи; она нѣсколько закруглена, соответственно очертанію *excavationis recto-uterinae*; вверхъ она заходитъ за дно матки, влѣдствіе чего задняя стѣнка тѣла матки не можетъ быть ощупана наружной рукой; при изслѣдованіи получается такое впечатлѣніе, какъ будто матка представляетъ собой часть опухоли.

Смѣшеніе съ опухолью яичника, сращенной въ Дугласовомъ карманѣ, въ этихъ случаяхъ исполнѣ возможно. При постановкѣ дифференціального діагноза нужно обратить вниманіе на слѣдующія обстоятельства: если въ данномъ случаѣ имѣется настоящая опухоль, то она доходитъ до матки, но никогда не переходитъ въ нее такъ широко, какъ эксудатъ, благодаря чему матку удается всегда отграничить отъ нея при помощи существующей между ними борозды, которая, однако, не всегда бываетъ достаточно глубока; далѣе, верхняя и боковыя границы новообразованія всегда рѣзче выражены, чѣмъ таковыя же эксудата; наконецъ, опухоль почти всегда бываетъ немного подвижною. Еще труднѣе, почти даже невозможно поставить дифференціальный діагнозъ между эксудатомъ и *pyosalpinx*омъ, сращеннымъ съ стѣнками Дугласова кармана, потому что его границы зачастую бываютъ очень неясны, благодаря вторичнымъ воспаленіямъ тазовой клѣтчатки. Только тщательный анамнезъ можетъ дать нѣкоторую точку опоры для того или другого діагноза.

Возможно и смѣшеніе эксудата съ міомой задней стѣнки матки, но при помощи точнаго изслѣдованія почти всегда удается избѣгнуть этой

---

<sup>1)</sup> По наблюденіемъ *Freund'a*, задній *Douglas*овъ карманъ у взрослыхъ женщинъ представляетъ иногда особенности, свойственныя ему въ дѣтскомъ возрастѣ, т. е. отличается своею глубиною. Обстоятельство это имѣетъ немаловажное патологическое значеніе.

ошибки. Для миомы характерны: увеличенная, притомъ бугристая матка съ толстой шейкой, подвижность плотной твердой опухоли вмѣстѣ съ маткой и выпуклость той поверхности ея, которая обращена къ задней стѣнкѣ таза.

Заматочная кровяная опухоль (*haematocele retrouterina*) даетъ тѣ же самыя данныя при изслѣдованіи, что и забрюшинный экссудатъ; но при этомъ анамнезъ указываетъ на однократное или повторное неоявление регуль, ибо самую частую, если и не исключительную, причину развитія кровяной опухоли служитъ кровотеченіе изъ трубы при внѣматочной беременности. Еще вѣрнѣе опредѣлить существованіе кровяной опухоли при помощи пробной пункціи.

Напротивъ, при постановкѣ дифференціального діагноза между опухолью яичника, *ruosalpinx*’омъ и экссудатомъ пробная пункція не имѣетъ рѣшающаго значенія, ибо экссудатъ можетъ быть какъ серознаго, такъ и гнойнаго характера, зато здѣсь пробная пункція имѣетъ громадное значеніе для терапіи, ибо если при помощи ея мы опредѣлимъ гной, то нужно его немедленно опорожнить посредствомъ разрѣза. Даже если при этомъ, вмѣсто экссудата, будетъ вскрытъ *ruosalpinx*,—откуда не произойдетъ никакого вреда для больной, такъ какъ *ruosalpinx* всегда бываетъ такъ тѣсно сросшенъ кругомъ, что гной, при вскрытіи его, не можетъ попасть въ брюшную полость.

*Леченіе тазоваго перитонита.* Лучшимъ леченіемъ тазоваго перитонита является профилактическое. Благодаря антисептикѣ въ акушерствѣ и въ оперативной гинекологіи, формы тазоваго перитонита, зависящія отъ гнойнаго зараженія, стали ноявляться все рѣже и рѣже. Если бы и борьба съ гонорреей была такъ же возможна и дала такіе же результаты, то, безъ сомнѣнія, тазовый перитонитъ въ скоромъ времени принадлежалъ бы къ самымъ рѣдкимъ заболѣваніямъ женскаго полового прибора. При теперешнихъ соціальныхъ условіяхъ врачъ долженъ, къ сожалѣнію, ограничиться лишь тѣмъ, что будетъ безпрестанно указывать на огромное вредное вліяніе гонорреи на здоровье и размноженіе населенія; тогда, пожалуй, послѣдующимъ поколѣніямъ и удастся придумать какое-нибудь вѣрное средство для борьбы съ распространеніемъ гонорреи.

Какого-нибудь радикальнаго средства противъ тазоваго перитонита мы не имѣемъ. Одно время надѣялись найти такое средство въ экстирпации трубъ, какъ источника заболѣванія. Опытъ, однако, показалъ, что тазовый перитонитъ, несмотря на удаленіе трубъ, остается по прежнему.

Впослѣдствіи къ экстирпации трубъ стали присоединять и удаленіе яичниковъ (*Battey, Hegar, Tait*), даже и въ тѣхъ случаяхъ, если послѣдніе были здоровы. Этимъ хотѣли достигнуть прекращенія менструаціи и такимъ образомъ помѣшать ежемѣсячнымъ приливамъ крови къ малому тазу (*Gusserow*). Однако и кастрація не дала быстрого и радикальнаго излеченія. Наблюдавшееся послѣ нея улучшеніе нужно было въ большинствѣ случаевъ приписать покойному пребыванію больной въ постели и

хорошему уходу, ибо какъ только паціентки возвращались къ своимъ обычнымъ занятіямъ, немедленно рецидивировали и прежнія болѣзненные явленія.

Удаленіе всего полового прибора, которое многіе гинекологи производили въ надеждѣ устранить всякій источникъ заболѣванія, также ничуть не измѣнило положеніе вещей, ибо больная брюшина оставалась по прежнему больной. У паціентокъ въ этихъ случаяхъ къ старымъ принадлежкамъ присоединялись лишь новые, въ видѣ разстройствъ въ физическихъ и психическихъ функціяхъ организма, вызванныхъ удаленіемъ полового прибора.

Во многихъ случаяхъ, пользованнымъ оперативно, наступало, впрочемъ, улучшеніе, и перитонитическія явленія, по истеченіи одного или нѣсколькихъ лѣтъ, постепенно исчезали. Однако для правильной оцѣнки этихъ результатовъ нужно помнить, что во всякомъ случаѣ тазоваго перитонита современемъ само собою наступаетъ улучшеніе и даже излеченіе. Вопросъ, стало быть, заключается въ томъ, — можетъ-ли удаленіе придатковъ или всего полового прибора ускорить естественное, самопроизвольное исцѣленіе больныхъ, или нѣтъ? Велѣдствіе трудности получить достовѣрныя свѣдѣнія о дальнѣйшемъ состояніи оперированныхъ, этотъ вопросъ до сихъ поръ еще не рѣшенъ, и никто не можетъ съ увѣренностью сказать, дѣйствительно-ли ускореніе теченія болѣзни послѣ операціи столь рѣзко, чтобы оно окупало вредныя послѣдствія кастраціи.

Смертность послѣ экстирпаціи придатковъ путемъ чревосѣченія очень различна: у нѣкоторыхъ извѣстныхъ операторовъ она равняется 10—12 %; *Zweifel* имѣеть самую благоприятную статистику, — всего лишь 0,2 % смертности. Въ среднемъ смертность при этой операціи равняется не менѣе 5 %. Полное удаленіе матки вмѣстѣ съ придатками черезъ влагалище даетъ, повидимому, нѣсколько меньшую смертность. Дѣло въ томъ, однако, что влагалищная экстирпація является болѣе молодой операціей, чѣмъ удаленіе придатковъ путемъ чревосѣченія; въ статистику послѣдняго попали и болѣе старые случаи, которые, не говоря уже о неудовлетворительной антисептикѣ прежняго времени, по самой тяжести заболѣванія представляли гораздо большія техническія трудности, чѣмъ случаи послѣдняго времени, когда на операцію рѣшаются и въ очень легкихъ случаяхъ.

Послѣ всего сказаннаго видно, какъ трудно рѣшить, въ какихъ именно случаяхъ тазоваго перитонита надо совѣтовать операцію.

Собственно говоря, настоятельное показаніе къ оперативному вмѣшательству при тазовомъ перитонитѣ имѣется лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ, именно тамъ, гдѣ непрерывно повторяющіяся обостренія и продолжительная лихорадка указываютъ на наличность гнойнаго процесса. Если абсцессъ не опредѣляется объективно и велѣдствіе этого его нельзя вскрыть черезъ влагалище помощью простаго разрѣза, то является показаннымъ удаленіе придатковъ, въ которыхъ обыкновенно и находится гной-

ный очагъ. Нѣкоторые врачи ставятъ очень широко и охотно діагнозъ нагноенія яичниковъ или скопленія гноя въ брюшной полости; de facto, однако, гнойный тазовый перитонитъ представляетъ собой, какъ уже было сказано, большую рѣдкость, почему въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ тазоваго перитонита и отсутствуетъ строгое показаніе къ оперативному вмѣшательству, ибо сама по себѣ эта болѣзнь не угрожаетъ жизни больной.

Можно было бы думать, что оперативное леченіе является особенно умѣстнымъ въ свѣжихъ случаяхъ болѣзни, такъ какъ здѣсь при помощи операціи можно надѣяться ускорить въ нѣкоторой степени излеченіе процесса. Но именно въ свѣжихъ-то случаяхъ тазоваго перитонита операція и связана съ большою опасностью для жизни больныхъ и представляетъ гораздо большія техническія трудности, вследствие рыхлости тканей; кромѣ того, въ этихъ случаяхъ послѣ операціи нерѣдко развиваются абсцессы въ брюшныхъ покровахъ и въ тазовой клѣтчаткѣ, требующіе очень продолжительнаго послѣдовательнаго леченія. Въ болѣе старыхъ случаяхъ, въ которыхъ гной, содержащійся въ трубѣ, успѣлъ уже потерять свою заразительность, а брюшина сдѣлалась менѣе чувствительной, — тамъ операція представляетъ значительно меньшую опасность, но зато даетъ и меньше шансовъ на излеченіе; вообще подлежитъ сомнѣнію, будетъ-ли принесена польза больной удаленіемъ придатковъ, въ случаѣ, если останутся обширныя периметритическія сращения и параметритическія мозоли.

И такъ, согласно новѣйшимъ взглядамъ на вещи, мы должны быть очень осторожны въ выборѣ подходящихъ случаевъ для операціи. Ничто такъ не подрываетъ авторитета гинекологовъ, какъ чрезмѣрно широкое примѣненіе кастраціи при тазовомъ перитонитѣ, потому что больнымъ здѣсь зачастую приходится убѣждаться, что обѣщанія, данныя имъ врачами, — конечно, искренно, — не оправдываются на дѣлѣ. Спустя короткое время, старые принадки у нихъ возвращаются, да кромѣ того прибавляются еще разстройства, вызванныя преждевременнымъ и внезапнымъ наступленіемъ климактерія. Въ виду этого врачъ долженъ всегда сообщать больнымъ заранее всю истину; онъ не долженъ скрывать отъ нихъ ни опасности операціи, ни тѣхъ важныхъ послѣдствій, которыя можетъ повлечь за собой потеря обоихъ яичниковъ; далѣе, онъ долженъ разъяснить имъ, что посредствомъ операціи пріобрѣтаются лишь извѣстные шансы на болѣе скорое излеченіе болѣзни. Несмотря, однако, на всѣ эти предупрежденія, все-таки находятся женщины, по преимуществу изъ рабочаго класса, которыя довольствуются этими шансами и соглашаются на операцію послѣ того, какъ остальные методы леченія испробованы ими безъ результата. Особенно часто случается это въ Германіи, гдѣ важнымъ факторомъ, склоняющимъ больныхъ къ операціи, является существованіе кассъ для больныхъ.

*Чревостыченіе при тазовомъ перитонитѣ.* Если операція рѣшена,

то изъ всѣхъ методовъ ея лапаротомія является въ настоящее время все-таки наиболѣе заслуживающей примѣненія <sup>1)</sup>. При ней можно, какъ слѣдуетъ, осмотрѣть все операционное поле, что въ свою очередь очень важно при разбѣдиненіи срощеній, — дабы избѣжать побочныхъ поврежденій, а также кровотеченій; далѣе, при лапаротоміи можно всегда окончить операцію удовлетворительно безъ того, чтобы потребовалось одновременно удалять и матку. Полное удаленіе всего полового аппарата черезъ влагалище имѣетъ, конечно, то преимущество, что оно даетъ меньшую смертность; кромѣ того, операція не влечетъ за собой опасности развитія грыжи на мѣстѣ брюшной раны; но зато она имѣетъ тотъ недостатокъ, что этимъ путемъ не всегда удастся довести операцію до конца; при существованіи обширныхъ срощеній, далѣе, операторамъ уже не разъ приходилось, при этомъ способѣ, удалять вполне здоровую матку, а больные придатки оставлять совсѣмъ или отчасти неудаленными; кромѣ того, здѣсь приходится разрывать ложныя перепонки безъ всякаго контроля, вслѣдствіе чего можно легко разорвать *lig. suspensorium ovarii* или, по крайней мѣрѣ, выпустить эту связку изъ рукъ, такъ что она уйдетъ вверхъ, въ каковомъ случаѣ приходится переходить на лапаротомію, чтобы поймать *art. spermaticam internam*, ушедшую ко входу въ тазъ вмѣстѣ со связкой; наконецъ, удаленіе всего полового прибора представляетъ собой совершенно ненужное увѣчые, потому что матку, какъ справедливо замѣчаетъ *Cullingworth*, даже если ея слизистая оболочка была больна, можно всегда очень удобно лечить со стороны влагалища. *Broese* недавно демонстрировалъ въ Берлинскомъ Акушерскомъ Обществѣ оперированный имъ случай, гдѣ онъ нашелъ гонококки только въ маткѣ, а не въ абсцессѣ яичника и не въ трубахъ, и заключилъ, на основаніи этого, что гонококки долѣе остаются въ маткѣ, чѣмъ въ яичникахъ, почему въ каждомъ случаѣ гонорройнаго тазоваго перитонита надо удалять не только придатки, но и матку. Этотъ взглядъ совершенно неправиленъ, ибо возможно, что гонококки, въ данномъ случаѣ, лишь недавно попали въ матку, благодаря новому, повторному зараженію. Кромѣ того, при оставленіи матки нечего бояться повторнаго зараженія брюшины изъ нея на томъ основаніи, что маточныя отверстія трубъ навсегда закрываются лигатурами, а впоследствии рубцомъ. Съ другой стороны, матка представляетъ собою въ анатомическомъ отношеніи важный отдѣлъ тазоваго дна; затѣмъ, благодаря своему чрезвычайному богатству нервами, которые находятся въ прямой связи съ нервной системой всѣхъ важныхъ внутреннихъ органовъ, она является важною частью организма, которую никто не вправѣ удалять какой-нибудь теоріи ради. Что касается, наконецъ, удаленія матки въ расчетѣ на дренирующее дѣйствіе этой операціи, то объ этомъ слѣдуетъ повторить сказанное выше на стр. 179.

<sup>1)</sup> Вопросъ этотъ является пока еще спорнымъ. Весьма многіе гинекологи, съ *Schantz* во главѣ, считаютъ наилучшимъ способомъ оперативнаго внимательства при тазовомъ перитонитѣ кольпотомію, которая представляетъ то громадное преимущество предъ лапаротоміей, что гораздо легче ея переносятся больными. *В. Г.*

*Производство операции.* Приготовленія къ операциі удаленія придатковъ путемъ чревосѣченія (операциія *Tait'a*)—тѣ же, что и при всякомъ чревосѣченіи чрезъ брюшныя стѣнки. Больная помѣщается въ обыкновенномъ спинномъ или *Trendelenburg*'овскомъ положеніи (съ приподнятымъ тазомъ). Последнее положеніе удобно тѣмъ, что оно даетъ возможность оператору прекрасно осмотрѣть тазовыя внутренности. Разрѣзъ, въ 5—8 сант. длиною, ведется по *linea alba*. Кожу съ подкожнымъ жиромъ можно разсѣчь быстро; послѣ разсѣченія же поверхностной фасціи слѣдуетъ тщательно смотрѣть за тѣмъ, чтобы попасть какъ-разъ между обѣими прямыми мышцами живота. Далѣе разрѣзъ ведется до самаго подбрюшиннаго жира, между 2 пинцетами; между двумя же пинцетами разсѣкается и этотъ слой, послѣ того какъ онъ будетъ предварительно немного вытянуть въ рану. Самую брюшину захватываютъ и вытягиваютъ въ рану въ видѣ складки, въ 2—3 сант. длиною, и, пока она еще не разрѣзана, убѣждаются въ томъ, не захвачена-ли вмѣстѣ съ складкой стѣнка кишки. Послѣ вскрытія брюшной полости раскрываютъ рану двумя подъемниками (рис. 55), которые передаются ассистенту, послѣ чего операторъ въ состояніи прекрасно осмотрѣть полость малаго таза, если операциія производится въ *Trendelenburg*'овскомъ положеніи больной. Если же оперируютъ безъ подъемниковъ, то операторъ вводитъ черезъ рану 2 пальца въ брюшную полость и, отодвинувъ сальникъ вверхъ, отыскиваетъ дно матки, отъ роговъ которой уже легко попасть на трубы. Очень часто случается, что сальникъ у входа въ тазъ оказывается склееннымъ или сращеннымъ съ опухолью; въ такихъ случаяхъ нужно его осторожно отдѣлить; если же сращения очень плотны, то ихъ нужно перевязать катгутомъ у самой опухоли и разсѣчь затѣмъ ножницами. Труба переходитъ въ опухоль, представляющую собою брюшной конецъ ея съ яичникомъ; ориентировавшись въ ея положеніи, приступаютъ къ вылученію опухоли изъ *Duglasova* кармана, производя пилящія движенія концами пальцевъ позади нея, между опухолью и прямой кишкой, или проникая пальцами вглубь вдоль по задней стѣнкѣ матки. Для того, чтобы облегчить разединеніе ложныхъ перепонокъ, ассистентъ можетъ помогать оператору своимъ пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку (*Cullingworth*) или во влагалище (*Gusserow*). Введеніе кольпейринтера во влагалище или въ прямую кишку, — способъ, который я видѣлъ много лѣтъ тому назадъ у *Greig'a Smith'a*, к которому уже до того примѣнялся *Roser*'омъ, — помогаетъ столько же, сколько и введеніе пальца въ *rectum* или рукавъ. Отдѣленіе опухоли отъ кишки требуетъ осторожности въ виду возможности пораненія последней. Ложныя перепонки, не разрывающіяся подъ пальцемъ, можно попробовать разорвать тупымъ инструментомъ, выткнувъ ихъ предварительно въ рану для того, чтобы можно было слѣдить за своими дѣйствіями. Слѣва опухоль придатковъ является преимущественно склеенною съ *flexura sigmoidea* и толстой кишкой, а справа—съ слѣпой, толстой кишками и съ червеобразнымъ отро-



сткомъ. При очень крѣпкихъ сращенияхъ приходится иногда оставлять кусокъ стѣнки опухоли на кишкѣ.

Мочеточниковъ нельзя поранить при вылученіи опухоли, потому что они вездѣ проходятъ внѣбрюшинно, за исключеніемъ входа въ тазъ, и соединены съ брюшиной всюду слабо, между тѣмъ какъ съ подлежащею тканью очень прочно; оттого при влеченіи за брюшину они за нею не слѣдуютъ.

Утолщенная труба выглядываетъ иногда похоже на кишку; во избѣжаніе неприятныхъ послѣдствій, всегда нужно самымъ точнымъ образомъ убѣдиться въ томъ, что это именно труба, прежде чѣмъ приступить къ освобожденію ея отъ ложныхъ перепонокъ; для этого нужно прослѣдить переходъ даннаго образованія въ дно матки.

Послѣ вылученія опухоли изъ *excavatio rectouterina* и *fovea parauterina* (у задней пластинки широкой маточной связки) и послѣ разрыва ложныхъ перепонокъ, соединяющихъ ее съ опухолью другой стороны, — буде таковая

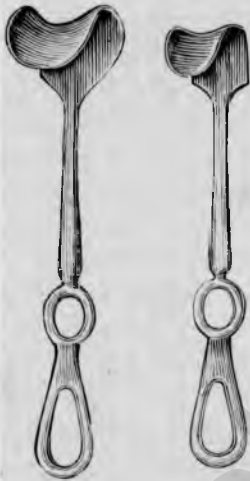


Рис. 55. Подъемники для брюшной раны *Fritsch'a* (1/4 nat. вел.).

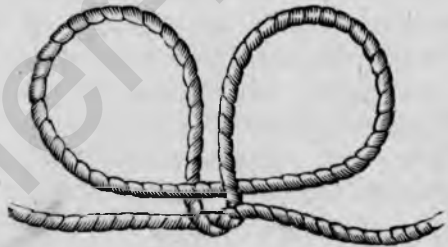


Рис. 56. Стаффордшайрскій узелъ *Tait'a*.

вообще имѣется, — немедленно удастся вывести ее въ рану, такъ какъ теперь она находится лишь въ своей естественной связи съ маткой.

Перевязка ножки опухоли (*mesosalpinx*) производится у верхняго края *lig. rotundi*, такъ что эта связка (если ее вообще можно различить въ утолщенной широкой связкѣ) остается неприкосновенной. Двѣ первыя лигатуры у матки захватываютъ трубу и *lig. ovarii proprium*; ими же захватываются вѣтви *art. uterinae*, идущія къ трубѣ и къ яичнику. Остальная часть *mesosalpinx'a* съ *lig. suspensorium* включительно перевязывается также двумя лигатурами, что проще всего дѣлается при помощи иглы съ двойной лигатурой, которую проводятъ черезъ середину ткани и затѣмъ завязываютъ лигатуры съ каждой стороны отдѣльно. Затягивать лигатуры надо довольно крѣпко; при этомъ въ свѣжихъ случаяхъ, гдѣ ткани нѣжны и дряблы, лигатуры легко прорѣзываются, — обстоятельство, на которое нужно обратить вниманіе.

Вмѣсто перевязки по частямъ можно перевязать всю ножку сразу одной лигатурой, при помощи такъ называемаго „стаффордшайрскаго узла“ *Tait'a* (рис. 56).

Въ Англии я видѣлъ широкое примѣненіе перевязки этимъ узломъ даже при довольно объемистой ножкѣ безъ послѣдующаго кровоточенія. Раньше, чѣмъ отдѣлять опухоль послѣ перевязки, нужно захватить ножку ея двумя пулевыми щипцами или пинцетами съ зажимами подъ узломъ, чтобы можно было имѣть ее въ рукахъ въ томъ случаѣ, если бы узелъ, будучи неправильно завязанъ, соскользнулъ.

Опустивъ ножку въ брюшную полость для пробы и убѣдившись, что изъ нея нѣтъ кровоточенія, можно затѣмъ коротко обрѣзать лигатуры. Затѣмъ приступаютъ такимъ же путемъ къ удаленію придатковъ другой стороны,—въ случаѣ, если они окажутся, какъ это обыкновенно бываетъ, тоже больными. Если состояніе яичниковъ позволяетъ, то нужно одинъ изъ нихъ, а то оба оставить на мѣстѣ; въ этомъ случаѣ, разумѣется, нѣтъ нужды накладывать лигатуру на *lig. ovarii proprium*.

Въ трудныхъ случаяхъ съ обширными, плотными сращениями при операціи нерѣдко разрывается, между прочимъ, и *lig. suspensorium ovarii*, и тогда получается сильное кровоточеніе въ глубинѣ, такъ какъ кровь изъ *art. spermaticae internae*, ушедшей вверхъ, течетъ изъ-подъ кишекъ въ Дугласовъ карманъ. Оторвавшуюся связку яичника находятъ обыкновенно въ заднемъ квадрантѣ входа въ тазъ, слѣва—подъ *flexura sigmoidea*, справа—подъ нижнимъ концомъ слѣпой кишки. При перевязкѣ этой связки въ тазовомъ входѣ, можно вмѣстѣ съ нею легко захватить и мочеточникъ въ томъ случаѣ, если будетъ вытянута черезчуръ большая складка брюшины, или если игла будетъ проведена слишкомъ глубоко, ибо мочеточникъ, какъ указалъ *Ширововъ*, въ тазовомъ входѣ тѣсно сращенъ съ сѣмянными сосудами (*vasa spermatica*) и съ брюшиной, влѣдствіе чего его (и *art. iliacam*) легко можно поднять вмѣстѣ съ брюшиной. Чтобы избѣгать этого, надо помнить, что мочеточникъ всегда проходитъ глубже въ ткани, чѣмъ *lig. suspensorium ovarii*. Пучекъ сѣмянныхъ сосудовъ обыкновенно лежитъ во входѣ въ тазъ приблизительно на 1 сант. дистально отъ мочеточника; лишь въ видѣ исключенія онъ лежитъ на самомъ мочеточникѣ.

Иногда во время операціи разрывается *ruosalpinx* или нарывъ, лежащій вблизи бахромки трубы, и гной, разливаясь по операціонному полю, попадаетъ въ брюшную полость. Чѣмъ старше гной, тѣмъ онъ безвреднѣе, и вообще попаданіе гноя, какъ оно ни страшно въ первый моментъ, обыкновенно не влечетъ за собой дурныхъ послѣдствій (за исключеніемъ абсцессовъ брюшныхъ покрововъ). Понятно, однако, что, несмотря на это обстоятельство, нужно постараться удалить по возможности весь гной изъ брюшной полости, вычерпывая его тампонами. Если изліяніе гноя случилось въ свѣжемъ случаѣ, когда гной очень заразителенъ, то вскорѣ развивается гнойный разлитой перитонитъ, отъ котораго больная всегда погибаетъ.

Изъ разорванныхъ ложныхъ перепонокъ въ полости таза происходитъ вначалѣ довольно значительное кровоточеніе, которое не удается оста-

новить обкалываніемъ какого-либо мѣста. Это паренхиматозное кровото-  
ченіе лучше всего останавливается давленіемъ, производимымъ губками или  
комками марли. Прежде часто практиковавшееся дренированіе брюшной  
полости въ настоящее время для большинства случаевъ оставлено, такъ  
какъ во время операціи обыкновенно не имѣетъ мѣста попаданіе септи-  
ческихъ веществъ въ брюшную полость.

Относительно наложенія швовъ на брюшную рану и послѣдующаго  
ухода въ послѣопераціонномъ періодѣ смотри главу объ операціи удале-  
нія яичниковъ.

*Симптоматическое лечение тазоваго перитонита.* При остромъ  
тазовомъ перитонитѣ больнымъ назначаются—покойное пребываніе въ по-  
стели и пузырь со льдомъ на низъ живота; при сильныхъ боляхъ къ  
этому присоединяется морфій по 0,01 на приемъ, 3 — 4 раза въ день,  
при менѣе же сильныхъ можно ограничиться однимъ порошкомъ на ночь.  
Далѣе, у больныхъ съ самаго начала болѣзни нужно заботиться о правиль-  
номъ опороженіи кишечника—или посредствомъ кастороваго масла, или  
при помощи среднихъ солей въ соединеніи съ клизмами. Если стулъ за-  
держанъ и имѣется лихорадка, то слѣдуетъ съ самаго начала назначить  
большой 1,0 каломеля—въ три приема въ теченіе 6 часовъ; если эффектъ  
каломеля замедлился бы, то можно его ускорить назначеніемъ 1 столовой  
ложки касторки. Когда лихорадка прекратится, или если ледъ не пере-  
носится, нужно замѣнить его согрѣвающимъ компрессомъ.

Слипчивый тазовый перитонитъ проходитъ современемъ самъ собою.  
Поэтому въ хронической стадіи этой болѣзни, кромѣ случаевъ, подхо-  
дящихъ для операціи, лечение должно быть направлено на тѣ изъ припад-  
ковъ, которые больше всего беспокоятъ больную. Припадки же эти являются  
очень разнообразными. Часто приходится видѣть, что женщины съ при-  
рожденной маткой и придатками вполне удовлетворяютъ всѣмъ жизненнымъ  
требованіямъ и либо совершенно не имѣютъ никакихъ болѣзненныхъ при-  
падковъ, либо испытываютъ ихъ только повременамъ. Другія же па-  
ціентки, менѣе сильныя характеромъ, занемогаютъ изъ-за всякаго пустяка,  
безъ того, чтобы можно было открыть какое-нибудь разстройство въ ихъ  
общемъ состояніи организма. При этомъ подобныя пациентки имѣютъ за-  
частую прекрасный видъ и цвѣтущія щеки, такъ что ихъ заявленіямъ,  
будто у нихъ нѣтъ ни сна, ни аппетита, вѣрится съ трудомъ. Стремле-  
нію къ операціи со стороны такихъ больныхъ отнюдь не слѣдуетъ под-  
даваться, такъ какъ ихъ состояніе обыкновенно нисколько не улучшается  
отъ оперативнаго вмѣшательства. Молодые врачи, соблазненные при-  
бѣгнуть къ операціи, могутъ въ послѣдствіи отъ той же больной имѣть  
самыя крупныя непріятности. Вообще говоря, гинекологическое лечение  
не въ состояніи дать подобнымъ больнымъ какого-нибудь облегченія; за-  
то имъ помогаетъ иногда пребываніе въ заведеніи для нервныхъ больныхъ.

Отъ болей, появляющихся повременамъ, при хроническомъ тазовомъ  
перитонитѣ, въ крестцѣ и внизу живота, помогаютъ горячіе влагаліщныя

души, два раза въ день, и согрѣвающіе компрессы на ночь. Кромѣ того, больнымъ можно рекомендовать сидячія ванны у себя дома съ прибавленіемъ морской, каменной, Крейцнахской или Маріенбадской соли, а также Франценсбадской грязи, или употребленіе этихъ ваннъ на мѣстѣ. Затѣмъ хорошей славою издавна пользуются тепловатая влагаліщныя спринцеванія съ прибавленіемъ Кранкенгейльскаго іодистаго мыла (5,0 скобленнаго мыла растворить въ литрѣ воды).

При описаніи профилактическаго леченія тазоваго перитонита было уже подчеркнута, что при этой болѣзни слѣдуетъ избѣгать всякой возможности повторнаго гонорройнаго зараженія.

Далѣе, при хроническомъ тазовомъ перитонитѣ нужно обратить самое тщательное вниманіе на общее состояніе пациентки. Необходимо поднять у нея дѣятельность кишечника и аппетитъ, что легко удастся провести, за малымъ исключеніемъ, во всѣхъ слояхъ населенія. Малокровіе, столь часто сопутствующее разбираемой болѣзни, устраняется назначеніемъ препаратовъ желѣза и питательной пищи, чѣмъ одновременно достигается и поднятіе силъ организма. Не слѣдуетъ забывать, что слабое, малокровное существо испытываетъ малѣйшую боль въ тысячу разъ сильнѣе!

Французы рекомендуютъ при хроническомъ тазовомъ перитонитѣ плотное тампонированіе влагаліща іодоформированной марлей (columnisation)<sup>1)</sup>. Марля мѣняется ежедневно; леченіе надо продолжать въ теченіе нѣсколькихъ недѣль.

Нѣкоторые авторы совѣтуютъ, далѣе, при разбираемой болѣзни массажъ, или часто повторяемое смазываніе влагаліщныхъ сводовъ іодной настойкой и введеніе тампоновъ съ іодъ- или ихтіоль-глицериномъ (20 %). Несомнѣнно, эти средства приносятъ, по крайней мѣрѣ, временное облегченіе. Въ общемъ, однако, нужно быть осторожнымъ съ назначеніемъ леченія помощью лекарственныхъ тампоновъ, такъ какъ оно можетъ иногда продолжаться безъ конца.

Застарѣлые случаи тазоваго перитонита не требуютъ никакого особеннаго леченія. Боли, появляющіяся повременамъ у пациентокъ, лучше всего устраняются пребываніемъ больныхъ въ постели въ продолженіе нѣсколькихъ дней и горячими влагаліщными душами.

Въ этихъ случаяхъ внутренніе половые органы зачастую оказываются присосными въ неправильномъ положеніи. Противъ неправильнаго положенія ихъ, особенно матки, предпринимать какое-нибудь спеціальное леченіе слѣдуетъ только тогда, когда происхожденіе имѣющихся przypadковъ можетъ быть съ увѣренностью приписано аномаліямъ положенія (см. относительно этого главу о перегибѣ матки назадъ). Рѣшить этотъ вопросъ зачастую бываетъ не такъ легко. Въ настоящее время врачи еще слишкомъ склонны видѣть во всякомъ разстройствѣ общаго состоянія рефлекторное явленіе, исходящее изъ половыхъ орга-

<sup>1)</sup> См. объ этомъ мое примѣчаніе на стр. 181.

новъ. Во всякомъ случаѣ нужно помнить, что, напр., неврастеніи, малокровія или какого-нибудь страданія кишокъ нельзя устранить путемъ мѣстнаго леченія тазоваго перитонита.

#### 6. *Разлитое воспаление брюшины (peritonitis diffusa).*

Разлитой перитонитъ развивается вѣдствие гнойнаго зараженія непосредственно послѣ родовъ, вѣдствие полнаго разрыва матки или операціи, далѣе — на туберкулезной почвѣ, наконецъ, вѣдствие вскрытія абсцесса въ брюшную полость или разрыва нагноившейся опухоли, а также плоднаго мѣшка. Относительно возможности развитія разлитого гонорройнаго перитонита мнѣнія авторовъ до сихъ поръ расходятся <sup>1)</sup>.

Послѣродовой перитонитъ описанъ въ руководствахъ акушерства. Относительно перитонита, появляющагося вѣдъ за операціей, см. главу объ удаленіи яичниковъ. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ разлитого перитонита, гдѣ послѣдній развивается вѣдствие попаданія въ брюшную полость гнойныхъ веществъ, содержащихъ стрептококки, стафилококки и *bacterium coli commune*, или во время операціи, или при разрывѣ какого-нибудь гнойнаго очага, теченіе болѣзни является обыкновенно смертельнымъ, и новѣйшія стремленія — удалять въ подобныхъ случаяхъ гной помощью разрѣза или дренажа — пока не дали никакого успѣха <sup>2)</sup>.

*Peritonitis nodosa.* Еще одна форма общаго перитонита заслуживаетъ особаго описанія, — это именно та, при которой вся брюшина оказывается гиперемированной и усеянной милиарными узелками, а брюшная полость — содержащей очень значительное количество серозной жидкости. За исключеніемъ свободнаго асцита, болѣзни эта представляетъ лишь очень немного характерныхъ признаковъ, почему она обыкновенно и опредѣляется лишь случайно при пробномъ чревосѣченіи. Прежде ставили при ней очень дурное предсказаніе, такъ какъ считали болѣзнь эту бугорчаткою брюшины. Наблюденіе и опытъ показали, однако, что при ней почти всегда наступаетъ выздоровленіе послѣ опороженія асцита, что и доказываетъ, какъ неправы тѣ изъ авторовъ, которые до сихъ поръ еще считаютъ описанные узелки на брюшинѣ за истинные бугорки. *Greig Smith* считаетъ ихъ набухшими лимфатическими фолликулами, которые достигаютъ значительной величины, благодаря тому, что ихъ постоянно омываетъ серозная жидкость, пропитывая ихъ собою. Понимая развитіе ихъ такимъ образомъ, легко можно объяснить себѣ и выздоровленіе больныхъ послѣ удаленія жидкости.

Этіологія и сущность данной болѣзни пока остаются еще темными.

<sup>1)</sup> Въ послѣднее время, однако, едва ли можно болѣе сомнѣваться, что гоноррея можетъ повести къ общему воспаленію брюшины. Различными авторамъ описанъ нѣблизкій рядъ подобныхъ случаевъ, причемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ характеръ заблужданія доказанъ путемъ точнаго бактериологическаго изслѣдованія. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Точнѣе — случаевъ этихъ слишкомъ недостаточно, чтобы на основаніи ихъ вывести какое-либо опредѣленное заключеніе по данному вопросу. *В. Г.*

Въ случаѣ, если ее удалось распознать, то леченіе должно состоять во вскрытіи брюшной полости и удаленіи изъ нея жидкости. Этого можно было-бы достигнуть и со стороны влагалища, но такъ какъ совершенно одинаковыя клиническія явленія даютъ и сосочковыя опухоли яичника (*papilloma ovarii*), то діагноза ради надо всегда предпочесть чревосъченіе. Благоприятное теченіе этого узелковаго перитонита послѣ оперативнаго вмѣшательства привело къ ошибочному представленію, будто туберкулезный перитонитъ излечимъ путемъ чревосъченія. На самомъ дѣлѣ, въ случаяхъ, гдѣ это наблюдалось, было навѣрное смѣшеніе съ *peritonitis nodosa*, ибо несомнѣнный туберкулезъ брюшины, который сверхъ того еще почти всегда бываетъ вторичнаго происхожденія, такъ же мало поддается излеченію, какъ и всякій далеко зашедшій туберкулезъ вообще, — развѣ только, если при помощи операціи удастся удалить радикально больные органы.

## V. Болѣзни Фаллопиевыхъ трубъ.

### 1. Анатомія Фаллопиевыхъ трубъ.

Яйцеводъ женщины представляетъ собой трубку съ мышечной стѣнкой, внутренняя поверхность которой выстлана слизистой оболочкой, большая часть наружной—одѣта брюшиной. Латеральная часть яйцевода свободно вдается въ брюшную полость, медиальная же открывается въ матку, возлѣ самаго дна послѣдней. Средняя длина трубы равняется 7 — 11 сант.; обѣ трубы не всегда бываютъ одинаковой длины.

Труба обладаетъ значительною растяжимостью, такъ что во время болѣзни въ ней можетъ скопиться значительное количество жидкости (кровь, гной, серозный экссудатъ), не разрывая ся. Въ ней различаютъ два отдѣла, а именно: во-первыхъ, отдѣлъ, прилежащій къ маткѣ (*isthmus tubae*), имѣющій прямое направленіе и представляющій собой самую узкую часть трубы; во-вторыхъ, отдѣлъ, лежащій дальше кнаружи (*ampulla tubae*), образующій нѣсколько болѣе или менѣе выраженныхъ изгибовъ и извилинъ <sup>1)</sup>. Брюшной конецъ яйцевода образуетъ собой воронку (*infundibulum tubae*), свободный край которой глубоко зазубренъ, представляя нѣчто въ родѣ бахромокъ (*fimbriae*). На днѣ воронки находится брюшинное отверстіе яйцевода (*ostium abdominale tubae*) которое весьма узко—имѣетъ едва 2 милл. въ поперечникѣ, но растяжимо; это отверстіе ведетъ прямо въ *ampulla tubae*. По вскрытіи трубы съ трудомъ удается найти то мѣсто, гдѣ оно находилось.

Бахромки трубы покрыты на большей своей части слизистой оболочкой. Переходъ слизистой въ серозную оболочку (брюшину) находится на наружной сторонѣ ихъ, у основанія бахромокъ; края ихъ сильно зазубрены глубокими вырѣзками, которыя образуютъ бахромки второго и третьяго порядка, покрытыя только слизистой оболочкой. Кромѣ того, на внутренней

<sup>1)</sup> Кромѣ того, различаютъ еще тотъ отдѣлъ яйцевода, гдѣ послѣдній проходитъ въ маточной стѣнкѣ,—*pars interstitialis tubae*. В. Г.

поверхности ихъ имѣются складки, которыя представляютъ собою непосредственное продолженіе продольныхъ складокъ слизистаго покрова трубы. Благодаря такому своему строенію, бахромчатый конецъ трубы имѣетъ по своему наружному виду нѣкоторое сходство съ чашей водяной лиліи (*caput Medusae, morsus diaboli*). Одна изъ бахромокъ почти всегда длиннѣе другихъ и тянется вдоль свободного края брыжейки трубы почти до самаго яичника; иногда она и доходить до него — это т. наз. *fimbria ovarica*. Труба на всемъ своемъ протяженіи прикрѣплена къ дну и боковой стѣнкѣ таза посредствомъ широкой связки, въ верхнемъ отдѣлѣ которой она и проходитъ. Благодаря значительной тонкости и вялости верхняго отдѣла широкой связки — брыжейки трубы (*mesosalpinx*), расширенная часть трубы обладаетъ большей подвижностью, чѣмъ ея перешеекъ — *isthmus*. Брыжейка трубы (*mesosalpinx*) доходитъ своимъ заднимъ, свободнымъ краемъ какъ разъ только до самаго бахромчатаго конца трубы, такъ что послѣдній свободно вдается въ брюшную полость.

Труба развивается, какъ извѣстно, вмѣстѣ съ маткой и влагалищемъ изъ *Müller*'овыхъ ходовъ или каналовъ. *Müller*'овъ же ходъ образуется, какъ мнѣ это удалось доказать у человѣческихъ зародышей длиною въ 8—13 милл., соотвѣтственно тому, что по этому предмету извѣстно у млекопитающихъ, пресмыкающихся и птицъ, — въ видѣ воронкообразнаго впячиванія зародышеваго эпителия на наружномъ краѣ первичной почки. Зародышевый эпителий еще до начала впячиванія является на этомъ мѣстѣ утолщеннымъ вдвое (*His*). Ходъ этотъ растетъ по направленію сверху внизъ вдоль *Wolff*'ова хода до самаго мочеполового синуса (*sinus urogenitalis*) и сливается въ своемъ нижнемъ отдѣлѣ съ ходомъ другой стороны. Изъ сливагося отрѣзка *Müller*'овыхъ ходовъ развивается матка и влагалище, изъ верхнихъ же отрѣзковъ, остающихся разъединенными, — трубы.

За исключеніемъ нижняго края, гдѣ прикрѣпляется широкая связка, труба на всемъ протяженіи одѣта брюшиной, — *tunica serosa tubae*, — которая непосредственно переходитъ въ брюшинный покровъ широкой связки и матки. Брюшина прикрѣпляется къ мышечной оболочкѣ трубы, — *tunica muscularis tubae*, — особенно въ области *ampullae*, посредствомъ рыхлой соединительной ткани, — *tunica adventitia tubae*, — въ которой проходятъ нервы и сосуды. Въ мышечной оболочкѣ, состоящей изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, различаютъ два слоя, именно, наружный продольный (*stratum longitudinale*) и внутренній кольцеобразный (*stratum circulare*) <sup>1)</sup>. Мышечная оболочка толще всего въ отдѣлѣ, прилежащемъ къ маткѣ. Со

<sup>1)</sup> Это описаніе несовсѣмъ вѣрно: на самомъ дѣлѣ, какъ я убѣдился путемъ точныхъ изслѣдованій, мускулатура трубъ состоитъ не изъ двухъ, а изъ трехъ слоевъ, именно, наружнаго продольнаго, средняго циркулярнаго и внутренняго продольнаго. Этотъ послѣдній, представляющій собою непосредственное продолженіе внутренняго продольнаго слоя матки, является сплошнымъ лишь въ маточной половинѣ яйцевода, въ брюшной же онъ дѣлится на нѣсколько отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ, заложенныхъ внутри главныхъ складокъ трубной мукосы. B. Г.

стороны просвѣта стѣнка трубы выстлана слизистой оболочкой, которая состоитъ изъ однослойнаго эпителия, лежащаго на рыхлой подслизистой соединительной ткани <sup>1)</sup>. Эпителий состоитъ изъ цилиндрическихъ клѣтокъ съ мерцательными волосками, которые мерцаютъ по направленію къ маткѣ; цилиндрическій эпителий простирается и на бахромки до самой границы слизистой оболочки, описанной выше.

*Mucosa tubae* образуетъ множество складокъ—*plicae tubariae*, которыя расположены по длинѣ трубы. Въ области расширенной части трубы (*ampulla*) продольныя складки (*plicae ampullares*) несутъ на себѣ еще множество сильно развѣтвленныхъ вторичныхъ складокъ, вслѣдствіе чего здѣсь образуется нѣчто въ родѣ лабиринта. Слизистая оболочка трубы обыкновенно не имѣетъ железъ. Железоподобныя образованія, можетъ быть, и были находимы вблизи маточнаго конца ея, но и то въ видѣ исключенія.

Толщина всей стѣнки трубы равняется у маточнаго ея конца въ среднемъ 0,3—0,4 сант., у брюшиннаго же—0,9—1,2 сант. (*Orthmann*).

У старухъ труба сморщивается въ силу атрофіи стѣнки и слизистой оболочки ея. Складки исчезаютъ, особенно въ области перешейка, эпителий иногда слущивается и образуетъ пробку, выполняющую просвѣтъ трубы <sup>2)</sup>.

Стѣнка трубы богата сосудами. Артеріи ея происходятъ по преимуществу изъ верхней изъ двухъ конечныхъ вѣтвей (*ramus tubarius*) *art. uterinae* и находятся поэтому въ непосредственной связи съ *art. spermatica interna*. Кроме того между *ramus tubarius* и *art. spermatica interna* имѣются обыкновенно анастомозы въ значительномъ числѣ.

Вены трубы образуютъ густое сплетеніе вдоль нижняго ея края и находятся въ связи частью съ *vena uterina*, частью съ *vena spermatica interna*. Изъ сплетенія выходитъ, кроме того, еще стволъ, идущій вдоль по круглой связкѣ къ *vena epigastrica* <sup>3)</sup>.

Лимфатическіе сосуды трубы изливаются въ лимфатическіе стволы, происходящіе изъ дна матки, и направляются вверхъ, идя въ *lig. suspensorium ovarii*, къ железамъ, расположеннымъ на передней поверхности *venae cavae inferioris* и *art. aortae descendens* (*plexus lumbalis*).

Нервы образуютъ въ стѣнкѣ трубы густую сѣть (*Herff*, *Гавронскій*) и развѣтвляются до самаго эпителия слизистой оболочки (*Гавронскій*).

<sup>1)</sup> Ткань слизистой оболочки трубы рѣзко отличается отъ ткани слизистой оболочки матки, помимо отсутствія железъ, еще тѣмъ, что она весьма бѣдна аденоидными элементами (*Mucosazellen*). По моимъ наблюденіямъ, клѣточные элементы ея состоятъ главнымъ образомъ изъ эндотелія капилляровъ. В. Г.

<sup>2)</sup> О старческихъ измѣненіяхъ трубъ см. выше, въ главѣ о климактеріи. В. Г.

<sup>3)</sup> По моимъ наблюденіямъ надъ инъцированными препаратами, кровеносные сосуды въ наружномъ слоеъ трубъ (слоеъ продольныхъ мышцъ) прѣобладаютъ преимущественно продольно, въ среднемъ (слоеъ циркулярной мускулатуры)—въ радиальномъ направленіи, во внутреннемъ же—образуютъ круговыя петли вокругъ просвѣта, отъ которыхъ отходятъ многочисленныя отвѣтвленія въ слизистую оболочку. В. Г.



Физиологическая роль того отдѣла трубы, который носитъ названіе *morsus diaboli*, состоитъ, повидимому, въ томъ, чтобы захватывать яйцо и передавать его въ отверстіе трубы по многочисленнымъ бороздкамъ, образуемымъ бахромками. Сами бахромки у человѣка относятся, по всей вѣроятности, къ процессу перехода яйца пассивно, причемъ большое количество яицъ погибаетъ навѣрное въ брюшной полости.

## 2. Воспаленіе Фаллопиевыхъ трубъ (*salpingitis*).

Воспаленіе трубы является всегда заболѣваніемъ вторичнымъ. При этомъ сперва заболѣваетъ или слизистая оболочка—вслѣдствіе распространенія воспаленія со слизистой оболочки матки, или стѣнка—вслѣдствіе воспаленія брюшиннаго покрова трубы. Какимъ бы изъ этихъ двухъ путей ни распространилось воспаленіе,—въ дальнѣйшемъ теченіи процессъ захватываетъ одинаково какъ слизистую оболочку, такъ и стѣнку<sup>1)</sup>.

*Этіологія.* Чаще всего воспаленіе яйцевода начинается со слизистой оболочки трубы, причемъ среди этиологическихъ моментовъ нужно назвать слѣдующіе:

1. Острый септический (гнойный) эндометритъ въ послѣродовомъ періодѣ. При этой болѣзни трубу находятъ обыкновенно наполненной гноемъ, эпителий слизистой оболочки ея—большею частью погибшимъ, самую слизистую оболочку и стѣнку трубы—утолщенными, отечными, мелкоклеточно инфильтрированными. Заболѣваніе очень скоро распространяется черезъ брюшное отверстіе трубы на брюшину, причемъ развивается острый гнойный перитонитъ, который вскорѣ и выступаетъ на первый планъ. Предсказаніе зависитъ отъ силы гнойнаго зараженія; обыкновенно оно крайне неблагоприятно. Терапія, направленная специально противъ воспаленія трубы, не имѣетъ ни смысла, ни цѣли. Относительно леченія перитонита можно найти указанія въ руководствахъ по акушерству, къ которымъ я и отсылаю читателей.

2. Катаральный эндометритъ. Эта форма ведетъ къ легкому лишь заболѣванію слизистой оболочки трубы съ умѣренной гипереміей и мутнымъ набуханіемъ эпителия, причемъ онъ не погибаетъ. Болѣе серьезныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ трубы встрѣчаются лишь при гонорройномъ сальпингитѣ; о нихъ будетъ рѣчь ниже.

3. Гонорройный эндометритъ. Нѣкоторые авторы не признаютъ вообще никакой другой причины для послѣродоваго сальпингита<sup>2)</sup>. Во

<sup>1)</sup> Съ этимъ едва-ли можно согласиться. Конечно, весьма не рѣдки и такіе случаи сальпингита, гдѣ воспалительный процессъ одинаково захватываетъ всѣ слои трубной стѣнки. Однако, встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ воспаленіе преимущественно выражено или въ слизистой оболочкѣ яйцевода, или въ мышечной стѣнкѣ его. Заболѣваніе перваго рода известно подъ названіемъ *endosalpingitis*, заболѣваніе втораго рода—подъ названіемъ *salpingitis interstitialis*. Не говорю уже о т. наз. перисальпингитѣ, гдѣ воспалительный процессъ захватываетъ преимущественно брюшинный покровъ трубъ, представляя собою частичное проявленіе тазоваго перитонита.

В. Г.

<sup>2)</sup> Помимо послѣродоваго септического и гонорройнаго зараженія несомнѣнно и другіе виды инфекціи могутъ играть роль въ этиологіи сальпингита, хотя эта роль

всякомъ случаѣ гоноррея является самымъ частымъ этиологическимъ моментомъ при заболѣваніяхъ трубы, причемъ только при гонорройномъ сальпингитѣ встрѣчаются глубокія измѣненія въ слизистой оболочкѣ и въ стѣнкѣ яйцевода.

4. Новообразованія трубы. Само новообразование представляетъ при этомъ основное страданіе, а сальпингитъ—лишь частичное проявленіе послѣдняго.

*Патологическая анатомія.* Первое патологическое измѣненіе въ слизистой оболочкѣ трубы при сальпингитѣ состоитъ, по *A. Doran*'у, въ мелкоклеточной инфильтраціи складокъ ея, благодаря чему онѣ утолщаются и представляются на разрѣзѣ булавовидными. Вслѣдствіе увеличенія объема складки давятъ другъ на друга, склеиваются на мѣстахъ соприкосновенія, причемъ ихъ эпителий погибаетъ, и, наконецъ, сростаются на обнаженныхъ отъ послѣдняго мѣстахъ. Внизу, у своего основанія, гдѣ складки расположены дальше другъ отъ друга, такъ какъ ихъ развѣтвленія здѣсь не такъ многочисленны, онѣ остаются вначалѣ свободными, а ихъ эпителий сохраняется.

Сосуды трубы вначалѣ представляются расширенными, потомъ они суживаются. Стѣнка трубы дѣлается отечной, а ея соединительная ткань мелкоклеточно инфильтрируется; благодаря этимъ измѣненіямъ, яйцеводъ при ощупываніи оказывается имѣющимъ тѣстоватую консистенцію. Мелкоклеточная инфильтрація ведетъ къ новообразованію соединительной ткани, вслѣдствіе чего труба утолщается. Иногда утолщеніе стѣнокъ ея раньше всего имѣетъ мѣсто въ маточномъ отдѣлѣ трубы (*Schauta*).

Въ дальнѣйшемъ теченіи сальпингита мелкоклеточной инфильтраціи подвергаются и складки второго и третьяго порядка. Вслѣдствіе многочисленныхъ сращеній ихъ между собою, въ промежуткахъ между ними образуются закрытыя полости, которыя наполняются секретомъ. Эпителий на значительномъ протяженіи погибаетъ, и только у основанія складокъ остается пѣль болѣе продолжительное время. Поверхность складокъ покрывается грануляціонной тканью, которая разрушаетъ ихъ остовъ, такъ что въ концѣ концовъ на внутренней поверхности трубы остаются лишь простыя неровности.

Благодаря отечному набуханію трубныхъ стѣнокъ, маточное отверстіе воспаленной трубы очень скоро закрывается, а если и брюшной конецъ ея будетъ также закрытъ,—что, впрочемъ, бываетъ не всегда,—то образуется застой секрета (гноя), труба мѣшкообразно растягивается, складки ея изглаживаются, а слизистая оболочка, благодаря развитію грануляціонной ткани, превращается въ *membrana pyogenica pyosalpinx*'а, если брюшной конецъ трубы остается открытымъ; если же этого не происходитъ, то говорятъ о простомъ гнойномъ сальпингитѣ (*salpingitis purulenta*).

и не такъ важна, какъ роль двухъ первыхъ факторовъ. Въ доказательство сошлось, напр., на недавно опубликованный случай *Schenk*'а, гдѣ гнойный сальпингитъ былъ обязанъ своимъ возникновеніемъ пневмобацциламъ *Friedländer*'а. *B. I.*

Тазовый перитонитъ, который всегда сопровождаетъ собою гнойный сальпингитъ, защищаетъ, при наличности открытаго брюшнаго отверстія трубы, брюшную полость своими ложными перепонками отъ зараженія, такъ что гной изъ трубы изливается въ полость, со всѣхъ сторонъ закрытую, въ которую вдается брюшной конецъ трубы.

Закрытіе брюшнаго конца трубы, ведущее къ образованію *pyosalpinx*'а, является результатомъ или сращенія между собой бахромокъ, или развитія въ окружности ихъ перитонитическихъ склеекъ; при болѣе продолжительномъ существованіи процесса закрытіе трубы происходитъ благодаря обоимъ этимъ обстоятельствамъ.

*Pyosalpinx* можетъ достигнуть значительной величины—величина яблочка или дѣтской головки. Растяженіе трубы происходитъ, обыкновенно, главнымъ образомъ въ расширенной ся части—*ampulla*, такъ какъ трубная стѣнка обладаетъ здѣсь болѣе значительною растяжимостью. Иногда, впрочемъ, вся труба бываетъ равномерно растянута, причемъ она получаетъ форму колбасы; иногда же, благодаря извилинамъ и изгибамъ, она принимаетъ своеобразную искривленную форму. Самый лучший примѣръ этого рода видѣлъ я однажды въ Эдинбургѣ, гдѣ *A. R. Simpson* путемъ чревосѣченія удалилъ трубу, наполненную гноемъ, которая толщиною была въ плечо четырехлѣтняго ребенка, а въ длину имѣла до 30 сант.

Въ виду того, что закрытіе маточнаго конца трубы бываетъ обязано своимъ происхожденіемъ не зарощенію, какъ это имѣетъ мѣсто при закрытіи брюшнаго конца, а только припухлости слизистой оболочки и стѣнки трубы, то естественно, что маточный конецъ можетъ сдѣлаться проходимымъ, по крайней мѣрѣ временно, если припухлость уменьшится. Разъ это наступило, то скопившійся секретъ стекаетъ немедленно въ полость матки и затѣмъ наружу. Возстановленіе проходимости маточнаго конца трубы встрѣчается обычно въ старыхъ случаяхъ. Такъ какъ секретъ, скопившійся въ трубѣ, успѣваетъ за это время превратиться въ водянистую, слегка мутноватую жидкость, то поэтому, въ началѣ новой гинекологической эры, такому временному опорожненію секрета и дано названіе „*hydrops tubae profluens*“.

*Теченіе сальпингита.* Катарральное воспаленіе трубы оканчивается всегда полнымъ выздоровленіемъ, хотя и гнойный сальпингитъ въ концѣ концовъ проходитъ также, если, конечно, не будетъ повторнаго гонорройнаго зараженія. Въ случаяхъ, гдѣ воспалительныя измѣненія были настолько значительны, что привели къ утолщенію стѣнки трубы, къ потерѣ большей части ея эпителія и разрушенію складокъ, тамъ, разумѣется, функція трубы, какъ яйцевода, уничтожается навсегда, но это не представляетъ никакой опасности для жизни больной. Такъ какъ одновременно съ сальпингитомъ излечивается обычно также и тазовый перитонитъ, то женщину не беспокоятъ никакіе болѣзненные припадки, исключая развѣ бесплодія.

Если закрытіе брюшнаго отверстія трубы произошло преимущественно вълѣдствіе сращенія бахромокъ между собой, то въслѣдствіи можетъ образоваться новое отверстие, и труба будетъ опять исполнять свою функцію. Последнее тѣмъ болѣе возможно, что эпителий, какъ мы видѣли, погибаетъ при сальпингитѣ лишь отчасти, и полная облитерація просвѣта трубы является большою рѣдкостью. Даже въ тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ эпителий сохраняется лишь у основанія складокъ,—и тамъ мы имѣемъ право предположить, по аналогіи съ процессами въ другихъ органахъ, что изъ оставшихся эпителиальныхъ элементовъ можетъ образоваться новый эпителиальный покровъ. Въ другихъ случаяхъ брюшной конечъ яйцевода остается закрытымъ навсегда, бахромки исчезаютъ, и сама труба пріобрѣтаетъ характерную булавообразную форму. Въслѣдствіе сморщиванія новообразованной соединительной ткани при сальпингитѣ, толщина стѣнокъ трубы при этой болѣзни уменьшается, и развивается нѣкоторая ригидность ихъ, благодаря которой она никогда уже больше не получаетъ прежней своей подвижности.

*Теченіе pyosalpinx'a.* Даже и при pyosalpinx'ѣ, если онъ только былъ средней степени, стремленіе природы къ исцѣленію одерживаетъ въ концѣ концовъ побѣду,—бактеріи погибаютъ, скопившійся гной уплотняется, осумковывается, иногда даже всасывается совершенно, или же превращается въ водянистую, слегка мутноватую жидкость; въ последнемъ случаѣ изъ pyosalpinx'a образуется hydrosalpinx, который при благоприятныхъ условіяхъ можетъ опорожниться наружу <sup>1)</sup>).

При pyosalpinx'ѣ большихъ размѣровъ теченіе его рѣдко бываетъ столь благоприятнымъ. При большемъ скопленіи гноя уплотненіе и измѣненіе его состава требуетъ очень продолжительнаго времени и лишь рѣдко можетъ быть полнымъ. Обыкновенно гной при этомъ вскрывается въ какомъ-нибудь мѣстѣ наружу. Вскрытіе это чаще происходитъ въ кишку или въ мочевою пузырь, послѣ того какъ труба срастается съ названными органами. Въ виду того, однако, что pyosalpinx зачастую бываетъ спаянъ съ дномъ Дугласова кармана, гной можетъ, благодаря этому, проложить себѣ путь и во влагалище. Послѣ произвольнаго вскрытія pyosalpinx'a опорожненіе гноя, въ виду неправильной формы выводнаго канала, бываетъ обыкновенно неполнымъ; кромѣ того, выводное отверстие зачастую закрывается, и гной скопляется снова, такъ что выздоровленіе требуетъ очень продолжительнаго времени.

Гной при pyosalpinx'ѣ можетъ прорвать и нижнюю стѣнку трубы, илиться при этомъ сначала въ широкую маточную связку, а затѣмъ

---

<sup>1)</sup> Это—не единственный способъ развитія hydrosalpinx'a; послѣдній можетъ, напр., возникать и подъ вліяніемъ перисальпингита, если, съ одной стороны, брюшное отверстие трубы зарастаетъ, а съ другой—брюшинныя перемычки ведутъ къ закрытію просвѣта трубы въ какомъ-нибудь мѣстѣ ближе къ маткѣ. Тогда отдѣлимое трубы скопляется въ ней чисто механически, и возникаетъ hydrosalpinx. Никакихъ шкробовъ въ содержимомъ трубы въ этихъ случаяхъ, по наблюденіямъ Menge и Krönig'a, не встрѣчается. В. Г.

проникнуть въ тазовую кѣлѣчатку. Гораздо рѣже случается, что онъ прокладываетъ себѣ путь въ брюшную полость, ибо въ брюшинѣ, если ей угрожаетъ вскрытіе гноя, развивается обыкновенно воспаление, вслѣдствіе чего развиваются новыя, обширныя ложныя перепонки, которыя образуютъ защищающую перегородку противъ приближающагося гноя. Изліяніе гноя въ свободную брюшную полость встрѣчается только при разрывѣ трубнаго мѣшка; разрывъ же этотъ происходитъ лишь вслѣдствіе сильнаго смѣщенія мѣшка или сильнаго надавливанія на него при двойномъ ручномъ изслѣдованіи, затѣмъ вслѣдствіе удара и послѣ родовъ. Если гной изливается свободно въ брюшную полость, то послѣдствіемъ этого, при наличности въ гноѣ инфекціонныхъ началъ, является разлитой перитонитъ.

*Распознаваніе.* Простой катарральный сальпингитъ объективно не опредѣляется, ибо стѣнки трубы при этомъ заболѣваніи не претерпѣваютъ никакихъ измѣненій. Если при гонорреѣ у женщины появляются припадки тазоваго перитонита, то можно предположить, что и трубы вовлечены въ заболѣваніе. Большую трубу удастся прощупать лишь тогда, когда стѣнки ея уже утолщены, или когда она сама растянута скопившимся секретомъ.

Утолщеніе стѣнокъ начинается иногда съ перешейка трубы, возлѣ самаго края матки, — *salpingitis isthmica nodosa (Schauta)*. Эта ограниченное утолщеніе, величиной въ лѣсной орѣхъ, встрѣчается, между прочимъ, также и въ застарѣлыхъ случаяхъ, такъ что наличность его вовсе не указываетъ, что врачъ имѣетъ дѣло съ свѣжимъ случаемъ. Утолщенная труба, и главнымъ образомъ ея *ampulla*, — благодаря тому, что здѣсь ея брыжейка (*mesosalpinx*) растяжима больше всего, — опускается глубже за полость таза. Въ это время труба прощупывается въ видѣ тяжа, толщиною въ карандашъ или палецъ, сбоку матки и нѣсколько сзади отъ нея, соответственно естественному положенію *ampullae tubae*. Благодаря одновременному растяженію *lig. suspensorii ovarii*, вмѣстѣ съ трубой спускается въ тазъ и яичникъ, который можно поэтому прощупать возлѣ трубы, сбоку и позади матки. Такъ какъ, далѣе, гнойный сальпингитъ обычно сопровождается тазовымъ перитонитомъ, то труба и яичникъ спаиваются между собою и съ задней пластинкой широкой маточной связкой, или съ дномъ Дугласова кармана, — если эти органы смѣстились сюда ранѣе, чѣмъ они спаялись между собой. Наличность ложныхъ перепонокъ не позволяетъ при этомъ прощупать яичникъ и трубу отдѣльно; оба органа прощупываются вмѣстѣ въ видѣ продолговатой или кругловатой опухоли, величиной въ грецкій орѣхъ или яблоко; опухоль эта немного смѣщается, но неполнѣе подвижна, лежитъ возлѣ самаго края матки или въ нѣкоторомъ разстояніи, притомъ нѣсколько сзади отъ нея.

Если труба и яичникъ спустились уже на самое дно Дугласова кармана, то въ такомъ случаѣ опухоль придатковъ прощупывается со

стороны задняго свода влагалища у самой задней стѣнки матки, отъ которой, благодаря существованію сращеній, ея не удается отдѣлить.

Если обѣ трубы поражены гнойнымъ воспаленіемъ, то данныя объективнаго изслѣдованія на другой сторонѣ одинаковы съ описанными.

Образованіе ретенціонной кисты трубы происходитъ по преимуществу въ *ampulla tubae*, потому что трубная стѣнка здѣсь болѣе тонка и податлива, чѣмъ въ области перешейка (*isthmus*). Въ силу своей тяжести ретенціонная киста немедленно опускается на дно Дугласова кармана, гдѣ она и прощупывается въ видѣ опухоли, величиною въ яблоко, апельсинъ или головку ребенка лежащей позади матки, иногда посрединѣ, такъ что подчасъ бываетъ невозможнымъ рѣшить, которой сторонѣ она принадлежитъ; иногда же она лежитъ нѣсколько справа или слѣва, смотря по тому, изъ которой стороны она развилась. Въ виду того, что мѣшеччатая опухоль, т. е. ретенціонная киста трубы, обыкновенно бываетъ спаяна съ задней стѣнкой матки, прямой кишкой, задней пластинкой широкой маточной связки и со стѣнкой таза, то и опухоли, прощупываемой со стороны влагалища, не удается отграничить отъ названныхъ органовъ и отъ стѣнки таза; она обыкновенно представляется закругленною въ сторону этой послѣдней, нѣсколько смѣщаемой, но не подвижной свободно. Если въ тазу имѣются при этомъ остатки экссудата въ видѣ мозолей и кожистыхъ уплотненій, то опухоль можетъ на какомъ-нибудь мѣстѣ переходить въ стѣнку таза при помощи широкой ножки. Въ свѣжихъ случаяхъ опухоль представляетъ тѣстоватую консистенцію, въ болѣе старыхъ—упруго-эластичную, при наличности же обширныхъ мозолей—плотную. Флюктуаціи въ ней обыкновенно не удается опредѣлить; только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ готовится вскрытіе кисты въ сторону влагалища,—удается прощупать въ самомъ нижнемъ отрѣзкѣ опухоли мягкое, тѣстоватое, ограниченное мѣсто.

Если и *isthmus tubae* растягивается, то ретенціонная киста раздвигаетъ собой оба листка широкой маточной связки и представляетъ, благодаря этому, всѣ отношенія внутрисвязочной опухоли. Въ силу незначительной подвижности средняго отдѣла широкой связки, опухоль остается сбоку матки и непосредственно переходитъ въ боковой край этого органа, отдѣляясь отъ него лишь плоской бороздкой. По направленію къ рукаву опухоль является немного выпуклой, отъ задней и передней стѣнокъ таза ее можно отграничить вполне. Въ сторону тазовой стѣнки она переходитъ болѣе или менѣе широко, вслѣдствіе того, что ткань широкой связки въ участкахъ, прилежащихъ къ яичнику, всегда становится отечной, а при дальнѣйшемъ существованіи болѣзни—воспалительно инфильтрированной. Иногда образуется и экссудатъ по соосѣдству съ ретенціонной кистой, но это бываетъ только тогда, когда гной вскрыется въ широкую связку. Если вскрытіе гноя произошло, то онъ распространяется по всей тазовой клѣтчаткѣ, вовлекая послѣднюю въ совмѣстное заболѣваніе. Границы опухоли сглаживаются тогда совер-

шенно, и при объективномъ изслѣдованіи находятъ въ этихъ случаяхъ всѣ признаки околоматочнаго эксудата.

При двухстороннемъ pyosalpinx'ѣ матка можетъ быть такъ тѣсно соединена съ трубными мѣшками, что можетъ казаться составною частью опухоли, вѣдствие чего двухсторонній pyosalpinx — легко смѣшать съ новообразованиемъ самой матки.

Вскрытіе pyosalpinx'a во влагалище или въ кишку сказывается внезапнымъ изліяніемъ гноя, въ различномъ количествѣ, въ полость указанныхъ органовъ. По тому одному обстоятельству, что гной излился во влагалище или въ прямую кишку, нельзя еще дѣлать заключеній,— какъ это говорятъ нѣкоторые авторы,— что дѣло обязательно въ pyosalpinx'ѣ. Совершенно вѣрно, что гной изъ pyosalpinx'a по преимуществу прокладываетъ себѣ путь въ кишку или во влагалище, но, вѣдь, анатомическое строеніе таза позволяетъ и всякому другому нагноенію внутри его вскрыться наружу также черезъ влагалище или прямую кишку. Дифференціальная діагностика между pyosalpinx'омъ и гнойнымъ эксудатомъ въ такихъ случаяхъ крайне затруднительна, такъ какъ обширныя срощенія, предшествующія вскрытію pyosalpinx'a, могутъ дать такія же объективныя явленія, какія свойственны и эксудату.

*Дифференціальный діагнозъ.* Смѣшеніе pyosalpinx'a съ міомой матки легко возможно, если мѣшчатато-расширенная труба, какъ это часто встрѣчается, плотно срощена съ маткой и не ограничивается отъ нея. Если опухоль лежитъ внутрисвязочно и поэтому сбоку матки, то это будетъ говорить въ пользу pyosalpinx'a, ибо внутрисвязочныя міомы встрѣчаются крайне рѣдко. За pyosalpinx говорятъ, кромѣ того, еще: не увеличенная матка съ равномернo гладкой поверхностью, наличность у большой лихорадки и анамнестическія указанія на бывшую у большой гоноррею. Въ сомнительныхъ случаяхъ всегда слѣдуетъ прибѣгать къ пробной пункции, если только опухоль доходитъ до тазовой стѣнки, и поэтому можно рассчитывать на срощеніе ея съ тазовымъ дномъ. При полученіи, путемъ пункции, гноя, діагнозъ можетъ колебаться лишь между pyosalpinx'омъ и тазовымъ эксудатомъ.

*Симптоматологія.* Волѣнные припадки, которые встрѣчаются при сальпингитѣ,—главнымъ образомъ боли,—зависятъ по преимуществу отъ тазоваго перитонита. Боли бываютъ или постоянно, или появляются временно вѣдствие извѣстныхъ причинъ—при дефекаціи, coitus'ѣ или при сидѣніи. Кромѣ того больныя сальпингитомъ жалуются еще на неправильныя маточныя кровотеченія и обильныя регулы, напираніе на низъ и безплодіе. Pyosalpinx болѣе значительнаго объема усиливаетъ всѣ эти припадки, благодаря тому, что онъ занимаетъ больше мѣста въ тазу. Въ свѣжихъ случаяхъ и при обостреніяхъ тазоваго перитонита лихорадка отсутствуетъ у больныхъ лишь въ видѣ исключенія <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Особенно бурными припадками сопровождается перекручиваніе трубъ, пораженныхъ простымъ воспаленіемъ, hydrosalpinx'омъ или pyosalpinx'омъ. Перекручи-

Всѣ эти болѣзненные припадки могутъ въ значительной степени истощить больную; особенное значеніе имѣеть при этомъ хроническое малокровіе, которое здѣсь, какъ и при всякомъ другомъ продолжительномъ заболѣваніи, появляется современемъ, хотя столь быстро и сильнаго исхуданія, какое бываетъ при гнойномъ параметритѣ, при *pyosalpinx*'ѣ не приходится видѣть, такъ какъ здѣсь лихорадка не бываетъ столь высокой и продолжительной.

Воспаленіе трубы, даже въ формѣ *pyosalpinx*'а, не представляетъ собою заболѣванія, опаснаго для жизни.

*Леченіе салпингита.* Заболѣвшая труба недоступна никакому мѣстному леченію, за исключеніемъ вскрытія и удаленія ея оперативнымъ путемъ.

*Оперативное леченіе.* Удаленіе трубы по поводу воспаления ея показуется лишь при гнойной формѣ послѣдняго. Никому, вѣдь, не придетъ въ голову удалить у мужчины часть полового прибора потому только, что онъ пораженъ гонорреей; точно также и у женщины удаленіе трубъ должно быть производимо лишь при настоятельныхъ показаніяхъ, тѣмъ болѣе, что сама болѣзнь не смертельна, а удалить трубу можно только путемъ серьезной операціи. Объ удаленіи трубы можетъ быть рѣчь исключительно только при разлитомъ тазовомъ перитонитѣ на основаніи соображеній, о которыхъ было сказано выше.

Иначе обстоитъ дѣло при *pyosalpinx*'ѣ. Тамъ, гдѣ имѣется значительное скопленіе гноя въ трубѣ, и гдѣ оно доступно хирургическому вмѣшательству, тамъ всегда слѣдуетъ дѣйствовать по правиламъ хирургіи.

*Exstirpatio tubae.* Теоретически разсуждая, было бы правильнѣе всего при *pyosalpinx*'ѣ всегда удалять ретенціонную кисту трубы, ибо съ удаленіемъ ея уничтожается возможность повторнаго наполненія мѣшечато-расширенной трубы. Въ свѣжихъ случаяхъ съ заразительнымъ гноемъ экстирпація *pyosalpinx*'а является, однако, опаснымъ вмѣшательствомъ, ибо гной всегда легко можетъ попасть въ брюшную полость и вызвать общій перитонитъ. Напротивъ, въ болѣе старыхъ случаяхъ, гдѣ гной уже успѣлъ потерять свою заразительность и гдѣ брюшина сдѣлалась болѣе способной къ сопротивленію, проникновеніе гноя въ брюшную полость можно считать довольно безразличнымъ. Въ виду этого прогнозъ операціи въ болѣе старыхъ случаяхъ является гораздо болѣе благоприятнымъ, почему только въ такихъ случаяхъ и должно быть предпринимаемо удаленіе *pyosalpinx*'а.

Однако это еще не значитъ, что всякій старый *pyosalpinx* долженъ быть удаляемъ. Незначительныя скопленія гноя въ трубѣ, — въ случаѣ,

ваніе это, какъ показываютъ новѣйшія наблюденія, вовсе не представляютъ эквивалентной рѣдкости. Помимо острыхъ, внезапно возникающихъ болей, — которыя, кстати сказать, иногда стихаютъ при перемѣнѣ большой положенія, — характернымъ признакомъ перекручиванія является быстрое увеличеніе объема пораженныхъ придатковъ, зависящее отъ механическихъ затрудненій кровообращенія въ перекрученной трубѣ и яичникѣ той же стороны. Изъ патолого-анатомическихъ измѣненій, сопровождающихъ перекручиваніе, на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить кровоизліянія въ полость и ткани трубы, а также въ ткани яичника.

В. Г.



если съ теченіемъ времени они сами не опорожняются въ матку послѣ исчезновенія отека слизистой оболочки,—претерпѣваютъ большою частью измѣненіе своего состава и всасываются. Оттого показанія къ удаленію *pyosalpinx*'а менѣе значительнаго объема ставятся, какъ и при сальпингитѣ, на основаніи лишь тѣхъ болѣзненныхъ явленій, которыя вызываетъ тазовый перитонитъ.

И такъ удаленію оперативнымъ путемъ подлежатъ по преимуществу большія ретенціонныя кисты трубъ, наполненныя гноемъ. При этомъ было бы ошибкой думать, что больная должна немедленно выздороветь послѣ удаленія *pyosalpinx*'а. Заболѣваніе брюшины, мозоли и уплотненія въ тазовой кльчаткѣ, которыя всегда существуютъ на-лицо при *pyosalpinx*'ѣ, остаются и послѣ операци, вызывая, въ связи съ наступающимъ послѣ удаленія придатковъ обѣихъ сторонъ преждевременнымъ климактеріемъ, иногда не меньшіе припадки, чѣмъ до операци давалъ *pyosalpinx*. Кромѣ того, послѣ операци нерѣдко образуется эксудатъ въ культѣ, который можетъ принять значительныя размѣры и нарушить здоровье оперированной въ такой же степени, какъ это было до операци <sup>1)</sup>. И такъ для того, чтобы врачъ и больная не разочаровались въ результатахъ операци, они должны выяснитъ себѣ, что главное преимущество, которое достигается удаленіемъ *pyosalpinx*'а, состоитъ только въ устраненіи гнойнаго очага и сумки нарыва; врачъ долженъ при этомъ предварительно обсудитъ, не удастся-ли въ данномъ случаѣ достигнуть такихъ же результатовъ и помощью простаго вскрытія *pyosalpinx*'а, и дренированіемъ его полости.

Объ удаленіи *pyosalpinx*'а другимъ путемъ, какъ *per laparotomiam*, едва-ли можетъ быть и рѣчь. Обширныя срощенія и опасность пораненія кишечника требуютъ, чтобы операторъ былъ въ состояніи хорошо обозрѣвать операционное поле. Смертность при этой операци равняется въ среднемъ 5%. Изъ 29 случаевъ чревосѣченій, произведенныхъ *Gusserow*'ымъ за время отъ 1894 до 1898 года по поводу двусторонняго *pyosalpinx*'а, по статистикѣ *Isenburg*'а, окончился смертельно лишь одинъ, именно отъ разлитого перитонита, вызваннаго, по всей вѣроятности, разрывомъ трубнаго мѣшка еще свѣжаго *pyosalpinx*'а. Экстирпація трубы черезъ влагалище является слишкомъ опаснымъ предпріятіемъ и едва-ли выполнима безъ одновременнаго изсѣченія матки. Такимъ образомъ при влагалищномъ методѣ женщина калѣчится совершенно напрасно. Кромѣ того операторъ при этомъ способѣ никогда не можетъ быть увѣреннымъ,

<sup>1)</sup> По наблюденіямъ *Ries*'а, *Bovée* и др. авторовъ, неудовлетворительный результатъ сальпингэктоміи въ значительной степени объясняется тѣмъ, что въ культяхъ трубъ, несмотря на перевязку, скоро восстанавливается проходимый каналъ, черезъ который микробы и могутъ изъ полости матки легко проникать въ полость брюшины, обусловливая новое ея зараженіе. Имѣя въ виду эти наблюденія, справедливость которыхъ вполне подтверждена экспериментальными изслѣдованіями *Fraenkel*'а, операторъ долженъ, при удаленіи трубъ, позаботиться о надежномъ закрытіи ихъ просвѣта въ культяхъ. *Bovée* даже совѣтуетъ для этой цѣли не ограничиваться простою перевязкою, а резецировать часть маточныхъ роговъ на глубину 1 дюйма и затѣмъ сшивать отдѣльно *muscularis* и *serosû* по обѣ стороны резецированнаго мѣста.

что ему удастся довести операцію до конца, такъ какъ, если стѣнки мѣшка неособенно прочны, то онъ разрывается при попыткахъ вытнуть трубу черезъ вскрытый сводъ влагалища, ножка же и остатки мѣшка уходятъ въ брюшную полость, причѣмъ ихъ трудно бываетъ захватить; въ итогѣ оператору приходится переходить на лапаротомию, тѣмъ болѣе, что этого требуетъ для своей остановки и кровотеченіе. О техникѣ разбираемой операціи смотри главу о тазовомъ перитонитѣ <sup>1)</sup>.

*Вскрытіе pyosalpinx'a* можетъ быть произведено только со стороны влагалища и представляетъ собой безопасное вмѣшательство, благодаря тому, что гной при этой операціи ни въ какомъ случаѣ не можетъ попасть въ брюшную полость. Если *pyosalpinx* расположенъ внутрисвязочно, то вскрытіе мѣшка производится совершенно внѣбрюшинно,—такъ же, какъ и при параметритическомъ эксудатѣ. Но даже и въ томъ случаѣ, когда гнойный мѣшокъ, какъ это чаще всего имѣетъ мѣсто, образованъ расширенной *ampulla tubae*,—онъ обыкновенно бываетъ такъ тѣсно спаянъ съ дномъ таза, что гной никакъ не можетъ попасть въ брюшную полость, несмотря на то, что при вскрытіи брюшина будетъ перерѣзана въ двухъ мѣстахъ (брюшина тазоваго дна и *ampullae tubae*).

Вскрытіе *pyosalpinx'a* является показаннымъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ гной самъ собирается вскрыться во влагалище, и гдѣ уже удастся опредѣлить флюктуацію. Далѣе, операція эта показуется при объемистыхъ *pyosalpinx'axъ* болѣе свѣжаго происхожденія, съ содержимымъ еще очень заразительнымъ, въ виду большой опасности инфекции брюшной полости при удаленіи мѣшка. Степень заразительности гноя можно, впрочемъ, ранѣе опредѣлить путемъ бактериологическаго изслѣдованія гноя, полученнаго при помощи пункціи. Наконецъ, вскрытіе показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ *pyosalpinx'a*, развившагося внутрисвязочно и срощеннаго на большомъ протяженіи, гдѣ изслѣдованіе даетъ совершенно одинаковыя объективныя данныя съ эксудатомъ; оно является здѣсь показаннымъ, съ одной стороны, потому, что экстирпація при подобныхъ условіяхъ крайне трудна, а съ другой — потому, что въ подобныхъ случаяхъ операторъ рискуетъ, вскрывъ брюшную полость, найти вмѣсто ожидаемаго *pyosalpinx'a* эксудатъ <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Говоря объ оперативномъ удаленіи трубъ при воспалительныхъ заболѣваніяхъ послѣднихъ, *Nagel* разумѣетъ исключительно полную экстирпацію этихъ органовъ. Но зачастую воспалительныя измѣненія ограничиваются лишь частью трубы, преимущественно ея павильономъ, между тѣмъ какъ остальная часть, лежащая ближе къ маткѣ, остается здоровою. Въ такихъ случаяхъ лучше ограничиваться частичнымъ исцѣвленіемъ трубы. Оставленная часть послѣдней при этомъ не зашивается, а остается открытою, причѣмъ въ ней можно образовать, по совѣту *Clado*, новый павильонъ, разсѣвая конецъ ея, по желобоватому зонду, на протяженіи 4—5 сант. и сшивая на этомъ концѣ брюшину со слизистой оболочкой непрерывнымъ швомъ. Такъ какъ яичникъ при этомъ очутится слишкомъ далеко отъ новообразованнаго брюшинаго отверстія трубы, то или послѣднюю подтягиваютъ къ нему швами, или, напротивъ, по совѣту *Frank'a*, яичникъ переносятъ ближе къ остатку трубы. Новообразованный яйцеводъ въ состояніи при этихъ условіяхъ отправлять всѣ свои функціи. В. Г.

<sup>2)</sup> *Monod*, являясь горячимъ защитникомъ леченія *pyosalpinx'a* путемъ влагалищнаго разрѣза, рекомендуетъ, однако, примѣнять этотъ способъ лишь при одно-

Вскрытіе pyosalpinx'a производится со стороны задняго свода влагалища, справа или слева, по способу, описанному выше, въ главѣ о леченіи параметритическаго эксудата. Последующее леченіе при pyosalpinx'ѣ — нѣсколько болѣе затяжное, въ виду того, что больная слизистая оболочка трубы послѣ вскрытія продолжаетъ функционировать въ качествѣ мешчаная pyogenicae, вырабатывая еще нѣкоторое время гной. Во всѣхъ случаяхъ послѣ вскрытія гнойная полость должна быть немедленно дренирована, рана должна оставаться нѣкоторое время открытой, и полость трубы должна быть промываема<sup>1)</sup>. При такомъ леченіи, въ концѣ концовъ, стѣнки трубы склеиваются, и полость ея запустѣваетъ. Обыкновенно проходитъ довольно много времени, пока исчезнуть утолщенія трубной стѣнки и мозоли въ ея окружности, иногда же они остаются на всю жизнь. Если обѣ трубы поражены, то способность къ зачатію утрачивается. Какъ только наступитъ организація мозолей и ложныхъ перепонокъ, а гиперемія брюшины исчезнетъ, — больныя перестаютъ обыкновенно жаловаться на какіе-либо припадки.

Если оперативное вмѣшательство при pyosalpinx'ѣ является почему-либо не показаннымъ, то нужно воздержаться отъ всякой рѣшительной терапіи, а держаться выжидательнаго образа дѣйствій. При повторныхъ возвратахъ тазоваго перитонита назначаются пребываніе въ постели и ледъ на низъ живота. Далѣе, слѣдуетъ заботиться о правильномъ дѣйствіи кишечника у больныхъ и о соответственномъ движеніи на свѣжемъ воздухѣ. Боли успокаиваются горячими влагалитчными душами (50° С.), смазываніемъ іодомъ влагалитшной части и сводовъ, тампонами съ іодъ-глицериномъ или 20 % ихтіоль-глицериномъ, тампонаціей влагалитша іодоформированной марлей (колюмнизация), примѣненіемъ Кранкенгейлевскаго іодистаго мыла, сидячими ваннами, водолеченіемъ во Франценбадѣ, Маріенбадѣ и др. курортахъ. Для больныхъ, наконецъ, крайне важно избѣгать всякаго новаго гонорройнаго зараженія<sup>2)</sup>.

### 3. Бугорчатка трубы.

Труба нерѣдко является мѣстомъ развитія туберкулеза, причемъ пораженіе это чаще представляетъ собою частичное проявленіе общей бугорчатки. Прежде держались того мнѣнія, что туберкулезъ трубы вообще встрѣчается лишь какъ вторичное заболѣваніе. Въ новѣйшее время, однако,

---

стороннихъ pyosalpinx'ахъ. Тамъ же, гдѣ имѣется гнойное пораженіе обѣихъ трубъ, этотъ авторъ предпочитаетъ прибѣгать къ полной экстирпаціи матки съ придатками per vaginam.

<sup>1)</sup> Нѣкоторые авторы, напр. *Madden, Chaput* и др., совѣтуютъ замѣнять не только при гидросальпинксахъ, но и при піосальпинксахъ — разрѣзъ простымъ проколомъ черезъ задній сводъ. По *Madden'у*, проколъ этотъ слѣдуетъ производить подъ руководствомъ введеннаго въ геститъ пальца. Опороживъ трубный мѣшокъ, промываютъ его кампѣ-либо дезинфицирующимъ растворомъ, затѣмъ дренируютъ.

<sup>2)</sup> Полноты ради замѣчу, что, по недавнему сообщенію *Taylor'а*, гонорройный салпингитъ можно будто-бы излечить путемъ долговременнаго употребленія ртутныхъ препаратовъ и іодистаго калия.

стало известно нѣсколько случаевъ, гдѣ посмертное вскрытіе, кромѣ трубы, не могло открыть никакихъ другихъ туберкулезныхъ очаговъ <sup>1)</sup>). Подобные случаи могутъ быть дѣйствительно первичными, происшедшими вслѣдствіе внесенія заразы извнѣ, съ пальцами, инструментами или при совокупленіи. Гоноррея, дѣлая трубу менѣе способной къ сопротивленію, такимъ образомъ можетъ способствовать зараженію и туберкулезомъ. Но не слѣдуетъ забывать и той возможности, на которую указываютъ *Doran* и *Williams*, а именно, что первичный очагъ бугорчатки въ подобныхъ случаяхъ могъ зажить, такъ что заболѣваніе трубы будетъ представляться первичнымъ, не будучи таковымъ фактически.

По *Hegar*'у, бугорчатка трубы встрѣчается чаще всего одновременно съ таковой же брюшины <sup>2)</sup>).

Туберкулезный салпингитъ представляетъ вначалѣ такія же анатомическія явленія, что и простой салпингитъ. Слизистая и мышечная оболочки трубы мелкоклѣточно инфильтрируются, вслѣдствіе чего стѣнка ея является утолщенной—такъ же, какъ и при салпингитѣ, но только съ той разницей, что въ инфильтрированной ткани встрѣчаются гигантскія клѣтки и туберкулезныя бациллы; ткань расплывается аналогично тому, какъ то бываетъ при туберкулезѣ другихъ органовъ; труба наполнена гноемъ и казеозными массами. На наружной поверхности трубы и на слизистой оболочкѣ внѣ болѣзненнаго очага встрѣчаются иногда милиарные узелки. Въ одномъ случаѣ *Williams* видѣлъ всю слизистую оболочку трубы устьянной милиарными бугорками, что, по *Doran*'у, должно представлять первую стадію туберкулезнаго салпингита.

При дальнѣйшемъ развитіи болѣзни труба получаетъ такой же видъ, какъ и при *ruosalpinx*'ѣ довольно большого размѣра; расширенная полость ея наполнена гноемъ; въ утолщенной стѣнкѣ встрѣчаются повсюду казеозныя гнѣзда; кромѣ того, всегда имѣются на-лицо ложныя перепонки и сращения съ другими органами (*Doran*).

Клиническій діагнозъ трубной бугорчатки поставить не легко. При изслѣдованіи получаются такія же объективныя данныя, что и при салпингитѣ и *ruosalpinx*'ѣ <sup>3)</sup>). Анамнезомъ можно лишь тогда воспользоваться, когда всѣ другіе причинные моменты, кромѣ туберкулеза, слѣдуетъ исключить. По *Cullingworth*'у, заболѣванія трубъ у дѣвицъ обыкновенно туберкулезнаго характера.

<sup>1)</sup> Этотъ авторъ различаетъ 2 формы бугорчатки трубъ и тазовой брюшины—восходящую и нисходящую. При первой заразное начало попадаетъ во внутренніе отдѣлы полового канала изъ влагалища, при второй—изъ кишечника. В. Г.

<sup>2)</sup> Въ настоящее время въ литературу описано уже нѣсколько десятковъ подобныхъ случаевъ. В. Г.

<sup>3)</sup> По наблюденіямъ *Hegar*'а, характернымъ для бугорчатки трубъ является лишь одинъ признакъ,—это развитіе узловатыхъ утолщеній въ р. *isthmica* и р. *interstitialis* большой трубы. Признакъ этотъ встрѣчали при туберкулезномъ салпингитѣ и другіе авторы, работавшіе по данному вопросу,—*Bubius*, *Alterthum* и пр. По *Alterthum*'у, утолщенія эти представляютъ собою результатъ не расширенія канала трубы, а гипертрофій ея *muscularis*. В. Г.

Само собой понятно, что больныя бугорчаткой легкиих такъ же легко, какъ и другія женщины, могутъ заразиться гонорреей и такимъ образомъ заболѣть гнойнымъ салпингитомъ, не туберкулезнаго характера. И такъ не слѣдуетъ всякій салпингитъ у туберкулезныхъ больныхъ считать обязательно бугорчатого происхожденія.

Вопросъ о спеціальному леченіи, которое можетъ состоять только въ удаленіи мѣшка, рѣшается, при разбираемой болѣзни, въ зависимости отъ состоянія остальныхъ органовъ. Труба, пораженная туберкулезомъ первично, должна быть, понятно, немедленно удалена; до сихъ поръ, однако, не извѣстно ни одного случая, гдѣ бы первичный туберкулезъ трубы былъ распознанъ *intra vitam*; поэтому при леченіи туберкулезнаго салпингита надо держаться тѣхъ же взглядовъ, которые были высказаны выше, при разборѣ леченія ретенціонныхъ кистъ трубы вообще.

#### 4. Новообразованія трубъ.

##### а) Ракъ.

Ракъ трубы встрѣчается не часто. *Doran* нашелъ въ литературѣ лишь 18 случаевъ его<sup>1)</sup>. Что ракъ трубы можетъ развиваться первично, — не подлежитъ больше сомнѣнію, съ тѣхъ поръ, какъ *Rosthorn* опубликовалъ свой случай. Какъ при туберкулезѣ, такъ и здѣсь можетъ быть просмотрѣно всторонѣ лежащее первичное гнѣздо, благодаря чему очень трудно опредѣлить *intra vitam* первичный характеръ новообразованія.

Ракъ трубы встрѣчался до сихъ поръ только у женщинъ за 35 лѣтъ. Взглядъ *Doran*'а на то, что ракъ можетъ развиваться путемъ перерожденія сосочковой опухоли (*papilloma*) трубы, подтвержденъ и другими авторами. Однако новообразованіе это можетъ, безъ сомнѣнія, развиваться и непосредственно изъ эпителия слизистой оболочки, причемъ длительныя воспаленія послѣдней, весьма вѣроятно, способствуютъ развитію рака (*Doran*), хотя это еще и не доказано.

Обычно въ слизистой оболочкѣ трубъ не встрѣчается железъ. Однако появленіе ихъ въ маточномъ отрѣзкѣ яйцевода вполне мыслимо, если принять въ расчетъ исторію развитію трубъ. Кромѣ того, путемъ слиянія складокъ въ трубѣ могутъ возникнуть пустыя пространства, выстланныя эпителиемъ, которыя могутъ быть приняты за железы. Во всякомъ случаѣ трубныя железы должны быть разсматриваемы, какъ инородныя образованія; какъ таковыя, онѣ имѣютъ склонность къ перерожденію. Наконецъ, ракъ трубы можетъ развиваться и путемъ перерожденія кистъ трубной стѣнки, развившихся изъ остатковъ первичныхъ почекъ.

Ракъ трубы имѣетъ такое же строеніе, какъ и ракъ другихъ органовъ. Эпителиальные отпрыски при немъ проникаютъ вглубь утолщенной стѣнки трубы, въ то время какъ болѣе старые участки новообразованія, обра-

<sup>1)</sup> Въ своей работѣ, опубликованной въ 1898 г., *Doran* сообщаетъ свѣдѣнія о 23 случаяхъ рака яйцевода. Съ тѣхъ поръ новыя случаи рака трубъ были опубликованы *Falk* омъ, *Hofbauer* омъ, *Freidenheim* омъ и др. В. Г.

щенные къ просвѣту трубы, находятся въ состояніи распада. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ его наблюдалось образованіе пустотъ въ эпителиальныхъ гнѣздахъ; вслѣдствіе сліянія нѣсколькихъ пустотъ въ новообразованіи могутъ развиваться кисты и большихъ размѣровъ. Пораженная ракомъ труба имѣетъ при наружномъ осмотрѣ такой же видъ, какъ и при сальпингитѣ или ruosalpinx'ѣ. Опухоль достигаетъ иногда величины страусоваго яйца.

Діагнозъ раковаго перерожденія трубы поставить не легко. Всѣ до сихъ поръ извѣстные случаи были, кажется, распознаны лишь *post mortem*. Если въ климактерическомъ возрастѣ у женщины, страдавшей раньше тазовымъ перитонитомъ, появится внезапное и все болѣе прогрессирующее увеличеніе придатковъ, при одновременномъ ухудшеніи общаго состоянія, то врачъ имѣетъ право заподозрить ракъ трубы (*Doran*). Гнойныя выдѣленія, похожія на мясные помои, особенно если они появляются по временамъ, какъ при *hydrops tubae profluens*, дѣлаютъ этотъ діагнозъ еще болѣе вѣроятнымъ.

Леченіе можетъ состоять только въ удаленіи трубы, пораженной ракомъ. При этомъ предварительно слѣдуетъ выяснитъ, можно-ли произвести такое удаленіе вполне, или нѣтъ. Иногда, однако, вопросъ этотъ удается рѣшить только по вскрытіи брюшной полости. Если окажется, что ракъ уже перешелъ на окружающую ткань, то нужно оставить всякую попытку къ удаленію трубы и опять закрыть полость брюшины.

#### в) Саркома трубы.

Саркома трубы представляетъ собой крайне рѣдкое заболѣваніе <sup>1)</sup>, которое не легко отличить отъ рака, такъ какъ саркома и въ анатомическомъ отношеніи представляетъ съ нимъ большое сходство. Относительно діагноза и терапіи саркомы трубы я отсылаю читателей къ только что сказанному относительно рака трубы.

#### с) Фиброміома трубы.

Въ виду того, что стѣнка трубы содержитъ тѣ же элементы, что и стѣнка матки, которая представляетъ собой излюбленное мѣсто развитія фиброміомъ,—вполнѣ естественно, что и въ трубѣ могутъ тоже иногда развиться опухоли этого рода. Впрочемъ, фиброміомы трубы встрѣчаются обычно не часто <sup>2)</sup>. Въ большинствѣ до сихъ поръ наблюдавшихся случаевъ этого рода опухоль оказывалось сидѣвшею на ножкѣ. Аденоміомы, встрѣчающіяся въ трубныхъ углахъ, развиваются изъ остатковъ первичныхъ почекъ (*Recklinghausen*, см. стр. 115). При объективномъ изслѣдованіи фиброміомъ трубы получаютъ такія же данныя, какъ и при опухоляхъ яичника, внутримѣстныхъ фиброміомахъ матки или при внутри-

<sup>1)</sup> По *Orthmann*'у, въ литературѣ до 1899 г. были извѣстны лишь 4 достоверныхъ случая этого заболѣванія; авторъ описалъ пятый. В. Г.

<sup>2)</sup> *Jacobs* и *Rudolf*, описавшіе въ 1898 г. по одному случаю фиброміомы трубъ, могли собрать изъ литературы—первый 6 аналогичныхъ случаевъ, второй—8. В. Г.

связочныхъ опухоляхъ вообще. Диагнозъ, кажется, можно поставить только послѣ вскрытія брюшиной полости.

d) *Papilloma tubae.*

Папиллома трубы состоитъ, по *Doran*'у, который впервые описалъ случай этой опухоли, изъ эпителиальныхъ ворсинчатыхъ разроженій, которыя развиваются на внутренней поверхности такихъ трубъ, складки которыхъ разрушены предшествовавшимъ гнойнымъ салпингитомъ. Въ начальныхъ стадіяхъ развитія они имѣютъ сходство съ бородавками. *Doran* и *Doleris* ставятъ ихъ наравнѣ съ кондиломами наружныхъ половыхъ частей. При дальнѣйшемъ существованіи они образуютъ разроженія, похожія на цвѣтную капусту. Ворсинки ихъ состоятъ изъ соединительно-тканной основы, покрытой эпителиемъ; внутри ворсинокъ имѣются пустыя пространства, выстланныя также эпителиемъ.

Нѣкоторые авторы (*Eberth*, *Kaltenbach*, *Schröder*) считаютъ папиллому злокачественнымъ новообразованіемъ, *Doran* же высказывается за ея доброкачественность—по крайней мѣрѣ въ начальныхъ стадіяхъ развитія <sup>1)</sup>. Несомнѣнно, однако, что въ послѣдствіи папиллома можетъ перейти въ ракъ.

На живой папилломе трубы до сихъ поръ не была ни разу распознана до операціи. Если во время салпинготоміи найдутъ, что опухоль состоитъ изъ папилломы, то, по *Doran*'у, во всѣхъ такихъ случаяхъ долженъ быть удаленъ и яичникъ, а лигатура должна быть наложена по возможности близко къ маткѣ. Если бы папиллярныя разроженія встрѣтились на поверхности разрѣза, то ихъ надо разрушить каленымъ желѣзомъ. Предсказаніе надо ставить съ осторожностью.

e) *Кисты трубы.*

Трубныя кисты развиваются большею частью изъ Морганіевыхъ гландъ и принадлежать, такимъ образомъ, къ образованіямъ, развивающимся изъ первичныхъ почекъ. Онѣ обыкновенно не достигаютъ большой величины и не имѣютъ никакого клиническаго значенія.

Недавно *Sänger* омъ описанъ случай своеобразной, гроздевидной кисты на ножкѣ, которая, повидимому, исходила изъ бахромки. Остальныя бахромки, трубы и яичники — однимъ словомъ, всѣ внутреннія половыя части были въ этомъ случаѣ совершенно здоровы. *Sänger* опредѣляетъ эту своеобразную опухоль, какъ кистовидную фибромиксому (*fibromyxoma fimbriarum tubae cystosum*), и считаетъ ее врожденной. Опухоль была замѣчена непосредственно послѣ родовъ и была удалена, потому что начала быстро расти.

<sup>1)</sup> Такая разница во взглядахъ на сосочковыя опухоли яйцеводовъ объясняется тѣмъ, что послѣднія въ различныхъ случаяхъ имѣютъ различный анатомическій характеръ. *Ширшовъ*, изучая этотъ вопросъ, нашелъ, что среди папилломъ трубы слѣдуетъ различать 2 формы: *papilloma fibromatodes* и *p. adenomatodes*; первая характеризуется преобладаніемъ соединительной ткани надъ эпителиальною, вторая—наоборотъ. По *Macrez*, злокачественныя папилломы трубъ встрѣчаются гораздо чаще доброкачественныхъ,—на 24 случая первыхъ онъ встрѣтилъ лишь 9 случаевъ вторыхъ.

### 5. Актиномикозъ трубъ

Заболѣваніе это было до сихъ поръ наблюдаемо въ одномъ случаѣ. Въ видѣ частичнаго проявленія актиномикоза брюшной полости оно встрѣчается, однако, навѣрное чаще. Если имѣется подозрѣніе на актиномикозъ, то больная должна принимать большія дозы іодистаго калия, который далъ такіе хорошіе результаты при актиномикозѣ у рогаатаго скота (*Doran*).

### 6. Выматочная беременность (*graviditas extrauterina s. ectopica*).

Съ тѣхъ поръ, какъ *Bischoff* (1842) нашелъ сперматозондовъ въ трубѣ и на поверхности яичника, мы знаемъ, что яйцо проходитъ въ оплодотворенномъ состояніи черезъ трубы. Всякая беременность, стало быть, начинается, можно сказать, въ видѣ трубной. Иногда при этомъ, — по какой-то причинѣ, характеръ и возникновеніе которой намъ еще не извѣстны, — оплодотворенное яйцо задерживается во время своего передвиженія по направленію къ полости матки и прививается въ трубѣ. Сомнительно, чтобы заболѣванія послѣдней играли при этомъ какую-нибудь роль <sup>1)</sup>. Трубная беременность встрѣчается чаще у первородящихъ и у женщинъ, которыя до того имѣли здоровые половые органы, чѣмъ у такихъ, которыя раньше страдали сальпингитомъ.

Теоретически можно допустить и прикрѣпленіе яйца, кромѣ трубы, также въ брюшной полости, потому что яйцо по пути въ трубу проходитъ черезъ эту послѣднюю. До сихъ поръ, однако, неизвѣстно ни одного случая первичной брюшной беременности у человѣка, изъ чего нужно заключить, что оплодотвореніе яйца не происходитъ внѣ трубы, или что брюшина не въ состояніи дать всѣхъ нужныхъ условій для развитія на ней оплодотвореннаго яйца.

То же самое нужно сказать и относительно развитія оплодотворенною яйца внутри яичника. Хотя различными авторами и описаны случаи яичниковой выматочной беременности у человѣка, но всѣ они въ сущности не выдерживаютъ строгой критики <sup>2)</sup>. Напротивъ, развитіе опло-

<sup>1)</sup> Это заявленіе *Nagel*'я противорѣчитъ мнѣнію большинства авторовъ, занимавшихся вопросомъ объ этиологіи выматочной беременности: *Engström*, *Mandl* и *Schmitz*, *Leopold*, *Dührssen* и цѣлый рядъ другихъ авторовъ единогласно заявляютъ, что въ возникновеніи послѣдней несомнѣнно громадную роль играетъ воспаленіе трубъ, особенно гонорройное. При этомъ, по мнѣнію однихъ наблюдателей, сальпингитъ благоприятствуетъ развитію выматочной беременности, ведя къ закупоркѣ просвета трубъ и такимъ образомъ мѣшая яйцу проникать въ матку; другіе (*Engström*) объясняютъ роль сальпингита тѣмъ, что при этой болѣзни мерцательный эпителий трубъ теритъ свои рѣснички и вмѣстѣ съ тѣмъ способностъ передвижать яйцо; я лично предполагаю, что въ воспаленной слизистой оболочкѣ трубъ оплодотворенное яйцо находитъ гораздо болѣе благоприятный субстратъ для своего развитія, чѣмъ въ здоровой. В. Г.

<sup>2)</sup> Съ этимъ заявленіемъ *Nagel*'я опять-таки едва-ли можно согласиться: въ послѣднее время *Никифоровымъ* былъ описанъ случай, повидимому, несомнѣнной брюшной беременности, а *Kouwer*'омъ и особенно *van Tussenbroeck* — случаи развитія оплодотвореннаго яйца въ полости Граафова пузырька. Случай *van Tussenbroeck*, демонстроваанный на Амстердамскомъ Международномъ Съѣздѣ гинекологовъ, особенно убѣдителенъ и выдерживаетъ самую строгую критику. В. Г.



дотвореннаго яйца въ недоразвитомъ рогѣ второй матки было несомнѣнно не одинъ разъ констатировано.

Беременность въ томъ отръзкѣ трубы, который заложень внутри маточной стѣнки, по теоріи возможна, хотя существованіе ея до сихъ поръ съ увѣренностью никѣмъ не было доказано. Въ наиболѣе точно описанныхъ случаяхъ трубно-маточной беременности послѣдняя находилась уже на такой ступени развитія, когда, по моему мнѣнію, нельзя съ увѣренностью исключить существованіе второй матки съ недоразвитымъ рогомъ<sup>1)</sup>.

И такъ, въ виду рѣдкости второй матки, въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ внѣматочной беременности дѣло идетъ, какъ мы знаемъ со времени изслѣдованій *Lawson Tait'a* и *Werth'a*, о развитіи яйца внутри трубы (первичная трубная беременность<sup>2)</sup>). Процессы, имѣющіе при этомъ мѣсто въ яйцѣ, совершенно аналогичны таковымъ же при маточной беременности: въ яйцѣ развивается плодъ, амнионъ и хоріонъ; изъ ворсинокъ послѣдняго развивается послѣдъ—въ случаяхъ, гдѣ беременность не прерывается слишкомъ рано; слизистая оболочка трубы превращается въ отпадающую оболочку (*decidua*), а на стѣнкѣ трубы развивается мѣсто прикрѣпленія послѣда, который, постепенно расширяясь на все дно таза, можетъ обезпечить питаніе и обмѣнъ веществъ даже зрѣлаго плода не хуже того, какъ они происходятъ въ маткѣ<sup>3)</sup>.

Всякій разъ, когда въ трубѣ имѣется оплодотворенное яйцо, въ маткѣ развивается отпадающая оболочка, образованіе которой подготавливаетъ почву для принятія яйца. Если послѣднее, между тѣмъ, останется въ трубѣ, то маточная *decidua* все-таки продолжаетъ развиваться нѣкоторое время, а сама матка увеличивается въ объемѣ подъ вліяніемъ обильнаго притока крови къ органамъ малаго таза, обусловливаемаго трубною беременностью.

Внѣматочно развившееся яйцо никогда не остается въ трубѣ до конца беременности; по крайней мѣрѣ до сихъ поръ неизвѣстно ни од-

<sup>1)</sup> Большинство авторовъ признаютъ, однако, не только въ теоріи, но и *de facto* возможность наступленія беременности въ междуточной части трубы (*graviditas interstitialis*); при этомъ нѣкоторые (*Бекманъ*) различаютъ среди случаевъ ея такіе, гдѣ мѣстомъ развитія яйца служитъ только междуточная часть трубы, и такіе, гдѣ яйцо находится отчасти въ трубѣ, отчасти въ маткѣ. Случай перваго рода являются примѣрами *graviditatis interstitialis* въ собственномъ смыслѣ; въ случаяхъ втораго рода имѣетъ мѣсто *graviditas tubo-ovarialis*. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Къ трубной же беременности относятся тѣ, сравнительно рѣдкіе случаи, гдѣ мѣстомъ развитія оплодотвореннаго яйца является *fimbria ovarica*. Несомнѣнные примѣры такой внѣматочной беременности описаны въ недавнее время *Voigt'омъ* и *Leopold'омъ*. *В. Г.*

<sup>3)</sup> По послѣднимъ изслѣдованіямъ *Kühne*, *Улезко-Строгоновой* и *Aschoff'a*, при трубной беремености отношенія стѣнокъ развивающагося яйца къ стѣнкамъ плодовместилища—совершенно шія, чѣмъ при маточной беременности. Главная разница состоитъ въ томъ, что при трубной беременности не развиваются, по крайней мѣрѣ вполнѣ, ни *decidua vera*, ни *reflexa*, ни *serotina*, и ворсины хоріона непосредственно прилегаютъ къ *muscularis* трубы, иногда вдаваясь въ толщу ея. Авторы, описывавшіе ранѣе развитіе отпадающей оболочки въ трубѣ, принимали, по мнѣнію *Kühne*, за *d. vera* и *serotina*—разростанія эктодермы яйца (*Langhans'овскихъ* клѣтокъ), а за *reflexa*—складки трубной мускулы. *В. Г.*

ного достовѣрнаго случая, гдѣ бы, при доношенномъ ребенкѣ или плодѣ въ послѣдней стадіи беременности, плодный мѣшокъ былъ образованъ стѣнкой трубы. Обыкновенно, какъ мы знаемъ со времени изслѣдованій *Lawson, Tait'a* и *Werth'a*, яйцо, если оно раньше не погибло, на второмъ, самое позднее на третьемъ или въ началѣ четвертаго мѣсяца беременности оставляетъ трубу и попадаетъ въ брюшную полость. Совершается это двумя способами:

1) путемъ разрыва стѣнки трубы, и 2) путемъ изверженія яйца черезъ брюшное отверстіе трубы (трубный выкидышъ)<sup>1)</sup>.

1. *Разрывъ стѣнки трубы.* Если яйцо привилось въ перешейкѣ трубы, то разрывъ трубы наступаетъ обыкновенно рано—на четвертой или шестой недѣлѣ<sup>2)</sup>. Яйцо выходитъ черезъ разрывъ въ брюшную полость, причемъ, такъ какъ связь его со стѣнкой трубы совершенно нарушается, то оно немедленно и умираетъ, а вскорѣ затѣмъ подвергается всасыванію. По *Cullingworth'u*, разрывъ трубы при вѣматочной беременности происходитъ влѣдствіе того, что кровоточеніе въ полость яйца быстро увеличиваетъ его въ объемъ, благодаря чему уже и безъ того истонченная стѣнка трубы внезапно растягивается. Благоприятствующимъ моментомъ для этого можетъ быть какое-нибудь рѣзкое внезапное движеніе тѣла или паденіе больной.

Если яйцо находится въ *ampulla tubae*, то разрывъ наступаетъ обыкновенно нѣсколько позже, потому что это мѣсто трубы болѣе растяжимо, чѣмъ перешеекъ ея. Отсюда яйцо попадаетъ также въ брюшную полость, причемъ, если, какъ то всегда бываетъ въ первыя недѣли, связь его со стѣнкой трубы будетъ нарушена, то оно погибаетъ и подвергается всасыванію.

На происхожденіе разрыва не оказываетъ никакого вліянія обстоятельство, будетъ-ли брюшной конецъ трубы закрытъ или открытъ; болѣею частью онъ остается открытымъ.

Въ виду того, что при разрывѣ стѣнки трубы и отдѣленіи яйца неизбежно происходитъ нарушеніе цѣлости сосудовъ, и такъ какъ сократительная способность стѣнокъ трубы очень ограничена, а артеріальная система подъ вліяніемъ беременности очень сильно развивается, то разрывъ всегда сопровождается сильнымъ кровоточеніемъ въ брюшную полость. Последнее бываетъ особенно сильно, если разрывъ захватываетъ перешеекъ трубы: въ такомъ случаѣ оно можетъ достигъ очень высокой степени и привести больную къ скорой смерти, если ей не будетъ подана своевременная помощь.

<sup>1)</sup> Первый исходъ вѣматочной беременности встрѣчается, къ счастью для больныхъ, гораздо рѣже, чѣмъ второй. Такъ, *Küstner* на 59 случаевъ трубнаго абортa встрѣтилъ лишь 16 случаевъ разрыва трубы, *Franz* на 43 абортa имѣлъ 18 разрывовъ, *Fehling*—на 71 абортъ лишь 9 разрывовъ и т. п. В. Г.

<sup>2)</sup> Ранній разрывъ трубы, по убѣжденію *Henrotin'a*, происходитъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣстомъ развитія яйца являются тонкостѣнные diverticulumъ въ стѣнкѣ яйцевода. В. Г.

Разрывъ можетъ также произойти и въ сторону широкой маточной связки, такъ что яйцо попадаетъ вмѣсто брюшной полости между листками широкой связки. Изливающаяся кровь распространяется при этомъ въ ткани *lig. lat.* и образуетъ гематому. Такой разрывъ не вызываетъ кровотечения въ брюшную полость, — въ послѣднюю попадаетъ развѣ небольшое количество черезъ брюшное отверстіе трубы, если оно не закрыто.

Спротивленіе со стороны тканей широкой связки не позволяетъ яйцу въ этомъ случаѣ смѣститься въ значительной степени, поэтому дѣло обычно не доходитъ здѣсь до полного отдѣленія яйца. При незначительномъ отдѣленіи послѣдняго, или если ко времени разрыва уже успѣлъ образоваться послѣдъ, яйцо можетъ остаться живымъ и продолжать развиваться дальше. Плодный мѣшокъ образуется въ такомъ случаѣ

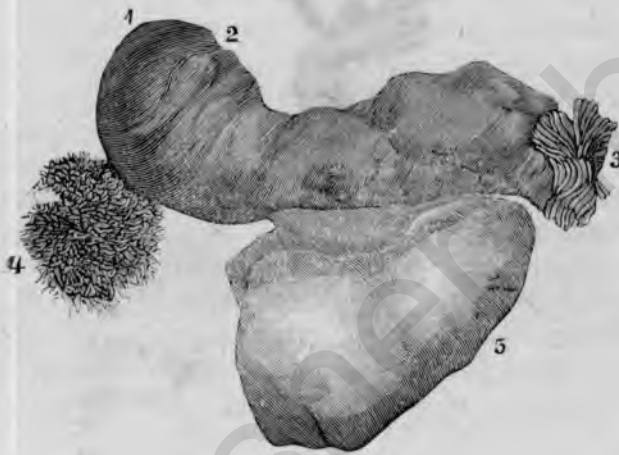


Рис. 57. Трубная беременность. Разрывъ *isthmi tubae*. (По препарату гинекологической клиники Charité). 1—Маточный конецъ трубы. 2—Растянутый *isthmus tubae* (мѣсто нахождения яйца). 3—Открытый брюшной конецъ трубы. 4—Яйцо, вышедшее черезъ разрывъ трубы «2» въ брюшную полость; оно держится отчасти у мѣста разрыва. 5—Яичникъ.

растянутымъ переднимъ и заднимъ листкомъ широкой связки, при незначительномъ участіи стѣнки трубы. Впрочемъ, хотя теоретически и можно допустить возможность такого исхода, тѣмъ не менѣе *de facto* до сихъ поръ не было извѣстно ни одного достовѣрнаго случая, гдѣ бы плодъ до послѣднихъ мѣсяцевъ развивался внутри широкой связки.

Широкая связка можетъ впоследствии

разорваться, а плодъ попасть въ брюшную полость. Въ дальнѣйшемъ такая беременность протекаетъ совершенно такъ же, какъ при выступленіи яйца черезъ брюшное отверстіе трубы.

Ученіе о разрывѣ беременной трубы въ сторону широкой связки и объ исходахъ его настоятельно требуетъ пересмотра. Наблюденія, на которыхъ основаны теперешніе взгляды на внутрисвязочную беременность, относятся къ началу новой гинекологической эры, когда наши знанія о трубномъ выкидышѣ были еще очень неполны. Трубный выкидышъ при наличности кровяной опухоли (*haematocoele*) можно принять за внутрисвязочную беременность.

2. *Изверженіе яйца черезъ брюшное отверстіе трубы (трубный выкидышъ)*. *Bland Sutton* доказалъ, что брюшное отверстіе трубы

въ первыя недѣли трубной беременности остается открытымъ. Благодаря этому обстоятельству, кровь, изливающаяся вслѣдствіе смѣщенія яйца относительно стѣнки трубы, не скопляется въ послѣдней, а стекаетъ немедленно въ Дугласовъ карманъ. При этомъ, такъ какъ кровь стекаетъ понемногу, брюшина имѣетъ время подготовить реактивное воспаленіе, ведущее къ склейкѣ ея съ кишечными петлями и къ осумкованію крови въ Дугласовомъ карманѣ, т. е. къ образованію замочной кровавой опухоли (*haematocoele retrouterina*).

Только что описанный способъ развитія *haematocoele*, — путемъ кровотечения изъ отрытаго брюшнаго конца трубы, — встрѣчается въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ. Изъ 25 случаевъ *haematocoele*, гдѣ было



Рис. 58. Трубный выкидышъ. (По препарату гинекологической клиники Charité). 1—*Isthmus tubae* (отрѣзанъ). 2—Растянутое брюшное отверстіе трубы. 3—Вскрытое яйцо, находящееся въ *ampulla tubae*, которое должно быть извержено (*abortus imperfectus*). 4—Сгустки крови.

предпринято чревосѣченіе, *Cullingworth* могъ доказать въ 23 данный способъ развитія кровавой опухоли, между тѣмъ какъ разрыву трубной стѣнки *haematocoele* было обязано своимъ происхожденіемъ лишь въ одномъ случаѣ.

Брюшное отверстіе трубы постепенно растягивается растущимъ яйцомъ, если оно сидитъ въ *ampulla* ея; кромѣ того беременная труба, вѣроятно, старается сокращеніями своихъ стѣнокъ освободиться отъ яйца <sup>1)</sup>. Въ концѣ концовъ яйцо выходитъ черезъ брюшное отверстіе въ брюшную полость, — происходитъ такъ называемый трубный выкидышъ. Если яйцо помѣщается въ *ampulla tubae*, то изверженіе его происходитъ несравненно чаще путемъ выкидыша, чѣмъ путемъ разрыва стѣнки трубы; если же

<sup>1)</sup> Въ пользу этого говорить и наблюдавшееся нѣкоторыми авторами развитіе трубныхъ болей во время происхожденія трубнаго аборта, — болей, аналогичныхъ маточнымъ родовымъ болямъ.  
В. Г.

мѣстомъ его развитія служить *isthmus tubae*, то разрывъ встрѣчается чаще, чѣмъ выкидышъ <sup>1)</sup>). Отдѣленіе и изверженіе яйца вызываетъ болѣе или менѣе сильное кровотеченіе совершенно такъ же, какъ это бываетъ при маточномъ выкидышѣ. Если этотъ процессъ совершается медленно, постепенно, то понемногу вытекающая кровь имѣетъ время вызвать слипчивый тазовый перитонитъ, вслѣдствіе чего кровотеченіе происходитъ не въ свободную брюшную полость, а въ уже имѣющееся обособленное пространство; излившаяся сюда кровь вскорѣ свертывается и останавливаетъ дальнѣйшее кровоизліаніе, отчего при этомъ и не происходитъ угрожающаго кровотеченія, а образуется прямо *haematocele*. Если же изверженіе яйца сопровождается внезапнымъ кровотеченіемъ, то брюшина не имѣетъ возможности вышеописаннымъ способомъ—путемъ реактивнаго воспаленія—образовать преграду для крови, заливающей все, такъ что кровотеченіе можетъ быть при этомъ не менѣе значительно, чѣмъ при разрывѣ стѣнки трубы. Этотъ исходъ встрѣчается, однако, гораздо рѣже, чѣмъ первый.

Если трубный выкидышъ происходитъ въ первыхъ недѣляхъ беременности, то яйцо совершенно отдѣляется отъ трубной стѣнки и погибаетъ. Молодое яйцо, какъ и *haematocele*, всасывается въ концѣ концовъ безъ остатка.

На второмъ мѣсяцѣ внѣматочной беременности, когда трубный выкидышъ встрѣчается чаще всего, отдѣленіе и изверженіе яйца бываютъ иногда неполными,—яйцо задерживается въ *ostium abdominale tubae*; кровотеченіе при этомъ можетъ быть, если и не всегда очень сильнымъ, то зато столь продолжительнымъ, что жизнь больной подвергается серьезной опасности. Останавливается оно лишь тогда, когда наступитъ свертываніе и осумкованіе излившейся въ Дугласовъ карманъ крови (образованіе *haematocele*). Если это наступило, то свертки крови и яйцо, погибшее въ это время, могутъ подвергнуться всасыванію.

Въ погибшемъ выкидышномъ яйцѣ (трубный заносъ) находятъ обыкновенно, какъ и вообще при такъ наз. заносахъ, кровоизліаніе между ворсистой и водной оболочками. Кровь эта, какъ доказалъ *Bland Sutton*,—плоднаго происхожденія. Водная оболочка оказывается обычно сохранившеюся, и въ полости ея находятся иногда еще околоплодная жидкость и самый плодъ.

Если изверженіе яйца произойдетъ послѣ того, какъ уже образовался послѣдъ (въ акушерскомъ смыслѣ), т. е. на 3-мъ или 4-мъ мѣсяцѣ

<sup>1)</sup> Помимо развитія оплодотвореннаго яйца въ томъ или другомъ отдѣлѣ трубы, на тотъ или иной исходъ внѣматочной беременности (разрывъ трубы или выкидышъ) оказываетъ вліяніе, по *Werth's*, и отношеніе яйца къ складкамъ трубной мукозы. *Werth* подмѣтилъ, что яйцо можетъ прививаться какъ на верхушкѣ складокъ, такъ и въ промежуткѣ между ними. Въ случаяхъ перваго рода (колюмнарное прикрѣпленіе по *W.*) яйцо находится въ худшихъ условіяхъ питанія, почему беременность здѣсь зачастую и прерывается раннимъ выкидышемъ; въ случаяхъ же втораго рода (литерколюмнарное прикрѣпленіе) яйцо, находясь въ лучшихъ условіяхъ питанія, растетъ дальше, пробуравливаетъ стѣнку трубы и обуславливаетъ разрывъ послѣдней.

беременности, то может случиться, что послѣдъ вовсе не отдѣлится отъ трубной стѣнки или отдѣлится лишь въ незначительной степени; если при этомъ и водная оболочка будетъ сохранена, то кровообращеніе плода, подъ вліяніемъ выкидыша, можетъ нарушиться такъ незначительно, что онъ будетъ дальше развиваться въ брюшной полости, а при благоприятныхъ условіяхъ достигнетъ даже зрѣлости <sup>1)</sup>.

Возможно, что всѣ плоды, развивающіеся дальше, попадаютъ въ брюшную полость именно путемъ трубнаго выкидыша.

Изъ склеенныхъ кишечныхъ петель и фибринозныхъ отложеній, при содѣйствіи излившейся крови, образуется вокругъ извергнутаго такимъ образомъ яйца нѣчто въ родѣ плоднаго мѣшка (по *Lawson Tait*'у—вторичный плодный мѣшокъ), который защищаетъ собою плодный пузырь <sup>2)</sup>; послѣдъ продолжаетъ развиваться дальше внутри трубы, но съ теченіемъ времени ему не хватаетъ здѣсь мѣста, и онъ разрастается постепенно на всю окружающую ткань, такъ что въ концѣ беременности мѣсто прикрѣпленія его занимаетъ все дно таза. Въ дальнѣйшемъ теченіи беременности можетъ во всякое время произойти разрывъ вторичнаго плоднаго мѣшка; плодъ выступаетъ, если онъ еще малъ, свободно въ брюшную полость, или же остается въ безводномъ плодномъ мѣшкѣ. Въ обоихъ случаяхъ кровообращеніе въ пуповинѣ и въ послѣдѣ претерпѣваетъ столь значительныя измѣненія, что плодъ обычно погибаетъ. Малые плоды, погибшіе такимъ образомъ, могутъ съ теченіемъ времени разсосаться до незначительныхъ остатковъ. Плоды же большей величины, съ далеко зашедшимъ обзвѣствленіемъ скелета, не поддаются уже разсасывающей способности брюшины. Мягкія части ихъ съ теченіемъ годовъ или совсѣмъ растворяются и всасываются, или превращаются въ жировое вещество. Въ такомъ видѣ измѣненныя мягкія части могутъ быть пропитаны известковыми солями, и тогда плодъ остается на всю жизнь въ брюшной полости—въ видѣ т. наз. *lithopaedion'a* <sup>3)</sup>. Послѣдъ постепенно разсасывается совсѣмъ.

Плодный мѣшокъ при внѣматочной беременности можетъ также перейти въ нагноеніе и выдѣлиться черезъ пузырь, матку, влагалище и прямую кишку. При этомъ выдѣленіе костей погибшаго плода происходитъ иногда спустя много лѣтъ послѣ прекращенія беременности.

Конечно, вполне можно допустить, что плодъ, выпедившій черезъ раз-

<sup>1)</sup> Неполное выдѣленіе послѣда изъ трубы можетъ также вести къ образованію плацентарныхъ трубныхъ полиповъ, аналогичныхъ подобнымъ же маточнымъ.

*В. Г.*

<sup>2)</sup> Въ образованіи этого вторичнаго плоднаго мѣшка важное участіе принимаетъ иногда и сальникъ.

*В. Г.*

<sup>3)</sup> Недавно *Niewerth* описалъ случай, гдѣ образовавшійся такимъ путемъ *lithopaedion* 18 лѣтъ оставался въ тѣлѣ матери, не вызывая никакихъ особенныхъ разстройствъ; по истеченіи указаннаго срока, у больной появились разстройства со стороны прямой кишки, и часть костей плода вышла чрезъ ректальный свищъ. *Lemontier* наблюдалъ аналогичный случай, гдѣ *lithopaedion* оставался въ тѣлѣ матери 24 года и лишь затѣмъ вышелъ *per rectum*. За это время больная имѣла 2 маточныя беременности, кончившіяся вполне благополучно.

*В. Г.*

рывъ трубной стѣнки, въ состояніи иногда остаться живымъ и развиваться дальше; но это бываетъ, навѣрное, лишь въ видѣ исключенія, обыкновенно же остаются въ живыхъ лишь тѣ плоды, которые рождены черезъ расширенное отверстіе трубы въ брюшную полость. Въ пользу этого говорить и то обстоятельство, что женщины, у которыхъ внѣматочно развившіеся плоды жили или оставались въ живыхъ нѣкоторое время—по крайней мѣрѣ, до того момента, когда обыкновенно происходитъ выступленіе плода въ брюшную полость, не чувствуютъ никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, которые бы заставили ихъ прибѣгнуть къ врачебной помощи. Иногда онѣ обращаются вообще къ врачу потому только, что удивляются, почему у нихъ не наступаетъ родовъ. Нельзя даже допустить, чтобы разрывъ трубы сопровождался столь малозначительными явленіями.

Сказанное сейчасъ относится и къ послѣдующему разрыву плоднаго мѣшка, образованнаго тканями широкой связки: и здѣсь трудно допустить, чтобы разрывъ не сопровождался серьезными припадками.

*Haematosalpinx.* Чаше, чѣмъ мы въ состояніи опредѣлить, внѣматочно развившіеся яйцо погибаетъ уже въ первыя недѣли своего развитія. Если при этомъ,—какъ то обыкновенно бываетъ,—дѣло не доходитъ до разрыва или трубнаго выкидыша, то прерываніе беременности сопровождается лишь небольшимъ кровотеченіемъ. Вахромчатое отверстіе трубы, погруженное въ haematocoele, закрывается, кровь скопляется въ трубѣ и можетъ ее растянуть въ опухоль величиною въ куриное или гусиное яйцо (haematosalpinx). Яйцо затѣмъ постепенно всасывается, и всякій слѣдъ его исчезаетъ, такъ что зачастую при haematosalpinx'ѣ, даже если происхожденіе его можно съ увѣренностью приписать трубной беременности, совершенно напрасно ищутъ въ кровяныхъ сверткахъ составныхъ частей яйца (ворсинки chorion'a). Впослѣдствіи и кровь, какъ въ трубѣ, такъ и въ haematocoele, постепенно всасывается, брюшной конецъ трубы дѣлается проходимымъ, и всякій слѣдъ бывшей беременности можетъ совсѣмъ исчезнуть. Иногда, впрочемъ, склейки и сращения въ маломъ тазу остаются еще нѣкоторое время.

*Болѣе рѣдкія формы внѣматочной беременности.* Внутривѣстничная беременность (graviditas tubo-uterina) оканчивается обыкновенно разрывомъ отъ перваго до четвертаго мѣсяца. Разрывъ плоднаго мѣшка можетъ произойти или въ сторону брюшной полости—со смертельнымъ кровотеченіемъ, или же въ полость матки. Въ послѣднемъ случаѣ онъ протекаетъ такъ же, какъ при маточной беременности и выкидышѣ. Совершенно аналогичные исходы имѣетъ и беременность въ недоразвитомъ рогѣ матки <sup>1)</sup>.

Одновременная беременность въ обѣихъ трубахъ допустима; возможно, что она и встрѣчалась фактически. Можно также допустить и

<sup>1)</sup> Въ литературѣ описаны, однако, 4 случая беременности въ рудиментарномъ рогѣ матки, гдѣ беременность дошла до конца. Послѣдній изъ такихъ случаевъ былъ недавно опубликованъ Schmid'омъ. В. Г.

развитіе двухъ яицъ въ одной трубѣ, а также одновременное, вѣроятно крайне рѣдкое совпаденіе маточной беременности съ внѣматочной <sup>1)</sup>). Маточная беременность при наличии остатковъ бывшей внѣматочной беременности (*lithopaedion*) встрѣчается чаще. Наблюдалась также трубная беременность при одновременномъ существованіи опухоли яичника. Беременность въ обѣихъ трубахъ поочередно наблюдалась тоже, хотя и рѣдко, но все-таки нѣсколько разъ. По этой причинѣ произвелъ, напр., чревоѣченіе у одной и той женщины два раза *Voisieux* <sup>2)</sup>).

*Распознаваніе внѣматочной беременности вообще.* Въ болѣе поздніе мѣсяцы внѣматочной беременности, когда ясно опредѣляется плодъ, а звуки сердца его уже прослушиваются, вопросъ можетъ быть только о томъ, гдѣ находится плодъ—внутри или внѣ матки. Въ большинствѣ случаевъ вначалѣ вовсе не замѣчаютъ, что дѣло касается внѣматочной беременности. При нормальномъ, ненарушенномъ теченіи беременности никому сразу не придетъ на умъ посмотрѣть, не лежитъ-ли плодъ внѣ матки. Безуспѣшныя, тщетныя боли точно также не характерны, ибо такъ назыв. „ложныя боли“ появляются нерѣдко въ концѣ всякой беременности. Если же появится подозрѣніе на возможность существованія внѣматочной беременности, то діагнозъ ея поставить не трудно. У плодовъ, лежащихъ внѣматочно, части прощупываются поразительно ясно подъ самыми брюшными покровами, а подлежащая часть опредѣляется черезъ задній сводъ. Главный же моментъ для діагноза это — опредѣленіе порожней матки. Въ видахъ большей точности во всѣхъ случаяхъ, гдѣ заподозрѣна наличность внѣматочной беременности, нужно производить изслѣдованіе подъ наркозомъ, помня при этомъ, что гипертрофія надвлагалищной части шейки, при наличности маточной беременности, можетъ легко привести къ ошибочному діагнозу внѣматочной беременности. Во избѣжаніе этой ошибки надо обратить вниманіе на правила, данныя нами выше <sup>3)</sup>).

*Распознаваніе до разрыва.* Установка діагноза внѣматочной беременности въ первыя недѣли ея, до разрыва или до выступленія яйца

<sup>1)</sup> По *Müller*'у, подобныхъ случаевъ въ литературѣ до 1898 года описано около 20. В. Г.

<sup>2)</sup> *Langenmeister* собралъ въ своемъ трудѣ данныя о 37, а *Weil*—о 53 случаяхъ повторной внѣматочной беременности, причемъ въ 3 случаяхъ, приводимыхъ *Weil*'емъ, вторая беременность имѣла мѣсто въ той же трубѣ, гдѣ и первая, въ остальныхъ 50—беременность наступила сначала въ одной трубѣ, потомъ въ другой. Промежутокъ времени между двумя беременностями равнялся въ случаяхъ *Weil*'я отъ 6 недѣль до 6 лѣтъ. В. Г.

<sup>3)</sup> Чрезвычайно поучительный въ диагностическомъ отношеніи случай, гдѣ внѣматочная беременность была принята за маточную, былъ описанъ недавно *Hartigan*'омъ. Беременность въ этомъ случаѣ была срочная. Плодъ лежалъ въ мѣшкѣ, плотно приросшемъ къ заднебоковой части матки и верхней части влагалища. Головка находилась въ заднемъ Дугласовомъ карманѣ и разорвала задній сводъ. Приглашенный къ больной врачъ принялъ мѣсто разрыва за маточный зѣвъ и послѣ нѣсколькихъ попытокъ, извлекъ черезъ него ребенка щипцами. Младенецъ оказался, однако, уже мертвымъ; мать также въ скоромъ времени погибла. В. Г.



въ брюшинную полость, — дѣло очень трудное. *Lawson Tait* считаетъ его даже совершенно невозможнымъ, ибо беременная труба не даетъ опредѣленныхъ симптомовъ. Открытіе молозива (colostrum) въ грудныхъ железахъ имѣетъ діагностическое значеніе только у первобеременныхъ: притомъ отсутствіе молозива далеко не всегда исключаетъ возможность беременности. Отсутствіе мѣсячныхъ позволяетъ заподозрить беременность, но въ виду того, что матка и при всякой внѣматочной беременности является увеличенной, трудно рѣшить, не есть-ли опухоль, прощупываемая возлѣ матки, результатъ давнишняго воспаленія при одновременной наличности маточной беременности. Даже и тогда, когда имѣется кровотеченіе изъ матки, а послѣдняя содержитъ отпадающую оболочку <sup>1)</sup>, — и въ такомъ случаѣ нельзя ставить діагноза внѣматочной беременности съ полною увѣренностью, ибо дѣло можетъ заключаться просто въ маточномъ выкидышѣ при одновременномъ существованіи опухоли одного изъ придатковъ. Открытіе въ отходящихъ обрывкахъ ворсинокъ хоріона имѣетъ громадное значеніе, ибо въ такомъ случаѣ можетъ быть только маточный выкидышъ; но, съ другой стороны, отсутствіе ворсинокъ хоріона не говоритъ противъ діагноза маточнаго выкидыша, ибо все яйцо могло быть уже извержено.

Только дальнѣйшее наблюденіе за больной помогаетъ разобраться съ діагнозомъ. Если мѣсячныя и впредь не будутъ появляться, а остальные признаки беременности будутъ между тѣмъ на-лицо, если, далѣе, опухоль, находящаяся возлѣ матки, современемъ будетъ увеличиваться въ объемѣ, принимая тѣстоватую консистенцію, а увеличеніе матки не будетъ соответствовать сроку беременности, если, кромѣ всего этого, можно будетъ съ увѣренностью исключить присутствіе яйца въ полости матки, — то въ высшей степени вѣроятно, что здѣсь дѣло касается внѣматочной беременности. Ошибка, впрочемъ, все-таки остается возможною — частью вслѣдствіе смѣшенія съ надвлагалищной гипертрофіей шейки, частью — вслѣдствіе смѣшенія съ *ruosalpinx*'омъ.

*Распознаваніе послѣ разрыва.* При наступленіи разрыва дѣло съ діагнозомъ внѣматочной беременности обстоитъ совершенно иначе. Если врачъ будетъ позванъ къ больной, которая считаетъ себя беременной, или къ такой, у которой мѣсячныя, приходившія обыкновенно правильно, въ послѣднее время отсутствовали, и которая внезапно заболѣла тяжелыми припадками, характеризующими сильное внутреннее кровотеченіе (сильная блѣдность, обморокъ, рвота, одышка, малый частый пульсъ, вздутіе живота) безъ того, чтобы предварительно наблюдались симптомы,

<sup>1)</sup> Одно время придавали, при распознаваніи внѣматочной беременности, огромное значеніе изслѣдованію стѣнокъ маточной полости и съ этою цѣлью рекомендовали прибѣгать къ выскабливанію послѣднихъ. Въ настоящее время, однако, авторы все болѣе и болѣе приходятъ къ убѣжденію, что діагностическое значеніе выскабливанія матки при внѣматочной беременности ничтожно, а между тѣмъ вмѣшательство это перѣдко ведетъ къ очень серьезнымъ послѣдствіямъ, именно, къ прерыванію беременности — или въ формѣ разрыва трубы, или въ формѣ трубнаго выкидыша, иногда со смертельнымъ кровотеченіемъ. В. Г.

указывающіе на какое-нибудь постороннее заболѣваніе,—то въ такомъ случаѣ врачъ, по всей вѣроятности, имѣетъ дѣло съ разрывомъ беременной трубы.

Опредѣленіе увеличенной матки съ разрыхленной влагалищной частью и опухоли тѣстоватой консистенціи, лежащей возлѣ первой, дѣлаетъ указанный діагнозъ стоящимъ внѣ сомнѣнія. При беременности въ первыхъ недѣляхъ ея развитія объективныя явленія могутъ, впрочемъ, быть выражены очень слабо или совсѣмъ отсутствовать, такъ что главной точкой опоры для діагноза останется все-таки внутреннее кровотеченіе,—конечно, при условіи, если можно будетъ исключить всѣ остальные причины, вызывающія подобное кровотеченіе.

Если одновременно имѣется и кровотеченіе изъ матки, причѣмъ отходить decidua, или если вытекающее изъ полости матки даетъ куски отпадающей оболочки, то является опасность принять это состояніе за простой маточный выкидышъ, которому всецѣло и приписать появленіе остраго малокровія. Отъ этой ошибки охраняетъ насъ то обстоятельство, что угрожающее малокровіе никоимъ образомъ не можетъ зависѣть отъ того небольшого кровотеченія, котораго источникомъ служить матка, и то, что при маточномъ выкидышѣ кровопотери, ведущія къ высокой степени малокровія, встрѣчаются чрезвычайно рѣдко.

Въ прежнее время внутреннее истеченіе кровью отъ разрыва беременной трубы нерѣдко принималось за отравленіе или за злокачественное малокровіе (anaemia perniciosa), и навѣрное въ теченіе столѣтій не одинъ супругъ или любовникъ заплатилъ свою жизнь за подозрѣніе въ убійствѣ, которое было несправедливо вызвано внезапною смертью жены.

Разлитой гнойный перитонитъ даетъ въ послѣдней своей стадіи совершенно такую же картину, какъ и внутреннее истеченіе кровью вслѣдствіе разрыва трубы, и дифференціальныи діагнозъ можетъ быть очень труднымъ, если больная будетъ доставлена въ руки врача безъ анамнеза.

*Распознаваніе трубнаго выкидыша.* Если врачъ имѣетъ дѣло съ трубнымъ выкидышемъ, которому уже нѣкоторое время предшествовало кровотеченіе въ брюшную полость, то больная сообщаетъ, что въ послѣднее время она часто страдала сильными схваткообразными болями внизу живота, иногда даже непродолжительными обмороками. Если изверженіе яйца въ брюшную полость сопровождалось болѣе сильною потерей крови, то у пациентки имѣются на-лицо явленія малокровія. Изъ этихъ указаний, въ связи съ имѣющимися признаками беременности, можно заключить о внѣматочной беременности, даже пойти дальше и почти съ увѣренностью предположить въ данномъ случаѣ трубный выкидышъ. Боли внизу живота въ этомъ случаѣ вызываются вытекающей кровью и, пожалуй, сокращеніями беременной трубы.

Предположеніе относительно трубнаго выкидыша подтверждается открытіемъ заматочной кровяной опухоли.

При двойномъ изслѣдованіи *portio vaginalis* у больной оказывается разрыхленной, а матка нѣсколько увеличенной; сбоку и позади матки прощупывается опухоль съ выпуклостью, обращенной въ сторону влагалища; опухоль прилежитъ къ маткѣ и ограничивается со стороны стѣнки таза. Кзади она переходитъ въ стѣнку таза, сохраняя свою выпуклую поверхность въ сторону влагалища. Пробная пункція опухоли даетъ темную, разлагающуюся кровь, наличиемъ которой проливаетъ яркій свѣтъ на положеніе дѣла.

Опухоль образуется расширенной, спустившейся въ Дугласовъ карманъ *ampulla tubae* и излившейся сюда кровью, скопленіе которой со стороны свободной брюшной полости ограничено ложными перепонками. Извержено-ли уже яйцо, или оно лежитъ въ кровяной опухоли,—далѣе, рождено-ли оно наполовину, или находится еще въ *ampulla tubae*,—этого, конечно, нельзя рѣшить на основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія; бахромчатый конецъ трубы и отчасти ея *ampulla* бываютъ при этомъ окружены излившейся кровью, такъ что отдѣлить одно отъ другого невозможно. Совершенно такія же явленія, какъ *haematocele* при внѣматочной беременности,—даже и по отношенію къ анамнезу—можетъ дать и *retroflexio uteri gravidi*; извѣстны случаи, гдѣ были даже предпринимаемы попытки вправленія мнимаго тѣла беременной матки.

При трубномъ выкидышѣ съ сильнымъ кровотеченіемъ *haematocele* не образуется, такъ какъ кровь немедленно заливаетъ всю брюшную полость. Припадки при этомъ обыкновенно носятъ столь угрожающій характеръ, что требуютъ всегда оперативнаго вмѣшательства раньше, чѣмъ кровь успѣетъ инкапсулироваться въ Дугласовомъ карманѣ. Въ такихъ случаяхъ нельзя опредѣлить выпячивания задняго свода, а лишь опухоль сбоку и сзади матки.

Одновременно съ трубнымъ выкидышемъ происходитъ обыкновенно и кровотеченіе изъ полости матки. Кровь, вытекающая изъ влагалища, какъ указываетъ *Cullingworth*, при внѣматочной беременности почти всегда густа, темнаго цвѣта, выдѣляется въ незначительномъ количествѣ и течетъ медленно постоянной струей <sup>1)</sup>).

Рожденіе яйца изъ трубы вызываетъ сокращенія матки, которыя ведутъ къ отдѣленію, а иногда и къ изверженію *deciduae*, образовавшейся въ маткѣ. Прежде считали отхожденіе отпадающей оболочки признакомъ смерти плода, теперь же мы можемъ смотрѣть на эти явленія, какъ на симптомъ трубнаго выкидыша. Старый взглядъ, впрочемъ, отчасти правиленъ, такъ какъ яйцо послѣ трубнаго выкидыша почти всегда погибаетъ. Относительно смѣшенія кровотечения при трубномъ выкидышѣ съ маточнымъ выкидышемъ см. выше.

*Леченіе трубной беременности вообще.* До сихъ поръ очень распространены еще тотъ взглядъ, что каждая трубная беременность тре-

<sup>1)</sup> А не толчками, какъ это бываетъ при маточномъ выкидышѣ. В. Г.

бусть обязательно удаленія трубы и плоднаго мѣшка. Однако наблюденія тѣхъ врачей, которымъ приходится видѣть большое количество вѣматочныхъ беременностей, свидѣтельствуютъ, что кругъ оперативнаго вѣмательства при вѣматочной беременности можетъ быть въ значительной степени ограниченъ; я убѣжденъ, что онъ сѣзвится еще болѣе, когда наши діагностическія знанія будутъ настолько полны, что мы будемъ въ состояніи во всякомъ случаѣ опредѣлять, — имѣется-ли разрывъ трубы или трубный выкидышъ, происходитъ-ли онъ или уже произошелъ.

Трубная беременность представляетъ собой частое явленіе, смертельно же протекающіе случаи ея встрѣчаются относительно рѣдко <sup>1)</sup>.

При теперешнемъ уровнѣ нашихъ знаній леченіе вѣматочной беременности опредѣляется пока мѣсто срокомъ беременности и явленіями, ею вызываемыми.

*Леченіе поздней вѣматочной беременности при живомъ плодѣ.*  
Если живой 7—8-мѣсячный плодъ находится въ брюшной полости, то, безъ сомнѣнія, самое правильное будетъ — выждать естественнаго конца беременности, чтобы этимъ спасти жизнь плода. Мать, повидимому, не пострадаетъ оттого, что ей придется ждать, — конечно, при условіи, что она сможетъ себя беречь и будетъ находиться подъ наблюденіемъ врача, такъ какъ опасность операціи одинакова, будетъ-ли операція произведена на 7-мъ мѣсяцѣ или въ концѣ беременности.

При живомъ плодѣ на 5-мъ или 6-мъ мѣсяцѣ беременности, напротивъ, будетъ самымъ правильнымъ предложить немедленно операцію уже ради того, чтобы избѣгнуть продолжительнаго выжиданія. Впрочемъ, рѣшающій голосъ здѣсь принадлежитъ матери.

Если операція рѣшена при наличности живого плода, то нужно себѣ выяснить, что, въ интересахъ матери, нужно ограничить оперативное вѣмательство однимъ удаленіемъ плода, но не слѣдуетъ пытаться удалить вмѣстѣ съ нимъ и послѣдъ съ плоднымъ мѣшкомъ. Стремленіе удалять весь мѣшокъ съ послѣдомъ было логическимъ послѣдствіемъ того открытія, что почти всякая вѣматочная беременность представляетъ собой трубную.

Теперь, однако, мы знаемъ, что плодный мѣшокъ даже и при трубной беременности образуется не трубой, а ложными перепонками (вторичный плодный мѣшокъ), что большая часть тазоваго дна идетъ подъ мѣсто прикрѣпленія послѣда, и что стѣнку беременной трубы далеко не всегда удается отсепаровать отъ окружающихъ тканей. Если отдѣлить послѣдъ, то получится большая, сильно кровоточащая поверхность; произвольная остановка кровотока при этомъ немислима вслѣдствіе отсутствія сократительной дѣятельности; обкалываніемъ же ничего нельзя до-

---

<sup>1)</sup> Такъ, *Fehling*, примѣнивъ выжидательный образъ дѣйствій у 91 больной съ трубнымъ абортomъ, не потерялъ ни одной пациентки, *Thorn* примѣнилъ выжиданіе у 96 больныхъ съ вѣматочною беременностью, причемъ всѣ эти больныя безъ исключенія поправились, и т. п.

стичь, такъ какъ оно должно быть произведено на многихъ мѣстахъ и потому требуетъ слишкомъ много времени, такъ что оперируемая за это время успѣетъ истечь кровью. Плотная и обширная тампонація можетъ, правда, остановить кровотеченіе, но лишь на непродолжительное время; сверхъ того, она осложняетъ послѣдующій уходъ за больной. Послѣ удаленія тампона, спустя 12—самое болыное 24 часа, кровотеченіе можетъ появиться снова и съ той же силой. Сказаннымъ сейчасъ объясняется, почему случаи стараго и новѣйшаго времени (*Pinard*), гдѣ послѣдъ былъ оставленъ, дали значительно меньшую смертность, чѣмъ тѣ, гдѣ старались удалить послѣдъ вмѣстѣ съ плоднымъ мѣшкомъ <sup>1)</sup>.

Если женщина находится на 5-мъ или 6-мъ мѣсяцѣ беременности, то послѣдъ можетъ, впрочемъ, сидѣть только въ трубѣ и въ широкой маточной связкѣ. Это нужно постараться опредѣлить по вскрытіи брюшной полости. Если подъ мѣстомъ прикрѣпленія послѣда окажется ясно выраженная ножка, которая содержитъ всѣ приводящіе сосуды, то ее нужно перевязать и затѣмъ удалить весь мѣшокъ цѣликомъ. Въ другихъ случаяхъ операція производится слѣдующимъ образомъ.

Вскрываютъ брюшную полость, какъ при всякомъ чревосѣченіи вообще, удлиняютъ разрѣзъ до 11—12 сант., захватываютъ младенца за ножки и осторожно извлекаютъ его. Если бы разрѣзъ оказался слишкомъ малымъ для прохожденія головки плода, то его нужно быстро продолжить ножницами вверхъ. По извлеченіи ребенка, пуповина перевязывается и перерѣзывается, а младенецъ передается стоящему наготовѣ ассистенту. Затѣмъ даютъ вытечь по возможности всей крови изъ послѣда черезъ пуповину (*Lawson Tait*) и укорачиваютъ послѣднюю настолько, чтобы конецъ ея только что выдавался вверхъ изъ раны. Мѣшокъ затѣмъ пришивается, насколько это возможно, къ брюшной ранѣ. Черезъ отверстіе изъ него свисаетъ оставшійся кусокъ пуповины; возлѣ нея вводятъ стеклянную дренажную трубку или полоску йодоформированной марли до самаго дна мѣшка, причемъ нужно тщательно избѣгать всякаго отдѣленія послѣда. Выше шитаго мѣшка брюшная рана зашивается обычнымъ путемъ. Марля удаляется спустя 24 часа послѣ операціи, стеклянная же дренажная трубка можетъ оставаться до 48 часовъ. Оставшійся въ мѣшкѣ послѣдъ въпослѣдствіи самъ по себѣ отдѣляется и постепенно извергается въ теченіе 3—4 недѣль или же онъ расасывается <sup>2)</sup>. При появленіи зловонныхъ выдѣленій нужно промывать ежедневно полость

<sup>1)</sup> По даннымъ *Espenmüller'a*, напротивъ, изъ случаевъ оперативнаго вмѣшательства при поздней вмѣматочной беременности даютъ болѣе благоприятные результаты, въ смыслѣ выздоровленія матерей, тѣ, при которыхъ удается удалить не только плодъ, но и плодный мѣшокъ съ плацентою. В. Г.

<sup>2)</sup> По *Lesquier*, который специально занимался вопросомъ о судьбѣ плацента послѣ смерти вмѣматочнаго развивающагося плода или послѣ его извлеченія, иногда плацента и послѣ того продолжаетъ развиваться; но это бываетъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ; еще рѣже она подвергается расасыванію; чаще плацента вмѣстѣ съ плоднымъ мѣшкомъ элиминируется, причемъ элиминаціи предшествуетъ ея мумификація, при нѣкоторыхъ условіяхъ доходящая до полнаго окаменѣнія.

мѣшка. Послѣдующее искусственное отдѣленіе послѣда показано только при продолжительныхъ, ничѣмъ не устранимыхъ зловонныхъ выдѣленіяхъ и лихорадкѣ, или въ томъ случаѣ, если бы послѣдъ оказался въ полости мѣшка уже отдѣленнымъ. Удаленіе его тогда не представляетъ никакой опасности, ибо сосуды на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда къ этому времени успеваютъ затромбироваться.

Если бы плодовмѣстилище оказалось слишкомъ тонкимъ и дряблымъ, то лучше отказаться отъ пришиванія его къ брюшной ранѣ; слѣдуетъ-ли въ такихъ случаяхъ оставлять нижній уголъ раны открытымъ для того, чтобы имѣть возможность дренировать полость таза или нѣтъ,—это подлежитъ еще сомнѣнію. Случаи образования lithopaedion'a показываютъ, что послѣдъ при вѣматочной беременности можетъ разсосаться совершенно; поэтому *Lawson Tait* совѣтуетъ въ подобныхъ случаяхъ обрѣзывать пуповину коротко и закрывать брюшную полость, дабы предоставить послѣдъ естественному всасыванію. Но, пожалуй, и здѣсь будетъ лучше на первые 24 часа дренировать полость для того, чтобы имѣть возможность сейчасъ же замѣтить первыя явленія отдѣленія или разложенія послѣда. Въ такомъ случаѣ послѣдъ долженъ быть удаленъ впоследствии.

*Лечение поздней вѣматочной беременности при мертвомъ плодѣ.* Если смерть вѣматочнаго развившагося плода несомнѣнно констатирована, то многіе авторы совѣтуютъ ждать, въ подобныхъ случаяхъ съ оперативнымъ вмѣшательствомъ еще около 3 недѣль, ибо тогда можно будетъ безъ всякой опасности сильнаго кровоточенія удалить послѣдъ вмѣстѣ съ плодомъ, что въ свою очередь значительно упрощаетъ послѣдующее лечение, ибо въ такомъ случаѣ можно будетъ наглухо закрыть брюшную рану. Въ виду большой всасывающей способности брюшины является, однако, еще вопросомъ, не лучше-ли и въ такихъ случаяхъ не трогать послѣда и вообще поступать такъ же, какъ при живомъ плодѣ.

Предсказаніе операціи при мертвомъ плодѣ оказывается для матери значительно болѣе благоприятнымъ, даже и въ томъ случаѣ, если вмѣстѣ съ плодомъ будетъ удаленъ и послѣдъ <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Въ прежнее время дѣйствительно такъ и было. Такъ, по статистикѣ *Harris'a* изъ 50 операцій, произведенныхъ за 1811—1880 годы при поздней вѣматочной беременности и мертвомъ плодѣ, кончились смертныя матерей 21, тогда какъ при 21 операціи, произведенной за то же время съ цѣлью извлеченія вѣматочнаго развившагося живаго плода, смертности матерей оказалась равною 90%. Въ виду этого операторы стараго времени, имѣя дѣло съ поздней вѣматочною беременностью, предпочитали выжидать съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, пока плодъ не умретъ. Въ настоящее время дѣло обстоитъ иначе. *Dunning*, собравъ статистическія данныя по разбираемому предмету, нашелъ, что смертность матерей, оперируемыхъ при вѣматочно развившемся живомъ плодѣ, равняется въ настоящее время 40%, при мертвомъ же плодѣ—42,3%. И такъ, въ настоящее время врачъ, имѣя предъ собою случай поздней вѣматочной беременности съ живымъ плодомъ, долженъ оперировать, не дожидаясь смерти послѣдняго. Къ сожалѣнію, вѣматочно развившіеся плоды не отличаются своею жизнеспособностью. *Espenmüller* собралъ данныя о дальнейшей судьбѣ 79 такихъ плодовъ, болѣе или менѣе доношенныхъ. Изъ нихъ лишь 32, т. е. 40,5% общаго числа, остались въ живыхъ черезъ мѣсяцъ по рожденію; въ томъ числѣ 5 имѣли болѣе или менѣе значительные пороки развитія, такъ что въ общемъ 0% вполнѣ жизнеспособныхъ дѣтей при срочной или близкой къ сроку вѣматочной беременности не превышаетъ 35%.

*Оперативное вмешательство при трубномъ выкидышѣ.* При трубномъ выкидышѣ отъ второго до четвертаго мѣсяца беременности врачебная помощь требуется только тогда, когда выкидышъ вызвалъ значительныя разстройства въ общемъ состояніи женщины.

Слѣдуетъ-ли при трубномъ выкидышѣ оперировать,—вопросъ этотъ рѣшается, помимо степени и силы кровотечения, въ зависимости отъ срока беременности и предполагаемой величины плода. Плодъ 8—10 недѣль, когда отложеніе извести въ скелетъ еще незначительно, можетъ навѣрное разсосаться брюшиной въ теченіе относительно короткаго времени (нѣсколькихъ недѣль) вмѣстѣ со всеми плодными оболочками; поэтому здѣсь и нѣтъ необходимости прибѣгать къ оперативному его удаленію. Всасываніе 4-мѣсячнаго плода съ хорошо развитымъ послѣдкомъ требуетъ, напротивъ, гораздо болѣе продолжительнаго времени и никогда не бываетъ полнымъ, а оканчивается образованіемъ lithopaedion'a. Нужно имѣть, кромѣ того, въ виду, что при этомъ есть еще возможность перехода плоднаго мѣшка въ нагноеніи. При плодѣ данной величины умѣтно, поэтому, предложить оперативное вмешательство въ формѣ чревосеченія.

Въ обоихъ случаяхъ слѣдуетъ приступать къ хирургическому леченію только тогда, когда продолжительная лихорадка будетъ указывать на разложеніе плоднаго мѣшка <sup>1)</sup>. При этомъ, такъ какъ выклинутый изъ трубы плодъ, окруженный массой крови, лежитъ обыкновенно въ Дугласовомъ карманѣ, будучи ограниченъ отъ свободной брюшной полости ложными перепонками и склеенными кишечными петлями, то нерационально вскрывать брюшную полость *per abdomen* и удалять разложившіяся массы надъ совершенно здоровой брюшиной, ибо тогда легко можно вызвать у больной гнойный перитонитъ со смертельнымъ исходомъ. Въ этихъ случаяхъ будетъ самое вѣрное—вскрыть инкапсулированный мѣшокъ со стороны влагалища, каковая операція производится весьма легко и безъ всякой опасности, и лечитъ его затѣмъ, какъ абсцессъ <sup>2)</sup>.

Это правило относится и къ тѣмъ случаямъ, гдѣ нагноившійся плодный мѣшокъ вскрылся наружу. Перфорационное отверстіе расширяется при помощи надрѣзовъ и плодные остатки удаляются, насколько это возможно, подлѣ.

Какъ мы уже видѣли выше, кровотеченіе при трубномъ выкидышѣ можетъ иногда появляться въ теченіе продолжительнаго времени, не достигая, однако, угрожающей силы. Пульсъ у больной при этомъ быстро поднимается, явленія малокровія исчезаютъ, и больная постепенно поправляется. Если же у больной развиваются симптомы внутренняго истеченія кровью, или если улучшеніе было только временнымъ, а повторные при-

<sup>1)</sup> Небольшія лихорадочныя повышенія, до 38—38,5°, при этомъ, по *Fehling*'у, въ счетъ не должны идти, такъ какъ они не рѣдки и при свѣжей заматочной кровавой опухоли. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Въ нѣкоторыхъ изъ такихъ случаевъ, по *Madlener*'у, является показанною операція удаленія матки съ придатками *per vaginam*. *В. Г.*

ступы болей, усиливающаяся блѣдность и ухудшеніе пульса указываютъ, что кровотеченіе началось снова и приняло, пожалуй, угрожающіе размѣры, то въ этомъ случаѣ показано вскрытіе брюшной полости и удаленіе плоднаго мѣшка.

Если операція производится по этому показанію, то, по разсѣченіи брюшныхъ покрововъ, кровь будетъ просвѣчивать сквозь брюшину, послѣ вскрытія которой она и вытечетъ, имѣя темную окраску. Очевидно, кровоизліянія въ этомъ случаѣ слѣдовали такъ скоро одно за другимъ, и всякій разъ въ столь значительномъ количествѣ, что свѣжія склейки не въ состояніи были задержать прибывающую кровь. Плодъ находится при этомъ большею частью въ полости таза; иногда здѣсь же находятъ и послѣдь.

Если операція, при трубномъ выкидышѣ, производится не по поводу угрожающаго кровотеченія, то въ брюшной полости не находятъ свободной крови. Чтобы добраться до яйца, надо въ этомъ случаѣ предварительно вскрыть капсулу *haematocoele*.

Въ обоихъ случаяхъ отдѣленіе плоднаго мѣшка и перевязка ножки его являются обычно возможными, причемъ устраняется и опасность истеченія кровью. Изъ Дугласова кармана удаляютъ затѣмъ рукой плодъ, послѣдь и кровяные сгустки, потомъ вычерпываютъ остатки крови губками и, наконецъ, зашиваютъ брюшную рану обычнымъ образомъ.

*Оперативное вмѣшательство при разрывѣ трубы.* Не менѣе, чѣмъ при трубномъ выкидышѣ съ угрожающимъ кровотеченіемъ, является показаннымъ оперативное вмѣшательство и при разрывѣ стѣнки трубы, который, какъ мы уже видѣли, происходитъ обыкновенно въ первыя недѣли беременности и сопровождается всегда очень сильнымъ кровотеченіемъ. Последнее представляетъ собою настолько характерное явленіе для разрыва, что во всѣхъ случаяхъ внезапнаго внутренняго истеченія кровью, гдѣ вообще можетъ быть заподозрѣна внематочная беременность, можно навѣрное предположить разрывъ стѣнки трубы, но не трубный выкидышъ.

Единственно вѣрное средство, чтобы предупредить смерть отъ истеченія кровью, предписываемое еще старымъ, добрымъ хирургическимъ правиломъ, — это отыскать кровотокащій сосудъ и перевязать его. Соответственно этому и единственно вѣрное средство при разрывѣ трубы заключается во вскрытіи брюшной полости, перевязкѣ и изсѣченіи лопнувшей трубы.

Вскрывъ брюшную полость, отыскиваютъ сначала тѣло матки для того, чтобы отсюда уже найти лопнувшую трубу. При этомъ нужно помнить, — чтобы скорѣе ориентироваться, — что разрывъ съ сильнымъ кровотеченіемъ обычно имѣетъ мѣсто въ области перешейка трубы, и что утолщеніе трубы, при ранней беременности, ограничивается иногда лишь незначительнымъ ея участкомъ, зачастую бывая не больше боба или лѣснаго орѣха (рис. 57).



Обыкновенно разрывъ равняется лишь нѣсколькимъ миллиметрамъ въ длину, почему нѣкоторые авторы и предлагаютъ зашивать его, сохраняя трубу <sup>1)</sup>. Не нужно, однако, забывать, что въ подобныхъ случаяхъ операція предпринимается для спасенія жизни, находящейся въ серьезной опасности, и что поэтому она должна давать абсолютно вѣрное ручательство въ томъ, что кровотеченіе остановится. Между тѣмъ зашивание одного разрыва не даетъ такой гарантіи, ибо безъ тщательнаго изслѣдованія нельзя опредѣлить, какъ проходитъ разорванный сосудъ; можетъ случиться, что сосудъ будетъ перевязанъ только на одной сторонѣ, а такъ какъ брюшной конецъ трубы остается открытымъ, то кровь можетъ продолжать изливаться этимъ путемъ. Далѣе, извѣченіе части трубы требуетъ столько же времени, сколько и удаленіе всей трубы, а изуродованная труба принесетъ немного пользы больной. Въ виду всѣхъ этихъ соображеній, при разрывѣ нужно всегда удалять всю трубу цѣликомъ, чтобы получить хорошій результатъ. Яичникъ, напротивъ, всегда долженъ быть оставляемъ на мѣстѣ. Разрывъ беременной трубы происходитъ почти всегда въ первыя недѣли беременности, когда труба еще относительно незначительно растянута, и притомъ, повторяю, большею частью въ области перешейка; вслѣдствіе этого перевязка трубы обычно не представляетъ никакихъ техническихъ трудностей.

При угрожающемъ острымъ малокровіи можно рекомендовать подкожные вливанія солевого раствора передъ (*Wyder*), во время или послѣ операціи. Вливанія эти лучше всего дѣлать въ подключичную область, посредствомъ шприца, вмѣстимостью приблизительно въ 10,0, канюлю котораго оставляютъ въ ткани, между тѣмъ какъ шприцъ наполняютъ снова, 2 — 3 раза, растворомъ поваренной соли (0,6 %, 35°С.). Впрыснутую жидкость распредѣляютъ поверхностнымъ треніемъ и повторяютъ вливаніе въ двухъ, трехъ и болѣе мѣстахъ.

Если больная съ разрывомъ беременной трубы будетъ снята съ операціоннаго стола живой, то она поправляется обыкновенно довольно скоро; въ этомъ отношеніи едва-ли найдется другая операція, которая бы давала столь поразительные результаты, какъ операція удаленія лопнувшей трубы. При послѣдующемъ леченіи больной (см. главу объ оваріотоміи) нужно позаботиться о томъ, чтобы цѣлесообразной, питательной и удобоваримой пищей возможно скорѣе возстановить у больной потерянную кровь.

Въ недавнее время было предложено удалять беременную трубу черезъ влагалищный разрѣзъ. До сихъ поръ опубликованныя наблюденія однако, еще недостаточны для того, чтобы на основаніи ихъ можно было составить рѣшительное мнѣніе объ этомъ способѣ. Во всякомъ слу-

<sup>1)</sup> Въ пользу этого способа, имѣющаго за себя очень многое, высказывается, между прочимъ, и такой авторитетный представитель современной гинекологіи, какъ *A. Martin*. Одинъ, съ успѣхомъ оперированный имъ, случай подобнаго вмѣшательства при внематочной беременности былъ, между прочимъ, недавно описанъ *Orthmann* омъ.

чаѣ, при угрожающемъ жизни кровотеченіи, гдѣ надо по возможности быстро ориентироваться и быстро оперировать, брюшной разрѣзъ даетъ большія гарантіи благополучнаго исхода <sup>1)</sup>.

*Леченіе ранней внематочной беременности до наступленія разрыва.* Вслѣдствіе трудности діагноза и вслѣдствіе того, что женщины обыкновенно не обращаются къ врачу по поводу незначительныхъ болѣзненныхъ признаковъ, намъ рѣдко приходится рѣшать вопросъ, какъ нужно поступать съ трубною беременностью до наступленія разрыва или до начала выкидыша. Если бы въ руки врача попалъ, однако, случай внематочной беременности на 2-мъ или 3-мъ мѣсяцѣ, когда яйцо еще продолжаетъ развиваться, а діагнозъ можно поставить съ увѣренностью, то нѣкоторые авторы совѣтуютъ убивать яйцо посредствомъ впрыскиваній морфія (0,01 Morphii pur. p. dosi) въ плодный мѣшокъ или помощью электрическаго тока, а дальнѣйшее предоставить всасыванію. По мнѣнію другихъ авторовъ, болѣе рациональнымъ здѣсь будетъ предложить удаленіе трубы оперативнымъ путемъ въ виду невѣрнаго исхода беременности.

Первый способъ, хотя и заслуживаетъ вниманія, представляетъ тотъ недостатокъ, что при немъ нельзя съ точностью опредѣлить, наступило-ли умерщвленіе яйца, и какъ часто нужно повторять то или другое вмѣшательство для данной цѣли, поэтому второй способъ и имѣетъ большее число приверженцевъ.

Напротивъ, когда яйцо несомнѣнно уже погибло, и все дѣло въ haematosalpinx'ѣ, то оперативное леченіе является совершенно излишнимъ. Послѣдующихъ кровотеченій при этомъ бояться нечего, такъ какъ кровяные сгустки очень скоро подвергаются полному всасыванію.

Послѣднее можно еще болѣе ускорить, заставляя больную оставаться въ постели (3—4 недѣли), заботясь о правильныхъ отправленіяхъ кишечника и примѣняя согрѣвающіе компрессы. Впослѣдствіи у подобныхъ больныхъ умѣтны горячіе влагаліщные души или курсъ леченія въ Маріенбадѣ, Франценсбадѣ и Крейцнахѣ.

## VI. Болѣзни яичниковъ.

### 1. *Анатомія и физиологія яичниковъ.*

Яичникъ у взрослыхъ имѣетъ въ общемъ сплюсненно - кругловатую форму, которая у женщинъ, близкихъ къ климактерическому возрасту или вступившихъ въ него, дѣлается еще болѣе плоской. Его величина, даже въ періодѣ половой зрѣлости, очень различна и чисто индивидуальна; средніе размѣры яичника въ возрастѣ половой зрѣлости слѣдующіе:

<sup>1)</sup> Разбирая вопросъ о примѣненіи кольпотоміи при внематочной беременности, *Madlener* считаетъ однимъ изъ показаній къ задней кольпотоміи разложеніе плоднаго мѣшка при доношенной внематочной беременности; равнымъ образомъ онъ рекомендуетъ эту операцію и при haematocoele. Что касается передней кольпотоміи, то онъ допускаетъ ее при продолжающей развиваться трубной беременности въ началѣ ея развитія, а также вскорѣ послѣ разрыва трубы для трубнаго аборта на первыхъ мѣсяцахъ беременности. В. Г.

длина	колеблется между	2,5—5,0	сант.
ширина	„	1,5—3,0	„
толщина	„	0,6—1,5	„

При этомъ правый яичникъ имѣетъ нѣсколько большіе размѣры, чѣмъ лѣвый.

На яичникѣ различаютъ 2 поверхности: свободную, обращенную въ полость таза и, пристѣлочную, прилежащую къ боковой стѣнкѣ таза, далѣе—2 края: прямой (*hilus margo mesovaricus*), повернутый вперед и немного въ сторону, и вогнутый или свободный (*margo liber*), смотрящій къзади и нѣсколько къ средней линіи въ полость таза, наконецъ, 2 полюса: верхній или трубный и нижній или маточный (сравн. стр. 19).

Та часть яичника, находящаяся по *margo mesovaricus*, которая образуетъ собой входныя и выходныя ворота для сосудовъ и нервовъ, называется *hilus ovarii*.

Яичникъ удерживается въ своемъ положеніи <sup>1)</sup> посредствомъ слѣдующихъ связокъ (рис. 5 и 7):

1. Подвѣшивающей связки яичника (*lig. suspensorium ovarii*). Она начинается у трубнаго полюса яичника, образуетъ задній свободный край брыжейки трубы (*mesosalpinx*) и прикрѣпляется приблизительно на 2 сант. позади поперечника входа въ тазъ къ фасціи, покрывающей *musc. psoas*, гдѣ и теряются соединительнотканные ея отростки; главную массу ея образуютъ *vasa et nervi spermatici int.*

2. Собственной связки яичника (*lig. proprium ovarii*). Она беретъ свое начало у верхняго задняго края матки ниже мѣста отхожденія трубы, проходитъ въ видѣ тяжа, толщиной въ 3—4 мм., въ заднемъ листкѣ широкой связки и прикрѣпляется къ маточному полюсу яичника.

3. Брыжейки яичника (*mesovarium*). Последняя представляетъ собой дубликатуру задняго листка широкой связки, длиною въ 0,5—1,0 сант. и прикрѣпляется во всю ширину *hilus'a* къ яичнику; въ ея толщѣ проходятъ кровеносные и лимфатическіе сосуды яичника и нервы.

Всѣ три связки содержатъ соединительнотканныя и гладкія мышечныя волокна и обладаютъ большою подвижностью.

Брюшинный покровъ брыжейки яичника оканчивается у основанія его бѣлой, нѣсколько возвышенной линіей (*Farre-Waldeyer*'овская линія). Брюшина прикрѣплена въ области этой линіи очень прочно, по другую же сторону ея совершенно нѣтъ брюшины, и яичникъ покрытъ здѣсь однослойнымъ, легко разрушающимся цилиндрическимъ эпителиемъ—яичниковымъ (остаткомъ зародышеваго эпителия—*Keimerepithel*). Благодаря

<sup>1)</sup> Относительно положенія яичника новѣйшія изслѣдованія *Hammerschlag*'а показываютъ слѣдующее: яичникъ лежитъ почти параллельно продольной оси тѣла; при этомъ прямой край его или *hilus* смотритъ вперед и латерально, выпуклый или свободный край—назадъ и медиально; одна поверхность органа довольно тѣсно прилежитъ къ стѣнкѣ таза, другая смотритъ внутрь послѣдняго, будучи покрыта трубой и мезосальпинксомъ. Лежатъ яичникъ въ ямкѣ (*fossa ovarii*), границами которой служатъ—спереди *a. umbilicalis* resp. *v. obturatorius*, къзади *a. uterina* и мочеточникъ.

этому, поверхность яичника по наружному виду похожа на слизистую оболочку: она слегка зерниста и влажно-блестяща, что особенно ясно выступает на яичниках новорожденныхъ.

Въ периодъ половой зрѣлости яичникъ усеянъ снаружи множествомъ бугристыхъ неровностей разной величины, которыя обусловлены развивающимися Граафовыми пузырьками или фолликулами; съ достиженіемъ известной величины, они начинаютъ просвѣчиваться. Число видимыхъ фолликуловъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ и у разныхъ особей различно. Въ старыхъ учебникахъ анатоміи число ихъ, во всякомъ случаѣ, указывается слишкомъ малое, такъ какъ ихъ авторы пользовались плохимъ матеріаломъ, взятымъ большею частью отъ труповъ старыхъ и больныхъ женщинъ. Оттого-то и въ настоящее время присутствіе большого количества видимыхъ Граафовыхъ фолликуловъ зачастую считаютъ явленіемъ болѣзненнымъ, отмѣчая такой яичникъ, какъ „мелко-кистовидно перерожденный“.

При міомѣ, воспаленіи яичника, какъ послѣдствіи тазоваго перитонита, — пожалуй и при остеомалации можетъ, какъ это уже давно извѣстно, при нѣкоторыхъ условіяхъ дѣйствительно наступить усиленное запусѣваніе фолликуловъ въ сопровожденіи другихъ замѣтныхъ для глаза измѣненій, каковы: гипертрофія основной ткани яичника, обильное отложеніе дожныхъ перепонокъ и пр. Если фолликулы были случайно развиты въ болѣе значительномъ количествѣ, то, понятно, соответственно этому и запусѣветъ большее число ихъ. Но считать всякій яичникъ, на поверхности котораго видно большее противъ обыкновеннаго число Граафовыхъ фолликуловъ, больнымъ — совершенно неосновательно. Поэтому я строго держусь того взгляда, — несмотря на возраженія *Bulius'a* и *Schottländer'a*, — что произвольно и вполнѣ неправильно принимать подобный яичникъ, усеянный множествомъ видимыхъ Граафовыхъ фолликуловъ, за больной лишь на основаніи одного поверхностнаго его осмотра, какъ это уже не разъ практиковалось, судя по исторіямъ болѣзни. Обыкновенно дѣло здѣсь идетъ о совершенно нормальныхъ фолликулахъ, находящихся на различныхъ ступеняхъ развитія. Для опредѣленія патологическихъ свойствъ пузырьковъ въ данномъ случаѣ безусловно требуется точное (микроскопическое) изслѣдованіе; притомъ не слѣдуетъ забывать, что въ каждомъ нормальномъ яичникѣ можно найти запусѣвающие Граафовы фолликулы.

Величина Граафова фолликула зависитъ отъ степени его развитія. Обыкновенно видимые въ человѣческомъ яичникѣ фолликулы имѣютъ величину въ конопляное зерно, горошину и болѣе — до винограда.

Ростъ фолликуловъ происходитъ въ периодѣ половой зрѣлости; но и до наступленія его, даже у новорожденныхъ, могутъ развиваться Граафовы фолликулы. Съ наступленіемъ климактерическаго возраста дѣятельность яичника въ этомъ отношеніи прекращается и у старухъ фолликулы въ яичникѣ совершенно отсутствуютъ. Далѣе, на поверхности яич-

ника взрослых замѣчаются бороздки различной глубины и длины. Чѣмъ дольше продолжалась дѣятельность яичника, тѣмъ многочисленнѣе обыкновенно эти бороздки, почему онѣ и представляютъ собой характерную черту яичниковъ предъ наступленіемъ климактерическаго возраста или послѣ окончанія климактерія.

На-ощупъ яичникъ представляетъ нѣкоторое сходство съ яичкомъ; въ виду того, однако, что онъ богаче лимфой, — онъ, пожалуй, нѣсколько менѣе плотенъ, чѣмъ это послѣднее. Оттого же при разрѣзываніи яичника изъ него вытекаетъ въ обильномъ количествѣ жидкость.

Иногда встрѣчаются такъ называемые прибавочные яичники (*Waldeyer*). Они сидятъ на ножкѣ или безъ нея на пограничной линіи брюшины; величина ихъ колеблется между величиной коноплянаго и просяного зерна; состоятъ они изъ нормальной яичниковой ткани, содержащей фолликулы. Прибавочные яичники развиваются, по всей вѣроятности, путемъ расщепленія одного первоначальнаго, отдѣльно заложенаго яичника. Этотъ процессъ принято разсматривать, какъ результатъ механическаго воздѣйствія со стороны перитонитическихъ тяжей <sup>1)</sup>.

*Развитіе яичника.* Яичникъ развивается такимъ образомъ (*Waldeyer*), что валикъ зародышеваго эпителия, который, какъ я доказалъ на человѣческихъ зародышахъ длиною отъ 8 до 12 мм., появляется на внутренней поверхности Вольфова тѣла, — дѣлится соединительнотканными отростками, происходящими изъ стромы Вольфова тѣла, постепенно на все меньшіе и меньшіе отдѣлы. Одновременно съ этимъ валикъ зародышеваго эпителия увеличивается въ объемъ, между тѣмъ какъ его клѣтки превращаются въ первичныя яйца. Результатомъ этого процесса является образованіе первичныхъ фолликуловъ (первичныхъ яицъ, окруженныхъ однимъ слоемъ зачаточнаго эпителия). Самую раннюю степень развитія находятъ всегда на поверхности яичника, между тѣмъ какъ въ глубинѣ органа образованіе фолликуловъ идетъ впередъ. Параллельно съ ростомъ яичника поясъ образующихся фолликуловъ придвигается все ближе и ближе къ периферіи, такъ что ближайшіе къ поверхности яичника элементы превращаются въ первичныя фолликулы послѣдними. Поверхностный слой валика зачаточнаго эпителия не идетъ на образованіе фолликуловъ, а остается въ видѣ однослойнаго цилиндрическаго эпителия и образуетъ такимъ образомъ эпителиальный покровъ развитога яичника. Къ концу утробной жизни развитіе фолликуловъ обыкновенно заканчивается; лишь въ видѣ исключенія оно можетъ затянуться еще на нѣсколько недѣль послѣ родовъ. Но какъ только закончится развитіе яичника, то больше

1) Настоящіе, совершенно обособленные прибавочные яичники представляютъ большую рѣдкость: по *Engström*'у, который спеціально занимался этимъ вопросомъ, до сихъ поръ въ литературѣ описаны лишь 2 случая этой аномаліи. Напротивъ, придаточные яичники, образовавшіеся путемъ отщипуванія отъ нормальныхъ яичниковъ и остающіеся съ ними въ связи, попадаются довольно часто. Чаще всего они обязаны своимъ происхожденіемъ давленію со стороны перитонитическихъ тяжей; но отщипуваніе ихъ можетъ происходить и вслѣдствіе давленія со стороны оутолстей, напр. міомъ матки.

не наблюдается уже новаго образованія яицъ и фолликуловъ у чело-  
вѣка <sup>1)</sup>).

Значительно преобладающее большинство яицъ и первичныхъ фолликуловъ погибаетъ уже во время утробной и въ первые годы внѣутробной жизни, особенно въ болѣе глубокихъ (старыхъ) слояхъ яичника, гдѣ вскорѣ нельзя уже открыть ни яицъ, ни первичныхъ фолликуловъ. Ихъ мѣсто занято уже рыхлой соединительной тканью. Между тѣмъ въ поверхностныхъ слояхъ эпителиальные элементы еще преобладаютъ, такъ что въ яичникѣ можно различать два ясно раздѣленные отдѣла: болѣе глубокой—богатый сосудами и соединительною тканью (*zona vasculosa*) и поверхностный—богатый первичными фолликулами (*zona parenchymatosa* или корковый слой).

Оба эти отдѣла остаются уже на всю жизнь; съ теченіемъ времени, однако, въ корковомъ слоѣ происходятъ извѣстные измѣненія, о которыхъ будетъ рѣчь ниже.

*Zona vasculosa.* У взрослыхъ въ ней не встрѣчается обыкновенно первичныхъ фолликуловъ. Но созрѣвающіе фолликулы, отгѣсняя всю ткань въ сторону, могутъ, конечно, вдаваться и въ сосудистый слой. Артеріи, числомъ 4—5, происходятъ изъ *art. spermatica interna* (которая прямо переходитъ въ *ramus ovarii arteriae uterinae*) и проникаютъ въ яичникъ по брыжейкѣ, распредѣляясь по всему органу и образуя густую сѣть вокругъ cadaго растущаго фолликула. Вены образуютъ въ брыжейкѣ и *hilus* яичника широкую сѣть — *bulbus ovarii (Rouget)* и впадаютъ въ *vena spermatica* и въ венное сплетеніе, находящееся въ брыжейкѣ трубы.

Лимфатическіе сосуды яичника образуютъ сѣть съ широкими петлями вокругъ Граафовыхъ фолликуловъ (*His*), соединяясь между собой въ корковомъ слоѣ въ многочисленные большіе стволы, которые въ свою очередь вливаются въ лимфатическіе пути, идущіе отъ тѣла матки и направляющіеся къ железамъ поясничнаго сплетенія.

Нервы яичника происходятъ изъ *plexus genalis (nervi sympatici)* и прослѣжены нѣкоторыми авторами до самой стѣнки фолликуловъ <sup>2)</sup>.

*Zona parenchymatosa.* Вслѣдствіе гибели яицъ и первичныхъ фолликуловъ въ годы дѣтскаго возраста, въ корковомъ слоѣ соединительно-тканнные элементы выступаютъ все болѣе и болѣе на передній планъ, такъ

<sup>1)</sup> Хотя большинство авторовъ дѣйствительно держится такого мнѣнія, но нѣкоторые наблюдатели до сихъ поръ продолжаютъ утверждать, что образованіе новыхъ первичныхъ яицъ и фолликуловъ продолжается и во внѣутробной жизни. *Stöckel*, наблюдавшій этотъ процессъ у 29-лѣтней дѣвicy, умершей непосредственно послѣ менструаціи, высказываетъ предположеніе, что между тѣмъ какъ въ яичникахъ зародышей образованіе новыхъ примордіальныхъ яицъ и фолликуловъ происходитъ постоянно, у взрослыхъ оно происходитъ лишь въ опредѣленные періоды, именно тотчасъ послѣ менструаціи. По наблюденіемъ *Amani*'а зародышевыи эпителии до старости сохраняютъ способность продуцировать первичныи яйца и фолликулы; этотъ авторъ наблюдалъ подобный процессъ у 63-лѣтней старухи. В. Г.

<sup>2)</sup> Интересно было бы выяснитъ, имѣются-ли въ яичникѣ гангліозныи кѣтки, *Морковитиновъ*, которому принадлежить новѣйшее послѣдованіе о нервахъ яичника, заявляетъ, что существующими методами открыть присутствіе этихъ кѣтокъ нельзя, но очень вѣроятно, что онѣ имѣются въ яичникѣ. В. Г.

что у взрослых онъ состоитъ изъ очень тѣсно между собой сплетенныхъ соединительнотканнхъ волоконъ, между которыми разсыяны фолликулы всѣхъ ступеней развитія въ очень различномъ количествѣ (рис. 59). Благодаря увеличенному содержанию соединительной ткани, корковый слой приобретаетъ плотную консистенцію и представляется на-ощупь плотнѣе, чѣмъ сосудистый.

Фолликулы можно раздѣлить на первичныя, растущія и созрѣвающія.

*Первичныя фолликулы.* Невооруженнымъ глазомъ ихъ нельзя видѣть. Количество ихъ, смотря по возрасту женщины, колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ. У взрослыхъ дѣвицъ находятъ обыкновенно только одинъ или два слоя относительно далеко другъ отъ друга разбросанныхъ фолликуловъ.

Первичный фолликулъ состоитъ изъ тонкой оболочки, состоящей изъ эпителиальныхъ кѣлокъ (фолликулярный эпителий), которая со всѣхъ сторонъ окружаетъ яйцо, сама же лежитъ въ петляхъ соединительной ткани.

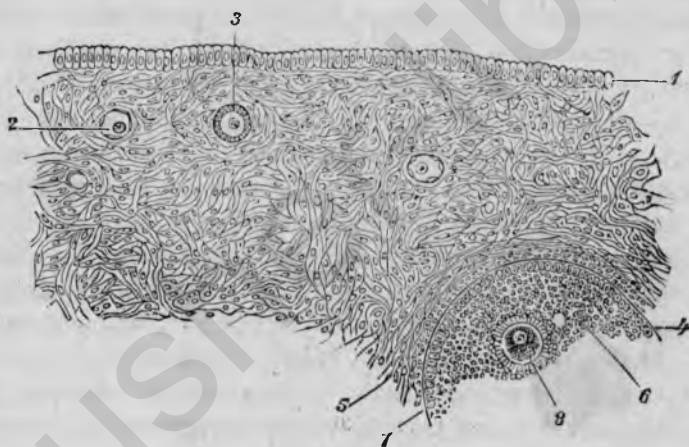


Рис. 59. Препаратъ изъ яичника молодой женщины. 1. Эпителий яичника. 2. Первичный фолликулъ. 3 и 4. Растущій фолликулъ. 5. Theca folliculi. 6. Эпителий фолликула съ вакуолами. 7. Основная (стекловидная) перепонка. 8. Яйцо съ corona radiata.

Въ яйцѣ (яйцевая кѣтка, первичное или примордиальное яйцо) различаютъ протоплазму, ядро (зародышевый пузырекъ, *vesicula germinativa*), ядрышко (зародышевое пятно, *macula germinativa*) и одно или нѣсколько вторичныхъ ядрышекъ.

*Растущій фолликулъ.* Первое явленіе въ растущемъ фолликулѣ у человѣка состоитъ въ томъ, что кѣтки фолликулярнаго эпителия принимаютъ кубическую форму и, сильно размножаясь путемъ дѣленія, дѣлаются многослойными. Въ фолликулярномъ эпителии, который теперь называется тоже *stratum granulosum*, появляются большія, богатая протоплазмой кѣтки, похожія на примордиальныя яйца, протоплазма которыхъ разбухаетъ для того, чтобы въ концѣ концовъ раствориться, причѣмъ ядра ихъ распадаются. Распавшіяся кѣтки образуютъ часть жидкости

фолликула (liquor folliculi); остальная часть ее проиходитъ путемъ трансудаціи изъ сосудовъ, окружающихъ фолликулъ. У человѣка образованіе жидкости фолликула проиходитъ преимущественно въ той части его, которая обращена къ поверхности яичника. Медиальная же часть фолликулярнаго эпителия, обращенная къ hilus'у, въ которой находится само яйцо, не принимаетъ участія въ образованіи liquoris folliculi и образуетъ зародышевый бугорокъ—*cumulus oophorus*.

Параллельно съ этими процессами развивается и стѣнка фолликула (*theca folliculi*),—именно, здѣсь возникаетъ соединительнотканная оболочка, концентрически окружающая растущій фолликулъ. Наружный слой (*tunica externa*) этой оболочки состоитъ по преимуществу изъ соединительнотканныхъ волоконъ; напротивъ, внутренній (*tunica interna*) состоитъ изъ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ и богатъ капиллярами. Вокругъ всего фолликула возникаютъ многочисленныя большія полости (расширенные лимфатическіе сосуды) и сильно развѣтвленная сеть сосудовъ. Между *theca folliculi* и эпителиемъ образуется тонкая прозрачная безструктурная основная перепонка—стекловидная оболочка, между эпителиемъ и яйцомъ—*zona pellucida*. Обѣ перепонки представляютъ собою продуктъ фолликулярнаго эпителия. *Zona pellucida* никогда не вступаетъ въ тѣсное соприкосновеніе съ яйцевой клѣткой, несмотря на то, что она близко прилежитъ къ послѣдней: между ними всегда остается узкій промежутокъ—околожелточный поясъ, такъ что яйцевая клѣтка, согласно законамъ тяжести, можетъ вращаться какъ шаръ въ футлярѣ. Съ появленіемъ *zona pellucida* начинается превращеніе протоплазмы яйца въ дейтоплазму (желточные элементы); оно начинается въ срединѣ яйцевой клѣтки и идетъ отъ центра къ периферіи. Дейтоплазма отбѣсняетъ ядро яйцевой клѣтки (зародышевый пузырекъ) все дальше и дальше къ периферіи яйца. Зародышевое пятно никогда не находится въ дейтоплазмѣ,—оба эти образованія относятся другъ къ другу, выражаясь картинно, какъ масло къ водѣ. Въ концѣ концовъ почти вся плазма яйца превращается въ дейтоплазму, и только у периферіи остается тонкій слой протоплазмы, въ которомъ находится зародышевый пузырекъ. Въ это время яйцо можно представить себѣ, какъ шаръ, состоящій изъ дейтоплазмы и окруженный тонкой оболочкой изъ протоплазмы.

*Созрѣвающимъ фолликулъ или Граафовъ пузырекъ (folliculus oophorus vesiculosus Graafii)* имѣетъ правильную кругловатую форму; но тѣсно другъ къ другу прилежащія фолликулы могутъ, конечно, подъ влияніемъ давленія быть нѣсколько сплюснены. Граафовъ пузырекъ выдается болѣе или менѣе изъ яичниковой ткани и производитъ впечатлѣніе упругаго пузырька, наполненнаго жидкостью. Часть его, находящаяся въ яичниковой ткани, особенно та, которая обращена къ срединѣ органа, окружена широкими лимфатическими полостями и многочисленными сосудами. Въ немъ ясно различаются всѣ тѣ составныя части, проихож-



деніе и развитіе которыхъ только что было описано, и которыя характеризуютъ нормальный фолликулъ, а именно:

1. *Theca folliculi*. Чѣмъ ближе къ стадіи полной зрѣлости находится фолликулъ, тѣмъ многочисленнѣе и больше становятся кругловатыя кѣтки внутренняго слоя его оболочки (*tunica interna*). Одновременно съ этимъ появляются въ протоплазмѣ этихъ кѣтокъ мелкія, блестящія тѣльца — такъ называемыя лютеиновыя, благодаря которымъ *tunica interna* пріобрѣтаетъ равномерную желтую окраску, которая просвѣчиваетъ на не-вскрытомъ зрѣломъ фолликулѣ.

2. Безструктурная стекловидная оболочка.

3. Фолликулярный эпителий, расположенный въ одинъ или нѣсколько слоевъ, который у медиальной стѣнки фолликула образуетъ зародышевый бугорокъ — *simulus oophorus*.

4. *Liquor folliculi* — прозрачная, желтоватая, нѣсколько клейкая жидкость, очень богатая паральбуминомъ.

5. Яйцо (*ovulum*), находящееся въ зародышевомъ бугоркѣ.

*Яйцо (ovulum)*. Во всякомъ свѣжемъ, вынутомъ непосредственно изъ фолликула яйцѣ, которое изслѣдуется безъ примѣненія химическихъ реактивовъ, прямо въ жидкости фолликула или въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, различаются, идя снаружи внутрь, слѣдующія части:

a) Эпителий яйца — часть фолликулярнаго эпителия, ближе всего прилежащаго къ яйцевой кѣткѣ; кѣтки его расположены на-подобіе лучезарнаго вѣнца (*corona radiata*, *Bischoff*).

b) *Zona pellucida*, представляющая исчерченность въ радіальномъ направленіи.

c) *Spatium perivitellinum* — околожелточный поясъ.

d) Первичная яйцевая кѣтка, у периферіи которой различаютъ протоплазматическій поясъ, въ центрѣ — дейтоплазму (которая соответствуетъ питательному желтку въ куриномъ яйцѣ), затѣмъ периферически расположенный зародышевый пузырекъ (ядро) съ зародышевымъ пятномъ (ядрышко), которое обнаруживаетъ амебоидныя измѣненія формы.

На уплотненныхъ препаратахъ въ зародышевомъ пузырькѣ различаютъ ясныя перекладки, а возлѣ ядрышка — одно или нѣсколько вторичныхъ ядрышекъ <sup>1)</sup>.

*Лопаніе фолликуловъ*. Лопаніе фолликуловъ и изверженіе яйца наружу происходитъ у взрослыхъ, по всей вѣроятности, независимо, т. е. внѣ менструаціи. Прежде былъ вообще принятъ тотъ взглядъ, что лопаніе фолликула происходитъ подъ вліяніемъ внезапнаго увеличенія вну-

<sup>1)</sup> Между тѣмъ какъ часть фолликуловъ превращаются, описаннымъ образомъ, въ Граафовы пузырьки, — известная другая часть ихъ подвергается чисто физиологической атрофіи. Главную роль въ этомъ процессѣ играютъ, по наблюденіямъ *Мачинскаго*, кѣтки *granulosae*, которыя измѣняютъ свое положеніе, дѣлаются подвижными, проникаютъ чрезъ *z. pellucida* и пожираютъ яйцо, послѣ чего превращаются въ соединительную ткань, выполняющую фолликулъ.

трифолликулярнаго давления. Но это не такъ; процессъ этотъ происходитъ скорѣе слѣдующимъ путемъ: когда фолликулъ достигъ известной величины, то, въ видѣ признака его зрѣлости, появляется сильное разрастаніе внутренняго слоя (*tunica interna*) *thecae folliculi*, начало какового разрастанія уже отмѣчено выше; сосуды ея при этомъ начинаютъ сильно развиваться, а кѣтки—быстро размножаться; каждая кѣтка, кромѣ того, увеличивается въ объемъ подѣ влияніемъ увеличения массы ея протоплазмы, которая въ то же время наполняется своеобразнымъ, ближе

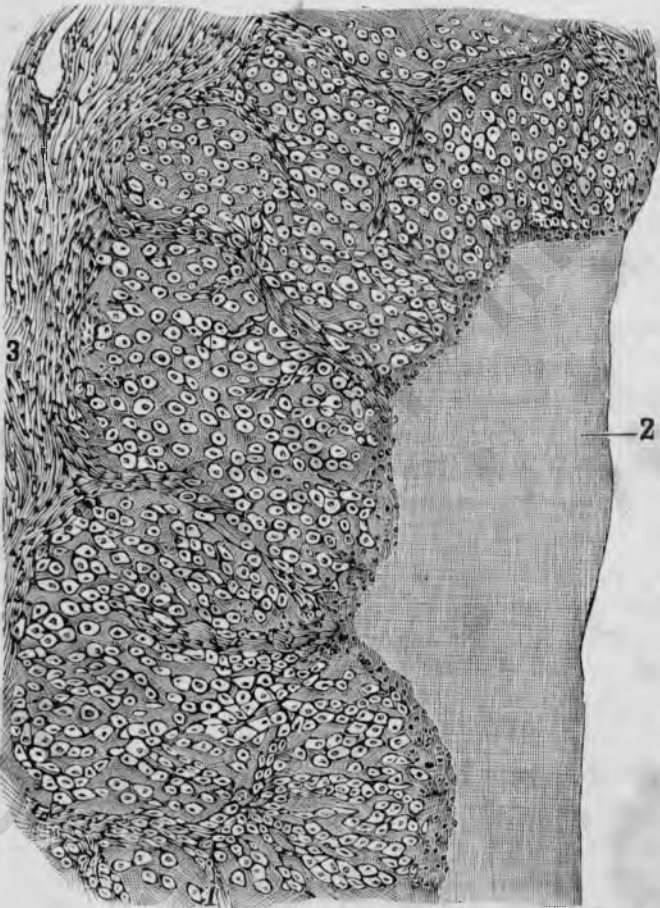


Рис. 60. Разрѣзъ черезъ стѣнку желтаго тѣла (*corpus luteum*). Препаратъ изъ человѣческаго яичника. 1. Лутеиновые кѣтки, окруженныя соединительнотканной основой, въ состояніи сосочковаго разращенія. 2. Кровоизліяніе внутри желтаго тѣла. 3. Соединительная ткань яичника.

еще не изученнымъ веществомъ, благодаря присутствію котораго вся внутренняя стѣнка фолликула,—въ свѣжемъ состояніи еще до лопанія,—пріобрѣтаетъ желтоватый блескъ. Такимъ образомъ измѣненная *tunica interna* получаетъ волнистый видъ; кѣтки ея, которыя теперь называются уже

лютеиновыми и образуютъ мощный многослойный поясъ, располагаются сосочкообразно. Въ каждый сосочекъ, основа котораго состоитъ изъ соединительной ткани, проникаетъ нѣсколько большихъ, сильно развѣтвленныхъ кровеносныхъ стволовъ (рис. 60). Благодаря этому разростанію лютеиновыхъ клѣтокъ, содержащее фолликула оттѣняется къ самому тонкому мѣсту его (*Stigma*) на поверхности яичника, вѣдствие чего фолликулъ и лопается (*Waldeyer*). Параллельно съ разростаніемъ лютеиновыхъ клѣтокъ, какъ доказаль *Spiegelberg*, идетъ жировое перерожденіе фолликулярнаго эпителія, вѣдствие чего яйцо, вмѣстѣ съ яйцовымъ эпителиемъ, высвобождается изъ *cumulus oophorus*. Фолликулярный эпителіи—у человѣка—погибаетъ совершенно и не принимаетъ никакого участія въ дальнѣйшихъ процессахъ, происходящихъ въ лопнушемъ фолликулѣ.

И такъ лютеиновыя клѣтки, — такъ же, какъ и децидуальныя, — суть соединительнотканнаго происхожденія. Въ настоящее время мы знаемъ, что излившееся наружу содержимое яичника у человѣка замѣняется, по крайней мѣрѣ отчасти, кровоизліаніемъ, послѣ чего вмѣсто Граафова пузырька или фолликула образуется желтое тѣло (*corpus luteum*). При этомъ не слѣдуетъ забывать, что само кровоизліаніе представляетъ собою нѣчто второстепенное; то, что придаетъ желтому тѣлу его характерный видъ,—есть его стѣнка, которая, благодаря сосочкообразному разрощенію *tunicae internae*, содержащей лютеиновыя клѣтки, получаетъ на поперечныхъ разрѣзахъ волнообразный видъ.

У мышей (*Sobotta*) и другихъ низшихъ животныхъ, которыя отличаются чрезвычайною плодовитостью, лютеиновыхъ клѣтокъ въ вышеупомянутомъ смыслѣ не образуется, и разростаніе *tunicae internae* относительно незначительно. По изверженіи яйца у упомянутыхъ животныхъ фолликулы заполняются, сильно разросшимся фолликулярнымъ эпителиемъ. Эти эпителиальныя образованія подвергаются обратному развитію очень медленно, и ихъ можно узнать въ теченіе очень долгаго времени; у нѣкоторыхъ видовъ животныхъ они образуютъ главную составную часть яичника и описаны уже давно (1880) *van Beneden*'омъ и *Mac-Leod*'омъ, какъ „*cordons pleins*“; у человѣка они совершенно отсутствуютъ. Такимъ образомъ у упомянутыхъ животныхъ по изверженіи яйца происходятъ совѣмъ иные процессы, чѣмъ у человѣка и высшихъ млекопитающихся. Фактъ этотъ не представляетъ ничего удивительнаго, ибо животныя эти въ теченіе своей короткой жизни постоянно беременны, такъ какъ они немедленно послѣ родовъ опять случаются; вѣдствие этого и требованія, предъявляемыя яичнику, у нихъ совершенно другія, чѣмъ у человѣка.

Все это, конечно, само собой понятно, и я не упомянулъ бы объ этомъ, если бы нѣкоторые изслѣдователи, работавшіе съ низшими млекопитающими, не требовали, чтобы процессы, найденные у мыши и подобныхъ животныхъ, были безъ дальнѣйшихъ околичностей переносимы и на

человѣка и высшихъ млекопитающихся,—на томъ-де основаніи, что процессы у человѣка нельзя представить себѣ иначе, чѣмъ у мыши. При этомъ вышеупомянутые изслѣдователи стараются мало убѣждающими фактами доказать, что образованіе желтыхъ тѣлъ у человѣка послѣдить нельзя. Противъ такой тенденціи нужно самымъ серьезнымъ образомъ возстать, ибо этѣ представляло бы собою шагъ назадъ въ медицинскихъ изслѣдованіяхъ,—если бы пришлось отказаться отъ изслѣдованія человѣческихъ органовъ и не обращать вниманія на данныя, открытыя у человѣка, а вмѣсто этого,—какъ дѣлалось въ средніе вѣка,—считать все отношенія, существующія у низшихъ животныхъ, мѣриломъ для таковыхъ же у человѣка.

Неоспоримо, что развитіе человѣка проходитъ черезъ разныя стадіи, которыя встрѣчаются и у зародышей низшихъ животныхъ; неоспоримо также, что у человѣческихъ зародышей встрѣчаются даже такія состоянія, которыя у взрослыхъ низшихъ животныхъ являются уже постоянными. На основаніи лишь этого мы, однако, еще не имѣемъ права отождествлять между собою отношенія у взрослыхъ особей разныхъ родовъ. Какъ извѣстно, у человѣка, по сравненію съ низшими млекопитающими, имѣются въ очень многихъ областяхъ совершенно иначе построенные и функционирующіе органы; естественно, что у нихъ есть разница въ процессахъ, имѣющихъ мѣсто въ яичникѣ послѣ изверженія яйца. Образованій, которыя бы можно было сравнить съ желтыми тѣлами у человѣка и другихъ рѣдко рождающихся высшихъ млекопитающихъ,—нѣтъ вообще у мыши и подобныхъ ей животныхъ, какъ оказывается по изслѣдованіямъ вышеупомянутыхъ авторовъ; поэтому было бы лучше даже самое названіе „желтое тѣло“ вовсе не употреблять для обозначенія эпителиальныхъ фолликуловъ въ яичникахъ упомянутыхъ животныхъ <sup>1)</sup>.

Векорѣ послѣ изверженія яйца отверстіе фолликула закрывается, и папиллярныя разрощенія лютеиновыхъ клѣтокъ вмѣстѣ съ ихъ соединительнотканной основой вростають со всѣхъ сторонъ въ сгустокъ крови; послѣдній начинаетъ постепенно разсасываться, такъ что въ концѣ концовъ папиллярныя разрощенія приходятъ въ соприкосновеніе другъ съ другомъ. Съ исчезновеніемъ полости прежняго фолликула заканчивается дѣятельность лютеиновыхъ клѣтокъ, желтая окраска исчезаетъ, и въ концѣ концовъ въ желтомъ тѣлѣ нельзя бываетъ найти никакихъ клѣтокъ. Папиллярныя разрощенія состоятъ теперь изъ прозрачной коллоидной соединительной ткани съ незначительнымъ количествомъ соединительнотканнхъ ядеръ. Такимъ образомъ развивается изъ corpus luteum—corpus albicans, которое остается уже надолго,—въ каждомъ нормальномъ яичникѣ находится всегда нѣсколько подобныхъ образованій. Остатки кровонизліянія,

<sup>1)</sup> Изъ новѣйшихъ авторовъ, изучавшихъ генезъ желтыхъ тѣлъ у человѣка и высшихъ млекопитающихъ, большинство (*Clark, Rabl, Cornil, Doering* и др.), подобно *Nagel*ю, высказывается въ пользу того, что желтое тѣло есть дѣйствительно не эпителиальное, а соединительнотканное образованіе, въ происхожденіи котораго главную роль играютъ элементы thecae internae. В. Г.

въ видѣ кристалловъ гематоидина находятся иногда еще долго въ серединѣ яичника и придаютъ ему желтоватый блестящій видъ.

**Придатокъ яичника** (*epoophoron* и *paroophoron*). Между обоими листками брюшины, образующей брыжейку трубы, находится обыкновенно плоское, состоящее изъ эпителиальныхъ канальцевъ тѣло, трапецевидной или клиновидной формы, заполняющее собою почти все пространство между яичникомъ и трубой; тѣло это и есть придатокъ яичника—*epoophoron* (рис. 61). Оно состоитъ изъ основной трубки, идущей большею частью параллельно яйцеводу, и изъ ряда меньшихъ, вторичныхъ трубочекъ, отходящихъ отъ основной по направленію къ яичнику. Основная трубка оканчивается кнаружи слѣпо, иногда маленькой кистой (Морганіева гидатида). Части основной трубки, въ видѣ такъ называемаго Гертнеровскаго хода, встрѣчаются и въ боковыхъ стѣнкахъ тѣла <sup>1)</sup> и шейки матки, рѣже въ самомъ верхнемъ отдѣлѣ влагалища <sup>2)</sup>. Вторичныя трубки могутъ, въ видѣ исключенія, проростать черезъ брыжейку трубы въ корковый слой яичника, образуя тогда

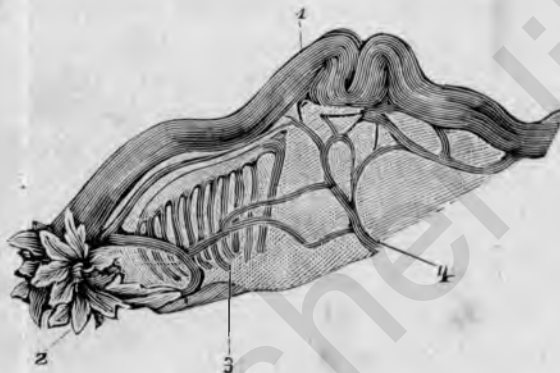


Рис. 61. Придатокъ яичника (*epoophoron*) восьмимѣсячнаго человѣческаго зародыша. 1. Фаллопіева труба. 2. Вахромки трубы. 3. Придатокъ яичника. 4. Сосуды.

обыкновенно полости. Всѣ болѣе развитые ходы имѣютъ тонкія, соединительнотканная стѣнки съ небольшою примѣсью гладкихъ мышечныхъ волоконъ; внутри онѣ выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ, который въ видѣ исключенія (въ боковыхъ трубочкахъ) несетъ мерцательныя рѣснички.

Въ сторонѣ отъ *epoophora*, по направленію къ маткѣ <sup>3)</sup>, встрѣчаются иногда, также между листками брыжейки трубы, изолированныя гнѣзда, величиною отъ просяного зерна до горошины, желтоватаго цвѣта, которыя содержатъ слѣды извитыхъ канальцевъ, въ общемъ же, собственно говоря, представляютъ собою эпителиальные остатки, заложенные внутри неясно выраженной соединительнотканной оболочки; гнѣзда эти образуютъ собою *paroophoron* (*Waldeyer*).

*Epooophoron* и *paroophoron* находится какъ-разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ у зародышей человѣка и высшихъ животныхъ лежитъ первичная почка (Вольфово тѣло) и представляютъ собою остатки этого эмбриональнаго

<sup>1)</sup> Нижней части тѣла.

<sup>2)</sup> Иногда ходы эти можно прослѣдить и въ нижнемъ отдѣлѣ рукава, даже въ гименѣ.

<sup>3)</sup> Именно, между развѣтвленіями сѣмянныхъ сосудовъ.

органа. Проорхогон представляет собою обратно развившійся верхній отдѣлъ первичной почки,—такъ называемую придатково-яичниковую часть, которая у мужекихъ особей развивается въ придатокъ яичка—epididymis; основная трубка проорхогона и есть прежній Вольфовъ ходъ; боковыя, вторичныя трубки суть прежніе каналы первичной почки. Пагоорхогон представляет собою нижній отдѣлъ Вольфова тѣла—такъ называемую примордіально-почечную часть—и аналогиченъ мужскому paradidymis'у (paraepididymis'у).

## 2. Новообразованія яичника.

а) *Кистомы яичника.* Кистомы яичника представляют собою опухоли, имѣющія частью плотное, частью жидкое содержимое, растушія подчасъ очень быстро <sup>1)</sup> и заполняющія вскорѣ всю брюшную полость. Онѣ достигаютъ иногда чрезвычайно большихъ размѣровъ <sup>2)</sup>. Самая большая кистома, которую я видѣлъ, находится въ музеѣ госпиталя св. Томы въ Лондонѣ. Опухоль эта содержала 60 литровъ жидкости, которая отчасти была опорожнена наканунѣ операціи, для того, чтобы избѣжать шока; несмотря, однако, на это, больная умерла. На съѣздѣ врачей въ Лидсѣ, въ 1893 году, предѣдатель съезда замѣтилъ относительно этой опухоли, что *Cullingworth*—единственный изъ теперь живущихъ гинекологовъ, который можетъ похвастаться тѣмъ, что онъ удалилъ опухоль, большую, чѣмъ онъ самъ.

Съ другой стороны, случается, что кистома, достигши извѣстной величины, останавливается въ ростѣ на-время или навсегда; внутри ея въ это время начинаютъ развиваться извѣстные процессы обратнаго развитія. Нечего, разумѣется, и прибавлять, что эти измѣненія не могутъ повести къ полному исчезновенію опухоли.

Кистомы прикрѣпляются при помощи ножки къ тазовому дну и обладаютъ поэтому большою подвижностью, которая только тогда исчезаетъ, когда опухоль уже заполнить отчасти брюшную полость, и когда появится сопротивленіе со стороны брюшныхъ покрововъ и органовъ живота. Ножка состоитъ изъ гипертрофированной и растянутой брыжейки яичника вмѣстѣ съ lig. ovarii propria. Въ ней идутъ сосуды, питающіе опухоль. Ткань яичника исчезаетъ обыкновенно безслѣдно.

Кистома содержитъ обычно нѣсколько полостей, которыя наполнены

<sup>1)</sup> Иногда ростъ кистомъ происходитъ такъ быстро, что кистому легко принять или за опухоль злокачественной натуры, или за беременную матку. Последняго рода случай привелось недавно наблюдать *Kossmann*'у; въ этомъ случаѣ кистома у 15-лѣтней дѣвушки, въ 9 мѣсяцевъ выросла до діафрагмы тѣла, почему и была принята за беременную матку,—тѣмъ болѣе, что пациентка была незадолго предъ тѣмъ изнасилована; послѣ удаленія опухоли оказалось, что она представляет собою обыкновенную кистому, безъ признаковъ злокачественнаго перерожденія. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Еще болѣе значительныя по объему кистомы были удалены, въ послѣдніе годы, *T. Gilliam*'омъ и *Bullitt*'омъ. Въ случаѣ перваго изъ этихъ авторовъ жидкое содержимое кистомы вѣсило 176 фунтовъ, а твердыя части—7 фунтовъ; операція имѣла благополучный исходъ. Въ случаѣ втораго автора опухоль оказалась вѣсиею 245 фунтовъ; больная, 80-лѣтняя старуха, не перенесла операціи. *В. Г.*

полупрозрачной коллоидной жидкостью, настолько вязкой, что ее приходится вычерпывать рукой. Жидкость эта очень богата бѣлкомъ, нейтральной или щелочной реакціи <sup>1)</sup>. При очень долгомъ существованіи опухоли, особенно если ростъ ея былъ задержанъ въ теченіе продолжительнаго времени, коллоидное содержимое въ нѣкоторыхъ или во всѣхъ полостяхъ подвергается измѣненію и становится болѣе жидкимъ, принимая иногда буроватую, зеленоватую или желтоватую окраску, въ случаѣ, если ранѣ имѣли мѣсто кровоизліянія внутрь опухоли. Вслѣдствіе исчезновенія перегородокъ сосѣднія полости сливаются въ одну, такъ что киста, существовавшая продолжительное время, состоитъ иногда только изъ одной кисты.

Полости кисты, безъ различія ихъ величины, бываютъ выстланы однослойнымъ эпителиемъ, который состоитъ изъ тѣсно сдвинутыхъ цилиндрическихъ клѣтокъ, между которыми встрѣчаются въ обильномъ количествѣ клѣтки грушевидной и втулковидной формы. Коллоидное содержимое является продуктомъ дѣятельности этихъ клѣтокъ, причемъ бокаловидныя клѣтки суть тѣ изъ нихъ, которыя готовы опорожнить свое коллоидное содержимое (*Waldeyer*). Остальныя разнообразныя формы клѣтокъ происходятъ подъ вліяніемъ взаимнаго давленія послѣднихъ.

Стѣнки кисты состоятъ изъ плотной соединительной ткани и имѣютъ различную толщину—отъ нѣсколькихъ миллиметровъ до 1—2 сантиметровъ. Иногда на нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнка кисты утолщается въ узлы, величиною въ кулакъ или головку новорожденнаго, которые и придаютъ опухоли мѣстами значительную крѣпость. На разрѣзахъ узлы и утолщенія имѣютъ видъ пчелиныхъ сотовъ (*Waldeyer*), благодаря тому, что они пронизаны трубчатыми полостями. Въ отдѣльныхъ мѣстахъ эти полости являются превратившимися уже въ маленькія кисты. Если теперь представить себѣ дальнѣйшій ходъ развитія этого процесса, то передъ нами будетъ образецъ способа развитія кисты.

Кисты обыкновенно не покрыты брюшиной; у основанія ихъ можно узнать то мѣсто, до котораго доходить брюшинный покровъ ножки (брыжейки яичника) и которое соответствуетъ *Farre-Waldeyer*'овской линіи.

Болѣе старыя опухоли, которыя перестали расти и которыя можно сравнить съ потухшимъ вулканомъ, состоятъ только изъ одной однокамерной кисты, выстланной внутри эпителиемъ. Эпителиальныя клѣтки здѣсь уже болѣе правильной формы, не высоки (вслѣдствія давленія со стороны содержимаго). Подчасъ эпителий въ подобныхъ опухоляхъ совершенно исчезаетъ, такъ что стѣнка кисты состоитъ изъ одной только соединительной ткани; при этомъ исчезаютъ изъ нея сосуды, отчего опухоль получается снаружи своеобразный блѣдный, сухожильный видъ. Образованіе

<sup>1)</sup> Характерную составную часть этой жидкости составляетъ т. наз. псевдомуцинъ. Въ последнее время *Panzer* открылъ въ яичниковомъ коллоидѣ возстановляющее вещество, которое по своей химической натурѣ представляетъ собою кистлоту, аналогичную полученной *Schmiedeberg*'омъ изъ хряща. В. Г.

однокамерной кисты представляет собою, такъ сказать, конечную стадію кистовиднаго измѣненія, образованія эпителиальныхъ трубокъ и соединенія ихъ въ полости. Время наступленія этой конечной стадіи крайне различно: въ нѣкоторыхъ опухоляхъ она появляется относительно рано, въ другихъ, напротивъ, лишь тогда, когда опухоль сдѣлается больше по объему самой носительницы ея.

Многія однополостныя кисты, въ которыхъ исчезъ всякій слѣдъ яичниковой ткани, представляютъ собою несомнѣнно такія недѣятельныя кистомы, ибо представляется непонятнымъ, какимъ образомъ простая ретенціонная киста могла бы вызвать исчезновеніе яичника.

Иногда стѣнка кисты даетъ внутрь полости сосочковыя (папиллярныя) разрощенія (*cystoma papillare*) безъ того, чтобы вслѣдствіе этого измѣнился характеръ опухоли. Иногда же въ многополостныхъ кистомахъ эпителий нѣкоторыхъ кистъ бывастъ покрытъ мерцательными волосиками, причемъ эти мерцательно-эпителиальныя кисты имѣютъ совершенно такое же строеніе, что и обыкновенныя кистомы.

Кистомы часто склеиваются и срастаются съ сальникомъ и другими органами. До сихъ поръ нельзя себѣ объяснить, какимъ образомъ развивается то ограниченное воспаленіе брюшины на указанныхъ органахъ, которому обязаны данныя срощенія своимъ происхожденіемъ. Несмотря на срощенія, опухоли эти переходятъ на другія ткани и не даютъ метастазовъ <sup>1)</sup>, почему онѣ и относятся въ анатомическомъ смыслѣ къ доброкачественнымъ опухолямъ.

в) *Ракъ яичника*. Кистомы могутъ, однако, раково перерождаться, причемъ съ появленіемъ перерожденія онѣ уже относятся къ злокачественнымъ опухолямъ. Кистома, пожалуй, и есть въ сущности ничто иное, какъ подготовительная стадія рака; во всякомъ случаѣ ракъ яичника, несмотря на измѣненія въ эпителии, вначалѣ построенъ по тому же типу, что и кистома.

Раковое перерожденіе начинается съ того, что эпителий трубчатыхъ полостей дѣлается многослойнымъ и съ того, что клѣтки его измѣняютъ свою форму и характеръ, дѣлаясь полиѣдрическими и богаче протоплазмой; клѣточные ядра становятся кругловатыми и представляютъ вслѣдствіе явленія размноженія и распада; эпителиальные элементы совершенно выполняютъ просвѣтъ полостей. Въ болѣе молодыхъ участкахъ опухоли первоначальное строеніе, однако, остается еще сохранившимся, и отдѣльныя эпителиальныя трубки являются отдѣленными еще другъ отъ друга прослойками соединительной ткани. Въ болѣе старыхъ участкахъ разрастающійся эпителий прорастаетъ черезъ стѣнки, эпителиальныя трубки сливаются между собой, и, въ виду того, что болѣе старыя, центрально

<sup>1)</sup> Въ повѣйшее время описаны, однако, случаи, изъ которыхъ видно, что яичниковыя кистомы могутъ давать по крайней мѣрѣ прививочныя метастазы. Такъ, напр., *Sänger* описалъ случай, гдѣ кистома яичника, удаленная имъ, дала подобный метастазъ въ рубцѣ послѣ брюшной раны.



расположенные эпителиальные массы подвергаются энергичному распаденію,—въ нихъ образуются большія и меньшія полости, наполненныя продуктами распада. Ракъ распространяется безъ всякихъ предѣловъ на ткань тазового дна и другихъ органовъ, разрушая все по дорогѣ, и даетъ метастазы въ отдаленные органы.

*Этіологія кистомъ и раковъ яичника.* Способъ происхожденія кистомъ и раковыхъ опухолей яичника до сихъ поръ еще покрытъ мракомъ неизвѣстности, и это вполне понятно: малыя опухоли, гдѣ новообразованіе находится въ начальныхъ стадіяхъ развитія, почти никогда не попадаютъ въ руки изслѣдователя; въ большихъ же опухоляхъ, давно выросшихъ изъ материнской почвы, трудно надѣяться найти начальныя стадіи. Поэтому генезъ данныхъ опухолей и не прослѣженъ еще анатомически. *Waldeyer* гениальнымъ образомъ приписываетъ происхожденіе этихъ опухолей, на основаніи ихъ эпителиальнаго характера, разбросаннымъ остаткамъ зародышеваго эпителия. Въ хронически воспаленныхъ яичникахъ встрѣчаются нерѣдко на поверхности борозды, въ которыхъ сохраненъ еще яичниковый эпителий, и которыя снаружи совершенно закрыты ложными перепонками. Различные авторы (*Sinety* и *Malassez*, *Flaischlen*, *Waldeyer*) и я самъ, въ томъ числѣ, неоднократно убѣждались, что эти борозды могутъ расширяться въ небольшія полости. Отсюда недалеко до мысли о томъ, что онѣ представляютъ собою начальную стадію развитія кистомъ, тѣмъ болѣе, что въ нихъ попадаются иногда псаммоматозныя тѣльца (коллоидные шарики), которыя, повидимому, указываютъ, что содержимое этихъ бороздъ совершенно похоже на таковое же кистомъ. Конечно, до тѣхъ поръ, пока не удастся непосредственно доказать развитіе кистомы изъ подобной, отшнурованной полости, этотъ взглядъ, подобно многимъ другимъ, останется не болѣе, какъ гипотезой; однако его не слѣдуетъ, какъ это старались сдѣлать нѣкоторые авторы, забрасывать безъ дальнѣйшаго изслѣдованія.

Развитіе кистомъ изъ Граафовыхъ фолликуловъ до сихъ поръ съ увѣренностью еще не доказано и въ анатомическомъ отношеніи кажется едва-ли возможнымъ.

Недавно *Recklinghausen* высказался въ пользу того взгляда, что кистомы яичника развиваются изъ остатковъ первичныхъ почекъ. Мнѣ думается, что мнѣніе это окажется справедливымъ. Относительно кистомъ съ мерцательнымъ эпителиемъ этотъ взглядъ существовалъ и раньше, такъ какъ ихъ считали развивающимися изъ придатка яичника—*parovarium'a* (а по новой терминологіи—*epoophoron'a*). Трубки придатка яичника простираются иногда глубоко въ *hilus ovarii* (см. стр. 268), а такъ какъ эпителий придатка не всегда и не вездѣ несетъ мерцательныя рѣснички, то отсюда понятно, что не каждая кистома, развивающаяся изъ пароварія, должна обязательно быть выстлана мерцательнымъ эпителиемъ. Въ остаткахъ первичной почки мы имѣемъ гетерогенное, состоящее изъ эпителиальныхъ каналовъ образованіе, изъ котораго, какъ это въ

достаточной мѣрѣ доказано изслѣдованіями *Recklinghausen'a*, дѣйстви-тельно развиваются кистовидныя опухоли.

Развитіе кистомъ изъ остатковъ первичной почки могло бы лучше всего объяснить тотъ фактъ, что ткань яичника исчезаетъ обыкновенно совершенно даже при небольшихъ кистамахъ. Пovoобразованіе, врастающее черезъ *hilus*, распространяется по вѣмъ направленіямъ, вовлекая одно-временно ткань яичника въ заболѣваніе; напротивъ, при опухоли, расту-щей съ какого-нибудь пункта поверхности, этого не бываетъ. Тѣмъ, что я, слѣдуя предложенію *Cornil'a*, совершенно пропустилъ сбивчивое назва-ніе аденомы, и тѣмъ, что я разсматриваю папиллярныя и мерцательныя кистомы не какъ отдѣльныя опухоли, а какъ видоизмѣненія кистомъ,— я не нахожу никакого ущерба теоріи *Recklinghausen'a* о пароваріаль-номъ происхожденіи кистомъ.

с) *Сосочковая опухоль яичника (papilloma ovarii)*. Она пред-ставляетъ собою опухоль, похожую на цвѣтную развивающуюся капусту, обычно изъ обоихъ яичниковъ. Крайне рѣдко бываетъ папиллома одно-сторонней. Яичникъ можетъ находиться отчасти возлѣ опухоли, или онъ всецѣло превращается въ нее.

Каждый сосочекъ состоитъ изъ соединительнотканной основы, содер-жащей сосуды, которая покрыта цилиндрическимъ, большею частью одно-слойнымъ, а иногда и мерцательнымъ эпителиемъ.

Постояннымъ спутникомъ папилломы является свободный асцитъ. Отъ постояннаго соприкосновенія съ жидкостью ворсинки опухоли раз-бухаютъ, дѣлаются рыхлыми и легко раздавливаются при давленіи. Па-пилломы достигаютъ величины куриного или гусиного яйца, рѣдко кулака.

Трудно сказать, слѣдуетъ-ли папиллому отнести съ самаго начала ея развитія къ злокачественнымъ новообразованіямъ, или нѣтъ; извѣстно во всякомъ случаѣ, что опухоли эти могутъ раково перерождаться и что, не будучи своевременно удалены, онѣ могутъ разрастаться въ окружаю-щія ткани въ видѣ рака <sup>1)</sup>.

Относительно развитія папилломъ яичника мы знаемъ лишь очень немного. Нѣкоторые разсматриваютъ ихъ какъ вскрывшіяся папилляр-ныя кистомы, по другимъ авторамъ, онѣ развиваются на поверхности яичника изъ разрощенной яичниковаго эпителия. Въ пользу перваго взгляда говоритъ то, что въ папилломахъ часто находятъ кисты или остатки стѣнки кистомы, которые на своей внутренней поверхности имѣютъ многочисленныя папиллярныя разрощенія.

<sup>1)</sup> Очень вѣроятно, что относительная доброкачественность или злокачествен-ность сосочковыхъ опухолей стоитъ въ связъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, съ анатомическимъ характеромъ сосочковъ. Въ этомъ отношеніи послѣдніе, по изслѣ-дованіямъ *Ширшова*, представляютъ значительную разницу: въ однихъ преоблада-етъ эпителиальная ткань, въ другихъ—соединительная. Опухолямъ перваго рода *Ширшовъ* даетъ названіе *adenoma papillare*, опухолямъ втораго рода—*fibroma papillare*. Весьма вѣроятно, что первыя значительно болѣе злокачественны, чѣмъ вторыя.

д) *Кисты желтаго тѣла*. Что кисты могутъ развиваться изъ желтаго тѣла, — давно уже доказано *Rokitansk'*имъ. Онѣ представляють собою однокамерныя мѣшечкатыя опухоли съ соединительнотканной стѣнкой и съ жидкимъ серознымъ содержимымъ. Внутри онѣ не выстланы эпителиемъ <sup>1)</sup>, каковое обстоятельство является необходимымъ послѣдствіемъ того факта, что фолликулярный эпителий у человѣка перерождается или погибаетъ во время и непосредственно послѣ опорожненія фолликула. Онѣ достигаютъ величины въ голову ребенка или взрослога человѣка и даже болѣе. Въ кистахъ даже такихъ размѣровъ удается еще иногда открыть въ стѣнкѣ, у основанія опухоли, остатки яичниковой ткани съ первичными фолликулами, чему и не слѣдуетъ удивляться, зная, что кисты желтаго тѣла представляють собою не образования, а лишь ретенціонныя кисты, которыя только отѣсняють яичниковую ткань въ сторону. Въ начальныхъ стадіяхъ развитія на меньшихъ кистахъ можно узнать еще въ стѣнкѣ ихъ характерное волнообразное строеніе желтаго тѣла (см. рис. 60). Въ опухоляхъ, просуществовавшихъ болѣе продолжительное время, эта характерная черта исчезаетъ, и только на основаніи другихъ признаковъ имѣ особенностей, каковы: то обстоятельство, что онѣ всегда бывають однополостными, не имѣють эпителия, имѣють жидкое серозное содержимое, и на основаніи открытія яичниковой ткани у основанія опухолей можно заключить о происхожденіи ихъ изъ желтыхъ тѣлъ. Смѣшеніе этихъ опухолей съ однокамерными кистами, развившимися изъ кистомъ, весьма легко возможно. Наличие эпителия на внутренней поверхности стѣнки данной кисты говоритъ въ пользу происхожденія ея изъ кистомы и противъ ея образованія изъ желтаго тѣла. Кисты желтаго тѣла обыкновенно не срастаются съ сосѣдними органами и удерживають свою свободную подвижность, благодаря чему ножка ихъ легко подвергается перекручиванію.

е) *Кисты paroorphora*. Онѣ представляють собою тонкостѣнныя однокамерныя кисты съ жидкимъ, прозрачнымъ серознымъ содержимымъ. Кисты *paroorphora*, несмотря на свое внутрисвязочное положеніе, почти всегда снабжены ножкой, благодаря чему онѣ свободно подвижны. Ножка ихъ широка, но тонка и образована брыжейкой трубы (*mesosalpinx*), resp. широкою связкою матки (*mesometrium*). Великою онѣ рѣдко бывають больше головы ребенка <sup>2)</sup>; въ случаяхъ, которые попадаются для операціи, онѣ обыкновенно бывають величиною въ яблоко, апельсинъ—до головки новорожденнаго. Онѣ одѣты брюшиннымъ покровомъ, что является слѣдствіемъ ихъ внутрисвязочнаго положенія. Если киста

<sup>1)</sup> *Fraenkel*, однако, различаетъ среди кистъ желтаго тѣла и такія, которыя выстланы внутри эпителиемъ. Кисты эти всегда представляють собою образования ограниченнаго размѣровъ, лишеныя наклоности къ прогрессивному росту и обнаруживающія, напротивъ, тенденцію къ превращенію въ *сигрома fibrosa*, подобно обыкновеннымъ желтымъ тѣламъ. В. Г.

<sup>2)</sup> Попадаются, однако, и пароваріальныя кисты болѣе значительныхъ размѣровъ. Такъ, *Jeanbrau* описалъ недавно пароваріальную однополостную кисту, которая содержала 23 литра жидкости. В. Г.

развивается из остатковъ первичной почки, которые находятся по преимуществу въ брыжейкѣ яичника (*mesovarium*), то брюшинный покровъ опухоли и бываетъ образованъ ею, въ противномъ же случаѣ—брыжейкой трубы. Въ послѣднемъ случаѣ гипертрофированная, растянутая труба можетъ образовать часть покрова и лежать на верхней поверхности опухоли. Вахромки могутъ быть совершенно распластаны и иногда даже отчасти атрофированы.

Наличность брюшиннаго покрова въ пароваріальныхъ кистахъ предохраняетъ отъ смѣшенія ихъ съ опухолями яичника, такъ какъ послѣдній не имѣетъ брюшиннаго покрова, а потому и опухоль, снабженная таковымъ, ни въ коемъ случаѣ не можетъ происходить изъ яичника, а лишь изъ такого образованія, которое нормально покрыто брюшиной.

И даже считаю совершенно невозможнымъ, чтобы опухоль яичника могла врости между листками широкой маточной связки, ибо брюшина у основанія яичника (по *Farre-Waldeyer*'овской линіи) бываетъ сросшена съ нимъ очень прочно и тѣсно. Опухоль встрѣтила бы здѣсь непреодолимое препятствіе; въ сторону же брюшной полости она можетъ, напротивъ, развиваться безпрепятственно<sup>1)</sup>.

Частичное отсутствіе брюшиннаго покрова на кистѣ не говорятъ еще противъ внутрисвязочнаго ея развитія. У верхушки кисты большаго объема брюшина подвержена сильному растяженію, ведущему нерѣдко къ атрофій и къ столь тѣсному сросненію ея со стѣнкой кисты, что въ этомъ мѣстѣ нельзя отдѣлить брюшины.

Стѣнка пароваріальныхъ кистъ обыкновенно имѣетъ толщину лишь въ нѣсколько миллиметровъ и состоитъ изъ довольно плотной соединительной ткани.

На меньшихъ кистахъ можно открыть подъ брюшиной и въ стѣнкѣ ихъ пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, что является вполнѣ понятнымъ, такъ какъ остатки первичныхъ почекъ бываютъ окружены гладкими мышечными волокнами, — нормальною составною частью широкой связки,—и такъ какъ сами стѣнки нѣкоторыхъ пароваріальныхъ трубокъ содержатъ гладкія мышечныя волокна.

Пароваріальныя кисты бываютъ выстланы внутри однослойнымъ низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, собраннымъ въ изящную мозаику, который можно соскабливать пластами, съ внутренней поверхности стѣнки.

На внутренней поверхности пароваріальныхъ кистъ встрѣчаются иногда папиллярныя разрошенія. Раковое перерожденіе этихъ кистъ теоретически, конечно, возможно, но до сихъ поръ съ увѣренностью не доказано.

Внутрисвязочныя кисты срастаются съ окружающими органами только

<sup>1)</sup> Мнѣніе *Nagel*'я о томъ, что опухоль, развившаяся изъ яичника, не можетъ лежать интралигаментарно,—нельзя не признать крайностью. Не слѣдуетъ забывать уже одного того, что самый яичникъ, какъ это доказалъ *Freund*, нерѣдко лежитъ межсвязочно; слѣдовательно, межсвязочно должны располагаться и развившіяся изъ такого яичника опухоли.

въ томъ случаѣ, если по извѣстнымъ причинамъ будутъ осложнены тазовымъ перитонитомъ. Въ подобныхъ случаяхъ ихъ срощенія бывають настолько обширными, что опухоль представляетъ тѣ же отношенія, какъ и тазовый эксудатъ.

г) *Дермоиды яичника*. Дермоидныя опухоли состоятъ изъ соединительнотканнаго мѣшка, который содержитъ въ себѣ жидкій, на холоду застывающій жиръ, волоса, хрящи, кости, подчасъ и зубы, рѣдко лишь ногти, иногда—и тканевыя массы, которыя представляютъ нѣкоторое сходство съ мозгомъ, глазами, нервами. Внутренній слой оболочки мѣшка имѣеть, но большею частью только мѣстами, такое же строеніе, какъ кожа, бываетъ покрытъ волосами и содержитъ сальные и потовыя железы. Дермоиды могутъ достигать величины головы взрослога человѣка <sup>1)</sup>, но въ большинствѣ случаевъ, гдѣ они удаляются, величина ихъ не превышаетъ величины яблока или апельсина. Часто они сростаются съ другими органами, иногда даже съ очень отдаленными, къ которымъ они смѣщаются въ послѣдородовомъ періодѣ. Пижка подобнаго смѣщеннаго и приростаго дермоида, подъ вліяніемъ обратнаго развитія полового прибора, вытягивается до такой степени, что она начинаетъ атрофироваться и въ концѣ концовъ перерывается <sup>2)</sup>.

Внезапный насильственный разрывъ ножки едва-ли встрѣчается; во всякомъ случаѣ при этомъ появилось бы внутреннее кровотеченіе, благодаря которому разрывъ ножки не могъ бы пройти незамѣтно. Послѣ разрыва ножки питаніе опухоли происходитъ черезъ срощенія и при этомъ бываетъ достаточно обильнымъ, такъ что разрывъ не ведетъ къ омертвѣнію опухоли.

Иногда дермоидъ помѣщается въ стѣнкѣ кистомы. На внутренней поверхности стѣнки дермоида можетъ развиваться ракъ или саркома.

Какъ дермоиды развиваются и изъ какой материнской почвы они вырастають,—намъ совершенно неизвѣстно. *Waldeyer* главную роль въ ихъ возникновеніи приписываетъ отшнурованнымъ клѣткамъ зачаточнаго эпителия. Старый взглядъ, будто дермоиды развиваются изъ погибшихъ плодовъ, расширенъ въ новѣйшее время нѣкоторыми авторами, утверждающими, будто зародыши эти развиваются партеногенетическимъ путемъ. Взглядъ этотъ представляетъ, однако, собою гипотезу, не имѣющую подъ собою никакой почвы <sup>3)</sup>.

г) *Фибромы яичника*. Новообразованія эти встрѣчаются рѣдко и являются въ видѣ свободно подвижныхъ, бугристыхъ опухолей, сидящихъ на ножкѣ плотной консистенціи.

---

<sup>1)</sup> *H. Croom* демонстрировалъ недавно въ Эдинбургскомъ Акушерскомъ Обществѣ удаленный имъ дермоидъ въ 91 фунтъ вѣсомъ. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Отдѣленіе яичниковыхъ дермоидовъ можетъ происходить и путемъ сначала перекручиванія, а затѣмъ и полнаго откручиванія ихъ ножки. *В. Г.*

<sup>3)</sup> Овулогенное происхожденіе дермоидовъ, если и не путемъ партеногенетическаго развитія яицъ, защищается, однако, большинствомъ авторовъ, работавшихъ въ послѣднее время по этому вопросу. *В. Г.*

Обыкновенно фибромы растутъ очень медленно и діагноцируются очень рано, благодаря тѣмъ болѣзненнымъ припадкамъ, которые онѣ вызываютъ, находясь еще въ маломъ тазу. Поэтому онѣ достигаютъ большую частью лишь небольшой величины.

Но онѣ могутъ достигать и значительныхъ размѣровъ,—размѣровъ, напр., головы взрослого мужчины и больше,—и развиваться одновременно въ обоихъ яичникахъ.

Прекрасный примѣръ такого рода былъ демонстрированъ однажды *A. Martin*’омъ въ Берлинскомъ Акушерскомъ Обществѣ: каждая изъ обѣихъ цилиндрическихъ фибромъ была здѣсь величиною въ головку новорожденнаго; пользовавшіе болную врачи принимали ихъ, въ теченіе нѣкотораго времени, за двойни.

Нерѣдко при фибромахъ яичника, какъ и при другихъ плотныхъ опухоляхъ внутреннихъ половыхъ органовъ вообще, встрѣчается серозный трансудатъ въ брюшной полости—свободный асцитъ, благодаря которому сходство ихъ съ частями плода дѣлается еще больше.

Гистологически фибромы яичника состоятъ изъ крѣпкой, плотной соединительной ткани; встрѣчаются-ли въ нихъ мѣстами гладкія мышечныя волокна,—это подлежитъ еще сомнѣнію. Какъ фибромы матки, такъ и аналогичныя опухоли яичника могутъ подвергаться внутри размягченію, съ образованіемъ полостей. Описано тоже саркоматозное и миксоматозное перерожденіе этихъ опухолей. Развиваются фибромы изъ основной ткани яичника и вначалѣ имѣютъ свойственные этому органу очертанія. Два раза мнѣ привелось видѣть на поверхности хронически воспаленныхъ яичниковъ, которые были удалены по другимъ причинамъ, бородавчатя, очень плотныя разрощенія, которыя состояли изъ фиброматозной ткани; подобныя наблюденія описываются и другими авторами. Возможно, что разрощенія эти представляютъ собою начальную стадію фибромы.

h) *Саркомы яичника*. Новообразованія эти встрѣчаются почти исключительно у дѣтей и молодыхъ субъектовъ. Самая молодая больная, у которой наблюдалась саркома, имѣла 6 лѣтъ отъ роду.

Саркомы являются въ видѣ кругловатыхъ, быстро растущихъ, плотныхъ, однако иногда и кистовидныхъ опухолей, сидящихъ на ножкѣ, довольно ломкой консистенціи.

Онѣ состоятъ гистологически изъ извѣстныхъ многогранныхъ, кругловатыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ, богатыхъ протоплазмой, которыя соединительнотканными прослойками, образующими основу опухоли, раздѣляются на гнѣзда различной величины. Вообще анатомическое строеніе саркомъ очень похоже на таковое же раковъ. Саркомы яичника удерживаютъ нѣкоторое время ограниченную форму; развиваются онѣ то въ одномъ, то одновременно въ обоихъ яичникахъ, и переходятъ относительно поздно на сосѣднія ткани, по лимфатическимъ же путямъ онѣ распространяются, напротивъ, очень скоро, давая метастазы въ брюшныхъ и тазовыхъ органахъ, или въ мозгу. Въ виду этого саркомы являются са-

мыми опасными изъ всѣхъ опухолей яичника и требуютъ ранняго распознаванія и удаленія.

Материнскую почву для саркомъ нужно искать въ самомъ яичникѣ. Если споръ о томъ, принадлежитъ-ли саркома къ эпителиальнымъ или соединительнотканнымъ опухолямъ, будетъ разрѣшенъ въ пользу перваго взгляда, то происхожденіе саркомъ, какъ и всѣхъ другихъ эпителиальныхъ опухолей яичника (кистома, ракъ), нужно будетъ искать въ остаткахъ первичныхъ почекъ <sup>1)</sup>.

*Симптоматологія опухолей яичника.* Явленія, вызываемыя опухолями яичника и его придатка, зависятъ главнымъ образомъ отъ ограниченія пространства и давленія на сосѣдніе органы, которое онѣ производятъ. Отсюда припадки при опухоляхъ яичника появляются въ двухъ различныхъ стадіяхъ ихъ развитія, — вначалѣ, пока опухоль лежитъ еще въ маломъ тазу, и послѣ—уже тогда, когда она занимаетъ большую часть полости живота; между обоими этими періодами развитія опухоли существуетъ промежутокъ времени, когда опухоль или совершенно не вызываетъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, или они лишь незначительны.

Пока опухоль лежитъ еще въ тазу, она причиняетъ разстройства неопредѣленнаго характера, напр. давленіе на низъ и боли въ крестцѣ; при внутрисвязочномъ ея положеніи, если, кромѣ того, она достигаетъ такой величины, что можетъ быть вкочленной въ тазу, — развиваются еще затрудненія мочеиспусканія и дефекаціи, а также обостреніе болей подъ вліяніемъ давленія на нѣкоторые нервные стволы; при этомъ появляются и боли, отдающія въ ноги. Въ рѣдкихъ случаяхъ ущемленія опухоли въ Дугласовомъ карманѣ уретра сдавливается совершенно, такъ что дѣло доходитъ, какъ и при *retroflexio uteri gravidi incarcerata*, до задержанія мочи съ послѣдующимъ воспаленіемъ мочевого пузыря.

Какъ только опухоль выйдетъ изъ малаго таза, описанныя явленія проходятъ, больная чувствуетъ себя нѣкоторое время вполне хорошо и считаетъ уже себя выздоровѣвшей до тѣхъ поръ, пока увеличеніе живота снова не обратитъ ея вниманія. Рука объ руку съ увеличеніемъ живота идетъ исхуданіе всего тѣла; больныя истощаются все больше и больше,

<sup>1)</sup> Изучалъ, въ свое время, вопросъ о саркомахъ яичника, я собралъ данныя о 217 случаяхъ этихъ опухолей, причемъ подвергъ цѣлый рядъ ихъ обстоятельно микроскопическому изслѣдованію. Я пришелъ при этомъ къ заключенію, что большинство яичниковыхъ саркомъ имѣютъ эндотелиальное происхожденіе, т. е. развиваются изъ эндотелія или перителія кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ яичника. Чаще всего опухоли эти возникаютъ у женщинъ въ возрастѣ отъ 21 до 30 и отъ 41 до 50 лѣтъ, причемъ круглоклеточковыя саркомы свойственны женщинамъ болѣе молодого возраста, чѣмъ веретенообразноклеточковыя. Въ общемъ саркомы составляютъ около 2% всѣхъ, развивающихся въ яичникѣ, новообразованій. Двухстороннимъ саркоматозное пораженіе яичниковъ является почти въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ. По клиническому теченію, въ отношеніи прогностики и леченія среди саркомъ яичника круглоклеточковыя формы должны быть строго отличаемы отъ веретенообразноклеточковыхъ: насколько первыя отличаются быстрымъ ростомъ, способностью давать метастазы и вообще злокачественностью, настолько же вторымъ свойственъ относительно доброкачественный характеръ. Первыя въ указанныхъ отношеніяхъ приближаются къ ракамъ, вторыя же—къ фибромамъ. В. Г.

и въ концѣ концовъ появляется такъ хорошо извѣстное старымъ врачамъ *facies ovarica*. Въ этомъ періодѣ брюшные покровы представляются сильно растянутыми, напряженными; на нихъ вездѣ просвѣчиваютъ большія вены.

Объемистая опухоль давить на *vena cava inferior*, вслѣдствіе чего на ногахъ появляются отеки; далѣе она препятствуетъ движенію діафрагмы внизъ, вызывая этимъ одышку и синюху, смѣщаетъ желудокъ и кишки и давить на печень, поджелудочную железу и почки, вслѣдствіе чего дѣятельность этихъ органовъ нарушается въ значительной степени, а маразмъ развивается быстрее <sup>1)</sup>. Давленіе на мочеточники вызываетъ, по *Rozgi*, хроническую урэмію, которая въ свою очередь содѣйствуетъ развитію одышки. Асцитъ появляется нерѣдко уже при фибромахъ и простыхъ кистахъ; но болѣе значительной степени онъ достигаетъ только при злокачественныхъ новообразованіяхъ и сосочковыхъ опухоляхъ яичниковъ <sup>2)</sup>.

Разстройство менструаціи при опухоляхъ яичника можетъ вовсе не быть; иногда же у больныхъ появляются неправильныя кровотеченія изъ матки, регулы дѣлаются или чрезмѣрно обильными, или очень скудными; но эти явленія не выступаютъ здѣсь такъ рѣзко, какъ при воспалительныхъ состояніяхъ въ маломъ тазу <sup>3)</sup>. Если оба яичника поражены новообразованіемъ, то, въ концѣ концовъ, послѣ полного разрушенія яичниковой ткани, появляется аменоррея. Вслѣдствіе другихъ причинъ аменоррея наступаетъ крайне рѣдко; способность больныхъ къ зачатію также не нарушается, какъ то доказываютъ случаи беременности при опухоляхъ яичника.

Злокачественныя новообразованія въ началѣ своего развитія вызываютъ совершенно такія же явленія, какъ и доброкачественныя. Ракъ довольно скоро переходитъ на брюшину и тазовую клѣтчатку, вызываетъ, кромѣ сильнаго асцита, еще жестокія иррадирующія боли, ведетъ къ развитію извѣстнаго кахектическаго вида больныхъ и, наконецъ, вслѣдствіе сдавленія мочеточниковъ, обуславливаетъ урэмію (*Gusserow*), отъ которой больныя и погибаютъ <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> По *Voswinkel*'ю, новообразованія яичниковъ обыкновенно ведутъ къ значительнымъ измѣненіямъ кривцъ, именно форменныхъ ея элементовъ.

*В. Г.*

<sup>2)</sup> Замѣчательно, что, кромѣ асцита, опухоли яичниковъ, особенно злокачественныя, нерѣдко сопровождаются и выпотами въ плевру. Явленіе это, по *Resinelli*, объясняется или метастазами въ плевру, или реакціей послѣдней на раздраженіе брюшины.

*В. Г.*

<sup>3)</sup> По наблюденіямъ *Lewers*'а, почти въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ пораженія яичниковъ новообразованіями, менструація остается безъ перемѣнъ, въ большинствѣ случаевъ опухоли ведутъ къ уменьшенію кровей и лишь въ относительно рѣдкихъ случаяхъ обуславливаютъ меноррагіи. Особенно часто ведутъ къ аменорреѣ злокачественныя опухоли яичниковъ, причемъ, какъ я нашелъ это относительно саркомъ яичника, менструація здѣсь прекращается зачастую и тогда, когда одинъ яичникъ остается свободнымъ отъ новообразованія. Очевидно, стало быть, причина аменорреи при саркомахъ и др. злокачественныхъ опухоляхъ лежитъ не въ разрушеніи яичниковой ткани, а въ какихъ-либо другихъ моментахъ, — быть можетъ, въ отравляющемъ дѣйствіи на организмъ веществъ, вырабатываемыхъ злокачественными опухолями.

*В. Г.*

<sup>4)</sup> Сказанное о ракъ относится и къ саркомамъ круглоклѣтчатковаго типа.

*В. Г.*



*Распознаваніе опухолей яичниковъ.* Предположеніе, что опухоль исходитъ изъ яичника или его придатка, основывается на томъ, что ее, при изслѣдованіи, удастся совершенно отграничить отъ матки и отъ тазовой стѣнки, причѣмъ оказывается, что она находится въ соединеніи при помощи ножки или съ маткой (*lig. ovarii proprium*), или съ тазовымъ дномъ (*lig. latum*). Пожку опухоли, однако, не всегда можно легко ощупать; изслѣдованіе черезъ прямую кишку, при одновременномъ низведеніи влагалищной части посредствомъ пулевыхъ щипцовъ, облегчаетъ ея нахожденіе. Обыкновенно ясиѣ всего удастся прощупать *lig. ovarii proprium*.

Небольшія яичниковыя опухоли можно передвигать во все стороны, а также выводить изъ таза. Опухоль, лежащая еще въ тазу, смѣщаютъ матку впередъ, въ сторону или назадъ, смотря по мѣсту, гдѣ опухоль лежитъ. Какихъ либо правилъ относительно положенія опухолей въ зависимости отъ ихъ характера не существуетъ, поэтому по положенію опухоли мы не должны дѣлать выводовъ относительно ея характера. Только дермоиды представляютъ иногда въ этомъ отношеніи исключеніе, ибо эти опухоли, какъ впервые подмѣтилъ *Küstner*, имѣютъ склонность лежать впереди матки и мало по малу опять возвращаться сюда, если ихъ вывести изъ этого положенія. *Мандельштамъ* объясняетъ это явленіе низкимъ удѣльнымъ вѣсомъ дермоидовъ, который заставляетъ свободно подвижную опухоль занимать наиболѣе высоко расположенное мѣсто <sup>1)</sup>.

Впрочемъ, положеніе опухоли зависитъ главнымъ образомъ отъ анатомическихъ условій въ тазу; затѣмъ, на него оказываютъ значительное вліяніе такія случайности, какъ наполненіе мочевого пузыря и кишекъ, беременность, временное необычное или внезапное измѣненіе положенія тѣла и т. п. Стоитъ только взглянуть на положеніе тазовыхъ органовъ (см. рис. 6), чтобы убѣдиться, что Дугласовъ карманъ представляетъ собой самое естественное мѣсто для опухоли, исходящей изъ яичника или придатка его. Яичникъ лежитъ нормально въ заднемъ квадрантѣ таза; какъ только онъ станетъ увеличиваться въ вѣсъ, онъ начинаетъ спускаться внизъ, вдоль по задней пластинкѣ широкой связки, въ Дугласовъ карманъ, — конечно, если онъ передъ тѣмъ не былъ прикрѣпленъ сращениями на какомъ-нибудь ненормальномъ мѣстѣ. Вслѣдствіе этого мы находимъ опухоль, пока мѣстѣ она еще лежитъ въ маломъ тазу, обыкновенно слѣва или справа позади матки, отчего она и достигается лучше всего со стороны задняго свода влагалища. Опухоль съ очень растяжимой ножкой могутъ прямо лежать позади матки. Последняя оттѣсняется при этомъ опухолью впередъ и, смотря по обстоятельствамъ, немного вправо или влѣво. Растущая опухоль можетъ иногда быть вклученной въ вогнутость

<sup>1)</sup> Подтверждая мнѣніе *Мандельштама*, *Pestalozza* указываетъ, что удѣльный вѣсъ дермоидовъ, какъ ему пришлось убѣдиться, можетъ доходить до 1,004. При наличности асцита, отсутствіи сращеній и значительной длинѣ ножки опухоль съ такимъ удѣльнымъ вѣсомъ, разумѣется, не можетъ оставаться на днѣ таза, а должна подняться вверхъ. *В. Г.*

крестца и производить такое впечатлѣніе, какъ будто она прирошена въ Дугласовомъ карманѣ.

Вколочиваніе яичниковыхъ опухолей въ передней половинѣ таза наблюдается лишь очень рѣдко. Недавно у насъ въ клиникѣ находилась больная съ неподвижною опухолью, величиною въ апельсинъ, которая лежала позади лоннаго соединенія; portio находилась далеко сзади, въ вогнутости крестца; опухоль не удавалось отграничить отъ матки; притомъ консистенція ея была настолько плотна, что ее сочли за фиброму. Больная, въ виду жестокихъ болѣзненныхъ явленій, была прислана *Gusserow*'у для операціи. Послѣ вскрытія брюшной полости оказалось, что опухоль представляетъ собою подвижную опухоль яичника на ножкѣ, вколотившуюся между маткой и передней стѣнкой таза; по натурѣ она оказалась не дермоидомъ, какъ этого можно было бы ожидать, судя по ея положенію, а простою однополостною кистою.

Большія яичниковыя опухоли располагаются обыкновенно посрединѣ живота и у входа въ тазъ. Нижній отрѣзокъ ихъ вдается въ тазъ, отдавливая матку вправо или влѣво,—смотря по тому, изъ какой стороны опухоль исходитъ,—и немного кзади. Верхнюю выпуклость опухоли удастся почти всегда ощупать, а при неслишкомъ большихъ опухоляхъ и боковыя границы. Въ животѣ опухоль лежитъ подъ самыми брюшными покровами и даетъ при перкуссіи посрединѣ живота притупленный звукъ, по обѣ же стороны и вверху отъ опухоли получается кишечный перкуссіонный звукъ. Если въ области опухоли на ограниченномъ мѣстѣ перкуссія даетъ тимпаническій звукъ,—это указываетъ, что тутъ съ опухолью срослена кишечная петля.

Консистенція простыхъ кистъ упруго-эластична, фибромъ — плотна, кистомъ — частью плотна, частью упруго-эластична. Поверхность опухоли, если послѣдняя представляетъ собою простую кисту, равномерно гладка, у плотныхъ же опухолей, а также у кистомъ она на-ощупь обыкновенно бугриста. У дермоидовъ прощупывается одно или нѣсколько твердыхъ, какъ кость, мѣстъ <sup>1)</sup>.

Флюктуацію удастся опредѣлить только при опухоляхъ большихъ размѣровъ, именно при однополостныхъ кистахъ, а также при кистомахъ съ довольно большими полостями.

Двусторонность опухоли говоритъ больше всего въ пользу рака; не слѣдуетъ, однако, забывать, что и доброкачественныя опухоли также могутъ одновременно развиваться въ обоихъ яичникахъ.

Асцитъ въ большемъ количествѣ говоритъ за ракъ <sup>2)</sup>. Совершенная неподвижность опухоли, выходящей изъ таза, подтверждаетъ этотъ діагнозъ.

Асцитъ, при которомъ нельзя прощупать опухоли, или можно опре-

<sup>1)</sup> Сосочковыя опухоли, при ощупываніи, иногда даютъ своеобразный хрустъ, зависящій отъ раздавливанія отдѣльныхъ долекъ опухоли.

<sup>2)</sup> Также — за саркому.

дѣлать лишь неясную плотность слѣва или справа возлѣ матки, говорить въ пользу папилломы, разумѣется, если при этомъ можно исключить всякое заболѣваніе другихъ органовъ, особенно печени, которое ведетъ къ развитію асцита.

Асцитъ безъ ясныхъ причинъ можетъ быть вызванъ узелковымъ перитонитомъ (*peritonitis nodosa*).

*Дифференціальнѣй діагнозъ.* Небольшую яичниковую опухоль, лежащую еще въ маломъ тазу, можно, прежде всего, смѣшать съ экссудатомъ или воспаленными придатками, особенно если она срослена съ дномъ Дугласова кармана.

Опухоли яичника, за исключеніемъ дермоидовъ, лишь крайне рѣдко образуютъ обширныя сращения. Отсутствие тазоваго перитонита, даже по анализу, говоритъ, несмотря на ограниченную подвижность опухоли, въ пользу новообразованія. Замѣтные еще слѣды тазоваго перитонита, а тѣмъ болѣе наличность двухсторонняго заболѣванія придатковъ — говорить, напротивъ, въ пользу воспалительнаго процесса <sup>1)</sup>.

Подсерозныя міомы могутъ быть такъ же подвижны, какъ и опухоли яичника, но встрѣчаются значительно рѣже послѣднихъ. Смѣшеніе обоихъ видовъ опухолей не имѣетъ, впрочемъ, практическаго значенія, ибо удаленіе опухоли въ обоихъ случаяхъ даетъ одинаково хорошее предсказаніе, да и производство операціи въ обоихъ случаяхъ одинаково <sup>2)</sup>.

Двухсторонняя раковая опухоль яичника можетъ такъ плотно прилежать къ маткѣ, что объективныя данныя при ней будутъ совершенно таковы же, какъ и при фибромѣ матки. Быстрый ростъ и отсутствіе маточныхъ кровотеченій въ подобномъ случаѣ будутъ говорить въ пользу опухоли яичника.

Яичниковыя опухоли болѣе значительной величины могутъ быть приняты за беременную матку, особенно, если развитіе опухоли будетъ сопровождаться аменорреей и продолжительность послѣдней будетъ приблизительно соответствовать сроку беременности.

Твердыя части опухоли могутъ быть тогда приняты за части плода, или вся опухоль за плодъ. При одновременной наличности асцита можно вызвать даже баллотированіе мнимыхъ частей плода.

Иногда при этомъ выслушиваются и звуки сердца плода, такъ какъ изслѣдователь убѣжденъ, что они должны существовать, а движенія ки-

<sup>1)</sup> По мнѣнію *Doran'a*, зачастую, несмотря на самое тщательное изслѣдованіе, врачъ не въ состояніи рѣшить, имѣетъ-ли дѣло съ воспаленіемъ, или съ новообразованіемъ яичника. Единственнымъ средствомъ поставить вѣрный діагнозъ авторъ считаетъ въ подобныхъ случаяхъ клиническое наблюденіе: если, при полномъ покоѣ больной, болѣзненность въ пораженныхъ яичникахъ уменьшается, а объемъ ихъ не только не становится меньше, а, напротивъ, увеличивается, то врачъ можетъ не сомнѣваться, что имѣетъ дѣло съ новообразованіемъ. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Хорошимъ вспомогательнымъ средствомъ для отличительнаго распознаванія фиброміомъ матки отъ опухолей яичника является измѣреніе длины полости матки; см. объ этомъ мое примѣчаніе на стр. 105. *В. Г.*

яичника принимаются за движения плода, или же на это вообще не обращают вниманія.

Несмотря на все это, можно всегда избѣгать смѣшенія опухоли яичника съ беременностью, если только изслѣдованіе будетъ произведено съ надлежащею тщательностью. Ошибки встрѣчаются, однако, постоянно, давая поводъ къ непріятнымъ неожиданностямъ, но рѣдко причиняя собою вредъ, ибо ненаступление родовъ всегда наводитъ на вѣрный путь; лишь операція отстранивается при этомъ на нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ.

Въ нашу клинику однажды была передана для наблюденія больная съ большою опухолью яичника. Пациентка и ея близкіе недоумѣвали, почему долго не наступаютъ роды, хотя акушерка объявила, что нужно ожидать двойней. Мое мнѣніе, что здѣсь дѣло въ опухоли, было принято съ недоувѣріемъ. Даже и послѣ удаленія опухоли путемъ чревосѣченія больная продолжала сомнѣваться въ правильности моего діагноза, потому что акушерка сказала ей, что у нея все-таки были мертвые двойни, которыхъ удалили путемъ кесареваго сѣченія. Гораздо хуже, если ошибка произойдетъ въ противоположномъ смыслѣ, т. е. если беременная матка будетъ принята за яичниковую опухоль<sup>1)</sup>. Истинное положеніе дѣла неоднократно открывалось въ подобныхъ случаяхъ лишь послѣ вскрытія брюшной полости, даже послѣ разрѣза мнимой опухоли, и двѣ человѣческихъ жизни погибали, благодаря поверхностному изслѣдованію.

Недавно въ Парижѣ былъ опубликованъ случай, гдѣ яичниковая киста была подвергнута ежедневной электризаціи до тѣхъ поръ, пока въ одинъ прекрасный день она внезапно не исчезла; кричащая и очень оживленно двигавшаяся „киста“ была затѣмъ осторожно уложена въ постельку!

Смѣшеніе яичниковой опухоли съ беременностью происходитъ особенно тогда легко, когда *Negar*овскій признакъ беременности рѣзко выраженъ при одновременномъ существованіи надвлагалищной гипертрофіи шейки (см. выше). При значительномъ разрыхленіи и истонченіи шейки въ области внутренняго зѣва можетъ и фиброма матки быть принята за опухоль яичника.

При наличности опухоли яичника одновременно съ беременностью,

1) Замѣчательный случай этого рода былъ недавно описанъ *Franz*емъ. Больная, 18 лѣтъ, была принята въ клинику съ диагнозомъ беременности, осложненной ущемившейся въ тазу дермоидной кистой. Послѣ безплодныхъ попытокъ вправить предполагаемую опухоль, послѣдняя была проколота, чрезъ задній сводъ, троакаромъ, причѣмъ получено немного мозговидной массы, принятой за салное содержимое дермоида. Произведенное затѣмъ чревосѣченіе дало слѣдующую картину: переднюю часть брюшной полости занималъ сильно наполненный пузырь, поднимавшійся до пупка; за нимъ лежала ущемившаяся матка, содержавшійся въ которой плодъ былъ перегнутъ пополамъ; нижняя часть лежала въ расширенной шейкѣ, верхняя, съ головкой,—въ полости ретрофлексированнаго тѣла матки; троакаръ, проколовъ дно матки, вошелъ въ головку, причѣмъ выдѣлывавшаяся чрезъ него часть мозга и была принята за салное содержимое дермоида. Выяснивъ себѣ, въ чемъ дѣло, операторъ вправилъ матку, опорожилъ ее и зашилъ отверстія какъ въ маточной стѣнкѣ, такъ и въ заднемъ сводѣ. Къ счастью, случай кончился выздоровленіемъ больной.

первая можетъ быть просмотрѣна, если она небольшого размѣра, а беременность уже зашла далеко. Наоборотъ, при существованіи большой опухоли яичника беременность въ первыхъ мѣсяцахъ можетъ быть не распознана и замѣчена лишь послѣ вскрытія брюшной полости. Если беременная матка и опухоль приблизительно одинаковой величины, то діагнозъ ставится легче. Вообще при наличности двухъ опухолей, которыя можно ясно отграничить другъ отъ друга, слѣдуетъ всегда подумать о томъ, что одна изъ опухолей можетъ быть беременной маткой. При помощи извѣстныхъ вѣрныхъ признаковъ беременности врачъ при этомъ всегда можетъ попасть на вѣрный слѣдъ.

Если небольшая яичниковая опухоль будетъ вколочена въ тазу подъ беременной маткой, то она можетъ быть принята, особенно во время родовъ, за низко стоящую головку, покрытую истонченнымъ нижнимъ сегментомъ матки. Ошибка тѣмъ болѣе возможна, что, находясь подъ очень сильнымъ давленіемъ, опухоль, даже если она и представляетъ собою простую кисту, оказывается обычно твердою на-ощупь. Истинное положеніе вещей открывается, когда будетъ замѣчено, что, въ области выпуклости нельзя найти маточнаго зѣва,— что выпуклость покрыта влагалищной стѣнкой и что *portio vaginalis* находится высоко вверху возлѣ опухоли, притомъ обыкновенно непосредственно позади передней стѣнки таза. Кромѣ того, посредствомъ наружнаго изслѣдованія удастся прощупать головку, подвижную надъ входомъ въ тазъ.

Данныя объективнаго изслѣдованія могутъ, при подобныхъ условіяхъ, представлять также сходство съ картиною внутрисвязочной фибромы шейки или костной опухоли. Оба эти рода опухолей встрѣчаются, однако, въ сравненіи съ опухолями яичника крайне рѣдко.

*Перекручиваніе ножки яичниковыхъ опухолей.* При полномъ перекручиваніи ножки, происшедшемъ внезапно, развиваются очень грозныя припадки. Больная вдругъ начинаетъ жаловаться на жестокія боли въ животѣ, которыя по временамъ проходятъ съ тѣмъ, чтобы скоро опять вернуться въ еще болѣе сильной степени; животъ вздувается, становится крайне болѣзненъ, появляется рвота, больная начинаетъ лихорадить, пульсъ дѣлается частымъ и малымъ, быстро развивается упадокъ силъ,— словомъ, получается картина, напоминающая ущемленіе грыжи. Вслѣдствіе застоя и кровотеченія въ полость опухоли, послѣдняя увеличивается въ объемъ, дѣлается твердой и очень болѣзненной; границы ея опредѣляются неясно; иногда кпста даже разрывается вслѣдствіе кровотеченія внутрь ея, и содержимое ея изливается въ брюшную полость, какъ это наблюдалъ однажды *Griffith*. Если при этомъ не будетъ подана скорая помощь, то опухоль омертвѣваетъ, и больная погибаетъ отъ разлитого, гнойнаго перитонита.

Если перекручиваніе ножки было неполнымъ, такъ что кровообращеніе въ опухоли прекращается несовсѣмъ, то припадки бываютъ не столь рѣзко выражены, какъ при полномъ перекручиваніи, и могутъ пройти,

причемъ не будетъ даже узано, отъ чего они зависѣли <sup>1)</sup>. Въ другихъ рѣдкихъ случаяхъ перекрученная ножка атрофируется и въ концѣ концовъ совсѣмъ откручивается, такъ что дальнѣйшее питаніе опухоли происходитъ черезъ сращения.

*Пагноеніе яичниковыхъ опухолей.* Если возбудители воспаления проникнуть въ опухоль, то она переходитъ въ нагноеніе и склеивается вскорѣ съ окружающими частями вслѣдствіе появляющагося перитонита <sup>2)</sup>.

Разъ это наступило, — опухоль даетъ совершенно такія же объективныя и клиническія явленія, какъ и *pyosalpinx* или эксудатъ. Гной можетъ вскрыться въ матку, кишку, мочевой пузырь или влагалище.

*Разрывъ яичниковыхъ опухолей.* Тонкостѣнные кисты и другія мягкія опухоли (саркома) могутъ лопнуть подъ вліяніемъ какого-нибудь сильнаго давленія, напр. при изслѣдованіи <sup>3)</sup>. Въ первомъ случаѣ содержимое, попавшее въ брюшную полость, всасывается и выводится наружу мочевыми путями. Даже и въ томъ случаѣ, если киста будетъ совсѣмъ опорожнена, она обыкновенно наполняется опять снова, но иногда исчезаетъ навсегда.

Если опухоль была саркомой, то можетъ появиться довольно значительное кровотеченіе, причемъ массы, попавшія въ брюшную полость, могутъ разнести злокачественное новообразованіе по всей брюшинѣ <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> По изслѣдованіямъ *Прохорова* и др. авторовъ, даже и неполное перекручиваніе ножки кистомъ яичника ведетъ къ рѣзкимъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ въ этихъ опухоляхъ, каковы: кровоизліянія въ стѣнку кистомъ и въ ихъ полость, частичный некрозъ стѣнки, дегенеративные процессы (гліалиновое перерожденіе) въ тканяхъ стѣнки и въ сосудахъ ея, слущиваніе эпителия какъ съ внутренней, такъ и съ наружной поверхности кистомъ, послѣдствіемъ какого-нибудь слущиванія является сращеніе опухолей съ окружающими органами, и т. п. *В. I.*

<sup>2)</sup> Чаще всего нагноеніе яичниковыхъ опухолей, особенно мѣшечатыхъ, наблюдается въ послѣродовомъ періодѣ, вслѣдствіе попаданія гноеродныхъ микробовъ въ опухоли изъ полости матки. Иногда, однако, кисты и кистомы яичниковъ инфицируются и нагнаиваются и вслѣдствіе прониканія въ ихъ полость другихъ микробовъ, напр. брюшнотифозныхъ палочекъ (случай *Pithy* и *Wallgren's*), *b. coli communis* (случай *Gottschalk's*), особыхъ палочекъ, похожихъ на бугорчатія (случай *Dietrich's*) и т. п. *В. I.*

<sup>3)</sup> Моментомъ, особенно благоприятствующимъ разрыву мѣшечатыхъ опухолей, является омертвѣніе ихъ стѣнки, въ свою очередь обязанное своимъ происхожденіемъ перекручиванію ихъ ножки. *В. I.*

<sup>4)</sup> Послѣ разрыва псевдомуцинозныхъ кистомъ яичника, спустя болѣе или менѣе продолжительное время, рѣдко находятъ брюшину покрытою коллоидными массами, которыя по виду ничѣмъ не отличаются отъ содержимаго кистомъ. Заболѣваніе это, извѣстное подъ названіемъ ложнаго слизевика брюшины (*pseudomucoma peritonei*), различными авторами объясняется различно: одни (*Virchow*) видятъ въ ложномъ слизевикѣ брюшины результатъ слизистаго перерожденія послѣдней, другіе (*Olshausen*) принимаютъ его за метастатическое образованіе, третьи (*Werth*) думаютъ, что псевдомиксоматозныя массы представляютъ собою содержимое кистомъ, выпавшее при разрывѣ послѣднихъ въ брюшную полость и подвергнувшееся извѣстной степени организаціи подъ вліяніемъ реактивнаго воспаления брюшины. *Singer*, работая надъ вопросомъ о *pseudomucoma peritonei* отчасти подъ моимъ руководствомъ, пришелъ къ заключенію, — на мой взглядъ совершенно правильному, — что въ образованіи ложнаго слизевика могутъ играть роль какъ процессы имплантаци, такъ и реактивно воспалительный процессъ. Все зависить здѣсь отъ характера тѣхъ частей содержимаго кистомъ, которыя выпадаютъ при разрывѣ послѣднихъ: если выпадаютъ жизнеспособные клеточные элементы, то они приживаются на брюшинѣ и ведутъ къ образованію вторичныхъ кистъ, въ свою очередь способныхъ продуцировать псевдомуцинозныя массы; если изъ лопнувшей кистомы выпадаютъ

*Лечение опухолей яичника.* Единственнымъ средствомъ при опухоляхъ яичника, о которомъ можетъ быть рѣчь, — является оперативное удаленіе новообразованія. Это, однако, еще не значить, что всякій увеличенный яичникъ, который случайно находятъ, долженъ быть обязательно удаляемъ. Прежде нужно установить, дѣйствительно-ли въ данномъ случаѣ имѣется новообразованіе, а не просто большой яичникъ или воспалительное увеличеніе послѣдняго. Диагнозъ «опухоль» можетъ быть поставленъ вообще лишь тогда, когда яичникъ достигъ уже величины гусиного яйца и больше.

*Удаленіе черезъ влагалище.* Простыя кисты небольшой величины могутъ быть съ успѣхомъ удаляемы черезъ вскрытый со стороны задняго влагалищнаго свода Дугласовъ карманъ <sup>1)</sup>. Стѣнка влагалища разѣкается при этомъ медиальнымъ разрѣзомъ (*Boisieux*). По разѣченіи брюшины открывается предлежащая опухоль. Стѣнка ея захватывается двумя пулевыми щипцами и перерѣзается между ними для того, чтобы выпустить жидкость. Если угодно, то передъ этимъ можно еще сдѣлать пробную пункцию. При опорожненіи киста быстро уменьшается въ объемъ, такъ что можетъ быть мало по малу вытянута наружу безъ того, чтобы ея содержимое могло попасть въ полость брюшины. Въ виду того, что ножка опухолей обыкновенно растяжима, даже если опухоль представляетъ собой внутрисвязочную кисту *epoorphora* или *paroorphora*, то ее можно безъ всякаго труда вытянуть изъ раны и перевязать, не опасаясь, что *lig. suspensorium ovarii* разорвется.

*Exstirpatio per vaginam* представляетъ тотъ недостатокъ, что иногда этимъ путемъ можетъ не удастся удалить опухоль, — если характеръ и подвижность послѣдней не будутъ заранее распознаны, какъ слѣдуетъ. Тогда приходится, для остановки кровотеченія, прибѣгнуть къ чревосѣченію. При опухоляхъ болѣе значительной величины нужно вообще отказать отъ влагалищнаго способа, какъ, между прочимъ, учать насъ случаи *Wittm'a*, хотя онъ самъ и выставяетъ ихъ достойными подражанія <sup>2)</sup>.

Путь въ брюшную полость между шейкой и мочевымъ пузыремъ да-

въ полость брюшины лишь не содержація жизнеспособныхъ элементовъ псевдомиопиозныя массы, то онѣ вызываютъ реактивный перитонитъ, благодаря которому массы эти пронизываются новообразованными сосудами и ложными перепонками; если, наконецъ, въ полость брюшины попадаютъ элементы обѣихъ категорій, то и *pseudomyxoma* является результатомъ обѣихъ процессовъ.

<sup>1)</sup> Некоторые операторы предпочитаютъ удалить опухоли яичника черезъ разрѣзъ въ переднемъ сводѣ, но большинство высказывается въ пользу задней кольпотоміи.

<sup>2)</sup> *Schauta*, по даннымъ *Bürger'a* за 1885 — 1899 г. на 334 абдоминальныхъ овариотоміи пропзвелъ 60 вагинальныхъ, въ томъ числѣ 41 — безъ одновременнаго удаленія матки и 19 — съ исѣщеніемъ послѣдней. Въ 27 случаяхъ вагинальная овариотомія была предпринята по поводу кистъ и кистомъ яичника, въ 17 — по поводу дермоидовъ, въ 13 — по поводу паровариальныхъ кистъ и пр. Срощенія опухоли вмѣли мѣсто въ 13 случаяхъ, межсвязочное ея положеніе — въ 2, перекручиваніе ножки — въ 10, нагноеніе опухолей — въ 2, лопаніе — въ 1. Въ случаѣ вагинальной овариотоміи безъ удаленія матки кончилися выздоровленіемъ больныхъ.

В. Г.

леко не может сравниться съ заднимъ влагалищнымъ разрѣзомъ, потому что вскрытіе *plicae vesico-uterinae* значительно труднѣе, чѣмъ таковое же *plicae rectouterinae*; далѣе, близкое сосѣдство мочеточниковъ препятствуетъ проведенію большаго разрѣза; кромѣ того, естественнымъ и обычнымъ мѣстоположеніемъ опухолей яичника является именно Дугласовъ карманъ, а не *plica vesico-uterina*; наконецъ, прикрѣпленіе *lig. suspensorii ovarii*, тщательная перевязка которой столь важна, находится не въ переднемъ, а въ заднемъ квадрантѣ входа въ тазъ, почему эта связка при извлеченіи черезъ задній сводъ влагалища не подвергается такому сильному растягиванію, какъ при извлеченіи черезъ передній сводъ.

*Ovariectomy*. Удаленіе яичниковыхъ опухолей путемъ чревосѣченія—*ovariectomy*—остается самымъ надежнымъ способомъ оперативнаго вмѣшательства, такъ какъ при немъ мы въ состояніи справиться со всѣми несчастными и непредвидѣнными случайностями и можемъ добраться до всѣхъ срощеній, что въ свою очередь обезпечиваетъ счастливый и радикальный исходъ операціи. Правда, операція эта грозитъ въ будущемъ развитіемъ грыжи брюшной стѣнки, почему и требуетъ точныхъ показаній для своего производства,—ея вообще не слѣдуетъ предлагать раньше, чѣмъ будетъ навѣрное установлено, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ дѣйствительно о новообразованіи. Но опасность развитія грыжи можетъ быть, какъ это доказалъ *Abel* на Лейпцигскомъ съѣздѣ (1897), значительно ограничена, благодаря примѣненію небольшого разрѣза и тщательному наложенію швовъ <sup>1)</sup>). Характеръ опухоли при оваріотоміи значенія не имѣетъ. Даже въ неоперативныхъ, повидимому, случаяхъ рака операція эта является показанною, такъ какъ, съ одной стороны, лишь послѣ вскрытія брюшной полости можно вполне убѣдиться въ невозможности удаленія опухоли, а съ другой—помощью разрѣза брюшныхъ покрововъ можно полнѣе, чѣмъ троакаромъ, удалить асцитъ, который всегда имѣется при ракѣ; такимъ образомъ чревосѣченіе и въ этихъ случаяхъ доставляетъ больнымъ облегченіе, хотя бы и временное. Разумѣется, разрѣзъ при этомъ не слѣдуетъ дѣлать длиннѣе, чѣмъ нужно для того, чтобы ввести два пальца въ брюшную полость.

То же самое относится и къ тѣмъ случаямъ сильнаго асцита, гдѣ подозрѣваютъ папиллому. Ориентировавшись двумя пальцами насчетъ положенія дѣла и опорожнив асцитъ, удлинняютъ рану и удаляютъ опухоль. При явленіяхъ остраго перекручиванія ножки немедленное чревосѣченіе съ удаленіемъ опухоли является единственнымъ спасеніемъ.

<sup>1)</sup> По изслѣдованіямъ *Abel*'я, грыжи въ брюшномъ рубцѣ развиваются особенно часто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣло мѣсто нагноеніе въ брюшной ранѣ. Поэтому тщательное соблюденіе правилъ асептики при чревосѣченіи является лучшимъ профилактическимъ средствомъ противъ грыжъ. Значительное вліяніе на развитіе послѣднихъ оказываетъ и способъ зашиванія брюшной раны: по *Abel*'ю, этажный шовъ гарантируетъ гораздо лучше отъ грыжи, чѣмъ массовый. Однако, по изслѣдованіямъ *Минковича*, произведеннымъ подъ моимъ руководствомъ, и массовый шовъ даетъ въ разбираемомъ отношеніи хорошіе результаты, если при паложеніи его соблюдать нѣкоторыя условія, — а именно, захватывать всю кожу и брюшину возможно ближе къ краямъ разрѣза, а фасцію—возможно далѣе. В. Г.



Благодаря главнымъ образомъ оваріотоміи гинекологія заслужила почести и уваженіе. Въ прежнее время операція эта представляла собою главную часть гинекологической дѣятельности. Однако времена большой хирургіи уже давно миновали для гинеколога: съ одной стороны, во всѣхъ странахъ большія, долго остававшіяся нераспознанными опухоли уже подвергнуты удаленію; съ другой, благодаря успѣхамъ гинекологическихъ знаній врачей и все болѣе и болѣе распространяющемуся обычаю прибѣгать къ мѣстному изслѣдованію при соответствующихъ жалобахъ, опухоли яичника распознаются теперь еще тогда, когда онѣ находятся въ тазу, т. е. когда онѣ не достигли значительной величины и не успѣли широко сростись съ сальникомъ и кишечными петлями. Благодаря всему этому, удаленіе опухоли яичника въ большинствѣ случаевъ является теперь очень простой операціей: разсѣченіе съ послѣдующимъ зашиваніемъ брѣшныхъ крововъ, перевязка и разсѣченіе ножки опухоли, — вотъ и все. Но именно потому, что въ настоящее время оваріотомія представляетъ собою въ техническомъ отношеніи простую операцію, — должны быть съ особенною тщательностью принимаемы всѣ мѣры предосторожности, чтобы операція была производима вполне асептически; почти единственная опасность, которая грозитъ теперь больной при оваріотоміи, — это септическое зараженіе.

Гдѣ производится оваріотомія — въ операціонной-ли залѣ людной больницы, или въ частной квартирѣ больной, — не имѣетъ значенія, лишь бы комната была такъ приготовлена, чтобы болѣзнетворные зародыши не могли попасть во время производства операціи ни въ рану, ни на руки оператора и инструменты. Достигнуть этого удастся, пожалуй, скорѣе въ богатомъ частномъ домѣ, чѣмъ въ многолюдной больницѣ.

Опасность зараженія грозитъ, при операціи, особенно со стороны рукъ и всѣхъ тѣхъ предметовъ, которые приходятъ въ непосредственное соприкосновеніе съ раной. Руки оператора, его ассистентовъ и сидѣлокъ должны быть поэтому самымъ тщательнымъ образомъ дезинфицированы.

Всѣ, принимающіе участіе въ операціи, должны быть въ полотняныхъ халатахъ, которые не были въ употребленіи со времени послѣдней стирки (стерилизаціи). Если операція производится сидя, то участвующіе должны надѣвать на голову холстяные колпаки, ибо при подаваніи инструментовъ надъ головами, легко можно коснуться волосъ, если кто-нибудь внезапно приподниметъ голову.

*Приготовленіе къ оваріотоміи.* Употребляемые при оваріотоміи инструменты, шелкъ, перевязочный матеріалъ и бѣлье должны быть предварительно выварены (см. выше стр. 5). Операціонный столъ, — для каковой цѣли годится всякій деревянный столъ, — долженъ быть вымытъ мыломъ и пескомъ и чисто покрытъ. На него можно спокойно положить покрытый простынею матрацъ, такъ какъ послѣдній можно во

всякое время легко обеззаразить въ дезинфекціонной камерѣ, а при отсутствіи таковой—въ любой печи.

Нагрѣваемые операціонные столы изъ стекла и желѣза имѣютъ то преимущество, что они легко и быстро чистятся, но для больной они менѣе удобны и даже до нѣкоторой степени небезопасны, ибо при неловкомъ положеніи на нихъ у больныхъ можетъ развиваться на долгое время параличъ какого-нибудь нерва. Вслѣдствіе своей высокой цѣны столы эти, кромѣ того, годны только для больницъ.

Особенно тщательно должны быть приготовлены подлежащія употребленію при операціи губки. Онѣ какъ-бы созданы для переноса заразы, а между тѣмъ не переносятъ вывариванія. Поэтому дѣлались попытки замѣнить ихъ шерстяными (вязаными), полотняными и марлевыми компрессами; однако операторы всегда возвращались опять къ губкамъ, потому что послѣднія очень удобны для вычерпыванія жидкостей и, кромѣ того, не расщепляются. Лучше всего готовить губки для операціи слѣдующимъ способомъ, который я взялъ изъ руководства *Greig Smith'a* и которымъ я пользовался въ теченіе многихъ лѣтъ въ клиникѣ *Gusserow'a*:

Губки сначала старательно выколачиваются и моются въ холодной водѣ до тѣхъ поръ, пока промывная вода не будетъ совершенно чистой; для этого иногда приходится оставлять ихъ на нѣсколько дней въ водѣ, которую мѣняютъ нѣсколько разъ въ день. Отсюда ихъ переносятъ на 3 или 4 дня въ очень слабый растворъ соляной кислоты (вода должна имѣть ясно кислый вкусъ), послѣ чего ихъ выжимаютъ, пропитываютъ 0,5 — 1,0<sup>o</sup>/<sub>100</sub> растворомъ *kalii hypermanganici* и кладутъ въ чистую воду, а затѣмъ выжимаютъ еще нѣсколько разъ.

Послѣ этого выжатія губки помѣщаются въ растворъ 240,0 грм. сѣрноватокислаго натра ( $\text{Na}_2 \text{SO}_3$ ) въ 4 литрахъ воды, и къ этому раствору осторожно приливаютъ, при постоянномъ помѣшиваніи, раствора щавелевой кислоты (120,0 грм.  $\text{C}_2\text{H}_2\text{O}_4$  на 1 литръ тепловатой воды). Губки держатъ въ этой смѣси въ теченіе 5—10 минутъ, причемъ стараются, чтобы жидкость всюду пропитала ихъ. Послѣ этого онѣ промываются въ чистой прокипяченной водѣ до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не будетъ совершенно прозрачной. Затѣмъ ихъ выжимаютъ и сохраняютъ до употребленія въ 5 % карболовой водѣ. Этотъ способъ приготовленія губокъ практикуется и въ клиникѣ *Charité*, но только безъ бѣленія посредствомъ обработки растворомъ *kalii hypermanganici*.

Непосредственно передъ операціей губки вышаскиваются въ прокипяченной водѣ до тѣхъ поръ, пока не будетъ удалена вся карболовая кислота.

Губки, бывшія въ употребленіи у такой больной, которая впоследствии погибла отъ септического зараженія, не должны больше употребляться при дальнѣйшихъ операціяхъ.

Изъ числа инструментовъ для оваріотоміи слѣдуетъ приготовить: 12 зажимовъ *Tait'a*, 2 скальпеля, пуговчатый ножъ или ножницы для брюш-

ныхъ покрововъ, 2 иглодержателя, нѣсколько изогнутыхъ иглъ различной величины съ шелкомъ или сѣльквормомъ и катгуттомъ, нѣсколько кишечныхъ иглъ съ тонкимъ шелкомъ, 2 *Deschamp'*овскія иглы, большой троакаръ съ отводной трубкой, щипцы для фиксаціи стѣнокъ кисты *Nelaton'a* или *Spencer-Wells'a*, нѣсколько зубчатыхъ пинцетовъ и двое *Cooper'*овскихъ ножницъ. Всѣ эти инструменты должны лежать въ кипяченой водѣ въ плоскихъ чашкахъ изъ стекла или эмали, чтобы ихъ легко можно было окинуть взоромъ. Лучше, если во все время операціи будетъ въ дѣйствиі аппаратъ для кипяченія, чтобы можно было, въ случаѣ надобности, инструменты простерилизовать снова и употреблять дальше.

День передъ операціей больная проводитъ большею частью въ постели; она принимаетъ при этомъ питательную, но легковаримую пищу въ умѣренномъ количествѣ, а вечеромъ беретъ теплую ванну. Въ послѣдніе дни передъ операціей надо тщательно смотрѣть за правильнымъ опорожненіемъ у нея кишечника. Наканунѣ операціи утромъ пациентка получаетъ слабительное (лучше всего 1 столовую ложку кастороваго масла), а вечеромъ клизму (изъ 1—1½ литра воды 28° R.), которую можно еще повторно поставить утромъ передъ самой операціей. Чтобы избѣжать нежелательнаго вздутія кишечника, даютъ наканунѣ вечеромъ и утромъ передъ операціей 2—3 порошка висмута (*Rp. Magisterii Bismuthi, Sacchari lactis aa 0,5. D. t. dos. № 3*). Не слѣдуетъ назначать теплой ванны непосредственно передъ операціей; вполне достаточно будетъ обеззаразить брюшныя стѣнки тѣмъ же способомъ, что и руки <sup>1)</sup>. Послѣ того какъ больная захлороформирована и лежитъ на операціонномъ столѣ, моютъ брюшныя стѣнки мыломъ со щеткой, обтираютъ алкоголемъ и наконецъ 1‰ растворомъ сулемы. При дезинфекціи нужно особое вниманіе обратить на пупокъ, а передъ тѣмъ сбрить волоса на *mons Veneris*.

Операціонное помѣщеніе должно быть нагрето до 16—18° C. Держать больную на операціонномъ столѣ обнаженной совершенно излишне, даже безчеловѣчно. Больная надѣваетъ передъ операціей совершенно чистое (если можно, то стерилизованное) бѣлье и чулки, въ которыхъ она и остается; ненужное охлажденіе тѣла предупреждается закрываніемъ груди и ногъ. На операціонномъ столѣ больная укладывается въ обыкновенномъ спинномъ положеніи, а при малыхъ опухоляхъ—въ *Trendelenburg'*овскомъ, съ приподнятымъ тазомъ.

*Производство оваріотоміи.* Какъ только брюшная полость больной будетъ вскрыта разрывомъ <sup>2)</sup> длиною въ 6—8 сант. (который потомъ,

<sup>1)</sup> Весьма практично класть у больной, предъ операціей, на брюшныя стѣнки, именно на область бѣлой линіи, на нѣсколько часовъ марлевый компрессъ, смоченный въ растворѣ сулемы. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Относительно выбора мѣста для проведенія брюшнаго разрыва при чревосѣченіи среди гинекологовъ до сихъ поръ существуетъ большое разногласіе: большинство преиочтаетъ проводить разрывъ по бѣлой линіи живота, но нѣкоторые примѣняютъ продольный, а другіе—поперечный разрывъ по одной изъ прямыхъ мышцъ, находя, что при этомъ уменьшается опасность послѣдовательнаго развитія

по мѣрѣ надобности, можетъ быть удлиненъ), вводятъ черезъ рану паль-руки, чтобы ориентироваться относительно срощеній и границъ опухоли. Сальнякъ и кишечныя петли, склеенныя со стѣнкой опухоли, можно отдѣлать рукою (ладонью). Достижимыя ложныя перепонки перевязываются *in situ* катгутомъ при помощи *Deschamp'*овской иглы. Если опухоль—кистома, то приступаютъ сразу къ уменьшенію ея объема, вкалывая въ нее троакаръ, снабженный резиновой трубкой, черезъ которую отводятъ жидкость въ посуду, стоящую на полу. Если кистома многополостная, то вкалываютъ троакаръ по очереди въ нѣсколько полостей подъ-рядъ, пока опухоль значительно не уменьшится въ объемѣ. Когда стѣнка кисты вслѣдствіе удаленія содержимаго нѣсколько спадется, захватываютъ ее *Nelaton'*овскими или *Spencer-Wells'*овскими щипцами и выводятъ кисту черезъ брюшную рану, насколько это возможно, наружу, чтобы ея содержимое могло вытечь, не попадая въ брюшную полость.

Если содержимое кисты очень тягуче и не вытекаетъ черезъ троакаръ, то надо разрѣзомъ вскрыть стѣнку опухоли, верхушками пальцевъ разрушить перегородки и вычерпать содержимое руками. Одновременно съ этимъ постепенно вытягиваютъ опухоль наружу посредствомъ щипцовъ, которыми захвачена стѣнка. Ложныя перепонки, которыя при этомъ встрѣчаются, перевязываютъ немедленно катгутомъ и разсѣкаютъ. Такимъ образомъ мѣшокъ дѣлается настолько подвижнымъ, что теперь его удастся вполне вытянуть въ рану и осмотрѣть его ножку<sup>1)</sup>.

Если имѣется дѣло съ дермоидомъ или плотною опухолью, которая, вдобавокъ, можетъ быть злокачественнаго характера, то не надо ее уменьшать, во избѣжаніе попаданія ея содержимаго въ брюшную полость, а нужно въ такомъ случаѣ удлинить разрѣзъ настолько, чтобы можно было вывести опухоль черезъ рану въ неуменьшенномъ видѣ. Обыкновенно операція при подобныхъ опухоляхъ производится въ то время, когда онѣ еще не успѣли достигнуть значительнаго объема.

Ножка опухоли перевязывается *Tait'*овскимъ узломъ или 4 узловыми швами, изъ которыхъ оба наружныхъ шва завязываются на краю ножки, между тѣмъ какъ оба внутреннихъ накладываются на-подобіе матрацнаго шва такъ, чтобы каждый участокъ широкой связки былъ захваченъ въ шовъ.

---

грыжи въ рубцѣ. *Lennander* совѣтуетъ разрѣзывать кожу въ сторонѣ отъ бѣлой линіи, параллельно ей; въ этомъ же мѣстѣ вскрывается и передняя пластинка влагалища прямой мышцы, сама же мышца не разрѣзывается, а отодвигается; затѣмъ операторъ разсѣкаетъ заднюю пластинку влагалища *m. pecti* и проникаетъ въ полость брюшины; по окончаніи операціи сначала зашивается разрѣзъ брюшины и задней пластинки, затѣмъ мышца передвигается на прежнее мѣсто, закрывая собою защитный разрѣзъ, потомъ кладутся швы на переднюю пластинку мышечнаго влагалища и кожу. В. Г.

<sup>1)</sup> *Klein* наблюдалъ случай железистой кисты яичника, гдѣ вскрытіе полости опухоли *in situ* повело къ зараженію брюшины раковыми метастазами. Авторъ совѣтуетъ поэтому не пунктировать и не разрѣзывать никакихъ опухолей яичника, пока онѣ находятся въ полости брюшины, а извлекаютъ ихъ цѣликомъ чрезъ брюшной разрѣзъ и затѣмъ удалить. Случаи, подобные описанному, наблюдаются, однако, такъ рѣдко, что совѣтъ *Klein'*а является заслуживающимъ выполненія лишь тамъ, гдѣ существуетъ подозрѣніе на злокачественность опухоли. В. Г.

Если при наложении шва выпянутся въ рану кишечныя петли, мѣшая манипуляціямъ оператора, ихъ слѣдуетъ отбѣснить на мѣсто помощью компрессовъ или губокъ, которыя продвигаютъ въ брюшную полость возлѣ ножки опухоли.

Послѣ перевязки ножки опухоль отрѣзывается. При этомъ, если при-мѣненъ *Tait'*овскій узелъ, то надо передъ отбѣсненіемъ ножки захватить ее двумя пулевыми щипцами для того, чтобы лигатура не соскользнула въ случаѣ, если бы узелъ оказался завязаннымъ недостаточно крѣпко. Если бы ножка гдѣ-либо кровоточила, то кровоточащія мѣста должны быть перевязаны особо. Затѣмъ удаляются изъ брюшной полости компрессы и губки, число которыхъ должны быть точно извѣстно, вычерпывается, помощью губокъ,



Рис. 62. Щипцы для фиксации стѣнки вѣсты *Spencer-Wells'a*.



Рис. 63. Трокаръ *Olshausen-Dunster'a*.

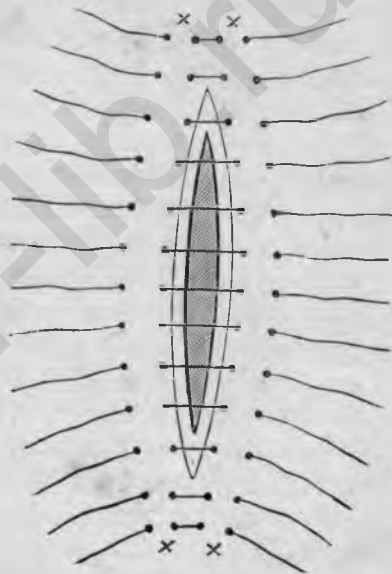


Рис. 64. Кляпечный шовъ *Lembert'a*. Звѣздочки (\*) обозначаютъ тѣ мѣста, гдѣ накладываются временныя петли.

содержащаяся въ брюшинѣ жидкость, и наконецъ, убѣдившись, что нигдѣ нѣтъ кровотеченія, операторъ отрѣзаетъ коротко нити и опускаетъ ножку въ брюшную полость <sup>1)</sup>. Когда это сдѣлано, расправляютъ сальникъ, — если это только удастся, — и разстилаютъ его надъ внутренностями. За-

<sup>1)</sup> При перевязкѣ и перерѣзкѣ ножки надо обращать особенное вниманіе на то, чтобы не оставить въ культѣ частей опухолевой ткани, которыя могутъ въ послѣдствіи повести къ рецидиву новообразованія. Такіе же рецидивы наблюдаются (*Odebrecht*) и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при овариотоміи оставляются здоровые, повидимому, участки яичниковой ткани. Несмотря на то, многіе авторы рекомендуютъ — тамъ, гдѣ доброкачественная опухоль яичника не повела къ полному перерожденію всего органа, производить лишь частичную резекцію опухоли, уцѣлвшій же участокъ яичника оставлять на мѣстѣ. Особенно рекомендуется это дѣлать, если другой яичникъ пришлось уже удалить цѣликомъ, такъ какъ полное удаление обоихъ яичниковъ ведетъ обыкновенно за собою въ высшей степени тягостныя для больной припадки преждевременнаго климактерія. При злокачественныхъ опухоляхъ яичника, разумѣется, этотъ совѣтъ не имѣетъ смысла.

тѣмъ въ брюшную полость вводится большая, плоская губка, — такъ называемая „Nähschwamm,“ — для того, чтобы при зашиваніи брюшной раны не поранить иглой кишокъ.

Нѣкоторые операторы не употребляютъ этой губки, а вмѣсто этого заставляютъ ассистента приподнимать посредствомъ тупого крючка брюшные покровы за верхній уголь раны до тѣхъ поръ, пока брюшина не будетъ зашита.

Даже у опытнаго и добросовѣстнаго оператора можетъ случиться, что во время операціи, благодаря несчастной случайности, будетъ поранена или перерѣзана ножомъ кишечная петля. Всякое подобное пораненіе должно быть немедленно зашито узловатымъ швомъ, — если надрѣзана только серозная оболочка, и *Lembert*'овскимъ швомъ, — если разрѣзана вся стѣнка кишки. Самымъ подходящимъ матеріаломъ для шва является шелкъ. Какъ надо накладывать *Lembert*'овскій шовъ, видно изъ рис. 64 и 65. Положеніе шва можно себѣ облегчить наложеніемъ временныхъ (провизорныхъ) петель на мѣстахъ,

обозначенныхъ на рис. 64 звѣздочкой (\*); петли эти при завязываніи образуютъ 2 продольныя складки возлѣ раны, черезъ которыя и накладываются затѣмъ швы (*Greig Smith*). Игла должна захватывать только серозную и мышечную оболочку, но отнюдь не слизистую (рис. 65). Завязываются *Lembert*'овскіе швы лишь послѣ того, какъ будутъ наложены веѣ.

Обыкновенно начинаютъ завязывать или съ верхняго, или съ нижняго угла раны. Между глубокими швами, по мѣрѣ надобности, могутъ быть наложены поверхностные, захватывающіе только брюшину.

Закрытіе брюшной раны послѣ оваріотоміи производится слѣдующимъ образомъ: сначала проводятся черезъ всю толщю брюшныхъ покрововъ 4 шва изъ шелка или силъкворма, которые пока не завязываются. Затѣмъ сшиваются непрерывными кѣтгутовыми швами брюшина и фасція. Подкожная жировая клѣтчатка и кожа зашиваются однимъ общимъ швомъ (шелковымъ узловатымъ или кѣтгутовымъ непрерывнымъ). Послѣдними завязываются глубокіе швы, послѣ чего на рану кладется повязка. Послѣдняя состоитъ изъ куска іодоформенной марли, наложенной рыхло, и толстаго слоя ваты, который удерживается фланелевымъ бинтомъ. Чтобы легче было наложить повязку, умѣстнѣе всего пользоваться широкимъ кускомъ фланели, который по обѣ стороны на 4 мѣстахъ глубоко разрѣзается. Фланель подкладывается подъ больную, а 5 полосокъ, образовавшихся отъ разрѣзовъ, натягиваются и пристегиваются булавками.

При нормальномъ теченіи послѣоперационнаго періода повязка снимается лишь на 8-й день; тогда же удаляются и 4 глубокіе шва. Поверхностные, если для нихъ пользовались нерассасывающимся матеріаломъ, удаляются въ слѣдующіе дни.

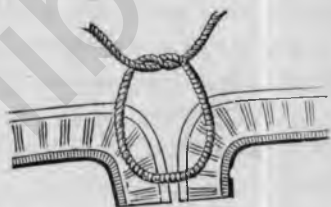


Рис. 65. Кашечный шовъ *Lembert*'а (поперечный разрѣвъ).

*Уходъ за больною послѣ овариотоміи.* Что касается послѣдующаго ухода за больною послѣ овариотоміи, то въ этомъ отношеніи англійскіе врачи гораздо либеральнѣе прочихъ и обращаютъ больше вниманія на удобства и исполненіе желаній больныхъ. Слѣдующія правила имѣютъ въ основѣ отчасти то, что я видѣлъ въ мое продолжительное пребываніе въ Англій.

Послѣ наркоза больная не должна ничего ѣсть до тѣхъ поръ, пока у нея есть еще тошнота. Противъ мучительной жажды даютъ горячую воду небольшими порціями, но запрещаютъ глотать куски льда. Если по какимъ-нибудь причинамъ не желаютъ ничего вводить per os, то дѣлаютъ вливаніе (подъ небольшимъ давленіемъ) 1 литра теплой воды въ прямую кишку. Какъ только тошнота и рвота прекратятся, можно позволить больной, начиная съ первыхъ же дней, вино, кофе, овсянку, чай, но не молоко. Вечеромъ при сильныхъ боляхъ назначается morphium magistericum 0,01 подѣ кожу. При коллапсѣ послѣ удаленія большихъ опухолей или послѣ большой потери крови приходится прибѣгать къ впрыскиваніямъ эфира или камфарнаго масла подѣ кожу по мѣрѣ надобности, даже нѣсколько разъ въ теченіе дня.

Постоянное лежаніе на спинѣ не обязательно для оперированной, — послѣдняя можетъ, если пожелаетъ, лежать наполовину на боку. Боли въ крестцѣ и въ спинѣ, пронесодящія, вѣроятно, отъ неудобнаго положенія во время операціи, улучшаются иногда оттого, что подѣ спину или крестецъ больной будетъ подложена нагрѣтая подушка или грѣлка. Катетеризація мочевого пузыря необходима лишь тогда, когда больная, хотя и чувствуетъ позывъ къ мочеиспусканію, но не въ состояніи мочиться сама. Въ случаѣ же, если пациентка можетъ мочиться самопроизвольно, то это безусловно надо ей разрѣшить. Въ первые 24 часа послѣ операціи не требуется обыкновенно никакого вмѣшательства. Во всякомъ случаѣ въ первый день достаточно поставить больной катетеръ одинъ разъ, во второй—два, въ слѣдующіе дни—по три, разумѣется, если больная сама не требуетъ болѣе частаго опорожненія мочевого пузыря. На 2-й и 3-й день больной можно разрѣшить, сверхъ указанной пищи, еще бульонъ съ нѣсколькими сухарями. Начиная съ 4-го дня, разрѣшается оперированной принимать и плотную пищу, какъ-то: вареныхъ голубей или цыплятъ, фрикасэ, рыбу, лососину, печеные фрукты. Съ 5-го дня могутъ быть исполнены и другія прихоти больныхъ.

Вечеромъ 3-го дня или утромъ 4-го нужно позаботиться у оперированной объ опорожненіи кишечника—лучше всего посредствомъ клизмы изъ слабаго мыльнаго раствора (1 литръ) и масла. Въ случаѣ, если бы клизма не оказала удовлетворительнаго дѣйствія, то послѣ нея надо дать больной какое-нибудь слабительное. А то можно утромъ 4-го или 5-го дня дать пациенткѣ дѣтскую или столовую ложку Карлсбадской соли (въ стаканѣ теплой воды) или 12,0—15,0 граммовъ кастороваго масла. Впослѣдствіи нужно опорожнять кишечникъ по мѣрѣ нужды. Если боль-

ную беспокоить метеоризмъ, то клизму можно назначить и раньше, уже на 2-й день вечеромъ или ввести резиновую трубку въ прямую кишку. Трубка должна каждый разъ лежать полчаса; непосредственно затѣмъ можно поставить клизму черезъ эту же трубку. На 15-й день послѣ операціи больная можетъ уже встать съ постели,—разумѣется, если заживленіе раны прошло гладко.

*Гнойное зараженіе (sepsis).* Если больная во время операціи была заражена септическими началами, то уже къ вечеру перваго дня пульсъ у нея дѣлается частымъ, а температура нѣсколько повышается. Въ этотъ же или на слѣдующій день появляется *икота*, затѣмъ рвота; метеоризмъ не уменьшается, животъ становится вздутымъ и болѣзненнымъ, пульсъ дѣлается малымъ, частота его увеличивается быстро до 150 ударовъ и больше въ минуту, наконецъ онъ не сосчитывается. Температура достигаетъ обыкновенно *sub fine vitae* 39°—40°. Больная теряетъ все больше и больше силы, сознаніе же у нея иногда сохраняется совершенно, такъ что смерть наступаетъ часто послѣ того, какъ больная за 10—15 минутъ до этого разговаривала съ окружающими; одинаково часто появляется, въ послѣдніе 10—12 часовъ, коматозное состояніе, которое мало по малу переходитъ въ агонію. При вскрытіи находятъ гнойное воспаленіе брюшины; иногда послѣднее, по виду, бываетъ выражено такъ слабо, что анатомическія данныя совершенно не соотвѣтствуютъ клинической картинѣ.

Описанное состояніе представляетъ нѣкоторое сходство съ картиною острой непроходимости кишекъ, вѣдствие чего прежде нерѣдко у больныхъ производили вторичное чревосѣченіе, въ предположеніи, что все зависитъ отъ непроходимости кишекъ, которую можно устранить. Однако непроходимости не находили, а септицемія продолжала у больныхъ развиваться все дальше и дальше. Въ другихъ случаяхъ припадки, особенно рвота и метеоризмъ, бываютъ вначалѣ такъ же сильны, какъ при остромъ сепсисѣ, а между тѣмъ на 3-й или 4-й день наступаетъ улучшеніе, и больныя поправляются. Многіе авторы видятъ здѣсь сепсисъ, который, вѣроятно, безъ надлежащаго леченія окончился бы смертельно. Дѣйствительно-ли это такъ, или нѣтъ,—рѣшить трудно. Явленія перитонита бываютъ въ подобныхъ случаяхъ иногда выражены такъ рѣзко, что едва-ли можетъ подлежать сомнѣнію, что здѣсь имѣетъ мѣсто разлитое воспаленіе брюшины. Отсюда не остается ничего другого, какъ предположить, что дѣло здѣсь кроется въ доброкачественномъ, вызванномъ ослабленными септическими началами перитонитѣ, который, однако, все-таки могъ бы окончиться смертельно. Оба указанныхъ состоянія различить вначалѣ бываетъ крайне трудно. Поэтому лучше предказаніе у подобныхъ больныхъ ставить такъ, какъ будто имѣется септическое зараженіе, а леченіе назначать такое, какъ будто дѣло въ болѣе легкой формѣ его. Единственнымъ симптомомъ, имѣющимъ нѣкоторое значеніе для дифференціального діагноза, является здѣсь *икота*. При остромъ сеп-



сисѣ обыкновенно уже на первой или второй день послѣ операциі появляется громкая икота. Отсутствие же послѣдней говоритъ въ пользу доброкачественнаго перитонита, даже и въ томъ случаѣ, если потомъ рвота и метеоризмъ заставятъ опасаться болѣе тяжелыхъ послѣдствій. При легкихъ формахъ перитонита пульсъ тоже бываетъ частъ (120 и болѣе), но является болѣе полнымъ и не даетъ такого быстрого паденія, какъ при септическомъ перитонитѣ.

Съ другой стороны, нельзя не отмѣтить, что возможны такіе случаи септицеміи, гдѣ отсутствуютъ всякія явленія разлитого перитонита,—нѣтъ ни метеоризма, ни рвоты, вздутіе живота исчезаетъ, начиная съ 3-го или 4-го дня, стулъ не задержанъ, пульсъ до самаго конца умѣренно учащенъ (90—120) и сноснаго напряженія, температура лишь немного повышена. Несмотря на это, все-таки заболѣваніе оканчивается смертью, причѣмъ на вскрытіи находятъ разлитой перитонитъ съ большимъ скопленіемъ гноя въ брюшной полости.

*Леченіе перитонита.* Относительно остраго септического перитонита врачебное искусство безсилно; приходится ограничиваться подкожными впрыскиваніями морфія, частыми полосканіями рта щелочными минеральными водами и назначеніемъ холоднаго кофе внутрь для облегченія болей и рвоты съ ея дурными послѣдствіями для слизистой оболочки рта. Вино и коньякъ можно давать сколько угодно <sup>1)</sup>. При болѣе легкихъ формахъ болѣзни очень полезнымъ оказывается своевременное назначеніе слабительнаго; поэтому во всѣхъ случаяхъ, гдѣ въ первый вечеръ или утромъ послѣ операциі учащеніе пульса и повышеніе  $t^{\circ}$  у больной предвѣщаютъ грозную бурю, не мѣшаетъ немедленно позаботиться объ опорожненіи кишечника, еще до появленія рвоты, которая можетъ помѣшать введенію слабительнаго внутрь. Изъ слабительныхъ средствъ въ подобныхъ случаяхъ каломель (*Lawson Tait*) занимаетъ первое мѣсто; его назначаютъ по слѣдующей формулѣ: Rp. Calomelani, Sacchari lactis aa 1,0. Divide in partes aequales N III. S. Черезъ 2 часа по порошку. Если каломель почему-либо неудобенъ, то можно назначить Карлсбадскую или англійскую соль (*magnesia sulfurica*)—въ количествѣ десертной ложки. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ приѣма слабительнаго хорошо поставить клизму. Слабительныя соли можно давать и тогда, когда уже появилась рвота; если соль будетъ удалена съ рвотой, то приѣмъ ея надо повторить.

Опорожненіе кишечника иногда сказывается очень рѣзко: метеоризмъ и тошнота проходятъ, пульсъ и температура мало по малу возвращаются къ своему нормальному уровню; отсюда очень понятно, почему нѣкоторые авторы съ такимъ рвеніемъ рекомендуютъ при септическихъ заболѣваніяхъ своевременное назначеніе слабительнаго.

<sup>1)</sup> При тяжеломъ послѣоперационномъ сепсисѣ можно также испробовать втиранія серебряной мази *Credé*, каковое средство дало многимъ наблюдателямъ весьма хорошіе результаты при пuerперальномъ сепсисѣ. Для каждаго втиранія берутся 3—4 грамма мази.

При леченіи разстройствъ, возникающихъ послѣ чревосѣченія, дѣло, разумѣется, не обходится безъ разочарованій. Иногда случаи, которые вначалѣ подають надежду на излеченіе, принимаютъ вдругъ такое неблагоприятное теченіе, что даже не можетъ быть сомнѣнія относительно ихъ тяжелаго септического характера. Пріемъ слабительнаго во всякомъ случаѣ не можетъ повредить больнымъ, а принципиальное раннее назначеніе его при тревожныхъ явленіяхъ имѣетъ за собой то преимущество, что и несептические случаи будутъ своевременно пользованы.

Если слабительное и клизма останутся безъ успѣха, то показуются высокія вливанія черезъ прямую кишку,—если возможно, то въ положеніи больной на лѣвомъ боку,—каковыя вливанія часто даютъ желаемый эффектъ, хотя иногда и послѣ повторнаго примѣненія. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ высокія вливанія остаются безъ успѣха, прекрасные результаты даетъ иногда *Kussmaul'*евскій способъ—промываніе желудка, которое и слѣдуетъ испробовать во всѣхъ случаяхъ, некротимой рвоты и метеоризма. Можно оба эти средства примѣнять и вскорѣ другъ за другомъ.

*Ущемленіе кишечной петли (ileus)*. Хотя рвота и метеоризмъ у оперированныхъ несомнѣнно въ большинствѣ случаевъ зависятъ отъ перитонита, но все-таки не слѣдуетъ забывать, что эти явленія могутъ иногда стоять въ зависимости и отъ механической непроходимости кишки<sup>1)</sup>. О возможности появленія *ileus'a* нужно подумать особенно послѣ такой операціи, при которой культи или тѣло матки пришиты къ брюшной стѣнкѣ, а также послѣ такой, гдѣ путемъ обкалыванія у боковой или задней брюшной стѣнки искусственно образованы ворота для грыжъ. Въ такихъ случаяхъ перитонитическія явленія отсутствуютъ, рвота же постепенно усиливается до рвоты каломъ, животъ вздувается, но остается безболѣзненнымъ, такъ что больная въ состояніи мѣнять положеніе тѣла, не испытывая болей; выраженіе лица пациентки не указываетъ на упадокъ силъ; температура остается или нормальной, или является лишь немного повышенной; пульсъ нѣсколько учащенъ (до 120 ударовъ въ минуту), но хорошаго напряженія, и лишь подъ конецъ дѣлается слабымъ и, одновременно, ускореннымъ. Если въ такихъ случаяхъ высокія кишечныя вливанія останутся безъ эффекта, то не надо долго медлить, а слѣдуетъ вскрыть вторично брюшную полость и постараться освободить ущемившуюся и перегнувшуюся кишечную петлю, разсѣкши, если это только можно, вызвавшіе ущемленіе швы.

*Воспаленіе околоушной железы (parotitis)*. Иногда въ первые дни послѣ операціи появляется воспаленіе околоушныхъ железъ. Прежде предполагали, что воспаленіе это является послѣдствіемъ потери личинокъ<sup>2)</sup>. Въ настоящее же время авторы склоняются, — и навѣрное

<sup>1)</sup> По *Werth'u*, *ileus* наблюдается послѣ чревосѣченія приблизительно въ 10% всѣхъ случаевъ.

<sup>2)</sup> Нѣсколько не отстаивая этого объясненія, я не могу, однако, не обратить

правильно, — къ взгляду, что паротитъ представляетъ собою частичное проявленіе зараженія, происшедшаго при чревосѣченіи. Съ этимъ согласуется и тотъ фактъ, что воспаленіе околушной железы дѣлается все болѣе и болѣе рѣдкимъ явленіемъ. Въ болѣе легкихъ случаяхъ воспаленіе железы проходитъ вскорѣ само по себѣ безъ дальнѣйшихъ послѣдствій. Въ тяжелыхъ случаяхъ оно очень скоро переходитъ въ флегмону, которая разрушаетъ на большомъ протяженіи клѣтчатку шеи, и отъ которой большая очень скоро погибаетъ.

*Кишечные свищи.* Иногда послѣ оваріотоміи развиваются кишечныя и каловыя фистулы, причиною образованія которыхъ обыкновенно служатъ не замѣченные разрывы кишечной стѣнки и пораненія ея иглой. Поэтому ихъ и слѣдуетъ ожидать особенно послѣ болѣе тяжелыхъ операций. Большой пучекъ шелковыхъ лигатуръ можетъ точно также вызвать давленіемъ омертвѣніе кишечныхъ стѣнокъ. Фистулы эти обыкновенно заживаютъ сами по себѣ.

*Свищевые ходы.* Они образуются обыкновенно подъ вліяніемъ незаросшихъ лигатуръ. слѣдуетъ остерегаться слишкомъ усердныхъ поисковъ за лигатурами въ подобныхъ ходахъ, такъ какъ при этомъ легко могутъ произойти пораненія брюшины, кишечника или мочевого пузыря. Иногда проходятъ года, пока лигатура выйдетъ, и свищевой ходъ заживетъ <sup>1)</sup>.

*Закупорка венъ послѣ оваріотоміи.* Закупорка венъ широкой связки и бедра представляетъ собою непріятное осложненіе, ибо она можетъ повести къ развитію эмболіи со смертельнымъ исходомъ. Въ качествѣ симптомовъ этой закупорки обыкновенно указываются учащеніе пульса и неправильность его у больныхъ. Я, однако, лично присоединяюсь къ мнѣнію *Gessner'a*, что указанныя измѣненія пульса, а также повышеніе температуры тѣла зависятъ не отъ самой закупорки, а отъ вызваннаго ею воспаленія стѣнокъ венъ (*phlebitis*) или отъ воспаленія окружающей клѣтчатки. При воспаленіи тазовой клѣтчатки послѣ чревосѣченія, а также послѣ родовъ, даже безъ яснаго выпота, нужно всегда подумать о возможности образованія тромбовъ въ области воспаленнаго участка и постараться предупредить развитіе эмболіи путемъ продолжительнаго лежанія больныхъ въ постели, запрещенія имъ сильно двигаться и т. п. Тромбы, впрочемъ, встрѣчаются рѣдко послѣ оваріотоміи, — чаще послѣ міотоміи вслѣдствіе сильнаго развитія венъ при фибромахъ матки.

*Нарывы брюшныхъ покрововъ.* Они развиваются послѣ чревосѣченія или вслѣдствіе зараженія со стороны матеріала для швовъ (особенно катгута), или если гной изъ лопнушаго *pyosalpinx'a* придетъ въ сопри-

вниманія читателей на наблюденія нѣкоторыхъ гинекологовъ, особенно американскихъ (*Shober, Mallet* и др.), которые видѣли очень хороший эффектъ отъ назначенія вытяжки изъ *gl. parotis* при болѣзняхъ яичника. Наблюденія эти свидѣлствуютъ, повидимому, что между околушной железой и яичникомъ существуетъ какое-то тѣсное, пока еще невыясненное, соотношеніе. В. Г.

<sup>1)</sup> Заживленію свищевыхъ ходовъ можно способствовать, впрыскивая въ нихъ растворъ іода-йодола В. Г.

косновеіе съ брюшной раной. Въ послѣднемъ случаѣ края раны должны быть очищены самымъ тщательнымъ образомъ и затѣмъ вымыты 3% карболовымъ растворомъ.

*Грыжи брюшной стѣнки.* Онѣ представляютъ собою тягостное осложненіе, развивающееся послѣ чревосѣченія. Частоту развитія грыжъ (12—20%) можно ограничить, если примѣнять по возможности короткій разрѣзъ брюшной стѣнки и закрывать его этажнымъ швомъ <sup>1)</sup>. Ношеніе удобнаго бандажа (рис. 66 и 67) по крайней мѣрѣ въ теченіе 1—2 лѣтъ безусловно обязательно послѣ всякаго чревосѣченія.

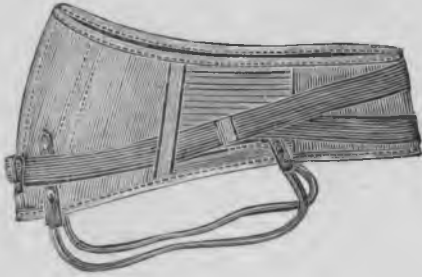


Рис. 66. Бандажъ для живота *Körte*.

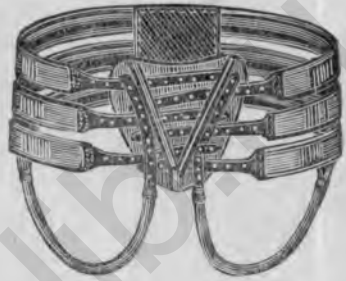


Рис. 67. Бандажъ для живота *Beely*.

Большія грыжи требуютъ иногда оперативнаго леченія, которое состоитъ въ томъ, что вскрываютъ брюшную полость и резецируютъ сильно истонченныя и растянутыя брюшныя стѣнки. Рана затѣмъ закрывается уже описаннымъ способомъ. Крайне важно, чтобы передъ операцией точно было опредѣлено, какой кусокъ брюшныхъ покрововъ долженъ быть удаленъ съ каждой стороны, такъ какъ было бы непростительной ошибкой, если бы потомъ не удалось закрыть рану влѣдствіе недостатка матеріала. Резекція брюшныхъ покрововъ является далеко не всегда радикальнымъ способомъ леченія грыжъ: довольно часто случается, что грыжевой мѣшокъ, немного лѣтъ спустя, достигаетъ такой же величины, какуя онъ имѣлъ до операціи.

### 3. Воспаленіе яичника (*oophoritis*).

Существованіе первичнаго воспаленія яичника до сихъ поръ не доказано. Случаи, которые приводятся въ качествѣ примѣровъ такового, относятся къ тому времени, когда состоянію тазовой брюшины посвящалось мало вниманія <sup>2)</sup>. Ни въ одномъ случаѣ такъ называемаго первичнаго воспаленія яичника нельзя съ увѣренностью исключить предшествовавшій тазовый перитонитъ. Извѣстныя измѣненія яичниковъ при

<sup>1)</sup> А главнымъ образомъ—если примѣнять тщательныя мѣры предосторожности противъ нагноенія въ брюшной ранѣ. В. Г.

<sup>2)</sup> Существуютъ, однако, и новѣйшія изслѣдованія, говоряща въ пользу возможности первичнаго воспаленія яичниковъ. Укажу, напр., на работу *Pithy*, который нашель, что яичники могутъ подвергаться нагноенію безъ одновременнаго заболѣванія матки, трубъ и тазовой брюшины. метастатическимъ путемъ, при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (тифъ, шеймонія и т. п.) В. Г.

фибромах матки, разумѣется, также не могутъ быть разсматриваемы, какъ первичное воспаленіе, а какъ вторичное, вызванное заболѣваніемъ матки. Когда въ нижеслѣдующемъ будетъ рѣчь о воспаленіи яичника, то подъ этимъ будетъ подразумѣваться исключительно вторичное воспаленіе его.

Замѣтимъ еще, что иногда подъ вліяніемъ травмы,—чаще всего вслѣдствіе давленія со стороны пессарія,—опущенный яичникъ можетъ припухнуть и сдѣлаться очень болѣзненнымъ, причемъ съ прекращеніемъ давленія прекращается и боль, а также исчезаетъ припухлость; это состояніе отнюдь не представляетъ собою воспаленія, точно такъ же, какъ не можетъ быть названъ воспаленіемъ и всякій ушибъ какой-нибудь другой части тѣла.

Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ,—если не исключительно,—причиной воспаленія яичника является тазовый перитонитъ <sup>1)</sup>.

*Острое воспаленіе.* Воспаленіе яичника является острымъ, когда тазовый перитонитъ протекаетъ тоже остро; поэтому оно и встрѣчается по преимуществу при септическихъ перитонитахъ послѣ родовъ. При этомъ, правда, возможно допустить и прямое септическое зараженіе яичника черезъ лимфатическую систему со стороны матки, но оно едва-ли мыслимо безъ одновременнаго пораженія брюшины, въ виду тѣсной связи лимфатической системы съ этой послѣдней. Острое воспаленіе ведетъ обычно къ отечному припуханію, мелкокѣлочной инфильтраціи и нагноенію органа <sup>2)</sup>. Предсказаніе зависитъ отъ теченія сепсиса. Большею частью оно такъ тяжело, что о выздоровленіи больныхъ нечего и думать. Острое септическое воспаленіе яичника, какъ таковое, имѣетъ поэтому лишь небольшое практическое значеніе, и я отсылаю интересующихся этимъ вопросомъ читателей къ руководствамъ по акушерству.

Гораздо рѣже вызывается острый оофоритъ гонорройнымъ тазовымъ перитонитомъ, ибо самъ гонорройный перитонитъ лишь рѣдко появляется въ острой формѣ, притомъ съ образованіемъ экссудата. Но если имѣется подобное заболѣваніе тазовой брюшины, то оно можетъ повести къ образованію нарыва въ яичникъ <sup>3)</sup>, подобно тому, какъ это бываетъ и при септическомъ перитонитѣ. Съ ослабленіемъ острыхъ явленій со стороны брюшины острое воспаленіе яичника, если только этотъ органъ еще не разрушенъ нагноеніемъ, переходитъ въ хроническое и даетъ такія же анатомическія измѣненія, какія будутъ описаны ниже.

<sup>1)</sup> Интересныя экспериментальныя данныя по этому предмету были опубликованы недавно г-жей *Foggia*. Вызывая у животныхъ перитонитъ путемъ впрыскиванія въ брюшную полость разводокъ различныхъ микробовъ, она нашла, что заболѣваніе брюшины всегда ведетъ къ значительнымъ измѣненіямъ въ яичникахъ,—въ видѣ регрессивныхъ процессовъ какъ въ примордіальныхъ, такъ и въ болѣе зрѣлыхъ фолликулахъ. Особенно рѣзко выступали эти измѣненія, если яичники одновременно подвергались травмѣ.

<sup>2)</sup> Какъ показываютъ опыты *Pfister'a* съ впрыскиваніемъ терпентиннаго масла въ яичникъ лягушекъ, острое воспаленіе особенно сильно дѣйствуетъ на яйца, которыя при немъ быстро умираютъ, сморщиваются и распадаются. *В. Г.*

<sup>3)</sup> Излюбленнымъ мѣстомъ развитія нарывовъ въ яичникъ служатъ обыкновенно желтыя тѣла (*Fraenkel, Pitha* и др.). *В. Г.*

Къ нагносію яичника можетъ повести и pyosalpinx, который иногда совершенно срастается съ яичникомъ и образуетъ вмѣстѣ съ яичниковымъ абсцессомъ одну общую полость.

*Хроническое воспаленіе.* Въ практическомъ отношеніи хроническій оофоритъ является гораздо болѣе важнымъ, чѣмъ острый. Въ виду большого распространенія хроническаго тазоваго перитонита, разбираемое заболѣваніе также встрѣчается относительно часто. Обычно нельзя найти болѣе или менѣе значительнаго тазоваго перитонита, безъ одновременнаго участія въ заболѣваніи яичника. Въ виду близости бахромчатаго конца трубы, окружность яичника раньше другихъ мѣстъ таза поражается воспаленіемъ. При этомъ яичникъ, который, благодаря опущенію воспаленной, припухлой трубы, смѣщается вглубь Дугласова кармана, покрывается фибринозными отложеніями, склеивается съ трубой, задней пластинкой широкой связки и со стѣнками Дугласова кармана, такъ что вскорѣ окутывается со всѣхъ сторонъ сращениями и ложными перепонками. По *Wertheim*'у, гонококки могутъ изъ трубы, сращенной съ яичникомъ, непосредственно проникнуть въ послѣдній; гораздо чаще, однако, они попадаютъ въ яичникъ, по всей вѣроятности, окольнымъ путемъ — черезъ брюшную полость; въ самомъ яичникѣ гонококки попадаютъ лишь въ видѣ исключенія.

Анатомическія измѣненія яичника при хроническомъ оофоритѣ касаются вначалѣ лишь его стромы или интерстиціальной ткани, какъ ее прежде часто называли. Оофоритъ, который вначалѣ поражаетъ лишь одни фолликулы, до сихъ поръ не доказанъ. Измѣненія стромы состоятъ въ разлитомъ разрощеніи соединительной ткани, причемъ въ области паренхиматознаго пояса строма не теряетъ своего нормальнаго строенія. Предшествуетъ-ли этой гипериліазі соединительной ткани мелкоклеточковая инфильтрація, или нѣтъ, — является до сихъ поръ невыясненнымъ.

Подъ вліяніемъ разростанія соединительной ткани и разстройствъ кровообращенія, вызываемыхъ перитонитомъ, яичникъ припухаетъ, а его консистенція дѣлается болѣе плотной. Въ болѣе же позднихъ стадіяхъ, когда уже наступило утолщеніе и сморщиваніе соединительной ткани, органъ дѣлается на-ощупъ твердымъ, а поверхность его иногда очень морщинистой. Сосуды становятся сильно извитыми, а стѣнки ихъ утолщенными; иногда же, при продолжительномъ существованіи болѣзни, развивается гіалиновое перерожденіе сосудистыхъ стѣнокъ <sup>1)</sup>. Эпителіальные

<sup>1)</sup> Иногда при хроническомъ оофоритѣ пораженіе сосудовъ, именно артерій, выступаетъ на первый планъ, сопровождаясь одновременнымъ пораженіемъ фолликуловъ. Артеріи подвергаются гіалиновому перерожденію, особенно захватывающему ихъ *intimam* и *mediam*, и въ концѣ концовъ совершенно облитерируются; изъ фолликуловъ примордіальные гіалиново перерождаются, а болѣе зрѣлые претерпѣваютъ кистовидное перерожденіе; вены яичника, напротивъ, обычно сохраняютъ свой нормальный видъ. *Bullius* и *Kretschmar*, описавшіе эту форму хроническаго оофорита, дали ей названіе *angiodystrophia ovarii*. Съ клинической стороны наиболѣе характернымъ припадкомъ при ангиодистрофіи являются меноррагіи, затѣмъ — боли и другія разстройства нервной системы. Болѣзнь почти всегда сопровождается

элементы яичника сохраняются, напротивъ, относительно долго; въ бороздкахъ на поверхности органа, а также подъ ложными перепонками яичниковый эпителий оказывается мѣстами вполне сохранившимся. Первичныя фолликулы содержатъ также нормальный эпителий, а первичныя яйца—ясно выраженные ядра. Способность первичныхъ фолликуловъ созрѣвать въ Граафовы пузырьки сохраняется въ хронически воспаленныхъ яичникахъ надолго; оттого на поверхности послѣднихъ, если только процессъ не былъ слишкомъ длителенъ, всюду просвѣчиваютъ Граафовы фолликулы, имѣющіе нормальное строеніе и содержащіе нормальныя на видъ яйца. Возможно, что и вскрытіе фолликуловъ, съ изліяніемъ содержаемаго наружу, въ воспаленныхъ яичникахъ нѣсколько затруднено; но для процесса менструаціи совершенно безразлично, происходитъ-ли вскрытіе фолликула и изліяніе его содержаемаго наружу, или нѣтъ,—для этого необходима лишь постоянная дѣятельность яичника, а на то, что она при хроническомъ оофоритѣ имѣетъ мѣсто,—указываетъ развитіе созрѣвающихъ Граафовыхъ фолликуловъ.

Нѣкоторыя извергнутыя наружу яйца при хроническомъ оофоритѣ погибаютъ среди ложныхъ перепонокъ; во всякомъ случаѣ при обширномъ тазовомъ перитонитѣ они не попадаютъ въ трубу. Какъ только заболѣваніе стромы яичника достигнетъ извѣстной границы, то сейчасъ же наступаетъ въ болѣе широкихъ размѣрахъ запусѣваніе фолликуловъ, которое въ извѣстной степени имѣетъ мѣсто и въ нормальномъ яичникѣ, т. е. изъ первичныхъ фолликуловъ развиваются, какъ и прежде, Граафовы фолликулы, но какъ только эти послѣдніе достигнутъ извѣстной величины, яйца въ нихъ погибаютъ, погибаетъ и фолликулярный эпителий вмѣстѣ съ основной перепонкой; theca folliculi развивается обратно, причѣмъ дѣло не доходитъ до образованія лютеиновыхъ клѣтокъ въ ея внутреннемъ слои; въ концѣ концовъ фолликулы теряютъ свою правильную, круглую форму, спадаются и заростають. Иногда наблюдается незначительное увеличеніе количества жидкости внутри фолликуловъ, такъ что они могутъ достигнуть величины вишни (*hydrops folliculi*); но это скопленіе жидкости существуетъ недолго,—въ виду того, что фолликулярный эпителий отсутствуетъ, жидкость вскорѣ всасывается. Кисты изъ такихъ фолликуловъ развиваться не могутъ; хотя небольшія однополостныя опухоли этого рода и принимались неоднократно за результатъ водянки фолликуловъ, но на самомъ дѣлѣ онѣ имѣли пароваріальное происхожденіе.

Какъ далеко зайдутъ измѣненія въ хронически воспаленномъ яичникѣ,—всецѣло зависитъ отъ теченія тазоваго перитонита. Съ излеченіемъ послѣдняго разрошеніе соединительной ткани и запусѣваніе фолликуловъ могутъ остановиться. При этомъ все то, что въ яичникѣ уже раз-

упорнымъ железнатымъ эндометритомъ. Прогнозъ ея — очень неутѣшительный, и единственнымъ дѣйствительнымъ средствомъ противъ нея является удаленіе заболѣвшихъ яичниковъ.

рушено, никогда больше не восстанавливается. Сохранившиеся же еще первичные фолликулы могут впоследствии достигнуть нормального развития и выдѣлить зрѣлыя яйца, которыя, если измѣненія въ брюшинѣ и трубѣ не оставили значительныхъ слѣдовъ, могутъ восприниматься бахромчатымъ концомъ трубы и даже оплодотворяться. Лишь рѣдко случается, что яичникъ послѣ болѣзни дѣлается ни къ чему негоднымъ; на это указываетъ, между прочимъ, и тотъ фактъ, что у женщинъ, страдавшихъ тазовымъ перитонитомъ и воспаленіемъ яичника, климактерическій періодъ наступать не раньше, чѣмъ у остальныхъ.

*Симптоматологія.* Припадки при хроническомъ воспаленіи яичника совершенно тѣ же, что и при тазовомъ перитонитѣ, такъ какъ они и вызываются по преимуществу этимъ послѣднимъ. Больныя жалуются больше всего на боли, которыя появляются частью самопроизвольно, частью при ходьбѣ или при совокупленіи. Стулъ бываетъ обыкновенно задержанъ, и больныя страдаютъ метеоризмомъ. Регулы приходятъ правильно, но обыкновенно въ обильномъ количествѣ и большою частью являются съ жестокими болями внизу живота и въ бедрахъ, или же сопровождаются болями. Способность къ зачатію нарушена <sup>1)</sup>.

Съ улучшеніемъ тазоваго перитонита наступаетъ и облегченіе припадковъ, а съ излеченіемъ перваго, послѣднія могутъ совершенно исчезнуть. II эндометрій поддается также, при соответствующей терапіи, излеченію, какъ только въ теченіи тазоваго перитонита произойдетъ измѣненіе къ лучшему. Въ болѣе легкихъ случаяхъ, когда измѣненія въ яичникахъ, а также въ трубахъ и брюшинѣ были незначительны, больныя могутъ послѣ того забеременѣть, причемъ подъ вліяніемъ беременности и родовъ наступаетъ обыкновенно полное ихъ выздоровленіе.

*Распознаваніе хроническаго оофорита.* Въ виду того, что воспаленіе яичника встрѣчается почти исключительно въ связи съ тазовымъ перитонитомъ, а вслѣдствіе этого—и съ воспаленіемъ трубы, то все, что было сказано относительно распознаванія этихъ болѣзней, относится въ главныхъ чертахъ и къ хроническому оофориту. Опухоль, величиною въ грецкій орѣхъ или яблоко, которая прощупывается позади, слѣва, справа или по обѣ стороны матки, притомъ обыкновенно близко возлѣ нея, состоитъ не исключительно только изъ яичника, но вмѣстѣ изъ трубы и яичника, которые ложными перепонками соединены въ одну общую массу. Опухоль эту обыкновенно можно немного сдвинуть, но нельзя назвать свободно подвижной, благодаря чему, — не говоря уже о меньшей величинѣ,—она существенно отличается отъ яичниковаго же новообразованія. Иногда при хроническомъ сальпинго-оофоритѣ прощупывается lig. ovarii prorgium въ видѣ напряженнаго снурка, который отходитъ отъ бокового края матки нѣсколько ниже дна ея и идетъ къ оухоли. Отъ эксудата

<sup>1)</sup> По наблюденіямъ нѣкоторыхъ французскихъ авторовъ, оофоритъ ведетъ къ хлорозу, и вообще послѣдній является будто-бы болѣзнию чисто яичниковаго происхожденія.



воспаленный яичникъ отличается своей ограниченной формой. Скорѣе возможно смѣшать его съ веннымъ узломъ въ широкой связкѣ. Узлы эти имѣютъ обыкновенно продолговатую форму, съ неровною поверхностью, величиною бываютъ въ миндаль или сливу и лежатъ въ основаніи широкой маточной связки, надъ самымъ влагалищнымъ сводомъ и прямо сбоку матки, между тѣмъ какъ опухоли придатковъ располагаются обычно въ заднемъ квадрантѣ таза.

Глубоко лежащій яичникъ не слѣдуетъ безъ дальнѣйшаго изслѣдованія считать воспаленнымъ (см. ниже).

*Леченіе.* При леченіи оофорита нужно держаться тѣхъ же правилъ, какія были приведены при описаніи леченія тазоваго перитонита и сальпингита <sup>1)</sup>. Леченіе тазоваго перитонита будетъ одновременно леченіемъ и оофорита. И здѣсь профилактическое леченіе должно стоять на первомъ планѣ. Если когда либо удастся устраненіемъ опасности гонорройнаго зараженія предотвратить тазовый перитонитъ, то съ нимъ исчезнетъ и оофоритъ изъ патологіи женскихъ половыхъ органовъ. Въ какихъ именно случаяхъ можетъ потребоваться оперативное удаленіе воспаленнаго яичника, точно также указано уже въ главѣ о тазовомъ перитонитѣ.

Воспаленіе яичника не представляетъ собою смертельной болѣзни. Поэтому даже въ томъ случаѣ, гдѣ предполагается наличность небольшого гнойнаго очага въ яичникѣ, — нѣтъ основанія предпринимать такую серьезную операцію, какъ удаленіе половой железы, ибо небольшой гнойный очагъ можетъ уплотниться, инкапсулироваться и такимъ образомъ сдѣлаться невреднымъ. Опасность развитія опухоли изъ воспаленнаго яичника также не можетъ служить показаніемъ къ оперативному удаленію этого органа: послѣдній можно всегда удалить своевременно, когда уже появится опухоль. Относительно симптоматическаго леченія хроническаго оофорита см. главу о тазовомъ перитонитѣ <sup>2)</sup>.

#### 4. Смѣщеніе яичника.

*Prolapsus ovarii.* Выпаденіе яичника (*prolapsus ovarii*), т. е. опущеніе этого органа на самое дно Дугласова кармана, встрѣчается при перегибѣ матки назадъ и выпаденіи ея (см. стр. 47), благодаря тому, что яичникъ при этомъ смѣщается внизъ влѣдствіе влеченія за широ-

<sup>1)</sup> Особенно благоприятные результаты при хроническомъ оофоритѣ даетъ, по моимъ наблюденіямъ, леченіе внутриматочными впрыскиваніями іодъ-алюмополовой смѣси по способу *Грамматикати* (см. мое примѣчаніе на стр. 84). Впрыскиванія эти, какъ показало произведенное *Грамматикати* изслѣдованіе яичниковъ, удаленныхъ у одной больной, которая была пользована по данному способу, — оказываютъ, повидимому, прямое вліяніе на яичники, задерживая ихъ овуляторную дѣятельность. Весьма возможно, что въ этомъ-то вліяніи и кроется суть дѣйствія впрыскиваній на больные яичники. В. Г.

<sup>2)</sup> Изъ симптоматическихъ средствъ, оказывающихъ дѣйствіе спеціально при заболѣваніяхъ яичниковъ, заслуживаютъ вниманія — оваринъ и вытяжка изъ *gl. ragotis*. Первый завоевалъ себѣ прочное мѣсто въ терапіи яичниковыхъ болѣзней; дается онъ обыкновенно въ количествѣ 0,5 pro die. Отъ экстракта изъ околоушной железы видѣли хорошей эффектъ при болѣзняхъ яичниковъ нѣкоторые американскіе гинекологи (см. выше мое примѣчаніе). В. Г.

кую связку. Далѣе, органъ этотъ смѣщается, безъ одновременнаго смѣщенія матки, когда связки яичника, главнымъ образомъ *lig. suspensorium et proprium ovarii*, отличаются вялостью. Частой причиной такой вялости связокъ является постоянное растяженіе ихъ и влеченіе за нихъ со стороны яичника, увеличеннаго вслѣдствіе опухоли или воспаления. Дальнѣйшую причину для вялости ихъ представляетъ собою неудовлетворительное обратное развитіе полового прибора послѣ родовъ. Наконецъ, сюда надо причислить еще одну, хотя и рѣдкую, причину, — это врожденное предрасположеніе къ вялости связочнаго прибора, которое вызываетъ даже у перожавшихъ женщинъ выпаденіе яичника.

Диагнозъ основывается на опредѣленіи одной или двухъ кругловатыхъ, ограниченныхъ опухолей, величиною въ сливу, грецкій орѣхъ или небольшое яблоко, — или позади и возлѣ матки, на куполѣ влагалищнаго свода, или нѣсколько выше и болѣе всторону, смотря по болѣе или менѣе глубокому смѣщенію яичника. При отсутствіи тазоваго перитонита опухоли эти являются подвижными, и ихъ удастся безъ труда вытѣснить изъ Дугласова кармана при помощи давленія со стороны задняго влагалищнаго свода.

Если нѣтъ тазоваго перитонита, то выпавшій (опустившійся) яичникъ не вызываетъ обыкновенно никакихъ болѣзненныхъ явленій. Но вслѣдствіе разстройства кровообращенія можетъ наступить его набуханіе, благодаря которому онъ становится въ концѣ концовъ чувствительнымъ и болѣзненнымъ даже при самомъ легкомъ прикосновеніи. Надо, впрочемъ, имѣть въ виду, что давленіе на нормальную половую железу причиняетъ у женщины такое же непріятное чувство и боль, какъ и у мужчины.

Леченіе выпаденія яичника при новообразованіяхъ его, ретрофлексіи матки и тазовомъ перитонитѣ состоитъ въ леченіи основнаго страданія (см. соотвѣтствующія главы). *Sänger* предложилъ при чревосѣченіяхъ изъ-за другихъ причинъ пришивать смѣстившіеся яичники у входа въ тазъ. Если, при исправленіи ретрофлексіи матки, яичникъ, — что бываетъ въ видѣ исключенія, — не поднимется вмѣстѣ съ маткой вверхъ, то давленія на него можно избѣжать изгибаніемъ пессарія.

При неудовлетворительномъ обратномъ развитіи полового прибора леченіе должно быть направлено на него. Въ запущенныхъ случаяхъ смѣщенія иногда приноситъ пользу массажъ по *Thure Brandt*'у или носеніе *Braun*'овскаго кольца. Болѣзненные явленія въ подобныхъ случаяхъ зависятъ обыкновенно отъ временнаго разстройства кровообращенія въ яичникѣ. Удалить совершенно здоровый, нефиксированный яичникъ, исключительно изъ-за того, что онъ выпалъ, вѣроятно, не рѣшится никто.

*Грыжа яичника (hernia ovarii)*. Она можетъ быть врожденной, а также приобрѣтенной. Смотри по грыжевому отверстию, различаютъ паховую и сѣдалищную грыжу (*hernia inguinalis et hernia ischiadica*). При врожденной паховой грыжѣ дѣло заключается въ смѣщеніи яичника далеко за нормальныя границы его.

Въ приобретенныхъ случаяхъ существуетъ, повидимому, всегда врожденное предрасположеніе къ грыжѣ. Оно состоитъ для паховой грыжи въ незакритіи processus inguinalis peritonei (diverticulum Nuclii), а для сѣдалищной грыжи—въ существованіи fossae ovaricae (см. стр. 17).

При паховой грыжѣ яичникъ находится или въ паховомъ каналѣ, или въ большой губѣ<sup>1)</sup>; при ощупываніи, въ этомъ случаѣ опредѣляется продолговатое тѣло, которое соотвѣтствуетъ по величинѣ и формѣ яичнику, лежащее или надъ Пупартовой связкой или въ большой губѣ. Передъ и во время менструаціи нѣкоторые авторы замѣчали набуханіе этого органа; если яичникъ находится въ паховомъ каналѣ, то онъ можетъ причинять жестокія боли.

Паховая грыжа яичника встрѣчается въ общемъ довольно рѣдко<sup>2)</sup>; только при порокахъ развитія матки и наружныхъ половыхъ частей она представляетъ обыкновенное явленіе; иногда въ грыжевомъ мѣшкѣ находится и соотвѣтствующій рогъ матки. У такъ называемыхъ гермафродитовъ смѣщенный яичникъ нерѣдко смѣшивается съ яичкомъ, каковое смѣшеніе и вполнѣ возможно, если придатокъ яичка неудовлетворительно развитъ, влѣдствіе чего само яичко теряетъ свою своеобразную форму.

Леченіе яичниковой грыжи состоитъ во вправленіи яичника въ брюшную полость и ношеніи бандажа для паховой грыжи. При невриновыхъ грыжахъ приступы болей во время менструаціи могутъ потребовать даже удаленія органа.

Сѣдалищная грыжа яичника можетъ, по *Garré*, образоваться черезъ три отверстія (срав. стр. 18): одно отверстие находится надъ верхнимъ краемъ mus. pyriformis, второе между нижнимъ краемъ mus. pyriformis и верхнимъ краемъ lig. spinoso-sacri, тамъ, гдѣ выходятъ изъ таза art. pudenda и ner. ischiadicus, третье—между lig. spinoso- и tuberoso-sacrum, тамъ, гдѣ m. obturator internus выходитъ изъ таза, и art. et nervus pudendus возвращаются въ тазъ. Первое отверстие чаще всего служитъ мѣстомъ выхода грыжи.

Насколько мнѣ извѣстно, сѣдалищная грыжа яичника, которая вообще встрѣчается крайне рѣдко, распознавалась до сихъ поръ только на трупѣ. Поставить діагнозъ intra vitam почти невозможно, даже при ущемленной грыжѣ. Объ ущемленіи, если оно вообще бываетъ, можно подумать, если у женщины внезапно появятся жестокія боли въ ягодичной области и образуется ограниченная болѣзненная припухлость въ области, которая соотвѣтствуетъ мѣсту положенія уже описанныхъ грыжевыхъ отверстій. Слѣдуетъ-ли въ такомъ случаѣ обнажить грыжевой мѣшокъ и удалить яичникъ вмѣстѣ съ нимъ, или нѣтъ, — это нужно рѣшить послѣ совѣщанія со спеціалистомъ-хирургомъ.

<sup>1)</sup> По *Menicière*, яичники при этомъ оказываются патологически-измѣненными лишь въ исключительныхъ случаяхъ. В. Г.

<sup>2)</sup> Но все-таки чаще, чѣмъ сѣдалищная. В. Г.

Въ видѣ рѣдкихъ исключеній описаны грыжи яичниковыя, бедренныя, пупочныя и бѣлой линіи. Удовлетворительное анатомическое объясненіе развитія этихъ грыжъ дать трудно.

### 5. Бугорчатка яичниковъ.

Бугорчатка яичниковъ до сихъ поръ извѣстна только въ видѣ частичнаго проявленія туберкулезнаго заболѣванія другихъ органовъ <sup>1)</sup>. Въ этой формѣ она встрѣчается не рѣдко и имѣетъ чрезвычайно важное практическое значеніе. Яичникъ заражается, насколько мы знаемъ, только прямымъ путемъ, — путемъ распространенія болѣзни со стороны сосѣднихъ органовъ, по преимуществу со стороны брюшины. Оба яичника поражаются бугорчаткой зачастую одновременно. Яичникъ, окруженный со всѣхъ сторонъ перитонитическими сращениями, при бугорчаткѣ брюшины предохраненъ отъ туберкулезнаго зараженія (*Wolff*). Бугорчатка яичника развивается въ общеизвѣстной формѣ казеозно-гнойнаго распада съ образованіемъ гнойныхъ полостей и въ видѣ милиарной бугорчатки <sup>2)</sup>. Въ обоихъ случаяхъ въ яичникѣ встрѣчаются характерныя для туберкулеза образованія именно гигантскія клѣтки и туберкулезныя бациллы; однако послѣднія опредѣляются относительно рѣдко. При милиарной формѣ яичникъ можетъ макроскопически имѣть совершенно нормальный видъ (*Wolff*).

Въ виду зависимости бугорчатки яичника отъ таковой же брюшины, водянка брюшной полости является очень частымъ ея спутникомъ. Смѣшеніе бугорчатки яичника и брюшины съ такъ назыв. узелковымъ перитонитомъ (*peritonitis nodosa*, см. выше), который точно также вызываетъ асцитъ, и при которомъ имѣются кожныя бугорки на яичникѣ и брюшинномъ покровѣ внутреннихъ половыхъ органовъ, — вещь вполне возможная. Бугорчатка яичника, насколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ *intra vitam* ни въ одномъ случаѣ не распознавалась. При значительномъ асцитѣ на туберкулезной почвѣ можно предположить участіе въ

<sup>1)</sup> Относительно того, встрѣчается-ли бугорчатка яичниковъ, какъ первичное заболѣваніе, — авторы до сихъ поръ спорятъ. *Orthmann* думаетъ, что она не была наблюдаема ни разу; собравъ въ своей работѣ 181 случай туберкулеза яичниковъ, авторъ нашелъ, что во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣло мѣсто вторичное пораженіе яичниковъ. *Schottländer*, напротивъ, допускаетъ возможность первичнаго пораженія яичниковъ бугорчаткой, хотя и считаетъ его крайне рѣдкимъ. *Franqué*, на основаніи своихъ изслѣдованій, убѣдился, что первичный туберкулезъ яичниковъ — вещь несомнѣнно возможная, причемъ возникаетъ онъ путемъ прямого зараженія изъ рукава, чрезъ посредство лимфатическихъ путей. *Löffler* описалъ недавно случай туберкулеза яичниковъ, гдѣ, по его мнѣнію, заболѣваніе было первичнымъ, хотя въ этомъ случаѣ существовали бугорки и на брюшинѣ. *Munaret* могъ найти въ литературѣ лишь 3 случая первичнаго яичниковаго туберкулеза. *В. Г.*

<sup>2)</sup> *Orthmann*, разбирая вопросъ о бугорчаткѣ яичниковъ, различаетъ туберкулезный періоофоритъ отъ туберкулезнаго заболѣванія самихъ яичниковъ. Первый является или диссеминированнымъ, или разлитымъ; туберкулезный же оофоритъ можетъ представлять, по *O.*, три разновидности: милиарную (наиболѣе часто встрѣчающуюся), творожистую и гнойниковую. По *Schottländer*'у, главныя измѣненія при бугорчаткѣ сосредоточиваются въ корковомъ слое, хотя и медуллярный не защищенъ отъ нихъ. Въ корковомъ слое пораженію подвергаются не только строма и желтыя тѣла съ ихъ производными, но и фолликулы. *В. Г.*

заболѣваніи и яичника. Предеказаніе и леченіе зависить отъ распростра-ненія первичнаго заболѣванія. Въ единичныхъ случаяхъ, гдѣ очагъ бугорчатки находится во внутреннихъ половыхъ органахъ, удаленіемъ матки, трубъ и яичниковъ удавалось достигнуть хотя временнаго улучшенія.

## VII. Болѣзни влагалища.

### 1. Анатомія влагалища.

Значительно большею свою частью влагалище лежитъ въ днѣ таза, слѣдовательно вѣбрюшинно; только верхняя часть его задней стѣнки покрыта брюшиной и принимаетъ участіе въ образованіи передней стѣнки Дугласова кармана. Положеніе влагалища соотвѣтствуетъ приблизительно направленію проводной оси таза, причеиъ ось его образуетъ съ таковою же матки (нормально лежащей) тупой или прямой уголъ, открытый кпереди. Благодаря такому положенію, передняя стѣнка влагалища (*paries posterior*) короче задней (*paries anterior*): первая имѣетъ въ длину 7—8 сант., послѣдняя же 8—10 сант.

Влагалищныя стѣнки обыкновенно прилежатъ другъ къ другу, причеиъ передняя лежитъ на задней; просвѣтъ влагалища имѣетъ въ поперечномъ разрѣзѣ форму латинскаго Н.

Влагалище дѣлается на слѣдующіе отдѣлы:

1) сводъ влагалища (*fovrnix vaginae*), окружающій со всѣхъ сторонъ влагалищную часть матки; онъ раздѣляется на передній, задній, лѣвый и правый; при нормальной *anteversio-flexio* матки задній сводъ глубже, чѣмъ передній и оба боковыя;

2) влагалищную трубку (рукавъ), представляющую среднюю часть влагалища;

3) входъ во влагалище (*orificium vaginae*), который у дѣвиць отдѣленъ отъ преддверія посредствомъ почти круговой складки—*hymen femininus*.

Передняя стѣнка влагалища соединена вверху, посредствомъ рыхлой ткани, богатой венами, съ дномъ мочевого пузыря, внизу, посредствомъ крѣпкой, плотной соединительной ткани,—съ мочеиспускательнымъ каналомъ. Общая стѣнка влагалища и мочеиспускательнаго канала (*septum urethrovaginale*) имѣетъ толщину въ 5 мм. и больше. Сзади, подъ Дугласовымъ карманомъ, влагалище въ нижнихъ своихъ двухъ третяхъ прилежатъ къ прямой кишкѣ, будучи отдѣлено отъ послѣдней посредствомъ ткани, богатой венами, въ которую заходятъ отростки *fasciae endopelvincae*. При скопленіи каловыхъ массъ въ прямой кишкѣ, задняя стѣнка выпячивается значительно кпереди, такъ что массы эти легко оцунать пальцемъ, введеннымъ во влагалище. По направленію къ влагалищному входу влагалище оттѣсняется отъ прямой кишки тѣломъ промежности, которое книзу становится постепенно шире.

Мочеточники на своемъ пути въ мочевой пузырь съ обѣихъ сторонъ

приходить въ близкое соприкосновеніе съ переднимъ и боковыми сводами влагалища <sup>1)</sup>).

Влагалище, которое подобно маткѣ и трубамъ развивается изъ соединенныхъ Мюллеровыхъ ходовъ, а именно изъ нижняго конца ихъ, окружено рыхлой соединительной тканью. Въ ней развѣтвляются главные стволы артерій (*ramus cervico-vaginalis [vesicalis] art. uterinae, art. vaginalis, art. haemorrhoidalis media*, анастомозы между *art. labiales posteriores* и *art. bulbi vestibuli vaginae*) и проходятъ многочисленные вены, которыя образуютъ очень вѣтвистую сѣть вокругъ всей влагалищной стѣнки (*plexus vaginalis*). Изъ веннаго влагалищнаго сплетенія отходятъ стволы (*v. vesico-vaginalis* и *v. utero-vaginalis*) къ *v. hypogastrica*. Внизу *plexus vaginalis* находится въ соединеніи въ венами наружныхъ половыхъ частей. Первые влагалища проходятъ частью изъ *plexus hypogastricus*, который образуется шеечными и пузырьными узлами, частью изъ крестцовыхъ нервовъ, концевыя вѣтви которыхъ простираются до самого эпителия влагалища.

Влагалищная стѣнка состоитъ изъ 1) мышечнаго слоя (*tunica muscularis*), который образуется гладкими мышечными волокнами и представляетъ собою непосредственно продолженіе главнаго слоя мускулатуры матки <sup>2)</sup>; у входа во влагалище имѣется круговая мышца (*sphincter vaginae, Luschka*), состоящая изъ поперечнополосатыхъ мышечныхъ пучковъ; 2) изъ слизистой оболочки (*tunica mucosa*), которая толще, чѣмъ мышечный слой, и соединена съ нимъ посредствомъ широкопетливой соединительной ткани, почему иногда при операціяхъ по поводу выпаденія влагалища и удается снять ее въ видѣ одного лоскута.

Слизистая оболочка влагалища состоитъ изъ соединительнотканной основы, покрытой многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, который переходитъ тоже на влагалищную часть матки и доходитъ до внутренняго края наружнаго маточнаго зѣва. Железъ во влагалищной стѣнкѣ нѣтъ; зато здѣсь разбѣяны повсюду скопленія лимфоидной ткани, которая иногда образуетъ настоящіе лимфатическіе узлы (*noduli lymphatici vaginales*) <sup>3)</sup>.

Въ дѣвственномъ состояніи слизистая оболочка влагалища образуетъ, особенно въ нижней части, многочисленныя поперечныя складки, въ родѣ перекладинъ, — *rugae*. Онѣ образуютъ посрединѣ передней и задней стѣнки по одному продольному возвышенію — *columna rugarum anterior et posterior*.

<sup>1)</sup> По *Funkel*, мочеточники вплотную прилегаютъ къ передней и боковымъ стѣнкамъ влагалища въ  $1\frac{1}{2}$ —2 сант. книзу отъ наружнаго зѣва матки. В. Г.

<sup>2)</sup> Мышечные пучки въ стѣнкахъ влагалища имѣютъ преимущественно продольное направленіе; появляются они здѣсь даже раньше появленія мускулатуры въ стѣнкѣ матки; съ маточной мускулатурой мускулатура влагалища находится въ тѣсной связи, а именно, одна часть пучковъ (лежащая снаружи) переходитъ въ матку, сохраняя свое продольное направленіе, такъ что наружный продольный слой маточной мускулатуры является ея непосредственнымъ продолженіемъ; другіе пучки, занимающіе срединное положеніе, въ шейкѣ матки развѣтвляются вѣерообразно и терются своими окончаніями въ циркулярной мускулатурѣ шейки; третьи, лежащіе болѣе кнутри, перегибаются дугообразно черезъ своды и терются среди соединительной ткани *portionis vaginalis uteri*. В. Г.

<sup>3)</sup> Особенно богата лимфоидными элементами *mucosa vaginae* у молодыхъ особъ. В. Г.

Нижній, сильно выдающійся вперед отдѣлъ *columnae anterioris* (надъ которымъ проходитъ мочеиспускательный каналъ) называется *carina urethralis*. По всей длинѣ влагалища на складкахъ и между ними, а также въ верхнемъ сводѣ, встрѣчаются многочисленныя сосочки.

Дѣвственная плева (*hymen*) представляетъ собою круговую, тонкую соединительную перепонку, богатую кровеносными сосудами, на окончаніяхъ которыхъ она имѣетъ многочисленныя сосочки. Обѣ стороны ея покрыты плоскимъ эпителиемъ, который на наружной сторонѣ *hymen*'а представляетъ собою непосредственное продолженіе эпителия преддверія и переходитъ безъ измѣненія своего характера и наружнаго вида въ эпителию внутренней поверхности, образующій непосредственное продолженіе влагалищнаго эпителия. Дѣвственная плева имѣетъ, приблизительно посрединѣ, отверстіе, величиною въ горошину или въ вишню; его можно видѣть лишь тогда, когда перепонка будетъ растянута. Обыкновенно края *hymen*'а на обѣихъ сторонахъ сходятся на-подобіе крыши или заходятъ другъ на друга и выпячиваются въ преддверіе въ видѣ бугорка. Большею частью плева сзади шире, чѣмъ спереди, благодаря чему она въ растянутомъ видѣ имѣетъ форму полумѣсяца (*hymen semilunaris*). Свободный край дѣвственной плевы иногда гладокъ, иногда же болѣе или менѣе глубоко зубчатъ (*hymen fimbriatus*, *Luschka*, *Dohrn*). Другія рѣдкія формы *hymen*'а имѣютъ небольшое практическое значеніе <sup>1)</sup>. При первомъ половомъ сношеніи *hymen* надрывается болѣе или менѣе глубоко <sup>2)</sup>, а во время рожденія доношеннаго младенца онъ совершенно разрывается; остатки его замѣтны у входа во влагалище у рожавшихъ женщинъ въ видѣ лоскутковъ или бородавчатыхъ возвышеній.

## 2. Выпаденіе влагалища.

При этой аномаліи стѣнки влагалища вялы и выпячиваются изъ зияющаго входа во влагалище. При этомъ или выпадаетъ лишь часть

<sup>1)</sup> Въ новѣйшее время *Никитинъ* предлагаетъ классифицировать гимены на 1) обычныя формы, характеризующіяся очертаніемъ ихъ поверхности, 2) менѣе обычныя, характерный признакъ которыхъ составляютъ неровности свободнаго края плевы, и 3) рѣдкія формы, характеристичной которыхъ служитъ число отверстій плевы, неравное единицѣ. Первый родъ обнимаетъ 4 вида: кольцеобразный гимень, полулунный, трубчатый или воронкообразный и губовидный; второй родъ—2 вида: *долчатый* или *лоскуттый* и бахромчатый гимень; третій родъ—3 вида: двухъкончатый гимень, слѣпой и рѣшетчатый.

В. Г.

<sup>2)</sup> Произведенные такимъ образомъ надрывы гимена иногда бываетъ очень трудно отличить отъ естественныхъ углубленій свободнаго края плевы при *hymen fimbriatus*. Для отличія нужно обратить тщательное вниманіе на характеръ краевъ углубленія: при надрывахъ края эти окаймлены рубцомъ, болѣе или менѣе богатымъ сосудами; у естественныхъ же углубленій края состоятъ изъ узкой каемки, совершенно лишенной сосудовъ (такая каемка находится на свободномъ краѣ всякаго гимена). Разумѣется, чтобы опредѣлить эту разницу, необходимо очень точно осмотрѣть гимень. Для этого *Мержеевскій* совѣтуетъ вводить въ нижнюю часть рукава тонкоствѣнный резиновый шарикъ; въ отверстіе плевы шарикъ этотъ вводится въ сложенномъ видѣ, по введеніи же его надуваютъ воздухомъ; при этомъ гимень растягивается на поверхности шарика и дѣлается доступнымъ для подробнаго осмотра.

В. Г.

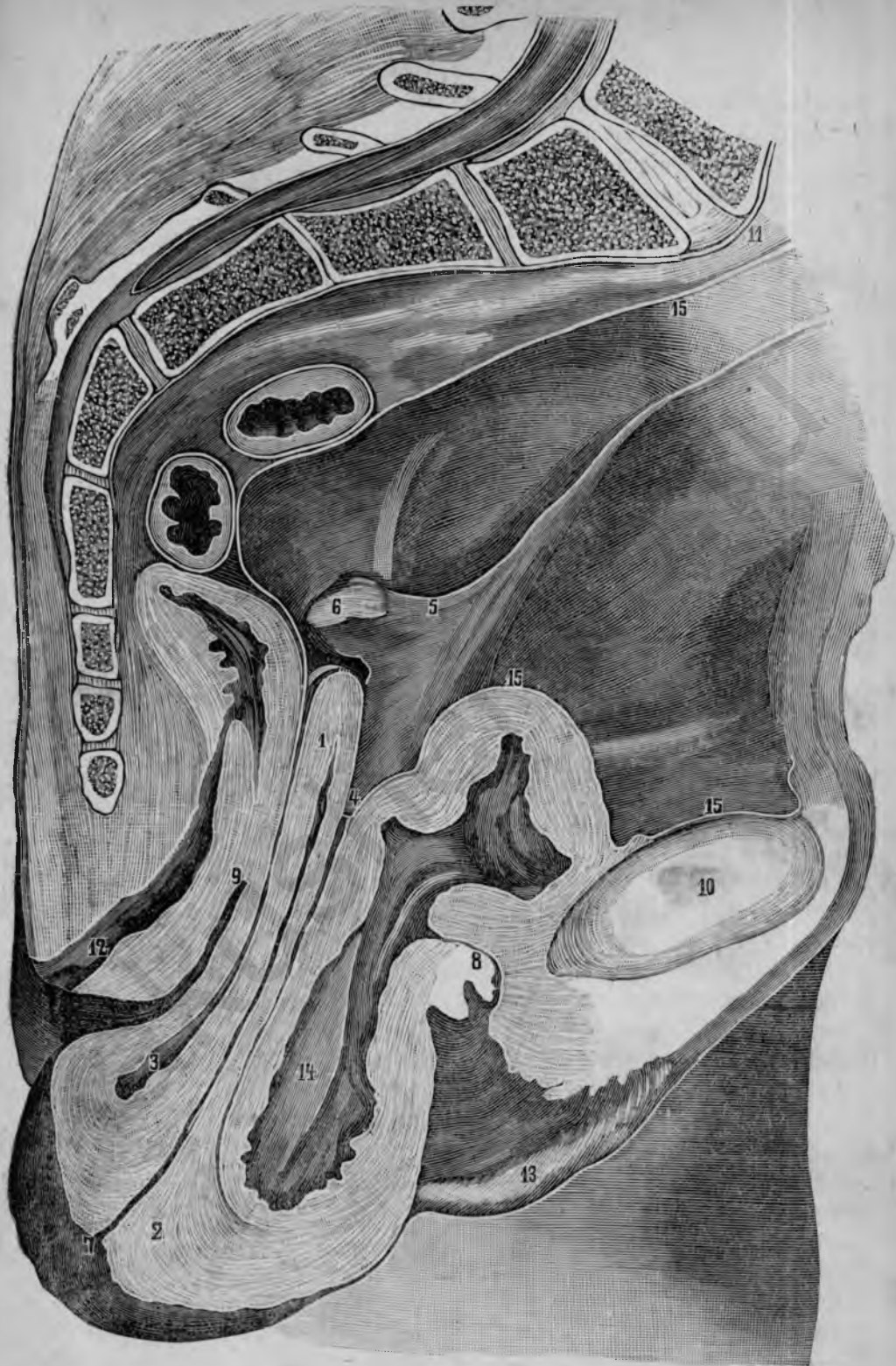


Рис. 68. Застарелое выпадение влагалища съ cystocele и удлинением маточной шейки.  
 1—Матка. 2—Portio vaginalis. 3—Дугласовъ карманъ. 4—Маточно-пузырная складка. 5—  
 Lig. suspensorium ovarii. 6—Фаллопиева труба. 7—Наружный маточный зъвъ. 8—Уретра.  
 9—Задний влагалищный сводъ. 10—Симфизъ. 11—Promontorium. 12—Прямая кишка. 13—  
 Малая губа. 14—Мочевой пузырь. 15—Брюшина.



влагалища—*descensus vaginae*, или все влагалище представляется вывороченнымъ наружу—*prolapsus vaginae*.

Выпадать можетъ, далѣе, или одна передняя, или одна задняя стѣнка. Спереди выпячивается наружу или *carina urethralis*, или — что бываетъ чаще—верхняя половина стѣнки влагалища. Въ послѣднемъ случаѣ мочевой пузырь, именно задняя его стѣнка, всегда принимаетъ участіе въ выпаденіи, въ наполненномъ состояніи выпячивая въ видѣ шара переднюю стѣнку влагалища, почему эта степень опущенія передней стѣнки влагалища и называется *cystocele*. Въ застарѣлыхъ случаяхъ вся передняя стѣнка влагалища выворочена, мочеиспускательный каналъ имѣетъ обратное направленіе, именно, снизу вверхъ (рис. 68).

Задняя стѣнка влагалища можетъ выпадать тоже двояко: при опущеніи верхней трети влагалищной стѣнки имѣется грыжевидное выпячиваніе (*Freund*), причѣмъ въ грыжевомъ мѣстѣ находятся кишечныя петли; если же выпадаетъ только нижній отдѣлъ задней влагалищной стѣнки, то въ выпаденіи нерѣдко принимаетъ участіе прямая кишка, передняя стѣнка которой тогда вдается въ выпавшую часть стѣнки влагалища и образуетъ такимъ образомъ *rectocele*. Выпаденіе задней стѣнки влагалища рѣдко достигаетъ такихъ размѣровъ, какъ выпаденіе передней, несмотря на то, что при удлиненіи шейки задняя стѣнка всегда увлекается вмѣстѣ съ нею внизъ. Даже въ запущенныхъ случаяхъ выпаденія *rectocele* часто отсутствуетъ.

Съ опущеніемъ влагалища можетъ одновременно смѣститься внизъ и матка, такъ что она, находясь большею частью въ ретрофлексіи, при полномъ выпаденіи влагалища лежитъ совершенно внѣ таза.

Въ другихъ случаяхъ тѣло матки, несмотря на значительное выпаденіе влагалища, удерживаетъ свое нормальное положеніе въ тазу, но зато шейка матки бываетъ настолько удлинена, что *portio vaginalis* ея находится въ половой щели или даже внѣ ея (рис. 68). При этомъ дѣло заключается, какъ на это указалъ уже *Marion Sims*, рѣдко въ гипертрофіи, чаще въ простомъ вытяженіи (удлиненіи) надвлагалищной части шейки, причѣмъ она обыкновенно представляетъ собою шнуръ толщиной лишь въ палецъ или карандашъ <sup>1)</sup>). Полнаго выпаденія матки одновременно съ удлиненіемъ шейки не встрѣчается, такъ что правило, данное *Marion Sims*омъ: „Если тѣло матки выступаетъ изъ таза, то отсутствуетъ удлиненіе надвлагалищной части шейки и наоборотъ“, — сохраняетъ до сихъ поръ свое значеніе. Въ третьемъ ряду случаевъ выпаденія дѣло заключается въ гипертрофіи влагалищной части шейки, причѣмъ верхняя часть влагалища, его своды, — нѣсколько смѣщается внизъ. Обыкновенно опущеніе влагалища достигаетъ, однако, лишь незначительной степени, и гипертрофія влагалищной части въ подобныхъ случаяхъ представляетъ собою главное измѣненіе.

<sup>1)</sup> Матка можетъ при этомъ достигать весьма значительной длины. Такъ, *Flatau* описалъ одинъ случай выпаденія, гдѣ длина матки, благодаря удлиненію шейки, равнялась 20 сант. В. Г.

*Этиология.* Самою частою причиною выпаденія влагалища являются роды и послѣродовой періодъ. Въ частности, это слѣдуетъ сказать относительно полнаго выпаденія влагалища и матки. Вторую форму—*descensus vaginae cum elongatione cervicis supravaginalis*—можно встрѣтить и у женщинъ, никогда не бывшихъ беременными. Третья форма, характеризующаяся гипертрофіей влагалищной части, не находится въ связи съ родами и послѣродовымъ періодомъ и встрѣчается какъ у нерожавшихъ, такъ и у повторнорожавшихъ, чаще же у первыхъ <sup>1)</sup>.

Среди поврежденій, обусловливаемыхъ родами и послѣродовымъ періодомъ и способствующихъ развитію выпаденія, заслуживаютъ вниманія слѣдующія:

1. *Hernia diaphragmatica pelvis.* При прохожденіи головки плода при родахъ *musc. levator ani* и покрывающая его фасція (*fascia diaphragmatis pelvis superior et inferior*) подвергаются сильному растяженію, и даже, вѣроятно, мѣстами разрываются, благодаря чему все тазовое дно теряетъ свою опору. Какъ только родильница, — какъ это обыкновенно бываетъ, — встанетъ слишкомъ рано съ постели, — тазовое дно растягивается еще больше, благодаря дѣйствию внутрибрюшного давленія и брюшного пресса, и начинаетъ вымчиваться на-подобіе грыжи. Влагалище и матка лишаются при этомъ своей опоры, матка спускается все глубже въ тазъ, а влагалище постепенно выворачивается и выступаетъ изъ податливаго *introitus vaginae*, несмотря иногда даже на отсутствіе разрыва промежности. Въ концѣ концовъ все влагалище оказывается вывороченнымъ, а матка — лежащей совершенно внѣ таза. Въ чрезмѣрномъ растяженіи тазоваго дна во время родовъ играетъ, вѣроятно, нѣкоторую роль извѣстное врожденное предрасположеніе, которое въ общемъ состоитъ въ ослабленной сопротивляемости мышцъ и фасцій, ибо одновременно съ выпаденіемъ влагалища зачастую встрѣчается и отвислый животъ (*venter prorepens*).

2. *Subinvolutio uteri.* Развитие выпаденія ускоряется неудовлетворительнымъ обратнымъ развитіемъ матки и ея связокъ послѣ родовъ, особенно если первая находится въ ретрофлексіи. Большая, тяжелая, находящаяся въ ретрофлексіи матка смѣщаетъ заднюю стѣнку влагалища внизъ, такъ что многіе авторы считаютъ ретрофлексію послѣродовой матки начальной стадіей выпаденія влагалища (см. стр. 48).

Если въ подобныхъ случаяхъ связочный аппаратъ сохранилъ свою крѣпость, то матка или остается на своемъ нормальномъ мѣстѣ въ тазу,

<sup>1)</sup> Иногда, хотя и рѣдко, выпаденіе влагалища и матки наблюдается и въ качествѣ врожденнаго порока у новорожденныхъ. Выпаденіе при этомъ то сопровождается гипертрофіей маточной шейки, то нѣтъ (*Ballantyne* и *Thomson*). Обыкновенно эта аномалія встрѣчается у новорожденныхъ, имѣющихъ такъ наз. *spina bifida*. Однако описаны и такіе случаи (*Radwansky*), гдѣ выпаденіе наблюдалось у новорожденныхъ, во всѣхъ прочихъ отношеніяхъ развитыхъ вполне правильно. Происхожденіе врожденныхъ выпаденій авторы ставятъ въ связь то съ врожденною слабостью связочнаго аппарата матки, то съ глубокими разстройствоми иннервации.

или, если смѣщается внизъ, то лишь незначительно; только влагалище опускается, причѣмъ подъ вліяніемъ влеченія за шейку развивается удлиненіе надвлагалищной ея части. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ первымъ начинается опускаться верхній отдѣлъ влагалища, притомъ лишь въ видѣ исключенія—задній сводъ, обыкновенно же передній. Въ последнемъ случаѣ въ опущеніи влагалища всегда принимаетъ участіе и мочевого пузыря. Этотъ фактъ заставилъ, какъ извѣстно, въ свое время *Marion Sims's* высказать мнѣніе, что всякое опущеніе рукава начинается съ *cystocele*, и что устраненіемъ *cystocele* можно излечить resp. предупредить всякое выпаденіе влагалища. Изслѣдованія *Sims's* въ этомъ направленіи привели его къ открытію операциі зашиванія передней стѣнки влагалища (*colporrhaphia anterior*). Давленіе со стороны наполненнаго мочевого пузыря отбъсняетъ переднюю стѣнку влагалища все болѣе и болѣе въ просвѣтъ рукава, пока она совсѣмъ не вывернется наружу. Благодаря удлиненію надвлагалищной части шейки, какъ вполнѣ правильно замѣтилъ *Winter*, смѣщается при этомъ внизъ также и задняя стѣнка, но обыкновенно не въ такой степени, какъ передняя (рис. 68).

3. *Разрывъ промежности*. Благодаря разрыву промежности и влагалища при родахъ, передняя стѣнка влагалища, и въ частности *agina vaginae*, теряетъ свою опору и выпячивается въ половую щель. Въ концѣ концовъ можетъ опуститься и верхній отдѣлъ этой стѣнки. Верхній отдѣлъ задней стѣнки съ потерей промежности также лишается своей опоры, влѣдствіе чего можетъ развиваться грыжа влагалища; *rectocele* же встрѣчается при этомъ рѣдко, ибо рубцовая ткань препятствуетъ развитію выпаденія нижняго отдѣла влагалища и образованію дивертикула въ прямой кишкѣ.

Далеко не каждый разрывъ промежности влечетъ, однако, за собой выпаденіе влагалища. Довольно часто приходится видѣть большіе, даже полные разрывы промежности, просуществовавшіе долгое время, безъ всякаго выпаденія влагалища. Повидимому, для развитія послѣдняго при разрывахъ промежности требуется еще одновременное существованіе разслабленія тазоваго дна <sup>1)</sup>).

*Симптомологія*. Выпаденіе влагалища вызываетъ очень разнообразныя припадки. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ больныя жалуются на такое ощущеніе, какъ будто у нихъ что-то выдавливается наружу. Вначалѣ иногда у нихъ наблюдаются частыя позывы къ мочеиспусканію, послѣ развитія же *cystocele* полное опорожненіе мочевого пузыря становится возможнымъ лишь послѣ вправленія выпаденія. На опорожненіе кишечника выпаденіе обыкновенно не вліяетъ. Способность къ зачатію

<sup>1)</sup> Помимо врожденныхъ и послѣродовыхъ выпаденій матки, встрѣчаются и случаи выпаденій, развившихся подъ вліяніемъ другихъ моментовъ, напр. сильной пуги влѣдствіе поднятія тяжести. Интересный случай такого выпаденія былъ недавно описанъ *Villemain*омъ; въ этомъ случаѣ выпаденіе развилось у 14-лѣтней дѣвушки, поднявшей тяжелую ношу, и было настолько значительно, что матка выдавалась изъ половой щели на 4—5 сант.

даже при значительномъ выпаденіи влагалища оказывается не нарушенною. При неудовлетворительномъ обратномъ развитіи полового прибора и при ретрофлексіи больныя послѣ продолжительной ходьбы или стоянія имѣютъ чувство давленія на низъ и страдаютъ постоянными кровотечениями или продолжительными или обильными регулами (см. стр. 49).

Mucosa выпавшей влагалищной стѣнки очень скоро теряетъ свойственную слизистой оболочкѣ влажность, дѣлается подъ вліяніемъ постоянного соприкосновенія съ наружнымъ воздухомъ сухою и становится похожей на кожу.

На выпавшей стѣнкѣ влагалища и на portio vaginalis, которая въ застарѣлыхъ случаяхъ пріобрѣтаетъ своеобразную, вытянутую въ ширину форму (рис. 68) <sup>1)</sup>, образуются отъ тренія при ходьбѣ и работѣ и отъ затрудненнаго кровообращенія язвы, имѣющія сходство съ торпидными язвами голени. Края этихъ язвъ являются обыкновенно утолщенными и круто обрѣзанными, сами же язвы имѣютъ яркокрасное дно, покрытое вялыми грануляціями. Пока больная ходитъ съ выпавшимъ влагалищемъ, язвы не обнаруживаютъ наклонности къ заживленію. У старухъ, несмотря на атрофію матки, выпаденіе ничуть не уменьшается, и выпавшее влагалище образуетъ собою большой мѣшокъ, въ которомъ можетъ помѣщаться значительная часть кишечныхъ петель.

Полное выпаденіе влагалища и матки въ значительной степени ослабляетъ работоспособность больныхъ. Больныя язвы на влагалищѣ и portio vaginalis, вслѣдствіе тренія, кровоточатъ и отдѣляютъ жидкость, такъ что больная постоянно мокра.

При наступленіи беременности всѣ болѣзненные явленія, вызываемыя выпаденіемъ, усиливаются подъ вліяніемъ увеличенія матки, разрыхленія и кровенаполненія половыхъ частей. Когда же беременная матка выйдетъ изъ малаго таза, влагалище поднимается вслѣдъ за нею вверхъ, и врипадки улучшаются съ тѣмъ, чтобы послѣ родовъ вернуться въ усиленной степени. Во время родовъ выпаденіе можетъ мѣшать тѣмъ, что глубокостоящая головка будетъ выдвигать впереди себя и вытѣснять вялое влагалище.

При высокой степени выпаденія, особенно если матка находится въ ретрофлексіи, случается иногда, что беременное тѣло матки ущемляется въ маломъ тазу. Выпавшее влагалище и portio vaginalis матки сильно припухаютъ тогда и принимаютъ темно-синюю окраску. Стулъ при этомъ задержанъ, моченспусканіе невозможно. Если больной во-время не будетъ подана нужная помощь, то дѣло можетъ дойти до жестокаго воспаленія

---

<sup>1)</sup> По послѣдованіямъ *Алексева* и др. авторовъ, выпаденіе всегда сопровождается рѣзкими гистологическими измѣненіями влагалищной части матки. Въ общемъ измѣненія эти могутъ быть сведены къ отеку и хроническому воспаленію какъ паренхимы влагалищной части, такъ и выстилающей соответственную часть шеечнаго канала слизистой оболочки, цилиндрической эпителий которой замѣщается, кромѣ того, на большемъ или меньшемъ протяженіи многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ.

мочевого пузыря съ омертвѣніемъ его стѣнки и до смертельнаго исхода отъ септического перитонита; или раньше, чѣмъ это наступитъ, подъ вліяніемъ ущемленія развиваются родовыя боли, причемъ съ рожденіемъ плода само ущемленіе проходитъ <sup>1)</sup>.

*Распознаваніе выпаденія* просто и легко. У повторнорожавшихъ женщинъ половая щель всегда нѣсколько зияетъ, а передняя и задняя стѣнки влагалища слегка выдаются наружу. Это состояніе нельзя, однако, разсматривать, какъ выпаденіе, ибо оно можетъ просуществовать много лѣтъ, не причиняя ни малѣйшихъ разстройствъ. Если имѣется временное выпаденіе, которое вправлено, то изслѣдующій палецъ сразу ощущаетъ вялыя складки влагалища. Если заставить такую большую потужиться, то немедленно выпятится изъ половой щели передняя стѣнка влагалища, а затѣмъ покажется и наружный зѣвъ *portionis vaginalis*. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ при натуживаніи можетъ выйти наружу все влагалище; если оно не выходитъ, то его можно вытянуть посредствомъ пулевыхъ щипцовъ, захвативъ ими влагалищную часть. Удлиненная надвлагалищная часть шейки прощупывается въ видѣ тяжа, который перекатывается между двумя пальцами.

Опредѣленіе матки при выпаденіи производится обычнымъ путемъ; въ частности, удлиненіе ея полости опредѣляется, въ случаѣ нужды, помощью маточнаго зонда. При наполненномъ мочевомъ пузырьѣ *cystocele* легко находятъ въ видѣ плотнаго, эластическаго флюктуирующаго выпячиванія въ области выпавшей передней стѣнки влагалища; въ случаѣ надобности, къ этому присоединяютъ катетеризацію мочевого пузыря. *Rectocele* опредѣляется пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку.

Если имѣется старый, зарубцевавшійся разрывъ промежности, то половая щель оказывается удлиненной по направленію къ заднепроходному отверстию, иногда даже доходящей до этого послѣдняго.

*Леченіе.* Какъ при многихъ другихъ страданіяхъ, такъ и при выпаденіи профилактика даетъ болѣе шансовъ на успѣхъ, чѣмъ непосредственное леченіе. Умѣлымъ веденіемъ родовъ и послѣродового періода и своевременнымъ вмѣшательствомъ при неудовлетворительномъ обратномъ развитіи полового прибора можно предупредить преобладающее большинство выпаденій.

Ретрофлексія матки должна быть исправлена въ антеверсію еще въ послѣродовомъ періодѣ, а обратное развитіе пуэрперальной матки слѣдуетъ ускорять горячими влагалищными душами и назначеніемъ *secalis cornuti* (стр. 52).

Чрезмѣрное растяженіе и разрывъ *diaphragmatis pelvis* можно предот-

<sup>1)</sup> Острое ущемленіе выпавшей матки можетъ встрѣчаться и вѣд беременности, сказываясь увеличеніемъ объема матки (иногда до величины головки новорожденнаго), почернѣніемъ ея, сильными болями и ир. Если въ такихъ случаяхъ больной не будетъ подана соответствующая помощь, — въ формѣ ли вправленія, или въ формѣ исцѣленія матки, — то дѣло можетъ дойти до омертвѣнія органа со смертельнымъ исходомъ.

вратить лучше всего заботой о медленном прорѣзываніи головки при надлежащей защитѣ промежности; при этомъ головка, во время врѣзванія, должна быть сильно отбѣсняема кпереди для того, чтобы освободить сильно выпяченный задній отдѣлъ *diaphragmatis pelvis*.

Далѣе, для того, чтобы сохранить діафрагму таза, нужно: 1) при извлеченіи за ножку всегда помнить, что при этой операциі послѣпность нужна лишь тогда, когда приступаютъ къ освобожденію плечиковъ и головки; 2) высокіе щипцы накладываютъ лишь при наличности строгихъ показаній къ этой операциі; 3) при всякихъ щипцахъ, даже если головка стоитъ низко, производить операцию старательно и осторожно, выводя головку при возможно лучшемъ освобожденіи задняго отдѣла *diaphragmatis pelvis* и не думая, какъ это часто дѣлаютъ начинающіе, что при этой операциі главное дѣло заключается въ возможно болѣе быстромъ извлеченіи головки.

Все, что способствуетъ сохраненію *diaphragmatis pelvis*, содѣйствуетъ одновременно и сохраненію промежности. Въ случаѣ же, если бы, несмотря на всю осторожность, разрывъ промежности все-таки произошелъ, — его надо немедленно зашить.

*Зашиваніе свѣжихъ разрывовъ промежности (perineorrhaphia primaria)*. Молодой врачъ отнюдь не долженъ думать, что разрывомъ промежности онъ унизитъ свой акушерскій авторитетъ; напротивъ, онъ долженъ открыто заявить о немъ и настоять на его зашиваніи, по крайней мѣрѣ если разрывъ превышаетъ въ длину два сантиметра. Если врачъ самъ велъ роды, то онъ долженъ зашить разрывъ немедленно же по окончаніи родового акта. Вообще чѣмъ раньше будутъ наложены швы на разорванную промежность, тѣмъ лучше для заживленія. Въ первыя сутки они могутъ быть наложены безъ всякихъ дальнѣйшихъ приготовленій, позже же приходится предварительно удалять грануляціи ножомъ или острой ложечкой.

Для зашиванія промежности нужно пользоваться лишь прочнымъ и надежнымъ матеріаломъ, каковы шелъ и сѣлькормъ. Примѣненіе серебряной проволоки, несмотря на всѣ ея преимущества, нѣсколько хлопотливо, а потому и неудобно, тѣмъ болѣе, что зашиваніе промежности послѣ родовъ приходится производить обычно въ частныхъ домахъ и притомъ безъ ассистента. Равнымъ образомъ, пользующійся покупнымъ матеріаломъ для швовъ, пусть лучше не примѣняетъ и кѣгуту, а слѣдовательно и непрерывнаго шва. Готовый кѣгутъ, приготовляемый на фабрикахъ, въ смыслѣ прочности и чистоты не совѣмъ надеженъ. Представляетъ-ли новый кумоловый кѣгутъ въ этомъ отношеніи исключеніе—это покажетъ лишь опытъ.

*Зашиваніе неполныхъ разрывовъ*. Разрывъ промежности первой и второй степени, который имѣетъ очертанія болѣе или менѣе правильнаго треугольника, зашить нетрудно. Верхній уголь разрыва, если нужно, можно захватить пучевыми щипцами и вытянуть; затѣмъ накладываютъ,

начиная сверху, 4—6 узловыхъ швовъ, которые въ области влагалища имѣютъ дугообразное направленіе съ выпуклостью книзу, въ области же промежности проходятъ поперечно. Иглу вкалываютъ слѣва, отступя отъ края разрыва миллиметра на 3, и выкалываютъ у праваго края на такомъ же разстояніи; вести ее нужно подъ самымъ дномъ раны для того, чтобы не образовалось кармановъ и полостей; далѣе, надо слѣдить за тѣмъ, чтобы швы накладывались не косо, а симметрично, такъ чтобы соответствующія мѣста при завязываніи прилились другъ къ другу. Каждую лигатуру надо завязывать сейчасъ по наложеніи ея; при наложеніи дальнѣйшихъ швовъ, ею можно пользоваться для держанія. Между глубокими швами, по мѣрѣ надобности, накладываются поверхностные. Глубокіе швы, въ виду отечности наружныхъ половыхъ частей у роженицъ, нужно завязывать довольно крѣпко. Разрывъ промежности имѣетъ иногда, какъ справедливо замѣчаютъ *Winkel*, *Küstner* и др., неправильную, узкую, полудунную форму, вследствие того, что *columna rugarum posterior* или совѣсьмъ оторвана, или надорвана лишь съ одной стороны. Если *columna rugarum posterior* оторвана совѣсьмъ, то шить начинаютъ слѣва у верхняго угла раны, проходить затѣмъ подъ дномъ

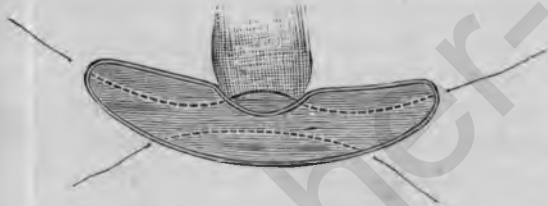


Рис. 69. Зашиваніе полудуннаго разрыва промежности съ отрывомъ *columnae rugarum posterioris*.

ея до лѣваго края *columnae rugarum*, прокалываютъ иглу черезъ него, выводятъ и вкалываютъ опять у праваго края *columnae* и ведутъ наконецъ подъ дномъ раны вправо до верхняго угла послѣдней (рис. 69).

Лигатура завязывается тотчасъ по наложеніи, причѣмъ *columna rugarum posterior* соединяется опять съ задней спайкой (*commissura posterior*). Часть раны, оставшаяся открытой, лежитъ на наружной кожѣ и закрывается 1, 2 или 3 поверхностными швами. Часто разрывы промежности имѣютъ, далѣе, настолько неправильную форму, что для зашиванія ихъ едва-ли можно дать опредѣленные правила. Сочетаніемъ обоихъ приведенныхъ методовъ можно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ всегда достигнуть анатомически вѣрнаго способа возстановленія промежности.

*Полный разрывъ промежности* закрывается вѣрнѣе всего такимъ способомъ, что сперва зашивается прямая кишка, затѣмъ влагалище и, наконецъ, промежность, какъ при разрывѣ второй степени (см. рис. 70 и 71).

Начиная у верхняго угла разрыва *recti*, вкалываютъ иглу со стороны прямой кишки—у лѣваго края раны, захватываютъ только слизистую оболочку и выкалываютъ миллиметра на 3 отъ края раны, затѣмъ захватываютъ ткань выше верхняго угла разрыва поперекъ слѣва направо и вкалываютъ опять иглу справа, отступя отъ края раны милл.

на 3, такъ чтобы въ rectum мѣсто выкола соответствовало мѣсту вкола (слѣва). Слѣдующіе швы накладываются подобнымъ же образомъ, только ткань посрединѣ при нихъ не захватывается, а лишь стѣнка прямой кишки (рис. 70). Каждую лигатуру можно завязывать тотчасъ по наложеніи, отрѣзывая ея концы. Если зашиваютъ шилькворномъ, то лигатуры оставляютъ длинными. Всѣ узлы лежатъ при этомъ, слѣдовательно,

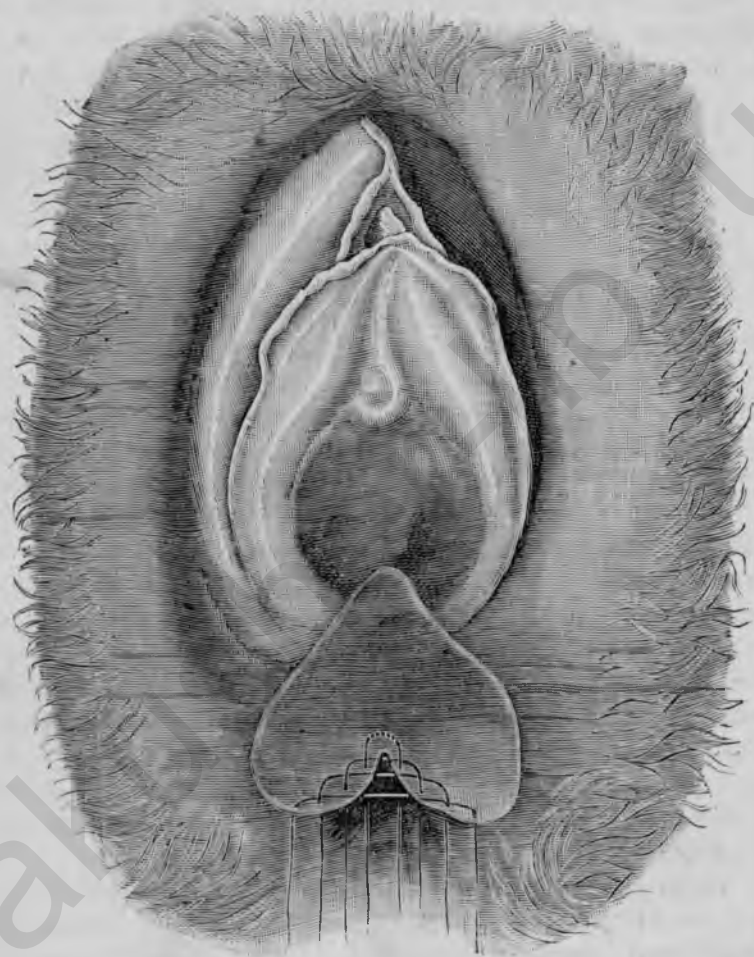


Рис. 70. Полный разрывъ промежности. Шовъ прямой кишки. Лигатуры не завязаны для того, чтобы показать способъ ихъ наложенія.

въ прямой кишкѣ. Обыкновенно бываетъ достаточно 3—4 швовъ, хотя число ихъ зависитъ отъ величины разрыва. Остающаяся часть разрыва влагалища и промежности зашивается по способу, описанному уже выше. При зашиваніи промежности (рис. 71) нужно остерегаться, чтобы не перерѣзать концомъ иглы уже наложенныхъ лигатуръ.

Гораздо проще производится зашиваніе полныхъ разрывовъ промежности по способу, похожему на перинеопластику *Lawson Tait'a* (см.



ниже). При этомъ способѣ на разрывѣ накладываются 4 глубокихъ параллельныхъ шва, идущихъ подъ самымъ дномъ раны такъ, чтобы всѣ мѣста вкола и выкола иглы находились на поверхности кожи (рис. 73); верхній шовъ накладывается подъ самымъ верхнимъ краемъ, а нижній—параллельно ему подъ нижнимъ краемъ раны. Первымъ швомъ закрывается влагалище, послѣднимъ rectum. Швы завязываются лишь по наложеніи всѣхъ лигатуръ. Между глубокими можно накладывать, по мѣрѣ надобности, поверхностные кожные швы. Заживленіе раны прямой кишки зависить здѣсь, такимъ образомъ, лишь отъ одной лигатуры; поэтому этотъ методъ (на-

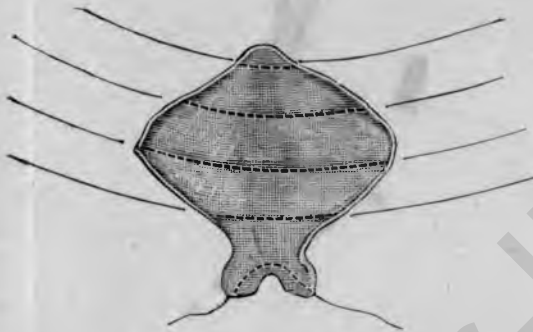


Рис. 71. Полный разрывъ промежности. Прямая кишка зашита (рис. 70); наложеніе швовъ на остальную часть разрыва.

зываемый также *Этте-товскимъ*) является нѣсколько рискованнымъ при разрывахъ, проникающихъ глубоко въ rectum; напротивъ, при разрывахъ, захватывающихъ только края ані, онъ умѣстенъ и имѣетъ то преимущество, что по этому способу можно бы-стре оперировать.

Зашитая промежностная рана покрывается

полоской іодоформированной марли. Послѣдующій уходъ за нею состоитъ въ обмываніи раны и наружныхъ половыхъ частей по нѣскольку разъ въ день, особенно непосредственно послѣ мочеиспусканія. Швы удаляются только на восьмой или девятый день.

Что касается стула, то при неполномъ разрывѣ промежности нужно поступать въ этомъ отношеніи такъ, какъ при нормальномъ послѣродовомъ періодѣ. При полномъ же разрывѣ рекомендуется заботиться съ самаго начала о жидкомъ испражненіи. При искусственно вызванномъ задержаніи стула на пятый или шестой день извергается большой комъ фекальныхъ массъ, причѣмъ рана легко разрывается.

Къ сожалѣнію, заживленіе разрывовъ промежности рѣдко бываетъ настолько полнымъ, какъ это было бы желательно. Во всякомъ случаѣ въ глубинѣ рана обыкновенно срастается, чѣмъ уже достигается многое. Раньше, чѣмъ рѣшить, далѣе, нужна-ли будетъ впослѣдствіи пластическая операція или нѣтъ, — всегда нужно выждать зарубцеванія раны.

*Леченіе застарѣлыхъ выпаденій.* Если больная съ выпаденіемъ влагалища обращается къ врачу въ то время, когда о профилактическомъ леченіи уже не можетъ быть рѣчи, то можно рассчитывать на излеченіе при помощи пластической операціи (colporrhaphia и perineauxesis), особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется запущенный разрывъ промежности. Менѣе можно рассчитывать на успѣхъ отъ colporrhi'i тамъ, гдѣ причиной выпаденія является растяженіе и вялость diaphragmatis pelvis.

Искусственнымъ суженіемъ влагалища и входа въ него можно, впрочемъ, и здѣсь достичь хотя временнаго улучшенія, задержать выворотъ влагалища и предупредить выпаденіе матки. При рецидивѣ выпаденія операція должна быть повторена; поэтому при выпискѣ подобныхъ больныхъ слѣдуетъ предупреждать ихъ о томъ, что современемъ можетъ потребоваться повтореніе операціи. Несмотря на то, что colporrhaphia при вялости тазоваго дна не можетъ устранить причины выпаденія, все-таки операцію эту надо производить, въ виду того, что мы не имѣемъ другого, болѣе надежнаго средства <sup>1)</sup>). Послѣ заживленія раны и послѣ того, какъ больная вполне оправилась, можно попробовать укрѣпить тазовое дно гимнастическими упражненіями, т. наз. движеніями съ сопротивленіемъ по *Thure Brandt*'у. Для этой цѣли больная должна лечь на спину съ сильно притянутыми ногами и сильно приподнятымъ тазомъ, такъ чтобы бедренные суставы были по возможности вытянуты, и чтобы тяжесть тѣла покоилась на плечахъ и ногахъ. Затѣмъ заставляютъ больную попеременно раздвигать и сдвигать ноги, въ то время, какъ другое лицо руками захватываетъ наружную геср. внутреннюю поверхность колѣнъ и препятствуетъ этимъ движеніямъ. Лицо это (дочь или какая нибудь родственница больной) должно въ известной степени стараться препятствовать сведенію и разведенію ногъ. Напряженіе мышцъ таза и бедра, которыя больная должна при этомъ пустить въ ходъ, чтобы преодолѣть сопротивленіе, способствуетъ укрѣпленію тазоваго дна. Эти упражненія должны быть производимы въ теченіе многихъ мѣсяцевъ или годовъ, нѣсколько разъ въ день, по 5—10 минутъ. Если имѣется *retroflexio uteri*, а *descensus vaginae* выраженъ лишь въ незначительной степени, то леченіе должно состоять въ исправленіи положенія матки и въ удержаніи ея въ антефлексіи помощью пессарія *Hodge*'а или *Thomas*'а. Опущеніе стѣнокъ влагалища исчезаетъ съ восстановленіемъ антефлексіи. При значительно выраженномъ выпаденіи влагалища надо сначала устранить его при помощи colporrhaphi'i, а затѣмъ, по заживленіи раны, предупредить возвратъ ретрофлексіи, а также выпаденія, при помощи пессаріевъ.

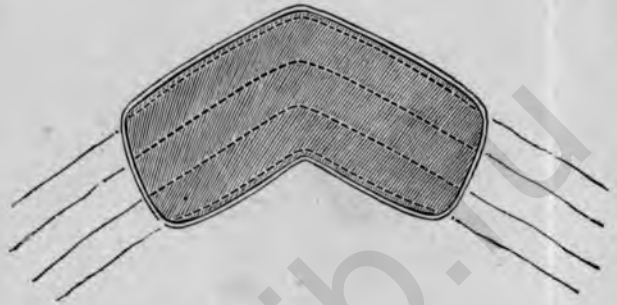


Рис. 72. Наложеніе швовъ при полномъ разрывѣ промежности по *Emmet*'у.

<sup>1)</sup> Болѣе въ качествѣ курьеза упомяну о предложеніи *Parsons*'а лечить выпаденіе, вызывая искусственный параметритъ при помощи впрыскиванія въ оба параметрія 2,0 20% раствора сѣрниокислаго хинина. Результатомъ этого впрыскиванія является образованіе въ параметріяхъ эксудата и затѣмъ рубцоваго сморщиванія, благодаря которому выпадающая матка подтягивается иверху и удерживается въ маломъ тазу.

Было бы неправильно лечить выпаденіе влагалища введеніемъ *Meurer*'оваго кольца. Последнее растягиваетъ влагалище, дѣлается въ концѣ концовъ слишкомъ малымъ и выпадаетъ, такъ что его приходится замѣ-

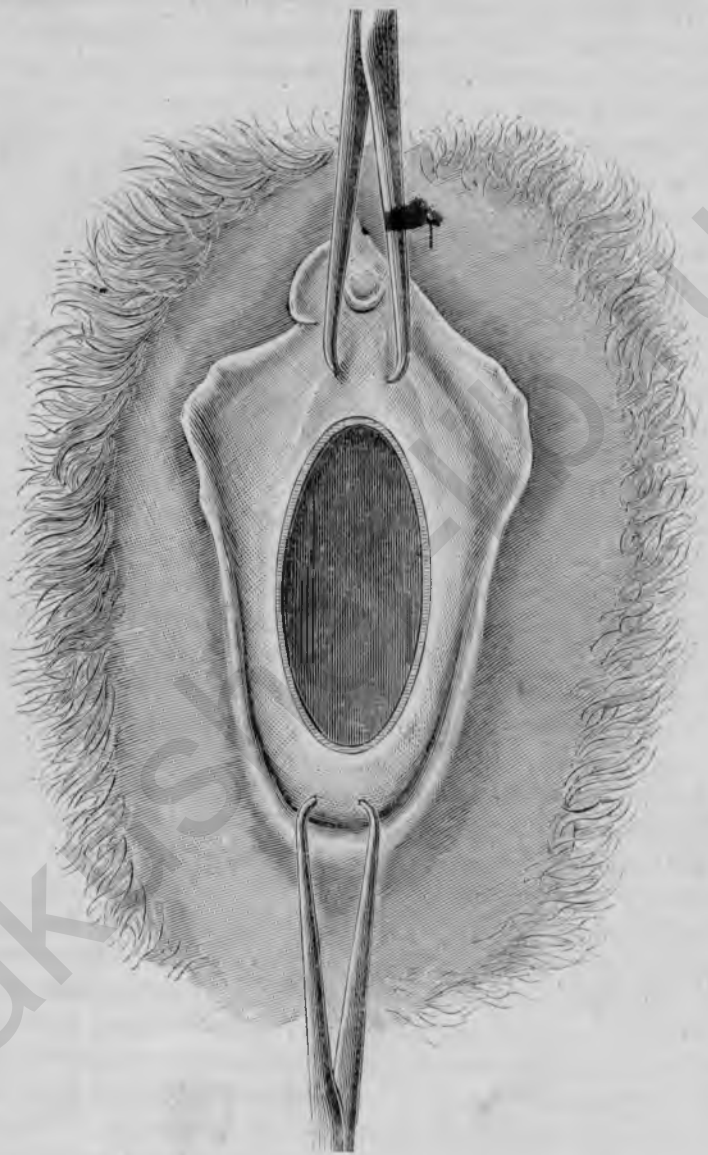


Рис. 73. Colporrhaphia anterior. Освѣженіе.

нять кольцомъ большого калибра. Это повторяется до тѣхъ поръ, пока и самое большое кольцо не станетъ выскальзывать при ходьбѣ вмѣстѣ съ влагалищемъ. Когда дѣло уже дошло до этого, то и colporrhaphia, въ виду сильнаго растяженія влагалища, не даетъ большой надежды на успѣхъ, и больной приходится всю жизнь носить бандажъ.

*Colporrhaphia anterior.* Операция colporrhaphiи состоитъ въ натяженіи передней и задней стѣнокъ влагалища и въ суженіи входа въ послѣднее. Большая хлороформируется и укладывается на спину съ разведенными ногами такъ, чтобы ягодицы ея находились на краю операционнаго стола и оператору удобно было работать. Обычно начинаютъ операцию съ передней стѣнки влагалища. Для этой цѣли захватываютъ послѣднюю пулевыми щипцами у начала свода и низводятъ ее. При значительномъ выпаденіи съ удлиненіемъ шейки захватываютъ пулевыми щипцами portio vaginalis и выворачиваютъ всю переднюю стѣнку. Вторыми пулевыми щипцами захватываютъ стѣнку въ точкѣ на 1—2 сант. подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала. При влеченіи за пулевые щипцы вверхъ и внизъ (рис. 73) стѣнка влагалища обыкновенно достаточно натягивается; въ случаѣ же, если бы этого не произошло, можно еще по обѣ стороны захватить стѣнку пулевыми щипцами. Вырѣзываемый изъ влагалищной стѣнки кусокъ слизистой оболочки долженъ имѣть овальную форму. Рана не должна захватывать передняго влагалищнаго свода, не говоря уже о влагалищной части: въ виду того, что слизистая оболочка обладаетъ здѣсь лишь очень незначительною подвижностью, швы въ такомъ случаѣ очень сильно бы натягивались; благодаря этому, въ ранѣ могъ бы развиваться сильный отекъ, даже омертвѣніе, вслѣдствіе котораго пришлось бы разрѣзывать швы. Кромѣ того рубецъ, простирающійся въ сводъ влагалища, тянулъ бы portio кпереди и могъ бы вызвать retroflexio-versio uteri (*Saenger*). Съ другой стороны, операционная рана не должна сант. на 1—2 доходить до отверстія мочеиспускательнаго канала, чтобы впослѣдствіи, подъ вліяніемъ сморщиванія рубца, не развилось зіяніе orificii urethrae.

Сначала очерчиваютъ ножомъ подлежащій удаленію кусокъ слизистой оболочки, заботясь притомъ, чтобы онъ имѣлъ форму правильнаго овала съ суживающимися верхнимъ и нижнимъ полюсами. Ширина овала зависитъ отъ степени выпаденія. Не слѣдуетъ съ самаго начала давать вырѣзываемому лоскуту слишкомъ большую величину, потому что этого уже нельзя будетъ поправить, и потому что при соединеніи краевъ раны можно натолкнуться, въ такомъ случаѣ, на большія трудности. Очертивъ контуры лоскута, углубляютъ линію разрѣза до подслизистаго слоя и переходятъ къ отдѣленію лоскута, причемъ начинаютъ съ верхняго угла раны и съ боковъ, откуда постепенно проникаютъ къ серединѣ и къ нижнему углу. Надо остерегаться вырѣзыванія слишкомъ толстаго лоскута, ибо цѣль вырѣзыванія состоитъ лишь въ освѣженіи раны, если же лоскутъ будетъ слишкомъ толстъ, то будетъ легко потомъ попасть ножомъ или иглой въ мочевой пузырь. Отдѣленіе лоскута должно быть производимо въ подслизистомъ слоѣ, и всегда по направленію къ лоскуту.

По отдѣленіи лоскута сглаживаютъ поверхность раны Куперовскими ножницами для того, чтобы на окровавленной поверхности случайно не остались островки эпителия. Закрытіе раны производится или непрерыв-

нымъ швомъ изъ кѣтгута, или узловымъ швомъ изъ шелка или силъ-ворма. Если въ распоруженіи оператора есть надежный кѣтгутъ, то лучше наложить непрерывный шовъ изъ него, ибо зашиваніе раны производится тогда скорѣе, и шва не нужно затѣмъ удалять. Шовъ достаточно накладывать одноэтажный, по способу, изображенному на рис. 74. При зашиваніи верхней половины нужно стараться каждый разъ захватывать края раны, для чего ихъ нужно приподнимать пинцетомъ. Иначе, при умѣренномъ опущеніи стѣнокъ влагалища, съ малоопытнымъ операторомъ можетъ случиться, что онъ захватитъ вмѣсто края раны складку слизистой оболочки и, продолжая шить дальше этимъ же путемъ, сошьетъ малыя губы. По окончаніи зашиванія стѣнка влагалища и *portio vaginalis* отодвигаются на мѣсто, и операторъ приступаетъ къ задней *colporrhaphi'i*.



Рис. 74. *Colporrhaphia anterior*.  
Непрерывный шовъ. Нижняя часть раны оставлена открытой, чтобы показать способъ наложенія шва.

*Colporrhaphia posterior*. Помощью этой операціи стараются съузить по преимуществу нижнюю часть влагалища и входъ въ него. Для освѣженія захватываютъ верхними пулевыми щипцами заднюю стѣнку влагалища приблизительно посрединѣ и вытягиваютъ ее наружу (рис. 76); что касается заднихъ и боковыхъ щипцовъ, то, если въ данномъ случаѣ имѣется зарубцевавшійся разрывъ промежности, — ихъ прикрѣпляютъ на границѣ рубцовой ткани, чтобы произвести освѣженіе въ этихъ границахъ; если же границы рубца не ясны или если разрыва промежности вовсе не имѣется, то боковые пулевые щипцы накладываются у самаго нижняго края малыхъ губъ, а задній на границу [задней спайки]. Этими четырьмя щипцами и обозначаются границы площади освѣженія.



Рис. 75. Ножъ *E. Horn'a* для *colporrhaphi'i* ( $\frac{1}{2}$  натур. велич.).

Малоопытные операторы имѣютъ склонность придавать площади освѣженія по возможности большіе размѣры, предполагая, что это обезпечиваетъ успѣхъ операціи. Это, однако, большое заблужденіе, за которое впоследствии приходится дорого расплачиваться, особенно если операція совершается при отсутствіи разрыва промежности и если выпаденіе зависитъ отъ расслабленія тазоваго дна: вслѣдствіе слишкомъ широкой и длинной кзади площади освѣженія новообразованная промежность будетъ въ этомъ случаѣ слишкомъ высока и станетъ закрывать отверстіе мочеиспускательнаго канала, благодаря чему струя мочи будетъ задѣвать за нее и орошать больную. При очень высокой промежности моча попадаетъ, далѣе, во влагалище и вызываетъ такое несносное состояніе, что оператору приходится, — какъ это уже случалось, — разрѣзывать новообразованную промежность.

И такъ при разрывахъ промежности надо руководиться, въ опредѣ-

лені площади освѣженія, границами разрыва, при отсутствіи же такового площадь окровавленія не должна или можетъ лишь немного заходить въ область кожи. Во всякомъ случаѣ операторъ долженъ, прикладываніемъ пулевыхъ щипцовъ другъ къ другу, заранѣе убѣждаться, занимаетъ-ли

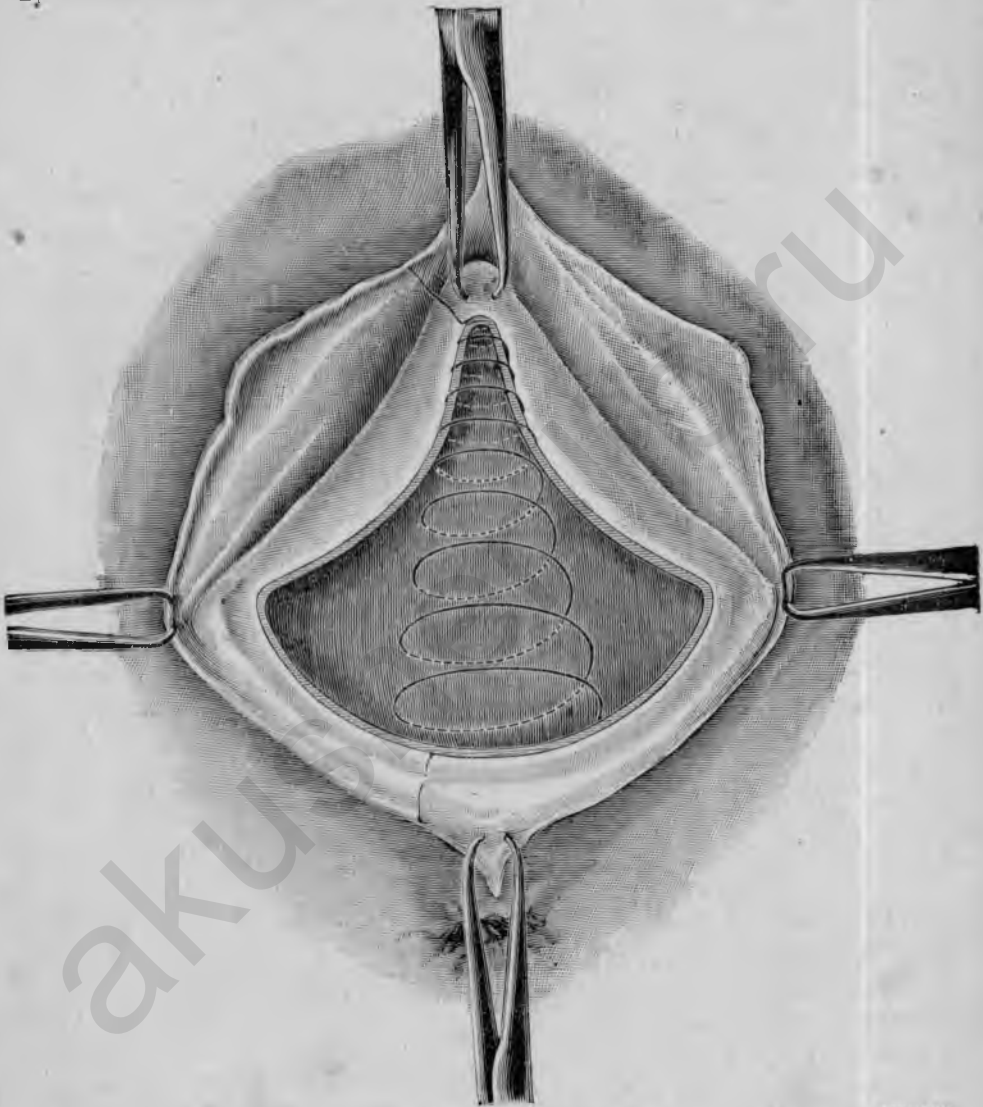


Рис. 76. Colporrhaphia posterior. Площадь освѣженіе и наложете непрерывнаго, частью погружного шва; послѣдній оставленъ открытымъ, чтобы показать способъ его наложенія.

намѣченная площадь окровавленія нужное пространство. Освѣжаемая поверхность должна быть натянута. Если для этого недостаточно 4 пулевыхъ щипцовъ, то можно прибавить еще по однимъ съ каждой стороны. При этомъ площадь окровавленія получаетъ форму треугольника съ

закругленной книзу нижней стороной, что соответствует самой частой формѣ свѣжихъ разрывовъ промежности первой и второй степени. Кроме этой фигуры площади окровавления, предложены еще разныя другія, которыя соответствуютъ болѣе рѣдкимъ формамъ разрыва промежности; онѣ, однако, далеко не такъ просты, какъ только что описанная, предложенная *Simon*омъ и *Hegar*омъ, и примѣняются довольно рѣдко, такъ какъ не всегда бываетъ возможно, при зарубцевавшихся разрывахъ, найти ихъ верхнюю границу.

При отсутствіи разрыва промежности, въ виду формы входа во влагалище, не можетъ быть и рѣчи о другой фигурѣ площади освѣженія,

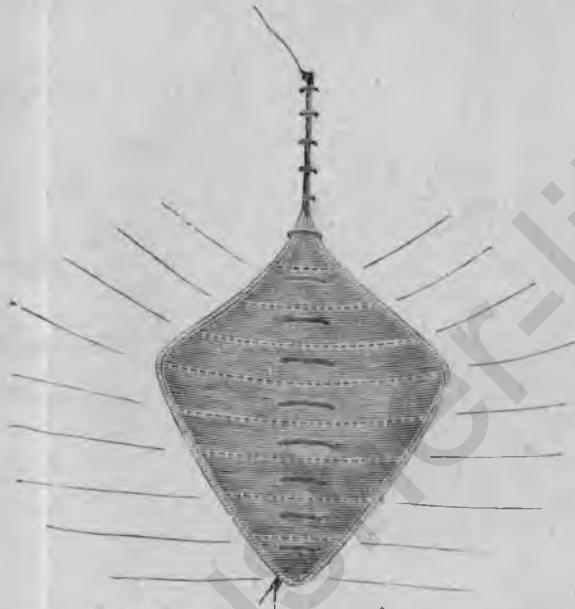


Рис. 77. Colporrhaphia posterior. Непрерывный шовъ уже наложенъ; наложеніе узлового шва; нижній уголь раны еще не закрыть.

кроме *Simon - Hegar* - р'овской. Отдѣленіе лоскута при *colporrhaphia posterior* производится по тѣмъ же правиламъ, которыя были указаны выше, при описаніи *colporrhaphiae anterioris*. Закрытіе раны производится проще всего такимъ образомъ, что влагалище и глубокія части раны сшиваются погружнымъ одноэтажнымъ швомъ (изъ кѣтгута), а остальная не закрытая часть раны соединяется узловымъ швомъ. Погружной шовъ накладываютъ лишь тамъ, гдѣ рана стано-

вится шире; слѣва захватываютъ край раны, справа выкалываютъ иглу въ самой ранѣ и такимъ образомъ продолжаютъ шить внутри раны вплоть до нижняго угла ея, гдѣ иглу выкалываютъ черезъ правый край раны и выводятъ черезъ кожу. Слѣдующій оборотъ шва захватываетъ края раны на обѣихъ сторонахъ, послѣ чего нить завязывается. Во время зашиванія боковые пулевые щипцы отпускаются, такъ чтобы они свисали свободно.

Непрерывный шовъ накладывается по общензвѣстнымъ правиламъ. При *colporrhaphia anterior*, а также и *posterior*, нужно смотрѣть, чтобы нить все время была напряжена и чтобы поверхность раны на всемъ протяженіи, сверху донизу, была сильно натянута, ибо иначе поверхность эта будетъ стянута швомъ въ одинъ комокъ. При наложеніи узлового шва нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы кончикомъ иглы не разрѣзать погружного шва и чтобы не оставить кармановъ въ ранѣ (рис. 77).

Иглу поэтому нужно выкалывать возлѣ погружного шва и ткань надъ нимъ захватывать лишь поверхностно, чтобы на правой сторонѣ раневой поверхности опять вколоть иглу и, идя подъ раневымъ дномъ, выколоть

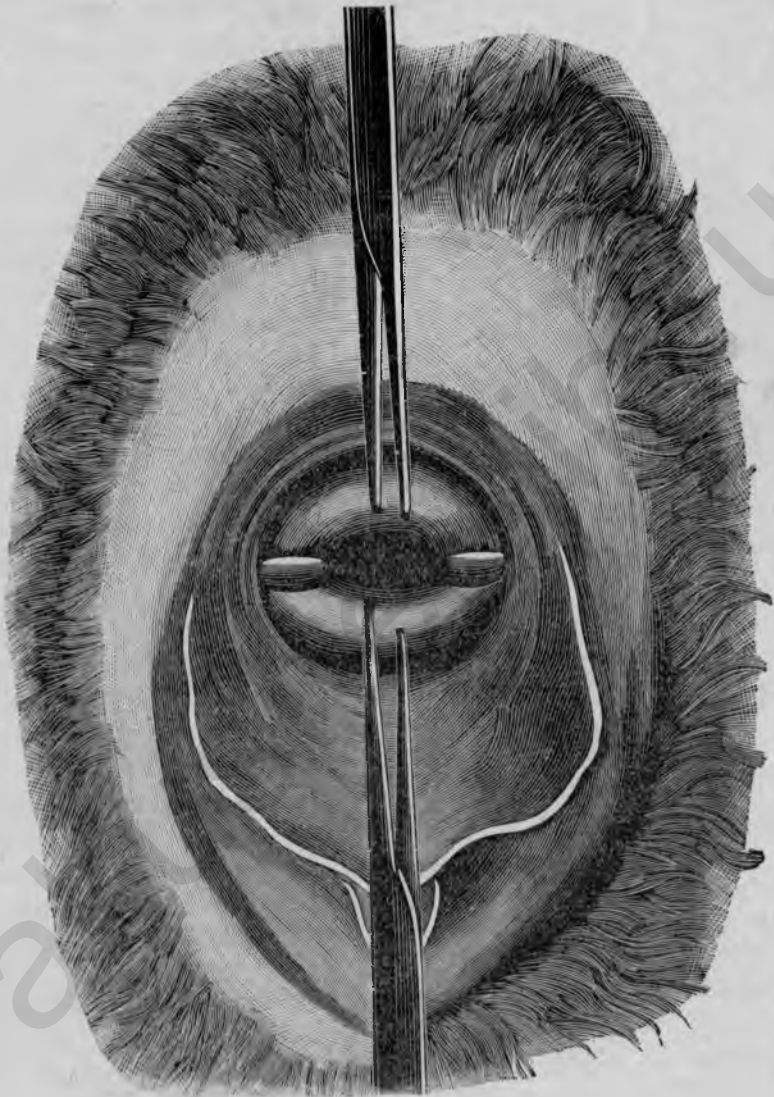


Рис. 78. Ампутація шейки матки. Боковые подрѣзы.

слѣва въ точкѣ, соответствующей входному отверстию иглы. При зашиваніи влагалища игла должна описывать выпуклую книзу дугу, согласно формѣ влагалища. На промежности шьютъ поперекъ, слѣва направо. вмѣсто непрерывнаго шва можно сдѣлать погружнымъ узловымъ (2—4)



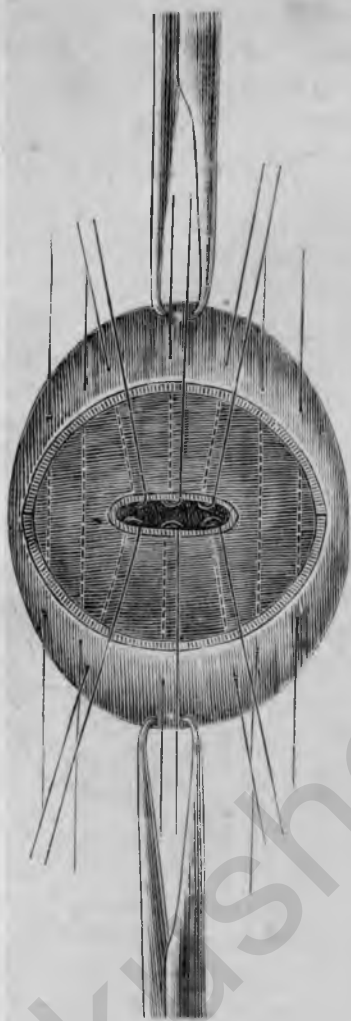


Рис. 79. Ампутація маточной шейки.  
Схема наложенія швовъ.

кэтутовый шовъ (*Werth*); затѣмъ соединяютъ всю остальную рану и въ области влагалища узловымъ швомъ<sup>1)</sup>.

Если влагалищная часть матки гипертрофирована, то раньше чѣмъ начинать *colporrhaphi*ю, производить ампутацію ея.

#### *Ампутація маточной шейки.*

Способъ производства этой операціи понятенъ изъ приведенныхъ рисунковъ (79—80). Захвативъ переднюю и заднюю губы отдѣльно пулевыми щипцами, дѣлаютъ, какъ при дисцизии, справа и слева надрѣзы маточнаго зѣва глубиною въ 1—1½ сент.

Послѣ этого захватываютъ пулевыми щипцами край передняго влагалищнаго свода (*A. Martin*) и впереди точки фиксаціи щипцовъ проводятъ ножемъ дугообразный разрѣзь, соединяющій оба верхнихъ угла боковыхъ надрѣзовъ<sup>2)</sup>. Затѣмъ операторъ приподнимаетъ пулевыми щипцами переднюю губу и проводитъ подобный же разрѣзь по внутренней ея поверхности. Такимъ образомъ надрѣзанная верхушка губы удаляется въ видѣ клина, такъ что рана глубже всего оказывается посрединѣ. Наружный край образовавшейся раны соединяется, посредствомъ 3—4 лигатуръ (изъ шелка или силькорма), съ внутреннимъ (со слизистой оболочкой цервикальнаго ка-

1) Очень практичный способъ возстановленія промежности описанъ *Губаревымъ*. Техника его представляется въ слѣдующемъ видѣ: сдѣлавъ поперечный разрѣзь черезъ остатки промежности, операторъ продолжаетъ оба конца его къ основанію малыхъ губъ, отсепаровываетъ влагалищный доскутъ, отдираетъ его затѣмъ пальцемъ, проишкая въ *spatium ischiorectale*, затѣмъ захватываетъ среднюю доскута пинцетомъ и приступаетъ къ наложенію швовъ. Первый шовъ накладывается скорняжный,—онъ обходитъ въ видѣ кистепаго шва по свободному краю влагалищнаго доскута; остальные швы—узловые и накладываются на рану поперечно, съ непрекрывающую его фасцію. Описанный способъ представляетъ слѣдующія преимущества: 1) онъ очень простъ и быстро выполнимъ; 2) все швы при этомъ способѣ лежатъ снаружи, на промежности, и могутъ быть легко снимаемы; 3) все ткани при немъ сохраняются,—ничто не вырывается; 4) тазовое дно при немъ возстановляется вполне; 5) по этому способу можно зашивать не только неполные, но и полные разрывы промежности, причѣмъ скорняжный шовъ накладывается не только на влагалищный, но и на кишечный доскутъ.

2) Чтобы при проведеніи этого разрѣза не поранить пузыря, лучше предварительно опредѣлить нижнюю границу послѣдняго при помощи катетера.

*В. Е.*

*В. Г.*

нала), послѣ чего передніе пулевые щипцы удаляются, ассистентъ беретъ лигатуры передней губы и поднимаетъ за нихъ шейку, въ то время какъ операторъ ампутируетъ по тому же способу заднюю губу. Послѣ закрытія раны задней губы зашиваются отдѣльно оба боковые надрѣза двумя швами, идущими сверху внизъ, причемъ слизистая оболочка цервикальнаго канала въ швы не захватывается (рис. 79).

Рис. 80 показываетъ расположеніе узловъ на зашитой шейкѣ. При ампутаціи не слѣдуетъ вырѣзывать куски изъ губъ слишкомъ косо, такъ какъ можно, особенно если при этомъ производится влеченіе за губу, черезчуръ глубоко проникнуть въ ткань матки, а при ампутаціи задней губы — вскрыть Дугласовъ карманъ. Величина удаляемаго куска зависитъ отъ степени гипертрофіи шейки. Малоопытные операторы имѣютъ всегда наклонность удалять слишкомъ большой кусокъ. Средній шовъ въ области губы долженъ проходить перпендикулярно сверху внизъ, въ то время какъ боковые — косо, соотвѣтственно формѣ влагалищной части (рис. 79). Лигатуры завязываются при ампутаціи порознь, тотчасъ по наложеніи; кромѣ глубокихъ швовъ, на шейку могутъ быть наложены, по мѣрѣ надобности, и поверхностные.

Боковые лигатуры при ампутаціи не обрѣзаются для того, чтобы за нихъ можно было во всякое время скоро низвести влагалищную часть въ случаѣ послѣдующаго кровотечения, которое, въ виду ригидности стѣнокъ артерій шейки, бываетъ довольно часто и подчасъ очень обильно. Послѣ удаленія слишкомъ большого куска шейки у оперированныхъ въ послѣдствіи наблюдаются выкидыши, благодаря тому, что шейка теряетъ способность растягиваться; отъ сморщиванія рубцовъ, далѣе, у оперированныхъ нерѣдко наблюдаются сильныя боли, и, кромѣ того, рубцы могутъ вызвать смѣщеніе матки. Въ виду всѣхъ этихъ неблагоприятныхъ послѣдствій, которыхъ нельзя уже поправить, ампутація шейки должна быть произведена только на основаніи строгихъ показаній. Между прочимъ, по причинѣ одного только удлиненія надвлагалищной части шейки операціи этой отнюдь не слѣдуетъ предпринимать, ибо шейка развивается обратно сама по себѣ съ устраненіемъ выпаденія влагалища.

По окончаніи всѣхъ описанныхъ операцій во влагалище вводится полоска іодоформированной марли, которая удаляется на слѣдующій день за конецъ, торчащій изъ половой щели. Начиная со второго дня, заботятся о правильномъ опорожненіи кишечника у оперированной, — сначала при помощи слабительныхъ средствъ, а потомъ — клизмъ. Влагалищныя спринцеванія можно начать съ третьяго дня и производить черезъ день. Швы удаляются, начиная съ восьмого дня. Больная остается въ постели отъ 18 до 21 дня; съ десятаго дня ей можно разрѣшить сидѣть въ кровати. При этомъ надо строго слѣдить за тѣмъ, чтобы больная вскорѣ послѣ операціи не производила никакихъ внезапныхъ разве-

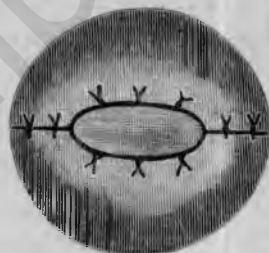


Рис. 80. Ампутація шейки. Швы наложены.

деній ногъ, въ виду чего кольби у нея должны въ теченіе первыхъ 8—10 дней оставаться связанными.

При одновременномъ существованіи, вмѣстѣ съ выпаденіемъ, подвижной ретрофлексіи матки нѣкоторые авторы присоединяютъ къ *colporrhaphia anterior* вагинофиксацію.

*Экстирпация матки при выпаденіи.* При очень высокихъ степеняхъ выпаденія, гдѣ больная уже въ теченіе многихъ лѣтъ носила кольцо, *colporrhaphia* не можетъ дать желаннаго результата. Въ такихъ случаяхъ было предложено и производимо удаление матки съ большою частью влагалища, — къ сожалѣнію, безъ удовлетворительнаго результата. Такого рода большія выпаденія зависятъ, вѣдь, отъ вялости *diaphragmatis pelvis* и тазоваго дна, а эта вялость остается и послѣ удаленія матки и натяженія стѣнокъ влагалища. Оттого, по истеченіи относительно короткаго времени послѣ экстирпаціи, подъ вліяніемъ внутрибрюшнаго давленія остатокъ влагалища растягивается и образуется въ концѣ концовъ большой грыжевой мѣшокъ, въ которомъ теперь находится, вмѣсто матки, кишечныя петли, такъ что больная вовсе не избавляется отъ своихъ принадлежностей, или освобождается отъ нихъ лишь на короткое время <sup>1)</sup>.

*Леченіе пессаріями.* Вслѣдствіе безуспѣшности оперативнаго леченія <sup>2)</sup>, при запущенныхъ большихъ выпаденіяхъ приходится прибѣгать къ леченію пессаріями. Но круглыя кольца, особенно мягкія, не находя надлежащей опоры для себя, очень скоро выпадаютъ изъ влагалища. Вѣрнѣе дѣйствуетъ бандажъ *Scanzoni* или *Breslauer*'а, который состоитъ изъ резиноваго пелота съ ручкой, прикрѣпляющагося къ идущей вокругъ живота повязкѣ. Еще пригоднѣе пессарій *E. Martin*'а (рис. 81), ручка котораго выдается изъ половой щели и заставляеть кольцо стоять въ поперечномъ направленіи. Благодаря этому, можно обойтись сравнительно небольшими номерами *Martin*'овскаго пессарія даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ самое большое *Mayer*'овское кольцо выпадаетъ, потому что оно легко становится ребромъ и теряетъ опору у передней стѣнки таза. Введеніе

<sup>1)</sup> Чтобы дать пузырью и кишкамъ опору, *Gottschalk* рекомендуетъ въ подобныхъ случаяхъ, экстирпировавъ матку, пришивать пузырь къ задней стѣнкѣ таза и сшивать вмѣстѣ *ligamenta lata*, *ligg. cardinalia* и *ligg. sacro-uterina*, которыя образуютъ такимъ образомъ дно брюшной полости. Другіе авторы рекомендуютъ, при значительныхъ выпаденіяхъ, пришивать матку къ брюшной полости, т. е. производить вентрофиксацію. Операция эта, по *Voje*, даетъ весьма надежные результаты: послѣдствіе состояніе 26 большихъ, подвергшихся ей, въ теченіе времени отъ 8 л., 8 мѣс. до 6 мѣс., авторъ встрѣтилъ рецидивъ выпаденія матки лишь у одной пациентки, значительное выпаденіе влагалища — у 2, незначительное — у 8. Третьи авторы (*Wertheim*) совѣтуютъ при тяжелыхъ выпаденіяхъ вскрывать передней сводъ, выводить чрезъ него тѣло матки въ рукавъ и пришивать матку здѣсь, послѣ предварительнаго освѣженія, спереди и сзади (способъ *Freund*'а). В. Г.

<sup>2)</sup> Разбирая вопросъ о результатахъ, получаемыхъ при оперативномъ леченіи выпаденія по различнымъ способамъ, *Herff* приходитъ къ выводу, что при однихъ пластическихъ операціяхъ (*colporrhaphia et colpoperineorrhaphia*) <sup>0</sup>/<sub>10</sub> прочныхъ излеченій равняется 37,2, при комбинаціи этихъ операцій съ ампутаціей шейки — 50<sup>0</sup>/<sub>10</sub>, при комбинаціи ихъ съ вагинофиксаціей и везикофиксаціей — 41,8, при одно-временной вентрофиксаціи — 53,8, при экстирпаціи матки вмѣстѣ съ пластическими операціями — 55,1. В. Г.

*Martin'*овскаго кольца производится такимъ образомъ, что посредствомъ ручки вдвигаютъ кольцо во влагалище переднимъ краемъ и устанавливаютъ его поперекъ. Сначала надо попробовать обойтись по возможности меньшимъ номеромъ. Ручка кольца, выдающаяся изъ половой щели, мѣшаетъ больной мало, такъ какъ кольцо при сидѣннй отклоняется впередъ. Въ бѣдной практикѣ приходится мѣнять пессаріи каждыя 4 недѣли, въ лучшей практикѣ, гдѣ большія выпаденія встрѣчаются въ общемъ рѣдко, 3—4 раза въ годъ. Чтобы вынуть пессаріи *Martin'*а, нужно ручку его отдавить въ сторону и вывернуть кольцо краемъ. Если пессаріи очень объемисты и сидятъ крѣпко, то удаленіе его представляетъ извѣстныя затрудненія; на этотъ случай внизу на ручкѣ имѣется отверстие, черезъ которое продвѣваютъ бичевку, за которую пессаріи и извлекаются. Если бы у больной появилось воспаленіе влагалища (*colpitis*) или пролежни, то всякіе бандажи и пессаріи должны быть оставлены до устраненія этихъ заболѣваній. Спринцеванія изъ разведеннаго древеснаго уксуса и повторныя прижиганія воспаленныхъ участковъ и ссадинъ обыкновенно скоро приводятъ къ выздоровленію.

*Martin'*овскій пессаріи готовится внутри полымъ, изъ твердаго каучука; края его должны быть хорошо закруглены. Пессаріи изъ папки и лакированной кожи или клеенки, имѣющіеся въ торговль, совершенно ни къ чему непригодны, въ виду того, что они портятся послѣ очень непродолжительнаго ношенія (въ 2 недѣли) <sup>1)</sup>.

### 3. Воспаленіе влагалища (*Colpitis*).

*Colpitis diphtherica*. Воспаленіе влагалища является въ острой формѣ въ видѣ дифтеритическаго кольпита при родильной горячкѣ и другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, каковы: скарлатина, тифъ и дифтеритъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ оно легко просматривается, особенно у дѣтей, благодаря тому, что его симптомы совершенно отступаютъ на задній планъ предъ припадками основной болѣзни. Между тѣмъ заболѣваніе это имѣетъ большое значеніе, такъ какъ запущенный острый кольпитъ въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ, при соотвѣствующихъ условіяхъ, повести къ болѣе или менѣе обширному заросненію рукава (*atresia*). Не считая перепончатыхъ атрезій рукава, которыя могутъ



Рис. 81. Пессаріи съ ручкой изъ каучука *E. Martin'*а.

<sup>1)</sup> Въ последнее время новые пессаріи противъ выпаденія или гистерофоры описаны *Simon'*омъ, *Chedini* и др. Главное неудобство всѣхъ этихъ пессаріевъ — то, что ножка ихъ вводится въ самую матку; для того, чтобы не препятствовать оттоку маточныхъ выдѣленій и менструальной крови, она дѣлается обыкновенно трубчатой. В. Г.

быть врожденными, остальные формы зарожения, въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ, если только не во всѣхъ, развиваются, какъ результатъ инфекціоннаго кольпита, въ детскомъ возрастѣ. Признакомъ, указывающимъ на пораженіе рукава при упомянутыхъ болѣзняхъ, служитъ появленіе выдѣленій (бѣлей) у больныхъ дѣвочекъ. Если этотъ признакъ появился, то, въ виду только что указанныхъ дурныхъ послѣдствій, нельзя оставлять кольпитъ безъ вниманія, тѣмъ болѣе, что для излеченія этой болѣзни достаточно чистаго содержанія наружныхъ половыхъ частей и ежедневнаго спринцеванія рукава 1% карболовымъ растворомъ въ теченіе продолжительнаго времени.

Гораздо болѣе частою причиною остраго воспаленія влагалища является гонорройное зараженіе.

*Colpitis gonorrhoeica.* Гонорройное воспаленіе влагалища является, если содержащій гонококки секретъ попадетъ на слизистую оболочку влагалища, будь это при coitus'ѣ, или при занесеніи заразы руками. Въ первомъ случаѣ заболѣваніе можетъ начаться трипперомъ цервикальнаго канала; при полномъ введеніи члена (*immissio penis*), если супругъ страдаетъ заднимъ уретритомъ, такое начало составляетъ, повидимому, правило (*Behrend, Bröse*). Въ послѣднемъ случаѣ обыкновенно заболѣваніе начинается съ воспаленія слизистой оболочки преддверія (*vulvitis*) и лишь въ послѣдствіи распространяется на весь рукавъ<sup>1)</sup>. По нынѣ существующимъ взглядамъ, гонококки являются носителями триппернаго зараженія; при острой гонорреѣ ихъ удается почти всегда открыть, при хронической же ея формѣ, несмотря на то, что выдѣленія больныхъ продолжаютъ оставаться заразительными, открытіе ихъ даетъ часто отрицательный результатъ. Поэтому въ хроническихъ случаяхъ гонорреи для сужденія насчетъ заразительности ея надо руководиться клиническими явленіями (*Behrend*)<sup>2)</sup>.

Гонококки могутъ проникать въ слизистую оболочку рукава и вызывать мелкоклеточную инфильтрацію ея<sup>3)</sup>. Гонорройное воспаленіе влагалища встрѣчается не только у взрослыхъ женщинъ всякаго возраста, но также и у дѣтей. Зараженіе послѣднихъ происходитъ или путемъ изнасилованія, или, что бываетъ гораздо чаще, развивается благодаря

<sup>1)</sup> Хотя и рѣдко, гонорройное воспаленіе можетъ, повидимому, начинаться и прямо съ пораженія слизистой оболочки рукава. Подобный случай первичнаго гонорройнаго вагинита былъ, напр., недавно описанъ *Vörner* омъ. В. Г.

<sup>2)</sup> Некоторые авторы держатся совершенно противоположныхъ взглядовъ на этотъ предметъ,—по ихъ мнѣнію, при діагностикѣ гонорройнаго вагинита слѣдуетъ обращать болѣе вниманія на результаты микроскопическаго изслѣдованія, чѣмъ на клиническія явленія. Такъ, *Van-Schaick*, подвергнувъ микроскопическому изслѣдованію отдѣлимое рукава у 65 женщинъ, страдавшихъ вагинитомъ, нашелъ въ немъ гонококковъ въ 17 случаяхъ, т. е. въ 26% общаго числа; между тѣмъ клиническіе признаки триппернаго вагинита имѣлись на-лицо лишь у 3 пациентокъ. В. Г.

<sup>3)</sup> По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Mandl* я, гонококки могутъ проникать не только въ толщу многослойнаго плоскаго эпителия рукава, но и въ подэпителиальную ткань. Прежніе изслѣдователи, съ *Vutt* омъ во главѣ, думали, между тѣмъ, что названные микробы могутъ гнѣздиться лишь въ оболочкахъ, покрытыхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. В. Г.

нечистоплотности нянекъ, больныхъ трипперомъ, а также можетъ проходить и при совмѣстномъ спаньѣ въ одной кровати съ лицомъ, больнымъ гонорреей.

Гоноррея лишь рѣдко ограничивается только преддверіемъ влагалища и рукавомъ, — чаще она захватываетъ и мочеиспускательный каналъ <sup>1)</sup>, а также распространяется на слизистую оболочку тѣла матки и трубъ, а оттуда на брюшину. У дѣтей это распространеніе точно такъ же возможно, какъ и у взрослыхъ. Во всякомъ случаѣ при заболѣваніи придатковъ у дѣтвенницъ не слѣдуетъ думать о первичной бугорчаткѣ трубъ и яичниковъ, — хотя это предположеніе и напрашивается, — пока съ увѣренностью не будетъ исключено гонорройное заболѣваніе въ дѣтскомъ возрастѣ. При остромъ гонорройномъ кольпитѣ изъ *introitus vaginae* вытекаетъ густой желтый или зеленовато-желтый секретъ (гнои), а большія губы и промежность представляются часто яркокрасными и изъязвленными. Благодаря заболѣванію сальныхъ железъ, у больныхъ развиваются часто фурункулы. Слизистая оболочка рукава, какъ это можно видѣть при введеніи зеркала, оказывается рѣзко покраснѣвшею, сильно гиперемированною; при болѣе продолжительномъ существованіи болѣзни на влагалищной части матки образуются эрозіи. На бѣлѣ у больныхъ остаются обыкновенно зеленоватые пятна.

Леченіе гонорройнаго вагинита состоитъ главнымъ образомъ въ чистомъ содержаніи наружныхъ половыхъ частей при помощи частыхъ мыльныхъ сидячихъ ваннъ и омовеній мыльной водой. Во время пребыванія въ ваннѣ въ рукавъ можетъ быть введено зеркало, — такъ называемое ванно. *P. Ruge* предлагаетъ, въ видѣ предварительнаго, въ извѣстной степени расцасывающаго леченія острой гонорреи, однократное основательное вытираніе стѣнокъ рукава и наружныхъ половыхъ частей мыломъ, отъ котораго онъ видѣлъ хорошіе результаты. Совѣтъ этотъ вполне рационаленъ; только для этого надо пользоваться хорошимъ туалетнымъ мыломъ, а никакъ не зеленымъ. Кромѣ того, больной надо предписать покой и нераздражающую діету. Дезинфицирующія спринцеванія влагалища, отъ которыхъ въ свое время ожидали такъ много, въ настоящее время оставлены почти повсемѣстно. Некоторые авторы, впрочемъ, примѣняютъ еще спринцеванія изъ суглемы (1 : 2000), употребляя при этомъ наконечникъ съ отверстиями, направленными назадъ (*Lehmann*'овскій), дабы гонорройный секретъ не могъ быть впырнутъ въ матку. Когда острая стадія гонорреи минуетъ, примѣняютъ слегка прижигающія жидкости, каковы: древесный уксусъ, таннинъ (1 : 30), сѣрнистый цинкъ (1 : 200), квасцы (1 : 100). При рано начатомъ цѣлесообразномъ леченіи гонорройный кольпитъ удается обыкновенно излечить въ относительно короткое время. Цѣлый

<sup>1)</sup> Обыкновенно думаютъ, что уретра служитъ даже главнымъ мѣстомъ развитія гонококковъ, откуда они распространяются далѣе на рукавъ, матку и пр. Но, по изслѣдованіямъ *Bodenstein*'а, главнымъ очагомъ этихъ микробовъ является задній сводъ влагалища.

рядъ новыхъ средствъ, каковы: айроль, протарголь и пр., въ последнее время провозглашаемая специфическими противъ гонорреи, помогаютъ меньше, чѣмъ старыя, и поэтому выводятся постепенно изъ врачебной практики. Если гоноррея захватила матку и придатки, то вскорѣ на первый планъ выступаетъ заболѣваніе этихъ органовъ, которое замедляетъ излеченіе кольпита, благодаря постоянному орошенію рукава секретомъ изъ матки.

*Colpitis granulosa.* При этой формѣ кольпита лимфатическіе фолликулы, находящіеся въ слизистой оболочкѣ рукава, являются припухшими, благодаря чему рукавъ, особенно въ верхней своей трети, представляется зернистымъ. Въ зеркалѣ отдѣльныя зернышки (*granula*) являются въ видѣ плоскихъ, красноватыхъ возвышеній; часто и остальная слизистая оболочка бываетъ захвачена воспаленіемъ. Зернистый кольпитъ особенно рѣзко выступаетъ во время беременности, хотя онъ и не вызывается самою беременностью, а представляетъ собою послѣдствіе предшествовавшего гонорройнаго кольпита. Иногда наряду съ зернышками на стѣнкѣ рукава встрѣчаются настоящіе папиллярныя разроженія небольшой величины, которыя своею сильно изрытой поверхностью отличаются отъ самихъ зернышекъ. Прижиганіе влагалища древеснымъ уксусомъ, и именно втираніе его въ рукавную стѣнку при помощи ваты, обмотанной вокругъ деревянной палочки, приводитъ обыкновенно къ быстрому опаданію набухшихъ фолликуловъ и исчезновенію кольпита. Прижиганія эти должны производиться въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени два или три раза въ недѣлю. У себя дома больная можетъ дѣлать спринцеванія влагалища разведеннымъ древеснымъ уксусомъ.

*Colpitis senilis.* Эта форма кольпита развивается только у женщинъ, вступившихъ въ климактерій (естественный или искусственный); она ведетъ къ склейкамъ, атрофій влагалищной части и запустѣнію влагалищныхъ сводовъ, представляя собою частичное проявленіе обратнаго развитія полового прибора. Поэтому старческой кольпитъ не вызываетъ обыкновенно никакихъ жалобъ, если онъ является въ обычныхъ небольшихъ размѣрахъ, и открывается лишь случайно при изслѣдованіи половыхъ органовъ, предпринятомъ по другимъ побужденіямъ. Если же онъ развивается въ сильной степени, то является весьма тягостнымъ для пожилыхъ женщинъ, вызывая тенезмы въ пузырь, бѣли и зудъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ.

При изслѣдованіи пальцемъ, — въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ старческаго кольпита, — въ сводахъ влагалища, если *portio vaginalis* обвести кончикомъ пальца, прощупываются тонкія нити, въ родѣ паутины, которыя разрываются при давленіи. При введеніи зеркала, стѣнки влагалища оказываются гладкими, блѣдными, съ блестящей поверхностью. Въ верхней трети рукава, особенно же въ сводахъ, видны яркочерныя точки, которыя расположены близко другъ къ другу и могутъ сливаться въ болѣе значительныя красныя пятна. У пожилыхъ женщинъ, которыя не-

сят пессарій и страдаютъ старческимъ кольпитомъ, краснота на мѣстахъ, гдѣ пессарій касается рукавной стѣнки, можетъ быть особенно рѣзкой и разлитой. Пятна и точки не могутъ быть стерты ватой, потому что они представляютъ собою кровоизліянія подъ эпителиемъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни эпителий въ этихъ мѣстахъ погибаетъ, а лишеныя его поверхности склеиваются и срастаются. При изслѣдованіи пальцемъ складки эти разрываются, и эпителий тамъ и сямъ отдѣляется, вслѣдствіе чего при изслѣдованіи стѣнка рукава обыкновенно немного кровоточитъ.

Распознаваніе старческаго кольпита легко, если при упомянутыхъ жалобахъ пожилыхъ женщинъ вспомнить о данной болѣзни и ввести рукавное зеркало.

Леченіе состоитъ въ прижиганіи рукава очищеннымъ древеснымъ уксусомъ. Послѣдній вливается во влагалище черезъ зеркало и втирается ватнымъ шарикомъ на деревянной палочкѣ въ воспаленныя мѣста. Для того, чтобы наружныя половыя части не страдали отъ стекающаго древеснаго укуса, послѣдовательно промываютъ рукавъ водой. Прижиганія должны производиться врачомъ и повторяться въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, черезъ каждые 2—3 дня. У себя дома больная можетъ дѣлать ежедневно спринцеванія изъ разведеннаго древеснаго укуса (3 столовыхъ ложки на 1 литръ воды 35°). Если больная носитъ, въ виду имѣющагося у нея выпаденія, кольцо, то оно должно быть удалено на нѣсколько недѣль, пока влагалище будетъ подвергаться описанному леченію. Въ случаѣ надобности пессарій можетъ быть на это время замѣненъ ватнымъ тампономъ.

*Colpitis emphysematosa.* Небольшія, содержація воздухъ и лежація подъ самымъ эпителиемъ кисты влагалищной стѣнки впервые описаны *Winkel* емъ въ связи съ воспаленіемъ слизистой оболочки рукава. Онѣ представляются въ видѣ небольшихъ, полшаровидныхъ возвышеній съ гладкою поверхностью, расположенныхъ на какомъ-нибудь припухломъ, гиперемированномъ мѣстѣ въ сводѣ влагалища, особенно въ передней стѣнкѣ его и на влагалищной части. При изслѣдованіи ихъ пальцемъ, получается извѣстное ощущеніе треска, какъ при эмфиземѣ, а при пункціи изъ нихъ опорожняется не жидкость, а газъ. Эта болѣзнь, которую надо считать бактеріальнымъ воспаленіемъ влагалища, встрѣчается по преимуществу у беременныхъ и родильницъ, и то очень рѣдко, хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдается у небеременныхъ. Воздухъ (газъ) развивается здѣсь подъ вліяніемъ дѣятельности бактерій <sup>1)</sup> и располагается въ промежуткахъ соединительной ткани. Леченіе болѣзни состоитъ въ чистотѣ и влагалищныхъ спринцеваніяхъ слабыми вяжущими растворами.

<sup>1)</sup> По изслѣдованіямъ *Lindenthal*'я, развитіе газовъ при эмфизематозномъ вагинитѣ зависитъ отъ жизнедѣятельности особой анаэробной палочки, названпой имъ „*bacillus emphysematis vaginae*“, разводки которой вызываютъ у морскихъ свинокъ и мышей гэморрагическіе отеки съ образованіемъ газа, а у кроликовъ абсцессы.



Иногда воздух выходит из кисть самопроизвольно, скопляется во влагалищѣ и вырывается оттуда съ довольно громкимъ шумомъ (*gagglitas vulvae*). Подобныя скопленія воздуха (газа) во влагалищѣ могутъ происходить и вслѣдствіе развитія его въ самомъ просвѣтѣ рукава подѣ влияніемъ дѣятельности бактерій, или вслѣдствіе того, что атмосферный воздухъ проникаетъ въ рукавъ снаружи черезъ зіяющую половую щель, при перемѣнѣ положенія тѣла.

Въ настоящее время въ гинекологіи господствуетъ взглядъ, будто всякій кольпитъ зависитъ отъ инфекціи. При этомъ, однако, не слѣдуетъ забывать, что во влагалищѣ можно найти всѣ бактеріальныя зародыши, какіе только существуютъ вообще, безъ того чтобы этотъ органъ былъ больнымъ. Чтобы примирить эти противорѣчія, защитники микробнаго происхожденія кольпита ссылаются на пониженіе сопротивляемости влагалища противъ внѣдренія микроорганизмовъ. Во всякомъ случаѣ, пока бактеріальное происхожденіе доказано только для *colpitis diphtherica*, *colpitis gonorrhoeica* и *colpitis emphysematosa*; *colpitis senilis*, напротивъ, безусловно не зависитъ отъ инфекціи.

*Colpitis mycotica*. Кромѣ бактерій, при нѣкоторыхъ условіяхъ могутъ попадать во влагалище и тамъ размножаться и грибки. Такими грибами являются: *oidium albicans*, *monilia candida*, *leptothrix vaginalis* и пр. Женщины, страдающія сахарнымъ мочеизнуреніемъ (*diabetes mellitus*), подвергаются чаще всего грибковому кольпиту, затѣмъ такія, у которыхъ ребенокъ страдаетъ молочницей (*soor*) и которыя притомъ неудовлетворительно моютъ себѣ руки. Наконецъ плѣсневые грибки могутъ быть внесены во влагалище женщины супругомъ, страдающимъ диабетомъ. Зіяніе половой щели и кровенаполненіе полового прибора, свойственныя беременности и послѣродовому періоду, способствуютъ внѣдренію и размноженію паразитовъ.

Больныя жалуются, при этой формѣ кольпита, главнымъ образомъ на жжение и зудъ. Слизистая оболочка рукава, при изслѣдованіи, представляется красною, припухшею и покрытою наслоеніями бѣлаго цвѣта различной величины <sup>1)</sup>.

Леченіе состоитъ въ обеззараживаніи стѣнокъ влагалища, черезъ зеркало. Для этого вливаютъ обеззараживающій растворъ (1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> растворъ сулемы или 3% карболовой кислоты) въ зеркало и удаляютъ послѣднее медленно изъ влагалища, чтобы дезинфицирующее средство могло проникнуть всюду; можно также, при помощи ваты, намотанной на палочку, слегка втирать растворъ въ слизистую оболочку. Дома, у себя, больная можетъ кромѣ того еще дѣлать влагалищныя спринцеванія съ бурою (*Natrii biborici* 2 стол. ложки на 1 литръ воды). Болѣзнь проходитъ

<sup>1)</sup> Нерѣдко палеты на рукавной стѣнкѣ развиваются у женщинъ, страдающихъ мочевыми фистулами. По изслѣдованіямъ *Лубимова*, палеты эти бываютъ обязаны своимъ происхожденіемъ палочкамъ синяго гноя (*b. pyocyaneus*). В. Г.

въ нѣсколько дней и больше не возвращается при соблюденіи надлежащей опрятности.

#### 4. Новообразованія влагалища.

##### а) Кисты влагалища.

Иногда, хотя въ общемъ и рѣдко, въ стѣнкахъ влагалища, особенно въ передней, встрѣчаются однополостныя кисты съ прозрачнымъ серознымъ или съ мутнымъ содержимымъ, высланныя снаружи эпителиемъ. Обыкновенно онѣ достигаютъ лишь величины вишни или волошскаго орѣха; слизистая оболочка влагалища, покрывающая ихъ, можетъ быть истонченной, такъ что содержимое кистъ просвѣчиваетъ. Нѣкоторые авторы предполагаютъ, что эти кисты происходятъ изъ остатковъ Вольфовыхъ (Гертнеровскихъ) ходовъ.

Для опухолей, находящихся въ боковой стѣнкѣ влагалища, особенно въ верхней части его, это происхожденіе, дѣйствительно, вполне возможно. Что касается кистъ, сидящихъ въ передней стѣнкѣ влагалища, то гипотеза о происхожденіи ихъ изъ остатковъ первичныхъ почекъ во всякомъ случаѣ неправильна, ибо Вольфовы ходы, — въ случаѣ, если бы они, въ видѣ исключенія, сохранились, — должны, согласно своему положенію у зародыша, проходить слѣва и справа въ боковыхъ стѣнкахъ, а не въ передней стѣнкѣ влагалища и параллельно другъ другу, какъ ошибочно утверждаютъ нѣкоторые авторы. Вольфовы ходы запусѣваютъ, какъ только Мюллеровы достигнутъ мочеполовой пазухи, и не принимаютъ болѣе участія въ образованіи рукава. Поэтому до сихъ поръ напрасно искали Вольфовыхъ ходовъ во влагалищѣ развитыхъ особей. У одной мертворожденной дѣвочки (неизвѣстно, было-ли у нея уродство развитія, или нѣтъ) *Klein* нашелъ слѣва и справа во влагалищной стѣнкѣ эпителиальный ходъ, который онъ могъ прослѣдить, — но только съ перерывами, — до придатка яичника. Былъ-ли это, однако, дѣйствительно Вольфовъ ходъ, — должны показать дальнѣйшія изслѣдованія.

Нѣкоторыя кисты влагалища надо разсматривать, какъ расширенныя лимфатическія ходы или какъ кровяные экстравазаты. Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло идетъ о второмъ, закрытомъ влагалищѣ. Далѣе, можно допустить, что кисты, находящіяся въ передней рукавной стѣнкѣ, образовались изъ отшнурованныхъ железъ мочеиспускательнаго канала. Наконецъ онѣ могутъ происходить изъ остатковъ лишняго (прибавочнаго), но отчасти запусѣвшаго мочеточника. Лишніе мочеточники, согласно ихъ положенію на очень ранней стадіи развитія, были встрѣчаемы чаще всего въ передней стѣнкѣ влагалища и ошибочно принимались за сохранившіеся Вольфовы ходы. Согласно съ этимъ извѣстны отдѣльные случаи, гдѣ кисты передней стѣнки влагалища при вскрытіи или вылученіи ихъ дѣйствительно распознавались, какъ расширенія прибавочныхъ мочеточниковъ. Во всякомъ случаѣ при кистахъ передней стѣнки не надо забывать объ этой возможности. Въ случаѣ, если бы послѣ вскрытія или вылученія

кисты остался свищъ, выдѣляющій жидкость, который можно было бы прослѣдить далеко вверхъ зондомъ, то не слѣдуетъ, въ ложномъ предположеніи, что передъ нами находится Вольфовъ ходъ, пробовать глубокими разрѣзами въ тазовую кльччатку удалить ходъ, ибо это ненужное вмѣшательство уже не разъ вело къ смерти больной отъ септического зараженія и отъ піелонефрита. Въ подобномъ случаѣ надо стараться отдѣляющій жидкость ходъ вшить въ мочевоі пузырь, ибо съ увѣренностью можно предположить, что онъ представляетъ собою прибавочный мочеточникъ<sup>1)</sup>.

Въ общемъ леченіе кистъ рукавной стѣнки состоитъ въ вылушеніи ихъ и закрытіи швомъ ихъ ложа.

#### б) Ракъ влагалища.

Первичный ракъ влагалища встрѣчается очень рѣдко, ибо въ нормальномъ влагалищѣ нѣтъ элементовъ, изъ которыхъ чаще всего развивается это новообразованіе, именно нѣтъ железъ. Первичный ракъ развивается, вѣроятно, изъ отщипуваннаго эпителия или изъ вышеописанныхъ кистъ<sup>2)</sup>. Вторично ракъ влагалища появляется при ракѣ матки, мочевого пузыря, прямой кишки и наружныхъ половыхъ частей, причемъ переходитъ съ указанныхъ органовъ на влагалище или *per continuitatem*, или черезъ лимфатическіе пути. Въ послѣднемъ случаѣ ракъ появляется въ видѣ узловъ въ рукавной стѣнкѣ, которые въ концѣ концовъ вскрываются наружу. Доступный зрѣнію ракъ образуетъ вначалѣ возвышенную, сильно изрытую, легко кровоточащую опухоль, окружность которой на большемъ протяженіи инфильтрирована, благодаря чему она на-ощупъ тверда. Зачастую мѣстомъ развитія этой опухоли является задняя стѣнка рукава. Иногда, однако, ракъ образуетъ кольцеобразную язву и тогда обуславливаетъ значительное суженіе влагалища. При продолжительномъ существованіи онъ можетъ, подобно раку влагалищной части матки, разрастись въ видѣ цвѣтной капусты въ просвѣтъ влагалища. При ракахъ этой величины поверхностные участки новообразованія находятся обыкновенно въ состояніи сильнаго распада, вслѣдствіе чего опухоль имѣетъ бугристый, частью черновато-сѣрый, частью желтоватый видъ.

Симптомами рака влагалища являются кровоточенія, особенно послѣ соитія, и зловонныя бѣли.

Распознаваніе просто и вытекаетъ прямо изъ данныхъ изслѣдованія. Леченіе состоитъ въ полномъ удаленіи новообразованія ножомъ, если это только еще возможно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ракъ рукава можно

<sup>1)</sup> *Neugebauer* сообщаетъ, что среди 20.000 изслѣдованныхъ имъ женщинъ онъ встрѣтилъ кисты рукава у 50 ( $\frac{1}{4}\%$ ). Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ киста не имѣла травматическаго происхожденія; въ большинствѣ случаевъ мѣшечкатыя новообразованія рукава представляли собою незаросшіе остатки *Gartner*'овскихъ ходовъ; рѣже попадались кисты ретенціоннаго происхожденія; еще рѣже, въ видѣ лишь исключенія, — кисты, развившіяся изъ уретральныхъ ходовъ. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Нѣкоторыми авторами, напр. *Herff*'омъ, описаны случаи первичнаго рака влагалища, гдѣ послѣдній развился, повидимому, изъ остатковъ Вольфовыхъ ходовъ. *В. Г.*

удалить вполне лишь путем поперечнаго разрѣза промежности, отдѣленія влагалища отъ прямой кишки за верхнюю границу новообразованія и удаленія отсепарованной части рукавной стѣнки (*Olshausen*). Послѣ этого рана должна быть зашита. *Winter* съ успѣхомъ примѣнялъ въ подобныхъ случаяхъ *Schuchardt*'овскій паравагинальный разрѣзъ. При вторичномъ ракъ оперативное удаленіе рака влагалища имѣеть смыслъ лишь тогда, когда и первичный очагъ доступенъ радикальной операциі. Часто при полномъ изсѣченіи матки по поводу рака ея приходится удалять одновременно и кусокъ пораженной стѣнки влагалища или узелъ въ ней.

Въ случаяхъ, не подлежащихъ операциі, надо выскоблить новообразование подъ наркозомъ острой ложечкой, сколько возможно, и прижечь рану каленымъ желѣзомъ. Этимъ уничтожаются на время кровотеченія и зловонныя отдѣленія. Въ совершенно безнадежныхъ случаяхъ, гдѣ на большомъ протяженіи уже инфильтрирована тазовая клетчатка, надо ограничиться выполненіемъ влагалища іодоформо-таниновой марлей. Марлевая полоска мѣняется ежедневно или черезъ день.

#### e) *Sarcoma vaginae*.

Первичная саркома влагалища представляетъ собою крайне рѣдкое заболѣваніе, которое появляется въ самомъ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и поражаетъ по преимуществу нижнюю часть передней рукавной стѣнки<sup>1)</sup>. Саркома можетъ быть при этомъ какъ круглоклеточной, такъ и веретенообразно клеточной. Въ видѣ исключенія она наблюдается и у взрослыхъ. Смѣшеніе ея съ ракомъ очень возможно, такъ какъ явленія при саркомѣ совершенно похожи на таковыя же при ракѣ.

Саркома распространяется очень быстро, и единственнымъ средствомъ при ней является возможно раннее удаленіе опухоли.

#### d) *Fibroma vaginae*.

Фибромы влагалища встрѣчаются рѣдко, и то большею частью въ видѣ узловъ въ передней стѣнкѣ величиною въ горошину или волошскій орѣхъ. Онѣ могутъ, однако, достигать величины головки ребенка и совершенно заполнять собою весь малый тазъ. Лечение состоитъ въ вылушеніи опухоли и закрытіи ложа ея посредствомъ швовъ<sup>2)</sup>.

### 5. Нарывы и флегмона влагалища.

Нарывы встрѣчаются въ различныхъ мѣстахъ рукавной стѣнки послѣ поврежденія ея нечистыми инструментами. Такъ, иногда они развиваются

<sup>1)</sup> Развиваются саркомы рукава чаще, повидимому, изъ паравагинальной соединительной ткани. В. Г.

<sup>2)</sup> Собравъ изъ литературы и собственной практики 89 случаевъ фиброміомъ рукава, я убѣдился, что опухоли эти развиваются преимущественно у женщинъ въ періодъ половой зрѣлости, что источникомъ ихъ развитія чаще служитъ передняя стѣнка рукава, что, разъ появившись, опухоли эти обнаруживаютъ наклонность развиваться преимущественно въ сторону просвѣта рукава, что среди нихъ, какъ и среди маточныхъ фиброміомъ, можно различать субмукозные, —имѣющія форму полиповъ, и интритѣночные, разлитыя формы, и пр. В. Г.

послѣ неудачныхъ попытокъ вызвать выкидышъ, приче́мъ находятъя обыкно́венно вблизи сводовъ.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдается флегмонозное воспаление околослагалищной кѣтчатки, которое ведетъ къ омертвѣнію и изверженію рукавной трубки <sup>1)</sup>. Какъ вездѣ, такъ и тутъ флегмона развивается вслѣдствіе инфекціи.

Флегмона и нарывы влагалища лечатся по правиламъ хирургіи.

#### 6. Ино́родныя тѣла во влагалищѣ.

Ино́родныя тѣла различной величины и характера, какъ стаканы, рюмки, склянки изъ-подъ лекарствъ, свѣчи, дамскія шпильки для волосъ и т. д., попадаютъ иногда во влагалище съ вѣдома или безъ вѣдома женщины и могутъ, особенно если дѣло касается „забытыхъ“ предметовъ, какъ ватные тампоны, пессаріи или губки, продолжаться во влагалищѣ много лѣтъ. Тѣла эти, — въ случаѣ, если они своимъ объемомъ не вызываютъ значительнаго растяженія рукава, которое заставляетъ женщину своевременно обратиться за врачебною помощью, — вызываютъ воспаленіе съ кровянистымъ зловоннымъ выдѣленіемъ; кромѣ того, въ рукавѣ при этомъ появляются пролежни, грануляціонная ткань которыхъ имѣетъ стремленіе обрости ино́родное тѣло, до чего въ концѣ концовъ дѣло и доходитъ, если величина тѣла позволить это. Крылатый пессарій *Zwack's* а и всѣ пессаріи съ тонкими обручами особенно часто вростають въ стѣнку влагалища на одномъ или многихъ мѣстахъ, такъ что для удаленія ихъ приходится формально вырѣзывать. Иногда влагалище ниже ино́роднаго тѣла оказывается суженнымъ, такъ что тѣло можно удалить лишь съ большимъ трудомъ, а иногда удаленіе его бываетъ совершенно невозможнымъ. Въ подобныхъ случаяхъ приходится распиливать тѣло посредствомъ цѣпочечной пилы или разламывать костными щипцами, послѣ чего удаленіе его совершается обыкновенно безъ труда.

#### 7. Пузырно-влагалищныя свищи.

*Этіологія.* Пузырно-влагалищный свищъ можетъ произойти во время родовъ, если головка ребенка будетъ долго стоять въ тазу или въ тазовомъ входѣ. Вслѣдствіе сильнаго сдавливанія, которое испытываютъ при этомъ мягкія части между передней тазовой стѣнкой и головкой, ткань ихъ омертвѣваетъ на томъ мѣстѣ, гдѣ давленіе со сто-

<sup>1)</sup> Некоторые авторы (*Busse*) даже совершенно отрицають возможность флегмонознаго перивагинита, въ смыслѣ прогрессирующаго воспаленія кѣтчатки: по ихъ мнѣнію, за флегмону околослагалищной кѣтчатки принимаются обыкновенно случаи гангренознаго кольпита, при которомъ первичнымъ является некрозъ рукавной стѣнки. Другіе (*Bodenstein, Weber* и пр.) убѣждены, что флегмонозный перивагинитъ существуетъ, какъ таковой, приче́мъ можетъ происходить подъ влияніемъ причинъ троякаго рода: 1) вслѣдствіе гангрены рукава при тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (тифъ и пр.), 2) вслѣдствіе нагноенія въ околослагалищной кѣтчаткѣ и 3) вслѣдствіе чрезчуръ энергичнаго или продолжительнаго примѣненія прижигающихъ средствъ.

роны головки было самое сильное — обыкновенно у шейки мочевого пузыря. Омертвѣвшій кусокъ отдѣляется обыкновенно не сейчасъ, такъ что моча въ первые дни послѣ родовъ продолжаетъ опорожняться черезъ мочеиспускательный каналъ. Но какъ только омертвѣвшій кусокъ, который служилъ какъ-бы обтураторомъ, выпадетъ, — что иногда происходитъ лишь на 12 — 14-й день послѣродового періода, — то моча начинаетъ вытекать черезъ влагалище, и лишь теперь замѣчается, что пузырь продырявленъ. Такимъ образомъ возникшій свищъ бываетъ рѣдко больше 15-копѣечной монеты величиною, хотя встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ стѣнка рукава омертвѣваетъ на гораздо болѣе значительномъ протяженіи, вслѣдствіе чего свищъ, даже если онъ не больше вышеописаннаго, спаивается глубоко проникающими рубцами съ лоннымъ сочлененіемъ.

Далѣе, пузырно-влагалищный свищъ можетъ произойти во время родовъ вслѣдствіе быстрого разрыва матки при форсированномъ поворотѣ плода изъ поперечнаго или черепного положенія, особенно если при этомъ примѣняется двойной ручной приемъ *Siegmundine* въ началѣ поднятія вверхъ нижняго сегмента матки.

Наконецъ пузырно-влагалищный свищъ можетъ образоваться: 1) вслѣдствіе пораненій при операциі полного изсѣченія матки черезъ рукавъ, будь это вслѣдствіе того, что пузырь будетъ вскрытъ при разсѣченіи *plicae vesico-uterinae*, или вслѣдствіе того, что одна или нѣсколько лигатуръ будутъ случайно наложены черезъ заднюю стѣнку пузыря, которую онъ затѣмъ и прорѣжутъ; свищи, происшедшіе послѣднимъ путемъ, обыкновенно невелики и заживаютъ сами собою; 2) при *colporrhaphia anterior*, если пузырь будетъ вскрытъ, или если швы будутъ наложены слишкомъ глубоко или завязаны слишкомъ крѣпко, такъ что рана омертвѣетъ; въ прежнее время, когда только что введенъ былъ непрерывный шовъ, и когда швы при разбираемой операциі накладывались въ два или три этажа, эта неудача случалась даже и у извѣстныхъ операторовъ; 3) при производствѣ искусственнаго выкидыша неумѣлой рукой. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ гинекологическую клинику *Charité* была доставлена полиціей для леченія дѣвушка съ пузырно-влагалищнымъ и прямокишечно-влагалищнымъ свищами. Та умная особа, которая производила выкидышъ, проткнула сначала инструментомъ мочевой пузырь, затѣмъ прямую кишку, пока наконецъ ей не удалось попасть въ цервикальный каналъ беременной матки.

*Распознаваніе пузырно-влагалищныхъ свищей* не представляетъ трудностей. Указанія больной, что она постоянно теряетъ мочу черезъ влагалище, направляетъ вниманіе врача на вѣрный путь. Правда, и при мочеточниково-влагалищныхъ свищахъ моча постоянно выдѣляется черезъ рукавъ, но здѣсь она, кромѣ того, испускается произвольно черезъ мочеиспускательный каналъ черезъ обычные промежутки времени. При пузырно-влагалищномъ свищѣ, находящемся высоко, можетъ, однако, случиться, что моча только ночью будетъ вытекать произвольно, между тѣмъ днемъ,

при вертикальномъ положеніи тѣла, она будетъ испускаться произвольно. Такая зависимость держанія мочи пузыремъ отъ положенія тѣла говоритъ противъ мочеточниково-влагалищнаго свища. Анамнезъ также можетъ помочь вѣрной постановкѣ діагноза: мочеточниковые свищи происходятъ почти исключительно вслѣдствіе пораненій при гинекологическихкихъ операціяхъ и никогда вслѣдствіе родовъ <sup>1)</sup>).

Отверстіе пузырно-влагалищнаго свища можно прощупать только при болѣе значительной потерѣ ткани, обыкновенно же изслѣдующему пальцу



Рис. 82. Щипцы съ крючками *Simon'a* ( $\frac{1}{4}$  ест. вел.).

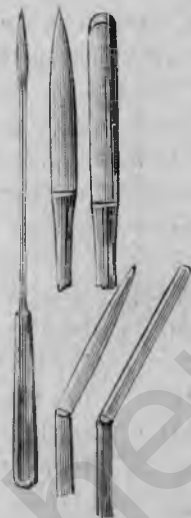


Рис. 83. Ножи *Simon'a* ( $\frac{1}{4}$  ест. вел.).

удается только опредѣлить небольшое, воронкообразное углубленіе, а иногда еще рубцовые тяжи въ окружности свища. Подчасъ найти пальцемъ мѣсто нахождения свища бываетъ даже совершенно невозможно. При помощи зеркала болѣе значительные свищи узнаются безъ труда потому, что въ отверстіе ихъ выпячивается сильно покрасѣвшая слизистая оболочка мочевого пузыря, и потому, что изъ этого отверстія вытекаетъ моча. Что касается небольшихъ свищей, величиною въ булавочную головку или коношляное зерно, то ихъ можно бываетъ найти иногда лишь съ

очень большимъ трудомъ, особенно «если стѣнка влагалища, вслѣдствіе рубцоваго сморщиванія, образуетъ складки. Въ такихъ случаяхъ бываетъ полезно, для отысканія свища, налить въ мочевой пузырь кипяченаго молока; на томъ мѣстѣ и въблизи его, гдѣ появится молоко во влагалищѣ, и должно находиться свищевое отверстіе, которое затѣмъ можно найти посредствомъ тонкаго маточнаго зонда.

**Леченіе.** Небольшіе свищи, происшедшіе не вслѣдствіе омертвѣнія пузырно-рукавной стѣнки подъ вліяніемъ давленія, а вслѣдствіе пораненія при операціи или прорѣзыванія лигатуръ, заживаютъ обыкновенно самі по себѣ или послѣ однократнаго прижиганія краевъ фистулы ляписомъ. Въ остальныхъ случаяхъ оперативное закрытіе свища представляетъ собою единственный способъ леченія, о которомъ вообще можетъ быть рѣчь. Операція закрытія свища состоитъ въ томъ, что края послѣдняго по окружности освѣжаютъ и подготовленную такимъ образомъ кольцевидную рану закрываютъ швомъ. Для успѣха операціи необходимо, чтобы свищъ

<sup>1)</sup> *Ferguson*, разобравъ обширный казуистическій матеріалъ, обнимающій 67 случаевъ мочеточниковыхъ свищей, нашелъ, напротивъ, что самая частая причина этого рода свищей—тяжелые роды со щипцами. *В. Г.*

былъ хорошо доступенъ. Съ этою цѣлью вытягиваютъ стѣнку влагалища нѣсколькими (3—4) тонкими пулевыми щипцами или щипцами съ крючками, которыми захватываютъ окружность свища. Хорошо за нѣсколько дней до операціи, предварительно подъ наркозомъ испытать, какъ лучше всего обнажить и сдѣлать доступнымъ свищъ. Затѣмъ тонкимъ ножикомъ съ ручкой (рис. 83) обрѣзаютъ свищъ, отступя на 2—3 мм. отъ края, вкалывая ножъ, — который долженъ быть наготовѣ въ нѣсколькихъ различно изогнутыхъ формахъ, — до самаго пузыря и вырѣзая весь край фистулы по раневой линіи. Главное условіе успѣха состоитъ именно въ



Рис. 84. Наложеніе швовъ на пузырно-влагалищный свищъ.

томъ, чтобы край свища былъ повсюду освѣженъ; совершенно правильно поэтому было требованіе старыхъ врачей, чтобы операторъ былъ въ состояніи надѣть на палецъ вырѣзанный имъ край свища на-подобіе кольца. Освѣживъ края свища, накладываютъ на него швы сверху внизъ, такъ чтобы рана, въ закрытомъ своемъ видѣ, образовала поперечную щель. Свищи и такъ имѣютъ, впрочемъ, обыкновенно поперечное направленіе. Во всякомъ случаѣ стѣнка влагалища по направленію сверху внизъ болѣе всего подвижна.



Три или четыре средних шва захватывают, кромѣ рукавной стѣнки, и слизистую оболочку мочевого пузыря, за верхній и нижній край раны, оба боковые — только стѣнку влагалища (рис. 84). Зашивать свищъ начинаютъ со средины, обращая вниманіе на то, чтобы швы лежали по возможности вполне вертикально и равномерно, и чтобы они захватывали слизистую оболочку мочевого пузыря у самого края свища. Завязываются швы только послѣ наложенія всѣхъ ихъ.

Чтобы уменьшить напряженіе тканей удаляютъ щипцы съ крючками, какъ только начнутъ завязывать швы, — притомъ начиная со среднихъ. По мѣрѣ необходимости могутъ быть прибавлены поверхностные швы. Проверить, хорошо-ли закрыта рана, можно вливаніемъ стерилизованной воды въ мочевой пузырь. Въ качествѣ матеріала для швовъ лучше всего брать серебряную проволоку или сильквормъ.

Въ виду того, что емкость мочевого пузыря при свищахъ обыкновенно бываетъ очень понижена, — важной задачей послѣдующаго леченія является предупрежденіе значительнаго скопленія мочи. Многіе достигаютъ этого введеніемъ постоянного катетера въ теченіе первыхъ 5—6 дней послѣ операціи. Но такъ какъ, подъ вліяніемъ послѣдняго, почти всегда развивается воспаленіе пузыря, леченіе котораго затягивается иногда на очень продолжительное время, лучше, если только въ распоряженіи врача имѣется подходящій и надежный низшій медицинскій персоналъ, не употреблять постоянного катетера, а вмѣсто этого катетеризировать больную (первые 14 дней) днемъ черезъ каждые 2—3 часа, а ночью одинъ или два раза. Удаленіе швовъ начинается съ 8-го дня.

Къ сожалѣнію, операція зашиванія свищей не всегда увѣнчивается безупречнымъ результатомъ; иногда швы расходятся на какомъ-нибудь мѣстѣ, и больная опять начинаетъ терять мочу черезъ влагалище. Если образовавшееся при этомъ отверстіе невелико, то иногда оно заживаетъ современемъ само по себѣ, или послѣ прижиганія ляписомъ; отверстія болѣе значительныя требуютъ повторенія операціи.

Нѣкоторые операторы предпочитаютъ не захватывать швами слизистой оболочки пузыря, изъ опасенія дренирующаго дѣйствія лигатуръ и образованія вокругъ нитей, находящихся въ пузырьѣ, мочевыхъ камней. Но эти опасенія совершенно безосновательны: при примѣненіи серебряной проволоки и силькворма не можетъ быть и рѣчи о дренирующемъ дѣйствіи швовъ; что касается отложенія солей вокругъ лигатуръ, то, если бы даже дѣло и дошло до этого, онѣ удаляются естественнымъ путемъ, какъ только лигатуры будутъ сняты. Между тѣмъ, если слизистая оболочка пузыря будетъ захвачена въ шовъ, то это всего вѣрнѣе гарантируетъ рану отъ пропитыванія ея тканей мочою; поэтому я считаю только что описанный методъ, — *Simon Sims'a* — самымъ лучшимъ <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Широкимъ распространеніемъ въ гинекологической практикѣ пользуется также въ настоящее время иной способъ зашиванія рукавно-пузырныхъ свищей, при которомъ сначала стѣнка пузыря отсепааривается, на большемъ или мень-

*Зашивание рукава. Закрытие влагалища.* При очень больших свищахъ, при которыхъ операція закрытія свища является невозможною, или при которыхъ она была уже испробована безъ всякаго результата, остается послѣднее средство—поперечное зашиваніе влагалища наглухо. Для этого освѣжаютъ кольцеобразную полосу, шириною въ 1—2 сант., надъ самымъ входомъ во влагалище и закрываютъ рану швами — спереди назадъ <sup>1)</sup>). Однако результатъ и этого способа не всегда бываетъ удовлетворительный, въ виду того, что изъ влагалища образуется слѣпой мѣшокъ, гдѣ происходитъ отложеніе мочевыхъ камней, застой и разложеніе мочи; вслѣдствіе этого обыкновенно вскорѣ приходится вскрывать влагалище снова <sup>2)</sup>).

Поперечное зашиваніе влагалища наглухо, но только выше входа, производилось и при мочеточниково-влагалищныхъ свищахъ послѣ предварительнаго наложенія пузырно-влагалищнаго свища, но результатъ былъ и тогда неудовлетворителенъ, если закрытіе производилось на одной линіи съ обоими свищами. Поэтому въ послѣднее время предлагаютъ вшивать мочеточникъ въ мочевой пузырь. Описаніе этой операціи слѣдуетъ искать въ специальныхъ руководствахъ по хирургіи.

*Пузырно-шеечный свищъ.* Онъ образуется во время родовъ вслѣдствіе той же причины, что и пузырно-влагалищный свищъ, если передняя губа шейки матки будетъ ущемлена между головкой и передней стѣнкой таза. Встрѣчается онъ рѣже, чѣмъ пузырно-влагалищный свищъ, и требуетъ точно также оперативнаго леченія. Чтобы подойти къ свищу, приходится обыкновенно расщеплять переднюю губу шейки матки. Освѣженіе и зашиваніе его значительно труднѣе, чѣмъ при пузырно-влагалищномъ свищѣ, такъ что для леченія лучше отсылать больныхъ съ подобными свищами въ больницу.

шесть протяженій вокругъ свищевой дыры, отъ стѣнки рукава, затѣмъ, по освѣженію краевъ, отверстіе въ пузырь зашивается особо, а отверстіе въ рукавъ—особо, каждое своимъ рядомъ швовъ. По этому способу удается съ успѣхомъ зашивать даже относительно большіе свищи. Главною помѣхою для производства операціи по этому способу, именно для правильнаго наложенія пузырныхъ швовъ, является то обстоятельство, что стѣнки пузыря выпадаютъ, чрезъ свищевую дыру, въ рукавъ. Во избѣжаніе этого *Bishop* предлагаетъ захватывать ихъ нѣсколькими петлеобразными лигатурами, выводитъ послѣднія черезъ уретру, заворачивать, при помощи ихъ, края пузырной дыры внутрь пузыря и въ такомъ положеніи зашивать дыру; по наложеніи пузырнаго шва лигатуры снимаются и удаляются черезъ уретру, а дыра въ рукавной стѣнкѣ зашивается обычнымъ порядкомъ. *В. Г.*

<sup>1)</sup> Если при этомъ и уретра является разрушенною, то освѣженіе и зашиваніе производятся въ области преддверія влагалища, причемъ, прежде чѣмъ произвести эту операцію, извѣстную подъ названіемъ *episcleisis*, продѣлываютъ у больныхъ отверстіе въ рукавно-ректальной перегородкѣ. Послѣ операціи моча выводится оперированными *per alium*. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Имѣя въ виду невыгоды зашиванія рукава, нѣкоторые авторы предлагаютъ пользоваться, для закрытія обширныхъ пузырно-рукавныхъ свищей, маткой (способъ *Freund'a*). Для этого стѣнка рукава въ окружности свища освѣжается, затѣмъ вскрывается задній сводъ, тѣло матки извлекается чрезъ него въ рукавъ, задняя поверхность матки освѣжается и пришивается къ передней стѣнкѣ рукава, закрывая собою свищъ. Для оттока менструальной крови продѣлывается при этомъ отверстіе въ обращенномъ ко входу въ рукавъ днѣ матки. *В. Г.*

### 8. Непроходимость влагалища. (*Atresia vaginae*).

Полное закрытіе влагалища представляет собою явленіе врожденное и встрѣчается только при порокахъ развитія матки и внутреннихъ половых органовъ (см. выше). Наружныя половыя части обыкновенно при этомъ бываютъ правильно построены, но имѣютъ дѣтскій типъ, — *mons pubis* малъ, а лобковые волоса имѣются обыкновенно въ скудномъ количествѣ. Обыкновенно при этомъ имѣется на-лицо, далѣе, отчетливо сформированная дѣвственная плева, такъ что отсутствіе просвѣта рукава замѣчается впервые лишь при попыткѣ провести палецъ черезъ отверстіе плевы.

Вслѣдствіе неудовлетворительнаго развитія внутреннихъ половых органовъ, у больныхъ отсутствуютъ обычно всякія явленія менструаціи, и было бы напраснымъ трудомъ пытаться прокладывать путь черезъ влагалище, въ надеждѣ найти способную функционировать матку, или чтобы предупредить развитіе haematometrae: матка находится обыкновенно въ столь же недоразвитомъ состояніи, какъ и влагалище. Несмотря, однако, на это, иногда приходится у подобныхъ больныхъ прибѣгать къ образованію искусственнаго влагалища, если пара влюбленныхъ, несмотря на невозможность имѣть потомство, все-таки настаиваетъ на вступленіи въ бракъ. Чтобы въ подобныхъ случаяхъ сдѣлать возможнымъ coitus, приходится въ области недоразвитаго влагалища образовать ножемъ и ножницами углубленіе, которое выполняется сначала полоской іодоформированной марли, а затѣмъ еще далѣе углубляется подходящими инструментами изъ дерева или твердаго каучука. При операціи надо остерегаться побочныхъ пораненій пузыря и прямой кишки. Послѣ болѣе или менѣе продолжительной супружеской жизни изъ искусственно созданнаго влагалища образуется слѣпой мѣшокъ въ нѣсколько сантиметровъ длиною, такъ что оба супруга остаются довольны результатомъ операціи.

О перепончатобразномъ закрытіи входа во влагалище и о приобрѣтенной непроходимости влагалища см. въ главахъ объ аменорреѣ и о вагинизмѣ.

## VIII. Болѣзни наружныхъ половыхъ частей.

### 1. Анатомія наружныхъ женскихъ половыхъ частей.

Главную часть наружныхъ половыхъ частей женщины (*pubendum muliebre*) образуютъ большія срамныя губы (*labia majora pudendi*); у дѣвственницъ онѣ только и видны снаружи, такъ какъ онѣ совершенно закрываютъ половую щель (*rima pudendi*), лежащую между ними. Большія губы образуютъ двѣ складки кожи, богатая жировою тканью, и по исторіи своего развитія соответствуютъ мошонкѣ мужчины. Снаружи онѣ покрыты обыкновенно волосами. Кожа ихъ богата потовыми и сальными железами. Внутри большія губы содержатъ такъ называемыя жировыя тѣла, состоящія изъ рыхлой жировой ткани, пронизанной густою сѣтью венъ. Окон-

чанія круглыхъ связокъ матки переходятъ въ покровъ жировыхъ тѣлъ, а въ случаѣ, если у взрослыхъ сохранился *diverticulum Nuckii* (*processus vaginalis peritonei*), то они достигаютъ иногда своимъ нижнимъ концомъ верхняго края жировыхъ тѣлъ.

Чтобы увидѣть глубже расположенныя части наружныхъ половыхъ органовъ, надо раскрыть большія губы (рис. 85), и тогда можно разглядѣть малыя срамныя губы (*labia minora*), а впереди ихъ клиторъ (*clitoris*) съ его крайней плотью (*praeputium clitoridis*).

Малыя срамныя губы образуютъ 2 тонкихъ складки кожи (но не слизистой оболочки); онѣ соответствуютъ въ эмбриональномъ отношеніи нижней поверхности мужскаго полового члена (*penis*); онѣ покрыты нижнимъ эпидермисомъ и содержатъ какъ на наружной, такъ и на внутренней своей поверхности, а также въ области крайней плоти клитора, многочисленныя сальныя железы, но зато лишены волосъ.

Пока малыя губы остаются прикрыты большими, онѣ влажны и красноваты; если же онѣ открыты, то быстро высыхаютъ и обыкновенно пигментируются въ коричневый цвѣтъ. Передній конецъ каждой изъ обѣихъ малыхъ губъ образуетъ двѣ ножки, изъ которыхъ обѣ наружныхъ образуютъ покровъ для головки клитора (*glans clitoridis*) — крайнюю плотъ, обѣ же внутрен-

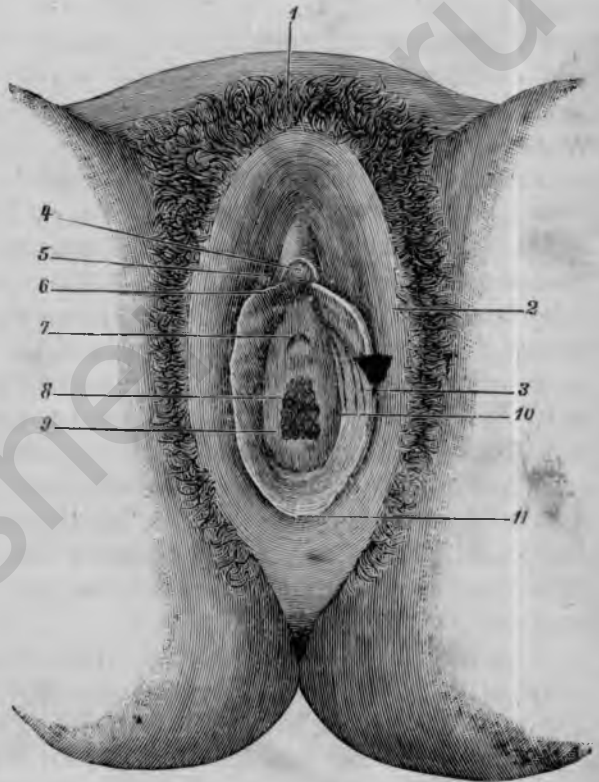


Рис. 85. Наружный видъ *puddendi muliebris virginialis* (большія и малыя губы раздвинуты). 1—*Mons pubis*. 2—*Labium majus*. 3—*Labium minus*. 4—*Glans clitoridis*. 5—*Praeputium clitoridis*. 6—*Frenulum clitoridis*. 7—*Orificium urethrae*. 8—*Orificium vaginae*. 9—*Hymen*. 10—Устье Бартолиновой железы. 11—*Frenulum labiorum pudendi*.

нія соединяются подъ острымъ угломъ у нижней поверхности головки клитора и образуютъ уздечку его (*frenulum clitoridis*). Сзади малыя губы или постепенно переходятъ во внутреннюю поверхность большихъ губъ, или соединяются (у дѣвицъ) у передняго края промежности, образуя дугу—заднюю спайку губъ (*frenulum labiorum pudendi*).

Пространство, ограниченное (окруженное) малыми губами и клиторомъ, называется преддверіемъ рукава (*vestibulum vaginae*); часть преддверія, лежащая кзади отъ входа во влагалище, называется ладьевидной ямкой (*fossa navicularis*). При болѣе сильномъ разведеніи губъ можно увидѣть дѣвственную плеву (*hymen*), закрывающую входъ во влагалище, и отверстіе мочеиспускательнаго канала (*orificium urethrae*). Дѣвственная плева у дѣтей и дѣвственницъ выпячивается немного въ преддверіе, края ея заходятъ черепицеобразно другъ на друга. Отверстіе мочеиспускательнаго канала представляетъ собою у дѣвицъ и еще во время первой беременности закрытую щель, имѣющую форму латинскаго Y (игрекъ), стоящаго вверхъ ногами (см. рис. 86). У дѣвицъ надо довольно сильно раздвинуть половыя части для того, чтобы отверстія гимена и мочеиспускательнаго канала зіяли; при этомъ *orificium urethrae* является въ видѣ поперечной полудунной щели, вслѣдствіе того, что нижній край его образуетъ обыкновенно небольшой выступъ (рис. 85). По обѣ стороны входа во влагалище на внутренней поверхности малыхъ губъ, у самой борозды между гименомъ и малыми губами замѣчаются справа и слѣва устья выводныхъ протоковъ большихъ железъ преддверія (*glandulae Bartholini*) и на каждой сторонѣ возлѣ отверстія мочеиспускательнаго канала устье парауретральныхъ ходовъ (*ductus paraurethralis*). Парауретральные (*Skene*'овскіе) ходы суть выводныя протоки железъ, которыя встрѣчаются въ мочеиспускательномъ каналѣ вдоль него въ многочисленномъ количествѣ; одно время они ошибочно принимались за остатки Вольфовыхъ ходовъ. На днѣ преддверія замѣчаются въ слизистой оболочкѣ небольшія ямкообразныя углубленія, особенно отчетливо у женщинъ рожавшихъ. Кромѣ этихъ лакунъ, въ слизистой оболочкѣ преддверія встрѣчаются еще небольшія слизистыя железки (*glandulae vestibulares minores*), по преимуществу между отверстіемъ мочеиспускательнаго канала и входомъ во влагалище.

У женщинъ рожавшихъ большія губы рѣдко прилегаютъ другъ къ другу, вслѣдствіе чего малыя губы видны снаружи, а иногда онѣ выдаются изъ-за большихъ. Вслѣдствіе надрывовъ своей задней стѣнки преддверіе кзади бываетъ у рожавшихъ расширено и удлинено. Для того, чтобы увидѣть входъ во влагалище, у нихъ надо лишь умѣренно раздвинуть наружныя части; его теперь уже не закрываетъ гимень, а лишь остатки послѣдняго (*sarunculae myrtiformes*) лежатъ по окружности. Отверстіе мочеиспускательнаго канала зіяетъ въ большей или меньшей степени, имѣя обыкновенно звѣздообразную форму; иногда слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала даже выпячивается наружу, не вызывая этимъ ни малѣйшихъ жалобъ со стороны женщины.

Преддверіе спереди и по обѣ стороны (рис. 86) охватывается, на подобіе подковы, луковицею преддверія (*bulbus vestibuli*), вздутый задній конецъ которой, соответствующій *bulbus urethrae* мужчины, доходитъ съ каждой стороны до Бартолиновыхъ железъ (или даже нѣсколько заходитъ

за нихъ), между тѣмъ какъ истонченный передній конецъ ся образуетъ съ другой половиной узкій соединительный мостикъ (*pars intermedia*), который спереди окружаетъ отверстіе мочеиспускательнаго канала и пере-

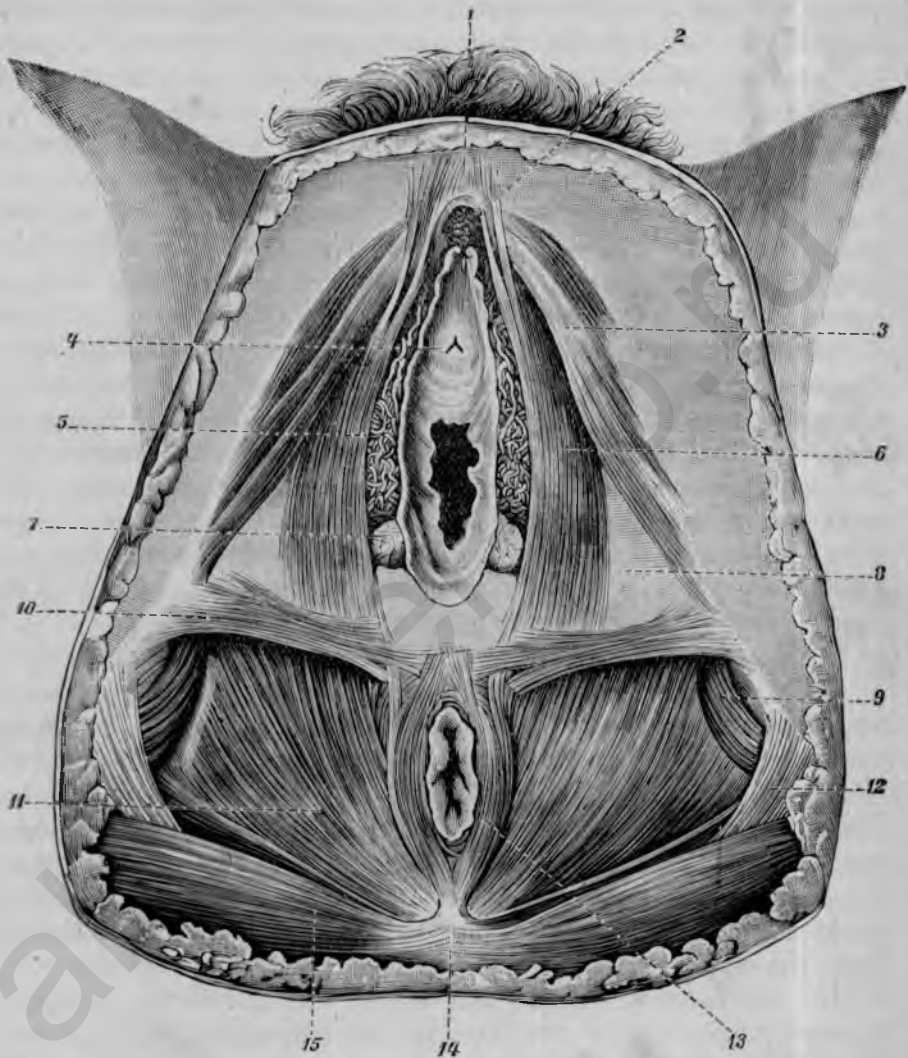


Рис. 86. Женская промежность по удаленіи кожи и поверхностной фасціи. 1—*Ligamentum suspensorium*. 2—*Glans clitoridis*. 3—*Musculus ischio-cavernosus*. 4—*Orificium urethrae*. 5—*Bulbus vestibuli*. 6—*Musculus bulbo-cavernosus*. 7—*Glandula vestibularis major (Bartholini)*. 8—*Musculus perinei profundus* съ нижней пластинкой своей фасціи (*trigonum urogenitale*). 9—*Musculus obturator internus*. 10—*Musculus transversus perinei superficialis*. 11—*Musculus levator ani*. 12—*Ligamentum tuberoso-sacrum*. 13—*Musculus sphincter ani externus*. 14—*Os coccygis*. 15—*Musculus gluteus magnus*.

ходить въ ткань *glandis clitoridis*. Луковица преддверія состоитъ главнымъ образомъ изъ сильно извитыхъ и многократно между собою анастомозирующихъ кровеносныхъ сосудовъ, которые отдѣлены другъ отъ друга

тонкими соединительнотканными перекладками и которые одѣты одной общей соединительнотканной тонкой оболочкой.

У задняго края луковицы, въ боковыхъ стѣнкахъ преддверія, лежатъ по обѣ стороны Бартолиновы железы—образованія величиною въ горошину или въ бобъ. Железы эти соотвѣтствуютъ Куперовскимъ железамъ у мужчинъ и принадлежатъ къ трубчатымъ железамъ; секретъ ихъ—вязкая бѣловатая слизь, которая, по общему предположенію, выделяется толчками и внезапно на-подобіе изверженія сѣмени у мужчины. *Bulbus vestibuli* и *glandulae Bartholini* покрыты *musculo bulbo-cavernoso* (рис. 86).

Артеріи наружныхъ половыхъ частей женщины происходятъ изъ *art. pudenda interna* и отчасти изъ *art. pudenda externa (a. femoralis)*. Вены (*plexus pudendalis externus*) находятся въ связи съ наружными геморроидальными венами, съ *v. pudenda externa* и съ *v. obturatoria*, а также съ венами брюшныхъ покрововъ; часть ихъ направляется (черезъ посредство *plexus vaginalis*) къ внутреннимъ венамъ таза.

Нервы происходятъ отчасти изъ симпатическаго *plexus hypogastricus*, отчасти изъ *n. pudendus*, *n. ileo-inguinalis* и *n. spermaticus externus*.

Большія и малыя губы, а также преддверіе снабжены сильно развитою сѣтью лимфатическихъ сосудовъ, изъ которыхъ образуются нѣсколько большихъ стволонъ, идущихъ къ наружнымъ паховымъ железамъ.

## 2. Воспаленіе наружныхъ половыхъ частей.

Воспаленіе наружныхъ половыхъ частей (*vulvitis*) чаще всего бываетъ гонорройнаго происхожденія, но оно можетъ быть вызвано и нечистымъ содержаніемъ этихъ частей, а также проникновеніемъ сюда и поселеніемъ здѣсь острицы (*oxyuris vermicularis*) изъ прямой кишки. При этомъ заболѣваніи кожа преддверія является сильно покраснѣвшей, гиперемированной и покрытой гноемъ. Железы преддверія вовлекаются въ страданіе. Если причина болѣзни лежитъ въ гонорреѣ, то воспаленіе переходитъ вскорѣ на мочеиспускательный каналъ и железы его, а также на влагалище, иногда же оно распространяется и на Бартолиновы железы.

При недостаточномъ соблюденіи чистоты кожа большихъ губъ и промежности также краснѣетъ, на нѣкоторыхъ мѣстахъ изъязвляется и покрывается пустулами и фурункулами.

Уретритъ вызываетъ у больныхъ жженіе при мочеиспусканіи; при легкомъ поглаживаніи по мочеиспускательному каналу сверху внизъ пальцемъ, введеннымъ во влагалище, изъ уретры удастся выдавить каплю гноя. Для того, чтобы этотъ приемъ могъ имѣть рѣшающее значеніе, необходимо, разумѣется, предварительно удалить весь секретъ изъ окружности мочеиспускательнаго канала.

При леченіи вульвита первымъ дѣломъ надо обратить вниманіе на его причину. Нечистоплотныя привычки и острицы изъ прямой кишки должны быть устранены. При острой гонорреѣ леченіе состоитъ въ обмы-

ваній съ мыломъ и вообще въ тщательно чистомъ содержаніи наружныхъ частей при помощи ваннъ и омовеній. Если заболѣваніе распространилось на влагалище, надо придерживаться правилъ, описанныхъ при гонорройномъ кольпитѣ. Иногда вульвитъ бываетъ очень упорнымъ и можетъ перейти въ хроническое состояніе, требующее особаго леченія. Последнее состоитъ въ примѣненіи легкихъ прижигающихъ средствъ, напр. въ смазываніи 1 % растворомъ ляписа, употребленіи компрессовъ изъ свинцовой воды или раствора ляписа (0,1—100,0), втираніяхъ іодоформной или айроловой мази. При остромъ уретритѣ хорошо назначить больнымъ обильное питье и копейскій бальзамъ по 1,0 pro dosi 3—4 раза въ день (въ желатиновыхъ капсулахъ). Каждый пріемъ бальзама надо запивать чашкой молока. Помогаютъ-ли новыя средства, какъ салолъ и др., лучше старыхъ, еще не доказано.

При хроническомъ уретритѣ большую пользу приноситъ впрыскиваніе прижигающихъ средствъ въ уретру. Для этого можно пользоваться Брауновскимъ шприцемъ (см. рис. 23), но надо остерегаться впрыскивать жидкость въ пузырь, почему канюлю шприца слѣдуетъ вводить только на 2—3 сент. и медленно опорожнять ея содержимое. Для впрыскиваній берутся: растворъ *zinci sulfo-carbolici* (5 : 200) или *zinci sulfurici*—такой же крѣпости, 3 % растворъ карболовой кислоты и т. п. средства. Впрыскиванія должны производиться ежедневно или черезъ день. Точно также часто примѣняютъ введеніе палочекъ изъ *butyrum saesae* съ протарголомъ, іодоформомъ или айроломъ; при примѣненіи палочекъ больная должна оставаться на стулѣ для изслѣдованія до тѣхъ поръ, пока не растаетъ палочка.

### 3. Кондиломы наружныхъ половыхъ частей.

Острыя кондиломы встрѣчаются при запущенной гонорреѣ на большихъ губахъ, особенно на внутренней поверхности ихъ, затѣмъ на передней и задней спайкѣ, на промежности и вокруг заднепроходнаго отверстия<sup>1)</sup>. Онѣ могутъ появляться въ различномъ количествѣ и достигать различной величины; иногда онѣ появляются въ видѣ многочисленныхъ небольшихъ бородавокъ съ сильно изрытой поверхностью, рѣже встрѣчаются въ видѣ опухолей на тонкой ножкѣ величиною въ вишню или грецкій орѣхъ съ такою же поверхностью, иногда, наконецъ, онѣ образуютъ цѣлые конгломераты подобнаго рода. Выдѣленія, скопляющіяся въ бороздахъ и трещинахъ кондиломъ, разлагаются и распространяютъ очень зловонный запахъ.

Подобнаго рода острия кондиломы могутъ быть приняты за ракъ. Окружность кондиломы, однако, никогда не бываетъ инфильтрованной, какъ это бываетъ при ракѣ. Кондиломы сидятъ на короткихъ ножкахъ, поверхность ихъ не изъязвлена, но покрыта эпидермисомъ, между тѣмъ какъ

<sup>1)</sup> Мѣстомъ развитія острыхъ кондиломъ можетъ служить и *mons Veneris*.  
B. F.



ракъ такой величины изъязвляется, легко кровоточить и находится въ состояніи распада.

Леченіе состоитъ въ удаленіи разрошеній. Кондиломы средней величины, если онѣ появились въ небольшомъ числѣ, покрываются вѣвской пастой до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ. Если же кондиломы появились въ видѣ маленькихъ бородавочекъ въ значительномъ числѣ, то проще всего ихъ удалить Куперовскими ножницами подъ наркозомъ въ одинъ сеансъ, а дно отдѣльныхъ кондиломъ прижечь 0,5 % растворомъ сулемы или 10 % растворомъ хлористаго цинка.

Большіе конгломераты должны быть безусловно удалены, рана прижжена, а, если надо, то и зашита.

Широкія кондиломы наружныхъ половыхъ частей представляютъ собою кругловатыя, плоскія возвышенія, красноватаго или бѣловатаго цвѣта. Расположенныя другъ возлѣ друга кондиломы обыкновенно изъязвляются вслѣдствіе тренія при ходьбѣ. Онѣ встрѣчаются по преимуществу на малыхъ губахъ, на внутренней поверхности большихъ губъ, на промежности и по обѣ стороны заднепроходнаго отверстія. Исчезаютъ подъ вліяніемъ антисифилитическаго леченія.

#### 4. Твердый и мягкій шанкры наружныхъ половыхъ частей.

Твердый шанкръ образуетъ, какъ извѣстно, небольшую плоскую язву съ инфильтрованнымъ дномъ, хрящевой твердости, и появляется въ единичномъ числѣ или одновременно въ нѣсколькихъ мѣстахъ.

Мягкій шанкръ появляется въ видѣ маленькой пустулы, которая лопається, оставляя послѣ себя быстро распространяющуюся язву съ желтоватымъ салнымъ дномъ и острыми или подрытыми краями. Мягкая язва встрѣчается обыкновенно во множественномъ числѣ и заживаетъ подъ вліяніемъ обычнаго леченія. Паховыя железы при ней часто оказываются на одной или обѣихъ сторонахъ воспаленными или нагноившимися.

#### 5. Оспенная пустула наружныхъ половыхъ частей.

Венерическихъ язвъ не слѣдуетъ смѣшивать съ оспенными пустулами, которыя могутъ появиться вслѣдствіе непроизвольной прививки оспы на наружныхъ половыхъ частяхъ у дѣтей и взрослыхъ (*Hansen u. Nölke, Mittheilungen für den Verein schleswig-holsteinischer Aerzte. Neue Folge, Jahrgang 6, 1897*).

Въ случаѣ *Hansen*'а (мать и дочь) высыпь на большихъ губахъ, по краю задняго прохода, на внутренней поверхности бедеръ и ягодицъ—образовала пустулы, величиною отъ булавочной головки до чечевичнаго зерна, съ прозрачнымъ содержимымъ. Нѣкоторыя изъ этихъ пустулъ были шире и имѣли пупкообразное углубленіе. Въ межреберной складкѣ онѣ были въ состояніи грязнаго распада. Вся пораженная оспою область была красна и припухла <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Недавно *Maillefert* описалъ случай, гдѣ наружныя половыя части у одной беременной послужили мѣстомъ развитія вакцины. Вакцинный гной былъ занесенъ съ тряпкой, которою больная подтирала себѣ genitalia.

### 6. *Herpes vulvae.*

Болезнь эта встречается иногда у беременных и тучных женщин и представляет собою высыпь, состоящую из группы маленьких пузырьков<sup>1)</sup>. Появлению послѣднихъ предшествуетъ жгучая боль. Высыпь исчезаетъ на 7-й или 8-й день и лечится по известнымъ общимъ правиламъ. То же самое относится и къ другимъ кожнымъ болезнямъ (экзема, лейкодермия, рожа), которыя иногда появляются въ окрестности половыхъ частей женщины, не представляя при этомъ никакихъ особенныхъ свойствъ.

### 7. *Noma pudendi.*

Это—флегмонозное воспаленіе наружныхъ половыхъ частей, ведущее къ распространенному омертвѣнію; лечить его надо по общимъ правиламъ хирургіи.

### 8. *Kraurosis vulvae.*

При этой болѣзни кожа большихъ и малыхъ губъ и клитора имѣетъ своеобразный блѣлый, сухой видъ, и больная жалуется главнымъ образомъ на жестокий зудъ.

Kraurosis встречается въ годы половой зрѣлости, но также и послѣ наступленія климактерическаго періода, представляя собою крайне тягостную болѣзнь, которая ведетъ къ жестокимъ расчесамъ на наружныхъ половыхъ частяхъ. Иногда волосы на лобкѣ бываютъ даже наполовину стерты отъ этихъ расчесовъ. Многіе авторы вообще разматриваютъ kraurosis какъ послѣдствіе чесанія, и ищутъ причину зуда въ бѣляхъ, паразитахъ или нервномъ расстройствѣ. Другіе считаютъ kraurosis первичнымъ страданіемъ, вызывающимъ зудъ. По моему мнѣнію, первый взглядъ болѣе правиленъ<sup>2)</sup>. Зудъ при kraurosis vulvae появляется приступами, по преимуществу ночью и при ходьбѣ. О зудѣ, вызванномъ сахарнымъ мочеизнуревіемъ, см. ниже.

Леченіе состоитъ въ устраниніи кольпита и другихъ причинъ для зуда и въ чистомъ содержаніи наружныхъ половыхъ частей при помощи частыхъ обмываній и ваннъ. Зудъ можно уменьшить, даже устранить на время смазываніемъ вульвы, особенно малыхъ и большихъ губъ и клитора,

<sup>1)</sup> По изслѣдованіямъ *Levin'a*, herpes вообще и herpes вульвы въ частности представляютъ весьма обычное явленіе у гинекологическихъ больныхъ: изъ 1584 такихъ больныхъ, осмотрѣнныхъ авторомъ, 7,07% оказались имѣющими herpes, въ томъ числѣ 5,2%—herpes progeneralis. *B. Г.*

<sup>2)</sup> Относительно сущности болѣзненнаго процесса при kraurosis vulvae между авторами до сихъ поръ существуетъ рѣзкое разногласіе: одни видятъ въ kraurosis результатъ воспаленія, другіе—трофонейрозъ. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Heller'a*, kraurosis vulvae представляетъ собою хроническое воспаленіе кожи, развивающееся подъ вліяніемъ различныхъ, чаще всего, вѣроятно, химическихъ раздражителей, независимо отъ какого-либо доступнаго обычнымъ методамъ изслѣдованія пораженія мѣлогенныхъ волоконъ. Воспаленіе это въ глубокихъ слояхъ кожи ведетъ къ атрофіи и полному исчезновенію мышщъ, соединительной ткани, жира и саленныхъ железъ, въ поверхностныхъ же—къ гипертрофіи, особенно къ гиперкератозу. *B. Г.*

юдной настойкой, а также примочками из 5 % раствора креолина. Смазывание йодомъ можно дѣлать только одинъ разъ въ недѣлю. Если зудъ ограничивается только однимъ извѣстнымъ мѣстомъ, то въ упорныхъ случаяхъ достигали иногда прочнаго результата удаленіемъ данной части (малыхъ губъ, клитора).

Не надо смѣшивать kraugosis съ бѣлымъ налетомъ, который образуется на наружныхъ половыхъ частяхъ при діабетѣ. Этотъ налетъ состоитъ изъ плѣневыхъ грибовъ (*leptothrix vaginalis* или *oidium albicans*) и снимается въ видѣ тонкой пленки; подъ и между налетами кожа представляется покраснѣвшею. Налеты развиваются на такихъ мѣстахъ, которыя орошаются мочою, содержащей сахаръ, а именно вокругъ отверстія мочеиспускательнаго канала, на малыхъ губахъ и въ бороздкѣ между малыми и большими губами.

Лечение состоитъ въ удаленіи налетовъ, примочкахъ изъ 2 % раствора карболовой кислоты и въ чистомъ содержаніи наружныхъ половыхъ частей. Разумѣется, лечение діабета должно при этомъ стоять на первомъ планѣ.

#### 9. Гипертрофія и фибромы малыхъ губъ.

Умѣренное удлиненіе малыхъ губъ съ одновременнымъ образованіемъ пигмента въ кожѣ ихъ встрѣчается неособенно рѣдко, даже и среди европейскихъ народовъ, безъ того, чтобы оно вызывало какія-либо жалобы со стороны женщинъ. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда малыя губы достигаютъ чрезвычайно большой величины, мѣшая женщинѣ при мочеиспусканіи и при coitus'ѣ, показуется оперативное удаленіе ихъ. Въ не-европейскихъ странахъ это показаніе является чаще.

Иногда въ малыхъ губахъ развиваются фибромы, которыя могутъ вытянуть губу въ длинную ножку. Удаленіе малыхъ губъ, будь это по причинѣ ихъ гипертрофіи, будь это ради фибромъ, производится слѣдующимъ образомъ: Куперовскими ножницами или ножемъ губа отрѣзывается въ видѣ клина у самаго своего основанія, и рана сейчасъ же зашивается нѣсколькими узловыми шелковыми швами. Разумѣется, эта маленькая операція должна быть производима при соблюденіи правильнаго асептики и подъ наркозомъ. При ней надо избѣгать пораненій луковицы преддверія и клитора.

#### 10. Гипертрофія клитора.

Гипертрофія клитора встрѣчается въ нашихъ широтахъ крайне рѣдко и находится въ связи обыкновенно съ уродствами или пороками развитія половыхъ органовъ. Преобладающее число случаевъ яко-бы „гипертрофіи клитора“ встрѣчается у такъ назыв. гермафродитовъ, т. е. у мужскихъ индивидуумовъ съ порочнымъ развитіемъ наружныхъ половыхъ частей, которыя приобрѣтаютъ нѣкоторое сходство съ женскими. Въ дѣйствительности дѣло въ подобныхъ случаяхъ заключается не

въ гипертрофіи клитора, а въ аномальномъ развитіи мужского полового члена съ гипоспадіей. Что иногда, однако, въ подобныхъ случаяхъ имѣеть мѣсто и настоящая гипертрофія клитора, — доказываетъ между прочимъ случай *Fehling's*, гдѣ у пациентки имѣлось влагалище съ влагалищною частью и ясно опредѣлимая матка, затѣмъ тѣло, лежавшее въ большой губѣ и опредѣленное, какъ яичникъ, — такъ что данное лицо было, безъ сомнѣнія, женскаго пола. Леченія для подобныхъ случаевъ не существуетъ.

### 11. Воспаленіе Бартолиновой железы.

Бартолинитъ встрѣчается обыкновенно какъ частичное проявленіе гонорройнаго вульвита, если гонококки попадутъ въ железу черезъ ея выводной протокъ <sup>1)</sup>. Заболѣваніе скоро переходитъ съ эпителия на строму, железа распухаетъ и нагнаивается. Соотвѣтственно положенію Бартолиновой железы, при этомъ замѣчается болѣзненная опухоль въ заднемъ отдѣлѣ большой губы; въ области опухоли кожа рѣзко красна, напряжена; отверстіе выводного протока у основанія гимена также красно, зияеть, и изъ него вытекаетъ гной.

Если больная обратится за врачебною помощью очень рано, когда воспаленіе железы выражается только существованіемъ болѣзненнаго узла въ глубинѣ губы, то можно попробовать остановить нагноеніе ледяными компрессами. Если же появилось уже нагноеніе, то леченіе состоитъ въ опорожненіи гноя. Тамъ, гдѣ опредѣляется флюктуація или тамъ, гдѣ кожа больше всего красна и напряжена, — обыкновенно на внутренней поверхности губы, — вкалываютъ ножъ приблизительно на 1 сант. въ глубину и разсѣкаютъ кожу сантиметра на 2. Гной вытекаетъ самъ по себѣ, такъ что даже не надо его выдавливать. Полость нарыва затѣмъ промывается и въ нее вводится полоска іодоформированной марли въ качествѣ дренажа. Затѣмъ на рану накладывается кусокъ іодоформированной марли и слой ваты, которые укрѣпляются Т-образной повязкой. Марлевая полоска смѣняется только однажды — черезъ 24 часа, потомъ дренажъ болѣе не нуженъ, такъ какъ рана и безъ него заживаетъ очень быстро; самое большое, что можетъ потребоваться, — это одно- и двукратное промываніе полости послѣ удаленія марлевой полоски <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> До какой степени часто служить гоноррея причиною бартолинита — показываютъ наблюденія *Hügel's*, который, по его словамъ, изслѣдовалъ болѣе 350 случаевъ данной болѣзни, причемъ ни разу не видалъ негонорройнаго бартолинита. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, впрочемъ, бартолинитъ, какъ свидѣлствуютъ изслѣдованія *Dujon's*, *Hallé* и др., можетъ быть обязанъ своимъ происхожденіемъ и не гонококкамъ, а такимъ микробамъ, какъ *b. coli*, стафилококкъ, стрептококкъ и пр.

B. Г.

<sup>2)</sup> Въ послѣднее время нѣкоторые французскіе авторы рекомендуютъ лечить гнойные бартолиниты впрыскиваніями въ полость гнойника такихъ жидкостей, какъ 10% растворъ хлористаго цинка (для впрыскиванія берутся 2—3 дьленія *Praevatz's* евскаго шприца раствора; впрыскиваніе производится по удаленіи гноя), насыщенный спиртовой растворъ салициловой кислоты (1/2—1 куб. сант.) и т. п.

B. Г.

12. *Кисты Бартолиновой железы.*

Кисты Бартолиновой железы происходят вслѣдствіе закрытія выводныхъ протоковъ отдѣльныхъ долекъ железы, рѣже вслѣдствіе непроходимости главнаго выводнаго протока, и должны быть разсматриваемы, какъ чисто ретенціонныя кисты. Онѣ состоятъ изъ одной полости. Перекладочнообразная стѣнка ихъ образуется изъ гипертрофированной и уплотненной стромы. Снутри она, по крайней мѣрѣ въ ранней стадіи, покрыта однослойнымъ, кубическимъ эпителиемъ. Жидкое содержимое кистъ прозрачно, слизисто или, въ болѣе старыхъ случаяхъ, водянисто.

Клинически кисты Бартолиновой железы представляются въ видѣ шаровидныхъ вздутій въ заднемъ отдѣлѣ большой губы; кожа надъ опухолью обыкновенно сохраняетъ свою подвижность. По величинѣ образованія эти лишь рѣдко превосходятъ грецкіи орѣхъ и обыкновенно не вызываютъ никакихъ жалобъ, такъ что открываются врачомъ обыкновенно случайно. Иногда онѣ могутъ переходить въ нагноеніе вслѣдствіе травмы или гонорройнаго зараженія сохранившихся сосѣднихъ отдѣловъ железы. Въ такихъ случаяхъ больная указываетъ, что опухоль она замѣтила уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ, но что боли и краснота кожи появились лишь недавно. Лечение показано лишь тогда, когда этого желаетъ сама больная. Простымъ разрѣзомъ при этомъ ничего нельзя достигнуть, потому что железа быстро снова наполнится. Надо удалить весь мѣшокъ; для этой цѣли разсѣкаютъ кожу сант. на 3 въ длину и вылущаютъ кисту, ложе же ея закрываютъ швами.

При нагноеніи кисты обыкновенно достаточно простаго вскрытія, потому что эпителий при этомъ бываетъ уже разрушенъ нагноеніемъ, такъ что полость, какъ при всякомъ нарывѣ, вскорѣ запусѣваетъ. Если этого не наступитъ, то можно и потомъ всегда удалить кисту.

13. *Третичный сифилисъ наружныхъ половыхъ частей.*

Подъ влияніемъ этой болѣзни наружные половые органы получаютъ своеобразный бугристый, изъѣденный видъ, безъ того чтобы на нихъ можно было замѣтить обширныя изъязвленія. Измѣненія касаются главнымъ образомъ области мочеиспускательнаго канала, промежности и заднепроходнаго отверстія или всѣхъ областей одновременно. Блѣднокрасныя, покрытыя кожею, бугристыя разрошенія встрѣчаются попеременно съ глубоко проникающими дефектами; иногда имѣются свищевыя ходы между уретрой, влагалищемъ и прямой кишкой. Встрѣчается также отекъ вульвы<sup>1)</sup>; въ одномъ случаѣ, бывшемъ въ нашей клиникѣ, крайняя плоть клитора

<sup>1)</sup> Иногда третичный сифилисъ наружныхъ половыхъ частей ведетъ къ развитію такъ назыв. ано-вульварной склеремы или эстіомены, — своеобразнаго заболѣванія, которое, по Verchère'у, представляетъ собою результатъ реакціи тканей вульвы, промежности и ана на различныя пораженія этихъ частей: простую бленноррагію, мягкій шанкръ, сифилисъ, особенно третичный, ракъ и бугорчатку. Клинически различаютъ 3 формы эстіомены: эритематозную, перфорирующую и гипертрофическую.

была въ такой степени отечна, что врачами, пользовавшими больную, она была принята за гипертрофированный клиторъ.

Въ запущенныхъ случаяхъ дистальный конецъ уретры оказывается совершенно разрушеннымъ, такъ что иногда лишь съ большимъ трудомъ удается найти отверстіе ея въ глубинѣ между лоскутами и буграми. Иногда бываетъ разрушена и перегородка между влагалищемъ и прямой кишкой, такъ что при раздвиганіи вульвы можно увидѣть одно большую клоаку, образованную мочеиспускательнымъ каналомъ, рукавомъ и прямой кишкой.

Гистологическое изслѣдованіе показываетъ, что дѣло здѣсь заключается въ мелкоклеточной инфильтраціи кожи, каковая инфильтрація безостановочно подвигается вглубь, между тѣмъ какъ инфильтрованные ранѣе участки постепенно распадаются.

Третичный сифилисъ наружныхъ половыхъ частей въ большихъ городахъ не представляетъ собою большой рѣдкости; тѣмъ не менѣе его неоднократно принимали за особую болѣзнь, а также за бугорчатку кожи (волчанку). Равнымъ образомъ дефекты, вызванные сифилисомъ, зачастую принимались, какъ можно видѣть изъ опубликованной казуистики, за врожденныя уродства (эписпадія, образованіе клоаки, свищи)—въ тѣхъ именно случаяхъ, гдѣ анамнезъ исключалъ разрывъ во время родовъ, а наблюдающій врачъ не подумалъ о сифилисѣ или не имѣлъ достаточныхъ точекъ опоры для этого діагноза.

Весьма важнымъ признакомъ сифилиса является суженіе прямой кишки; оно лишь рѣдко отсутствуетъ при третичномъ сифилисѣ; поэтому никогда не слѣдуетъ упускать производить ректальное изслѣдованіе, причемъ открытіе наличности стриктуры сразу разрѣшаетъ загадку, передъ которой становится втупикъ мало-опытный врачъ.

Послѣ сифилитическаго разрушенія пузыря и прямой кишки на больномъ протяженіи наступать смерть отъ истощенія, хроническаго сепсиса или, вѣроятно, какъ при ракѣ, отъ урэміи,—если только сифилитическія заболѣванія другихъ органовъ не положатъ желанный конецъ всѣмъ страданіямъ больныхъ.

Что касается леченія третичнаго сифилиса наружныхъ половыхъ частей, то при этой болѣзни пробовали вырѣзать разрощенія, ошвівать дефекты и зашивать,—однако безъ всякаго успѣха. Поэтому въ подобныхъ случаяхъ лучше воздерживаться отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства. Втиранія сѣрой ртутной мази и внутреннее употребленіе іодистаго каія въ теченіе долгаго времени могутъ, пожалуй, въ свѣжихъ случаяхъ остановить процессъ. Во всякомъ случаѣ антисифилитическое леченіе надо всегда испробовать,—вредъ оно принести не можетъ.

#### 14. *Ракъ наружныхъ половыхъ частей.*

Въ виду того, что въ преддверіи рукава, мочеиспускательномъ каналѣ, крайней плоти клитора и малыхъ губахъ имѣется подходящая

материнская почва для развитія рака, именно железы,—первичный ракъ вульвы встрѣчается относительно чаще, чѣмъ первичный ракъ рукава, причемъ онъ можетъ появиться въ различныхъ мѣстахъ вульвы. Повидимому, чаще всего онъ развивается спереди между лонной дугой и отверстиемъ мочеиспускательнаго канала, возникая изъ салныхъ железъ крайней плоти клитора. Ракъ вульвы представляетъ такой же характеръ, какъ и ракъ кожи. Онъ начинается маленькими твердыми узелками, которые вскрываются, оставляя язву, отдѣляющую жидкій секретъ<sup>1)</sup>. Язва эта быстро распространяется по периферіи; поверхность ея возвышается надъ окружающей кожей, сильно изрыта, иногда кровоточива; окружающая кожа тверда, инфильтрирована. Вначалѣ ракъ поражаетъ только кожу, потомъ онъ проникаетъ вглубь. При язвахъ болѣе значительнаго объема ракъ находится мѣстами въ состояніи распада, такъ что на его поверхности всегда можно увидѣть дефекты ткани. Обыкновенно при ракѣ наружныхъ половыхъ частей уже очень скоро инфильтрируются паховыя железы, которыя прощупываются въ паховой области въ видѣ твердыхъ узелковъ.

Диагнозъ не представляетъ никакихъ трудностей. Смѣшеніе съ венерическими болѣзнями возможно только вначалѣ. Единственнымъ способомъ леченія, который, если будетъ предпринятъ своевременно, можетъ обѣщать успѣхъ, является оперативное удаленіе рака. При этомъ надо кожу въ окружности рака вмѣстѣ съ нимъ удалить, а ложе новообразования—если потребуется—иссѣчь до самой фасціи. Главное условіе для успѣха вмѣшательства состоитъ въ томъ, чтобы оперировать въ здоровой ткани; отъ этого зависитъ, сколько надо удалить кожи и какъ далеко идти вглубь. Часто приходится одновременно съ раковой язвой удалять и паховыя железы. Операционную рану зашиваютъ наглухо, если напряженіе краевъ ея не слишкомъ значительно, въ противномъ же случаѣ часть ея оставляютъ открытой и дренируютъ. Сверху накладывается повязка изъ іодоформенной или стерилизованной марли.

Въ виду того, что ракъ вульвы развивается на частяхъ, лежащихъ поверхностно, онъ обыкновенно рано попадаетъ въ руки врача, благодаря чему удаленіе его въ большинствѣ случаевъ обѣщаетъ успѣхъ<sup>2)</sup>. При далеко зашедшемъ ракѣ съ инфильтраціей железъ въ тазу приходится ограничиться выскабливаніемъ раковыхъ массъ острой ложечкой и послѣдующимъ прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ надо позаботиться дезодорирующими спринцеваніями (Sol. kali hypermanganici 15 : 300, DS. 1 столовую ложку на 1 литръ воды), припарками изъ винныхъ ягодъ (очень практичное средство), присыпкой смѣсью іодоформа съ танниномъ съ прибавкой кумарина — сдѣлать состояніе больной сносною для нея самой и для ея окружающихъ.

<sup>1)</sup> Нередко раку вульвы предшествуетъ kraurosis vulvae.

<sup>2)</sup> Конечно, относительный.

15. *Elephantiasis vulvae.*

Болезнь эта въ нашихъ широтахъ встрѣчается сравнительно рѣдко, причѣмъ поражаетъ клиторъ и губы. Она состоитъ въ гипертрофіи и серозномъ пропитываніи кожи, которое вызывается сильнымъ расширеніемъ лимфатическихъ сосудовъ, всегда имѣющимся на-лицо <sup>1)</sup>). Измѣненныя части, которыя частью имѣютъ гладкую, частью бородавчатую, неровную поверхность, могутъ достигнуть значительной величины и спускаться далеко на бедра, сильно мѣшая при ходьбѣ, работѣ и мочеиспусканію <sup>2)</sup>). Вслѣдствіе неизбежнаго орошенія мочей и тренія увеличенныхъ частей другъ объ друга, на нихъ образуются экскориации и язвы. Единственнымъ средствомъ противъ данной болѣзни является ампутація больныхъ частей. Операція эта—очень кровоточива и требуетъ медленнаго производства, съ тщательной и немедленной остановкой крови.

16. *Бугорчатка (волчанка) вульвы.*

Бугорчатка (волчанка) наружныхъ половыхъ частей появляется очень рѣдко и вызываетъ такія же аномическія измѣненія, что и третичный сифилисъ. Характерную особенность болѣзни составляетъ присутствіе бугорковыхъ палочекъ въ инфильтрованной ткани. Единственное средство противъ волчанки вульвы это—изсѣченіе больныхъ частей <sup>3)</sup>).

17. *Липомы вульвы.*

Жировики наблюдались неоднократно на большихъ губахъ и лобкѣ. Они могутъ быть приняты за элифантіазисъ. Большія опухоли этого рода, на широкихъ ножкахъ, встрѣчаются очень рѣдко и могутъ быть устранены только оперативнымъ путемъ. Меньшія опухоли на ножкѣ могутъ встрѣчаться какъ вездѣ на кожѣ, такъ иногда и въ окрестности наружныхъ половыхъ частей. При желаніи больной онѣ могутъ быть также удалены по общеизвѣстнымъ правиламъ.

18. *Грыжи у женщинъ.*

Смѣщеніе яичника въ большую губу уже было описано въ отдѣлѣ о болѣзняхъ яичника. При незарощеніи дивертикула Nuckii могутъ и кишечныя петли спуститься черезъ паховой каналъ въ большую губу <sup>4)</sup>).

<sup>1)</sup> Сущность патолого-анатомическихъ измѣненій при данной болѣзни сводится, по изслѣдованіямъ *Приары*, къ одновременному пораженію какъ кровеносныхъ, такъ и лимфатическихъ сосудовъ кожи, причѣмъ въ однихъ случаяхъ бываютъ преимущественно поражены первые, въ другихъ—вторые. *В. Г.*

<sup>2)</sup> Такъ, *Laniberg* описалъ недавно случай *elephantiasis vulvae*, гдѣ опухоль,— правда, развивавшаяся въ теченіе 24 лѣтъ,—достигла 13½ килограммовъ вѣса. *В. Г.*

<sup>3)</sup> Первичная бугорчатка вульвы наблюдается преимущественно у дѣтей, локализуется главнымъ образомъ въ области уретры и клитора, клинически даетъ язвы, окруженныя элифантіатическимъ утолщеніемъ, которыя рѣдко обнаруживаютъ наклонность къ казеозному перерожденію, обычно же остаются красными, сосудистыми, воспаленными. Болѣзнь эта долго остается чисто мѣстной, не вызывая ни пораженія паховыхъ железъ, ни тяжелаго общаго состоянія; поэтому оперативное лечение, въ видѣ изсѣченія язвъ, общааетъ при первичной бугорчаткѣ вульвы прочный успѣхъ. *В. Г.*

<sup>4)</sup> Паховыя грыжи у женщинъ не слѣдуетъ смѣшивать съ настоящими кистами *Nagel*.—Гинекологія.



Паховыя грыжи встрѣчаются у женщинъ рѣже, чѣмъ бедренныя. Лечатся грыжи у женщинъ по общимъ правиламъ хирургіи.

### 19. Выпаденіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго протока.

У старыхъ женщинъ умѣренное зіяніе отверстия мочеиспускательнаго протока съ выпячиваніемъ или небольшимъ выпаденіемъ слизистой оболочки его представляетъ собою неособенно рѣдкое явленіе <sup>1)</sup>; иногда при этомъ встрѣчаются на выдающейся слизистой оболочкѣ небольшія булавовидныя (пуговчатая) или полипозныя разрошенія. Обыкновенно эти явленія не вызываютъ, однако, никакихъ жалобъ и открываются случайно. Но если больная жалуется на жженіе у отверстия уретры, другой причины для котораго (уретриты, старческой кольпитъ, мочеислые камни) нельзя найти, то удаленіе небольшого полипа не представляеть собою столь серьезнаго вмѣшательства, чтобы передъ нимъ слѣдовало останавливаться.

У малыхъ дѣтей замѣчаются иногда блѣдно-красноватая, мягкія наощупъ разрошенія у основанія мочеиспускательнаго канала, которыя гистологически состоятъ изъ круглыхъ кѣлокъ съ соединительнотканными основными волокнами, и которыя, по нѣкоторымъ авторамъ, переходятъ въ саркому. Поэтому рекомендуется описанныя разрошенія удалять ножами, а полудлунную рану закрывать обкалывающимъ швомъ.

### 20. Зіяніе мочеиспускательнаго канала.

Мочеиспускательный каналъ у женщины бываетъ иногда, вслѣдствіе попытокъ къ совокупленію при порокахъ развитія рукава, или искусственно для оперативныхъ или діагностическихъ цѣлей, — въ такой степени расширенъ, что больная не въ состояніи удерживать мочу. Испробовано много способовъ, чтобы оперативнымъ путемъ улучшить состояніе такихъ больныхъ, напр., пробовали въ подобныхъ случаяхъ отпрепаровывать мочеиспускательный каналъ и пришивать его опять, послѣ того какъ онъ былъ перекрученъ на полъ-круга вокругъ своей оси. Все эти способы довольно затруднительны и доступны только спеціалисту. Гораздо проще операція *Winckel'*, которая состоитъ въ томъ, что вы-

*Nuck*ова канала, которыя, хотя и рѣдко, но встрѣчаются у женщинъ, являясь образованіями, вполне аналогичными кистамъ влагалищно-брюшиннаго отростка у мужчинъ. B. F.

<sup>1)</sup> По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Scholtz'a*, *Wohlgemuth'a*, *Singer'a* и др., выпаденіе уретры можетъ быть или первичнымъ, или вторичнымъ; первичное развивается чаще всего вслѣдствіе общаго ослабленія половой сферы, являющагося результатомъ или многочисленныхъ родовъ, или плохого питанія, или старческой атрофіи полового аппарата, вторичное — вслѣдствіе развитія сосудистыхъ опухолей (ангиомъ) на слизистой оболочкѣ уретры. Далѣе, выпаденіе уретры можетъ развиваться или сразу, или постепенно. Среди припадковъ, вызываемыхъ выпаденіемъ, главными являются боли, расстройства мочеиспусканія, иногда кровотеченія. Съ пльнымъ леченіемъ можно испробовать, соотвѣтственно характеру каждаго отдѣльнаго случая, — управленіе, примѣненіе противовоспалительныхъ и прижигающихъ средствъ, лучеобразные надрызы на выпавшей части съ прижиганіемъ послѣдней термокаутеромъ (способъ *Israel'*), отнятіе выпавшей части (resp. ангиомъ) термокаутеромъ, наконецъ, пластическія операціи, аналогичныя примѣняемымъ при выпаденіи рукава. B. I.

рѣзываютъ клиновидный кусокъ изъ нижняго края отверстія мочеиспускательнаго канала, потомъ закрываютъ рану (рис. 87).

Вырѣзываніе клина производится проще всего Куперовскими ножницами, при помощи которыхъ нижній край уретры разсѣкается справа налѣво, косо по направленію къ серединѣ. Предварительно должны быть наложены 3 пулевыхъ щипцовъ, какъ показано на рисункѣ, — для того, чтобы части во время веденія разрѣзовъ и накладыванія шва

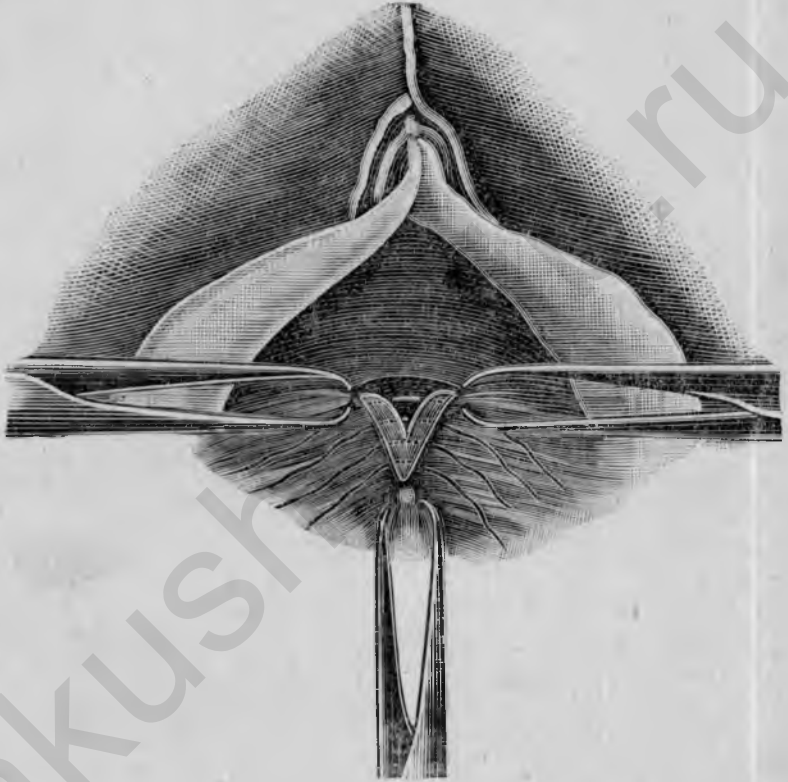


Рис. 87. Суженіе мочеиспускательнаго канала по *Winckel'*ю (увеличено).

были, какъ слѣдуетъ натянуты. Рана закрывается 3 или 4 швами изъ силькворма или шелка, узлы которыхъ остаются въ преддверіи; оба нижніе накладываются первыми и не касаются слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала; третьимъ захватываютъ слизистую оболочку уретры у внутренняго угла раны; четвертый, самый верхній, проходитъ тоже слѣва направо черезъ слизистую оболочку (рис. 87). Лигатуры завязываются послѣ того, какъ онѣ всѣ будутъ наложены, — первыми верхнія. Передъ завязываніемъ швовъ удаляютъ обои боковые пулевые щипцы. Швы не снимаются въ теченіе приблизительно 8 дней.

Недержаніе мочи далеко не всегда устраняется помощью этой операціи. Больше всего удовлетворителенъ бываетъ результатъ ея въ томъ

случаѣ, если желаютъ положить конецъ попыткамъ къ совокупленію черезъ уретру <sup>1)</sup>).

### 21. Воспаленіе мочевого пузыря (*cystitis*).

Оно можетъ быть катаррального или гонорройнаго характера или можетъ быть вызвано инородными тѣлами въ пузырь или опухолями его стѣнки. Далѣе циститъ можетъ развиваться вслѣдствіе введенія грязныхъ инструментовъ въ пузырь, вслѣдствіе продолжительнаго ношенія катетера à demeure и вслѣдствіе вскрытія опухоли, эксудата или виѣматочнаго плоднаго мѣшка въ пузырь. Наконецъ, заболѣваніе это можетъ быть вызвано патологическимъ выдѣленіемъ почекъ, особенно при нагноеніи опухолей почки и бугорчаткѣ ея. Чаще всего, однако, встрѣчается гонорройный циститъ.

При чисто катарральной формѣ цистита имѣется только мутное набуханіе и усиленное слущиваніе эпителія; при гнойной же формѣ подслизистая соединительная ткань мелкоклеточно инфильтрируется, и стѣнка пузыря утолщается вслѣдствіе новообразованія соединительной ткани. При наличности инородныхъ тѣлъ и камней въ пузырь, на слизистой оболочкѣ его образуются язвы; язвы же встрѣчаются, кромѣ того, при туберкулезѣ и гонорреѣ пузыря. При гонорройномъ циститѣ *Wertheim* нашла одинъ разъ въ мукозѣ пузыря гонококковъ. Страдающія циститомъ больныя жалуются на частые позывы къ мочеиспусканію, причѣмъ послѣ каждаго мочеиспусканія появляются схваткообразныя боли внизу живота, которыя держатся нѣкоторое время. При остромъ воспаленіи пузыря, даже катаррального характера, боли эти могутъ быть чрезвычайно жестоки. Моча обыкновенно бываетъ мутна, содержитъ иногда тонкіе хлопья, имѣетъ кислую, а въ тяжелыхъ случаяхъ — нейтральную или щелочную реакцію, обнаруживаетъ обильную примѣсь гноя. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ ней находятъ слущенный эпителий и гнойныя тѣльца. При опухоляхъ, омертвѣннн шейки пузыря и травмахъ къ этому присоединяется примѣсь крови. Кромѣ того, кровь въ мочѣ можетъ происходить и изъ почекъ; въ этомъ случаѣ въ мочѣ встрѣчаются также кровяные и эпителиальные цилиндры и у больныхъ существуютъ другіе симптомы заболѣванія почекъ. Въ цистоскопѣ мнгоза пузыря представляется при циститѣ гиперемированной, съ расширенными и извитыми сосудами, бархатистой, набухшей, съ приставшимъ гноемъ и слизью; имѣющіяся на ней язвы могутъ быть окружены папиллярными разрошеніями (*Viertel*), благодаря чему онѣ легче распознаются. Болѣе легкія заболѣванія пузыря вызываютъ столь ничтожныя измѣненія въ слизистой его оболочкѣ, что ихъ нельзя замѣтить съ помощью цистоскопа; во-

<sup>1)</sup> Иногда зіяніе уретры и недержание мочи у женщинъ зависитъ отъ того, что уретра смѣстилась внизъ вслѣдствіе разрушенія (напр. при оперативномъ удаленіи рака вульвы) *lig. triangularis urethrae* (случай *Лебедева*). Въ такомъ случаѣ нормальное положеніе уретры должно быть восстановлено оперативнымъ путемъ, и этого оказывается достаточнымъ, чтобы мочеиспусканіе у больныхъ вновь сдѣлалось правильнымъ.

обще, если ограничиваться только одною цистоскопией, то можно легко просмотрѣть не одно воспаленіе пузыря.

Описаніе новообразованій пузыря, а также болѣзней почекъ, не относится къ гинекологіи, почему я не буду здѣсь говорить объ этихъ заболѣваніяхъ.

При остромъ катаррѣ пузыря влѣдствіе простуды надо назначить больнымъ потогонное леченіе и пребываніе въ постели въ теченіе нѣсколькихъ дней. Хорошимъ потогоннымъ является *patrium salicylicum* по 1,0 *pro dosi*, въ чашкѣ горячаго чая съ ромомъ или коньякомъ (безъ сахара) 2—3—4 раза въ день; обыкновенно средство это очень скоро устраняетъ спазмы пузыря; одновременно у больныхъ надо позаботиться объ основательномъ опорожненіи кишечника. Очень чувствительнымъ пациенткамъ можно разрѣшить принять 1 или 2 порошка морфія по 0,01 въ теченіе дня или на ночь. Пища больныхъ должна быть удобоваримой и нераздражающей.

Въ видѣ послѣдующаго леченія и въ болѣе легкихъ случаяхъ умѣстно назначить больнымъ *decocctum fol. uvae ursi* 15,0—200,0 *pro die*, кромѣ того обильное питье Вино, Вильдунгенъ и тому подобныхъ минеральныхъ водъ. Старые врачи очень любили, даже при остромъ циститѣ, эмульсію изъ терпентиннаго масла (*Rp. Ol. terebinthini* 5,0; *Vitelli ovi unum*; *f. s. aqua rosarum* 200,0 *emulsio*; *adde aetheris sulfurici* 3,0; *Syrupi simplicis* 25,0. *S.* Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ).

При остромъ гонорройномъ циститѣ хорошо назначить копейскій бальзамъ въ желатиновыхъ капсулахъ по 1,0, по 4 капсулы въ день, обильно запивая лекарство молокомъ; при этомъ больнымъ предписывается пребываніе въ постели и строгая діета.

При хроническомъ циститѣ болѣе серьезнаго характера, особенно если онъ гонорройнаго происхожденія, недостаточно однихъ внутреннихъ средствъ, а приходится одновременно прибѣгать и къ мѣстному леченію. На первомъ планѣ стоятъ промыванія пузыря, они производятъ тройное дѣйствіе, а именно: выполаскиваніе пузыря, прижиганіе слизистой оболочки его и механическое растяженіе пузыря. Для промыванія пользуются обыкновенно простымъ металлическимъ катетеромъ, въ резиновую трубку котораго вставляютъ Т-образную стеклянную трубку и 2 крана для регулированія притока и оттока жидкости (аппаратъ *Thomas'a*), или катетеромъ *à double courant*, одно отверстіе котораго попеременно то закрывается, то открывается большимъ пальцемъ. Жидкость для вливанія помѣщается въ ирригаторъ, висящемъ на стѣнѣ. Въ качествѣ этой жидкости берутъ сначала 2% растворъ поваренной соли, а затѣмъ 4% растворъ борной кислоты; вливаютъ ихъ, подъ умѣреннымъ давленіемъ, сразу столько, сколько больная въ состояніи держать (обыкновенно 200—400 куб. см.), и выпускаютъ, не задерживая жидкости въ пузырь. Общее количество промывной жидкости въ одинъ сеансъ не должно превышать 1 литра. Въ первые 3—4 дня надо ограничиться только указан-

ными растворами поваренной соли или борной кислоты. Потомъ можно обратиться уже къ ляпису, вливая его растворъ непосредственно послѣ промыванія пузыря борною кислотою. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ (*M. Melchior*), ляпису принадлежитъ первое мѣсто среди мѣстныхъ средствъ для леченія цистита. Количество вливаемой жидкости зависитъ отъ вмѣстимости пузыря, обыкновенно же равняется 200—400 куб. см. Растворъ ляписа, крѣпость котораго вначалѣ равняется 1 : 500, а потомъ 1 : 200, оставляютъ въ пузырьѣ приблизительно 5 минутъ, вслѣдъ затѣмъ промываютъ пузырь еще разъ растворомъ борной кислоты (*Melchior*). Курсъ леченія продолжается нѣсколько недѣль; промыванія вначалѣ производятся ежедневно, потомъ—3 или 2 раза въ недѣлю.

## 22. Разрывъ промежности (*ruptura perineæ*).

Свѣжіе разрывы промежности описаны уже въ главѣ о выпаденіи влагалища. При леченіи старыхъ разрывовъ 1-й степени главную роль играетъ *colporrhaphia posterior*, почему я и отсылаю читателя къ сказанному при описаніи этой операціи. Здѣсь мнѣ остается, стало быть, сказать лишь о тѣхъ старыхъ разрывахъ промежности, которые доходятъ до прямой кишки или заходятъ въ нее. При этихъ разрывахъ промежность совершенно отсутствуетъ; передняя стѣнка прямой кишки и задняя стѣнка влагалища образуютъ тонкую перегородку, всего въ нѣсколько миллиметровъ толщиною, которая и отдѣляетъ другъ отъ друга оба канала. При разрывахъ, заходящихъ высоко въ прямую кишку, слизистая оболочка послѣдней выпадаетъ, образуя яркочерную, влажную толстую кайму вокругъ заднепроходнаго отверстія, по обѣ стороны разрыва видѣются рубцовыя, покрытыя кожей раневыя поверхности его.

Если разорванъ только наружный сфинктеръ, то больная еще въ состояніи удерживать плотныя испражненія вполне, газы же и жидкія каловыя массы—лишь короткое время, и то съ извѣстнымъ усиліемъ. При глубоко проникающихъ разрывахъ прямой кишки газы и жидкія испражненія отходятъ непрочно, и въ этомъ состоитъ главная жалоба больныхъ, имѣющихъ полные разрывы. Напротивъ, выпаденія рукава далеко не всегда сопровождаютъ полный разрывъ, какъ то можно было бы думать а priori. Дѣло въ томъ, что неподатливыя рубцы, которые находятся на мѣстѣ разорванной промежности, образуютъ подпору для задней стѣнки влагалища, благодаря чему она рѣдко выпадаетъ; нижняя же часть передней стѣнки лишена этой подпоры и, благодаря этому, иногда выпячивается. Въ результатѣ, при очень многихъ случаяхъ полного разрыва промежности, выпаденіе рукава отсутствуетъ, и наоборотъ—въ большинствѣ случаевъ опущенія и выпаденія влагалища отсутствуетъ полный разрывъ промежности.

Какъ было сказано уже выше, полный разрывъ промежности вызываетъ только тогда выпаденіе, когда одновременно съ нимъ существуетъ

вялость тазоваго дна и замедленіе обратнаго развитія половыхъ органовъ. Отчасти, кромѣ того, отсутствіе выпаденія можно себѣ объяснить и тѣмъ, что почти все случаи полныхъ разрывовъ промежности попадаютъ въ руки врачей раньше, чѣмъ успѣтъ образоваться выпаденіе.

Во всякомъ случаѣ полного разрыва промежности, который попадаетъ въ руки врача, послѣдній долженъ настоять на оперативномъ возстановленіи дефекта тканей, ибо, хотя бы въ данное время и не имѣлось никакихъ жалобъ, — все-таки неестественное зіяніе половой щели современнымъ неизбѣжно должно принести вредъ здоровью.

Возстановленіе тѣла промежности можетъ быть произведено или путемъ освѣженія и зашиванія прилежащихъ другъ къ другу частей промежности (способъ *Simon-Hegar'a*), или путемъ образованія лоскутовъ изъ сосѣднихъ частей (способъ *Lawson Tait'a* или *Simpson'a*).

При первомъ способѣ освѣжаютъ заднюю стѣнку рукава, кожу по обѣ стороны и прямую кишку такъ, чтобы получилась фигура бабочки, подобную той, какую имѣлъ разрывъ въ свѣжемъ состояніи (см. рис. 71 и 73). При этомъ надо обратить вниманіе на то, чтобы границы разрыва были строго соблюдены, и чтобы плоскость освѣженія не переходила сбоку на кожу, потому что иначе промежность будетъ слишкомъ высока и будетъ вызывать такія же неудобства, какія являются послѣдствіями неудачной *colporrhaphiae posterioris* (см. выше). Зашиваніе плоскостей освѣженія производится точно такъ же, какъ и при свѣжихъ разрывахъ (рис. 71 и 72), — зашиваютъ сначала прямую кишку, затѣмъ влагалище, а въ концѣ уже промежность: можно при этомъ воспользоваться и *Умтеу*овскимъ швомъ. Матеріаломъ для швовъ могутъ служить серебряная проволока, силъквормъ или шелкъ. Если желаютъ наложить непрерывный шовъ, то для него надо брать кѣгутъ. Швы удаляются, начиная съ 9-го дня. Больная должна не покидать постели въ теченіе 16—18 дней. Послѣдующее леченіе таково же, какое было описано при неполныхъ разрывахъ промежности.

При методѣ *Lawson Tait'a*, который, впрочемъ, — какъ я это слыхалъ отъ лондонскихъ врачей, — практикуется въ Samaritan Free Hospital уже съ начала пятидесятихъ годовъ, предварительно обозначаютъ II-образнымъ разрѣзомъ образуемый лоскутъ. Горизонтальная линія фигуры II проходитъ посрединѣ мостика, находящагося между прямой кишкой и влагалищемъ, причемъ заходитъ всторону лишь настолько, сколько имѣетъ въ ширину влагалище и прямая кишка (рис. 88). Обѣ боковыя линіи II-образнаго разрѣза имѣютъ выпуклое кнутри направленіе, такъ что обѣ верхнія половины этихъ линій соответствуютъ закругленію влагалища, а обѣ нижнія — закругленію прямой кишки (рис. 88).



Рис. 88. Веденіе разрѣза при перинеопластикѣ по *Lawson Tait'u*.

Какой длины должны быть обѣ линіи, — это зависитъ отъ величины дефекта, но въ общемъ для нихъ достаточна длина въ 4—5 см. Разрѣзы углубляются затѣмъ Куперовскими ножницами, и лоскуты отдѣляются, причемъ въ области горизонтальной линіи проникаютъ лишь немного

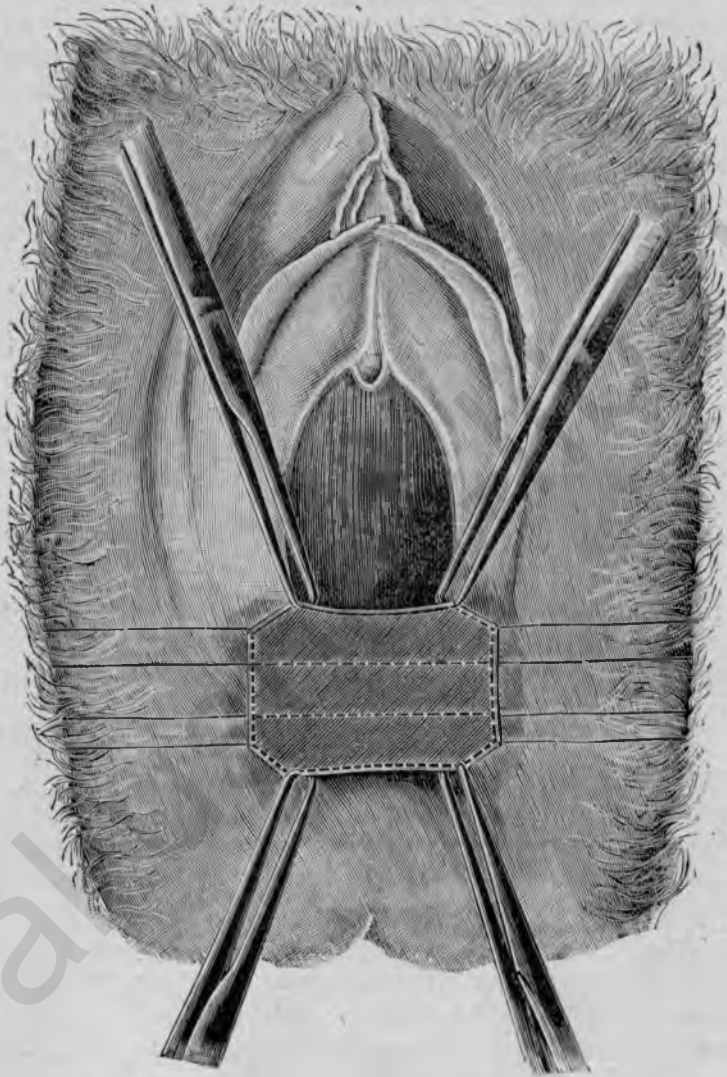


Рис. 89. Перинеопластика по *Lawson Tait*'у. Положеніе швовъ.

вглубь, чтобы передній и задній лоскутъ не сдѣлать слишкомъ тонкимъ и, пожалуй, чтобы не продыравить прямую кишку. Въ области же обѣихъ боковыхъ линій можно смѣло проникать вглубь, дѣйствуя по всемъ направленіямъ ударами ножницъ, потому что здѣсь приходится работать въ жировой ткани *cavi ischio-rectalis*; особенно надо слѣдить за тѣмъ, чтобы боковые лоскуты кожи были не слишкомъ тонки. Отдѣленіе лоскутовъ

является законченнымъ, когда помощью двухъ пулевыхъ щипцовъ оба боковые лоскута удастся соединить посрединѣ другъ съ другомъ. Послѣ этого каждый изъ 4 угловъ П-образнаго разрыва фиксируется тонкими щипцами съ крючками (или пулевыми), т. е. двое щипцовъ накладываются на верхній лоскутъ и двое на нижній.

Надо смотрѣть за тѣмъ, чтобы каждыя изъ этихъ 4 щипцовъ по возможности легко захватывали углы лоскута. Если поднять обое верхніе и спустить свободно обое нижніе щипцы, то рана получаетъ почти правильную форму четырехугольника (см. рис. 89), — форму, похожую на растянутый свѣжій разрывъ 3-й степени (рис. 73). Въ случаѣ, если бы посрединѣ раны образовалось нѣсколько складокъ ткани, то ихъ можно разсѣчь ножницами, чтобы получить больше мѣста для швовъ. Удача операціи зависитъ отъ правильнаго наложенія швовъ — всего числомъ 4. Всѣ эти 4 шва должны быть вколоты и выколоты въ области боковыхъ краевъ кожи; ни одинъ изъ нихъ не долженъ захватывать исключительно верхній или нижній лоскутъ, — въ противномъ случаѣ образуются карманы спереди и сзади, которые уже не одного оператора заставили отказаться отъ операціи *Tait'a*. Первыми накладываются оба средніе шва, а именно такъ, чтобы они проходили подъ самымъ дномъ раны. При наложеніи перваго (верхняго) шва вкалываютъ иглу подъ и возлѣ верхняго угла въ кожу, захватываютъ ткань *sac ischio-rectalis*, чтобы лигатура имѣла за что удержаться, затѣмъ проходятъ вдоль по краю верхняго лоскута (рис. 89), держась раневой его стороны, до другой стороны, гдѣ выкалываютъ иглу въ кожу опять-таки подъ самымъ верхнимъ угломъ. Четвертый (нижній) шовъ начинается точно также на кожѣ, но только надъ самымъ нижнимъ угломъ, ведется у самаго края нижняго лоскута и оканчивается тоже надъ самымъ нижнимъ угломъ. По обѣ стороны ткань *sac ischio-rectalis* должна быть хорошо захвачена дабы, не образовалось кармановъ. Чѣмъ точнѣе проводится игла по краю, тѣмъ лучше прилегаютъ края раны другъ къ другу при завязываніи швовъ. Швы завязываются послѣ наложенія всѣхъ 4 лигатуръ; первыми завязываются обѣ среднія лигатуры. Послѣ закрытія раны получается раневая линія, идущая отъ влагалища до прямой кишки и лежащая посрединѣ промежности. Въ случаѣ, если бы на нѣкоторыхъ мѣстахъ края оказались зияющими, — можно наложить по мѣрѣ надобности нѣсколько поверхностныхъ швовъ. Въ заключеніе на рану кладется компрессикъ изъ іодоформированной марли, который ежедневно смѣняютъ, причемъ наружныя половыя части обмываются. Удаляются швы на 8-й или 9-й день. Начиная съ перваго дня, заботятся объ ежедневномъ опорожненіи кишечника больныхъ.



# Алфавитный указатель.

## А.

- Абцессъ тазовой кѣтчаткѣ 173.  
Аденома матки 115.  
*Adenoma malignum* 116.  
*A denomyoma* матки 115.  
Актиномикозъ трубы 217.  
*Amenorrhoea* 153.  
*Amputatio colli uteri* 306,—при метритѣ 90.  
*Antedexio uteri* 35.  
*Anteversio uteri* 39.  
*Appendicitis* 185, 171, пр. 1.  
*Art. uterina*, положеніе 24,—перевязка 112, пр. 3.  
*Athmosansis* 86, пр. 1.  
*Atresia vaginae* 153, 155, 324.  
Атрофія полового прибора въ климактерическомъ возрастѣ 152 и пр. 2.  
*Atrophia ex lactatione* 158.

## Б.

- Бартолиновы железы, воспаленіе 333, — кисты ихъ 334.  
Безплодіе 163,—при антефлексіи 40, 163,—эндометритѣ 81.  
Беременность и міома, дифференціальный діагнозъ 103,—при надвлагалищной гипертрофіи шейки 98,—при ракѣ 141,—при ретрофлексіи 49, 63,—брюшная 217, пр. 2, выматочная 217.  
Брюшной разрывъ при чревосъченіи 268, пр. 2,—рефлексы 176, пр. 1.  
Бугорчатка вульвы 337.  
Бѣлы при эндометритѣ 80, 81,—при ракѣ 121.

## В. В.

- Вагинизмъ 164.  
*Vaginofixatio uteri* 68, теченіе родовъ послѣ нея 69.  
Вапоризація по Снегиреву 86.  
*Ventrofixatio uteri* 66,—теченіе родовъ послѣ нея 67.  
Вякная менструація 158.  
Влагалище, осмотръ 25,—анатомія 286,—воспаленіе 309,—выпаденіе 288,—инородныя тѣла въ ней 318,—кисты 315,—нарывъ 317,—ракъ 316,—саркома 317,—флегмона 317,—фиброма 317.  
Влагалищное изсѣченіе матки см. *extirpatio uteri totalis* 129.  
Влагалищная часть, осмотръ 25,—наружный видъ ея 27,—ссадины 90.  
Водянка брюшной полости 10.  
Волчанка вульвы 337.

Внутрибрюшинный уходъ за ножкой при міомотоміи 108.

Внутриматочныя впрыскиванія по Грамматикати при эндометр. 84, пр. 1, 87, пр. 3,—при фиброміомахъ 114, пр. 3,—при хроническомъ оофоратѣ 282, пр. 1.

Вибрюшинный уходъ за ножкой при міомотоміи 108.

Виматочная беременность 217.

Возстановленіе тѣла промежности по Simon-Negar'y 343,—по Lawson Tait'y 343.

Вскрытіе *pyosalpinx*'а 211, 178, 179.

*Vulvitis* 328.

Выворотъ матки 70,—губъ влаг. части 94,—слизистой обол. церв. канала 91.

Выкидышъ при эндометритѣ 81 и 81, пр. 1.

Выпаденіе матки 70,—влагалища 288,—слизистой оболочки мочеиспуск. канала 338.

Выскабливаніе полости матки пробное 31, 124,—при эндометр. 82,—при кровотеченіяхъ 161,—при фиброміомѣ 114,—при ракѣ 124,—техника 124.

## Г. Г. Н.

*Garrulitus vulvae* 314.

*Haematocoele pelvis* 185,—*retrouterina* 189, 221.

*Haematoma lig. lati* 170,—при трубномъ выкидышѣ 220.

*Haematometra* 156, 157, пр. 1.

*Haematosalpinx* 156, 224.

*Haemelytrometra lateralis* 147, 156.

Гермафродитизмъ 153.

*Hernia diaphragmatis pelvis* 291.

*Herpes vulvae* 331.

Гертнеровскіе ходы 246.

Гимнастика съ сопротивленіемъ по Thure Brandt'y при выпаденіяхъ влагалища 299.

Гипертрофія клитора 332,—малыхъ губъ 332,—шейки матки 97,—при выпаденіи влагалища 290.

Граафовъ фолликулъ 237,—пузырекъ 241.

*Graviditas extra-uterina* s. *ectopica* 217,—*tubo-uterina* 224.

Грыжа 337,—брюшной стѣнки послѣ чревосъченіи 265, пр. 1, 277,—яичника 283.

*Hydrosalpinx* 205.

*Hydrosis folliculi* 280,—*peritonei saccatus* 184,—*tubae profluens* 204.

Нуменъ 288.

## Д. Д.

*Decidua menstrualis* 148.

*Deciduoma malignum* 120, 143.

Дезинфекція губокъ 267.  
 Descensus vaginae 290.  
 Dysmenorrhoea 161,—membranacea 163, —  
 при антефлексіи 40, — при эндометритѣ  
 80, пр. 1.

### Е. Э.

Ectropion canalis cervicalis 91.  
 Экцивія пробная 31,—при ссадинахъ вла-  
 галищной части 92.  
 Электричество при эндометритѣ 87, пр. 2,—  
 при uterus infantilis 160, — при фибро-  
 миомахъ матки 113.  
 Elephantiasis vulvae 337.  
 Emmet'овская операція при разрывахъ  
 шейки 94.  
 Endometritis 73,—gonorrhoea 80, 81, пр.  
 1,—при фибромиомахъ матки 103.  
 Эвуклеація миомъ 107, пр. 1,—per vaginam  
 110.  
 Epistocleisis 323.  
 Эпителиальная спайка малыхъ губъ 155. —  
 eroorhophon 246.  
 Erosio portionis vaginalis 90,—при гонор-  
 ройномъ эндометритѣ 91.  
 Eversio labiorum cervicis 94.  
 Extirpatio uteri totalis 129, 131, 107, пр.  
 1, 109, 128, пр. 1,—при выпаденіи мат-  
 ки 308.  
 Extirpatio tubae 209.

### Ж.

Желтое тѣло 244,—кисты его 252.

### З.

Забрюшинный уходъ за ножкой при миомо-  
 томіи 108, 109.  
 Закрытие влагалища 323, — дѣвственной  
 плевы 155,—просвѣтаполового канала 155.  
 Закупорка венъ послѣ оваріотоміи 276.  
 Зарощеніе влагалища 155.  
 Зашиваніе рукава 323, — свѣжихъ разры-  
 вовъ промежности неполныхъ 295,—пол-  
 ныхъ 296,—пузырно-влагалищныхъ сви-  
 щей по Simon-Sims'у 320.  
 Зеркала 2, 3,—введеніе ихъ 26.  
 Зеркало Kelly для мочеиспускательнаго ка-  
 нала 34.  
 Зіаніе мочеиспускательнаго канала 338.  
 Зондированіе матки 29, 41, — при эндо-  
 метритѣ 81, пр. 2,—при миомѣ матки 104,—  
 мочеоточниковъ 34.

### И. I.

Ichthyosis uteri 120.  
 Исслѣдованіе 8,—бимануальное (двойное)  
 10,—тройное 29, пр. 2,—микроскопиче-  
 ское выскобленныхъ массъ 126,—опухолей  
 13,—подъ наркозомъ 33,—черезъ прямую  
 кишку 28.  
 Икота послѣ чревосвѣщенія 273.  
 Ieus 275.  
 Incisio при абсцессахъ тазовой кѣтчатки  
 178.  
 Инородныя тѣла во влагалищѣ 318.  
 Инструменты 2,—для оваріотоміи 267.

Inversio uteri 70.

### К. С.

Каловыя массы 16.  
 Кальцій-карбидъ при леченіи эрозій 93, пр.  
 1,—рака 130, пр. 1.  
 Кастрація при фибромиомахъ 112.  
 Киста Бартолиновой железы 334,—влага-  
 лища 315,—желтаго тѣла 252,—ragoopho-  
 ron'a 252,—трубы 216.  
 Кистема яичника 247, 250.  
 Кишечный свищъ послѣ оваріотоміи 276,—  
 шовъ Lembert'a 271.  
 Climacterium 151,—praecox 158, — влияніе  
 на ростъ фибромиомы матки 101, пр. 1.  
 Colpitis 309,—diphtherica 309,—emphyse-  
 matosa 313,—gonorrhoeica 310,—granu-  
 losa 312,—mycotica 314, — senilis 152,  
 312.  
 Colporrhineorrhaphia по Губареву 306. пр.  
 1,—по Lawson Tait'у 343.  
 Colporrhaphia anterior 301,—posterior 302.  
 Colpotomia 264.  
 Колумнизация 181.  
 Кровотеченіе изъ матки при эндометритѣ  
 81,—при эрозіяхъ 92,—въ климактери-  
 ческомъ возрастѣ 151, 152, — при поли-  
 пахъ 114,—при ракѣ 121,—трубномъ выки-  
 днѣ 222, 228,—при фибромиомахъ 103.  
 Кольцо Braun'a 181,—Hodge 58,—Tomas'a  
 59.  
 Кондаломы нар. полов. частей 329.  
 Corpus albicans 245,—luteum 244.  
 Kraurosis vulvae 331.  
 Кресло для изслѣдованія 1, 3.  
 Круглая маточная связка, анатомія 168, —  
 положеніе и изслѣдованіе 21.  
 Кухетна для изслѣдованія и массажа Thure  
 Brand'ta 2, 11.

### Л. L.

Laminaria 30.  
 Lateroflexio uteri 43.  
 Lateropositio uteri 42.  
 Lateroversio uteri 42.  
 Липома вульвы 337.  
 Lithopaedion 223.  
 Ложный слизевикъ брюшины 263, пр. 4.  
 Лопаніе фолликуловъ 242.

### М.

Матка, положеніе 14,—изслѣд. 14,—Ade-  
 pomyoma 115,—аномаліи формы и по-  
 ложенія ея 38,—анатомія 35,—бугор-  
 чатка 145,—воспаленіе слизистой обо-  
 лочки 73,—воспал. паренхимы 88,—вы-  
 воротъ ея 70,—выпаденіе ея 70,—Desi-  
 duoma malignum 143,—полипы 146,—  
 ракъ 116,—саркома 142,—скопленіе гноя  
 въ полости ея 146,—фибромиома 100,—  
 дѣтская 159,—зародышевая 154.  
 Маточно-крестцовая связка, положеніе и из-  
 слѣдованіе 23,—анатомія 167,—мышцы  
 23.  
 Массажъ при ретрофлексіи 56, 97.  
 Menorrhagia 160.

Menstruatio praecox 150. — tarda et parva 150.  
 Менструация 148,—болъзненная 161,—в-  
 карная 158,—отсутствие ея 153,—пре-  
 крашение ея 151,—повднее появленіе  
 158,—раннее появленіе ея 150,—скудное  
 появленіе 158,—чрезмѣрно обильное 160,  
 —при новообразованіяхъ яичника 257.  
 Mesovarium 236,—Mesosalpinx 168, 200.  
 Метеоризмъ послѣ чревосъщенія 273.  
 Metritis 88.  
 Міома матки 100.  
 Міомотомія 107.  
 Myotomie vaginale par morcellement 110.  
 Мочевой пузырь, воспаленіе 340,—положе-  
 ніе 23.  
 Мочеточникъ, положеніе 23,—отношеніе къ  
 art. uterina 24.—зондированіе 34.  
 Мягкій шанкръ 330.  
 Müller'овы ходы 200.

## Н. N.

Нагноеніе яичниковой опухоли 263.  
 Надвлагалищная ампутація матки при фи-  
 броміомахъ матки 107.  
 Наклоненіе матки впередъ 38,—въ сторону  
 42,—кзади 45.  
 Наружныя половыя части, осмотръ 25. —  
 анатомія 324.  
 Нарывы, брюшныхъ покрововъ послѣ чре-  
 восъщенія 276,—влагалища 317, — яич-  
 ника 278.  
 Непроходимость влагалища 324.  
 Неспособность донашиванія плода до конца  
 беременности 167.  
 Неудовлетворительное обратное развитіе  
 матки 48, 88, 291.  
 Новообразованія матки 100,—трубы 214.  
 Noma pudendi 331.

## O.

Овуляция 150.  
 Оолюматочная клѣтчатка 21, — абсцессъ  
 173,—анатомія 168,—гнойное восп. 173,  
 —острое воспаленіе 171,—хронич. восп.  
 179,—флегмона 174.  
 Oophoritis acuta 278,—chronica 279.  
 Операция Alquié-Alexander-Adams'a 64, —  
 Schröder'a при эрозіяхъ 93, 96,—съуже-  
 нія мочеиспускат. канала по Winckel'ю  
 339.  
 Осенняя пустула наружн. пол. частей 330.  
 Ovulum Nabothi 91.  
 Ovulum 242.  
 Ovariectomy 265,—приготовленіе 266,—тех-  
 ника 268,—уходъ за больною послѣ нея  
 272.

## II. P.

Papilloma ovarii 251,—tubae 216.  
 Parametrium см. оолюматочная клѣтчатка.  
 Parametrium posticum см. маточно-крест-  
 цовая связка.  
 Parametritis acuta 171, — chronica 179, —  
 posterior 173.  
 Paroophoron 246,—кисты его 252.

Parotitis послѣ овариотоміи 275.  
 Pelveo-peritonitis 182, — adhaesiva 187, —  
 exsudativa 188,—при опухоляхъ 185.  
 Перегибъ матки впередъ 39, — въ сторону  
 43,—кзади 47.  
 Перекручиваніе ножки яичниковой опухоли  
 262,—трубы 208, пр. 1.  
 Перевязка art. uterinae при фиброміомахъ  
 матки 112, пр. 3.  
 Перерожденіе кистовидное при фиброміо-  
 махъ матки 101. пр. 1, — раковое при  
 выворотѣ слизист. об. цервикальнаго  
 канала 92.  
 Perineoplastica по Lawson Tait'у 343.  
 Perineorrhaphia primaria 295.  
 Peritonitis diffusa 198, — septica 273, —  
 nodosa 198.  
 Пессарій Браун'а 90,—Hodge 53, 58, 60,—  
 Thomas'a 59, 61,—Martin'a 308.  
 Плицентарный трубный полипъ 223, пр. 1.  
 Полипы матки 103, 146.  
 Пороки развитія матки 153.  
 Придатокъ яичника 246.  
 Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ  
 66,—къ мочевому пузырю 70,—къ перед-  
 ней стѣнкѣ влагалища 68.  
 Пробное выскабливаніе 31, — при виѣма-  
 точной беременности 226, пр. 1.—эксци-  
 зія 31,—пуэкция 31,—чревосъщеніе 32.  
 Прободеніе матки при выскабливаніи 125.  
 Промываніе полости матки 85.  
 Prolapsus ovarii 282,—vaginae 288,—uteri 70.  
 Pseudomyxoma peritonaei 263, пр. 4.  
 Pyometra 146, 120.  
 Pyosalpinx 175, 203, 205. — вскрытіе 178,  
 179, 211.

## P. R.

Разлитое воспаленіе брюшины 198.  
 Разстройствна менструація 148.  
 Ракъ влагалища 316,—влагалищной части  
 (sarcomoid) 121,—матки 116,—наружныхъ  
 п. частей 335,—роговой матки 120, —  
 трубы 214,—тѣла матки 121, 123,—цер-  
 викальнаго канала 123, 92.  
 Расширеніе цервикальнаго канала 30, —  
 мочеиспускательнаго канала 34,—при по-  
 липахъ 110,—при ракъ 124,—при эндо-  
 метритѣ 87.  
 Расширители 3, 30.  
 Разрывъ маточной шейки 94, — промеж-  
 ности 292, 342,—трубы при трубной бе-  
 ременности 219, — яичниковой опухоли  
 263.  
 Рвота послѣ овариотоміи 273.  
 Rectocele 290.  
 Retroflexio uteri 47.  
 Retropositio uteri 44.  
 Retroversio uteri 45.  
 Ruptura perineae 292, 342.

## C. S.

Salpingitis 200,—purulenta 203,—isthmica  
 nodosa 206.  
 Саркома влагалища 317, — матки 142, —  
 трубы 215,—яичника 255.

Свищъ пузырьно-влагалищный 318, — пузырьно-шеечный 323.  
 Свищевой ходъ 276.  
 Связка, подвѣшивающая яичникъ 236, — собственная яичника 19, 236.  
 Sepsis 273.  
 Sims'овское боковое положение 27.  
 Сифилисъ наружныхъ полов. частей 334.  
 Скарификація влагалищной части 89, 93.  
 Скопление гноя въ полости матки 120, 146.  
 Слипчивый тазовый перитонитъ при трубныхъ выкидышахъ 222.  
 Смѣщеніе матки въ сторону 42, — назадъ 44.—яичника 282.  
 Сосочковая опухоль яичника 251.  
 Способъ Heitzmann'a для отличія доброкачественныхъ ссадинъ отъ начинающагося рака 92, пр. 1.  
 Sabinvolutio uteri 48, 88, 291.  
 Статистика міомотоміи 108.  
 Стаффордшайрскій узелъ 194.  
 Sterilitas 163.  
 Столъ для изслѣдованія 2.  
 Сохраненіе инструментовъ 5.  
 Стерилизація инструментовъ 6.

## Т.

Твердый шанкръ 122, пр. 2, — на наружн. полов. частяхъ 330.  
 Термокольпейризь 89, пр. 3, 181, пр. 2.  
 Толстая кишка 17.  
 Транспортъ инструментовъ 5.  
 Трубная беременность 217, — выкидышь 220, 227,—заносъ 222.  
 Turpeo 30.

## У. У.

Удаленіе полиповъ 110,—опухолей яичника черезъ влагалище 264.  
 Удлиненіе надвлагалищной части при выпаденіи влагалища 290.  
 Укороченіе круглыхъ и маточно-крестцовыхъ связокъ при ретрофлексіи 70.  
 Уретритъ 329.  
 Uterus foetalis 154,—infantis 159.  
 Уходъ послѣ оваріотоміи 272.  
 Ущемленіе беременной матки при выпаденіи ея 293,—кишечной петли 275.

## Ф. Ф.

Фаллопьевы трубы, анатомія 199,—актиномикозъ 217,—бугорчатка 212,—воспале-

ніе 202,—киста 216,—папиллома 216, — положеніе 20,—ракъ 214,—саркома 215,—смѣщеніе 47,—фибромиома 215.  
 Farre-Waldeyer'овская линія 236.  
 Fascia endopelvetica 168, 169.  
 Фиброма влагалища 317, — малыхъ губъ 332,—матки 100,—яичника 254.  
 Фибромиома матки 100,—трубы 215.  
 Флегмона влагалища 317, — тазовой клетчатки 174.  
 Фоликулъ Граафовъ 237,—ростущій 240,—первичный 240, созрѣвающий 241, — лопаніе 242.  
 Folliculi Nabothi 91.  
 Fossa ovarica 17, 236, пр. 1.

## Ц. С.

Cellulitis pelvica 171.  
 Цистоскопія 33.  
 Cystitis 340.  
 Cystoadenoma uteri 115.  
 Cystoma papillari uteri 249.  
 Cystocele 290.

## Ч.

Чревосѣченіе пробное 32,—техника 230,— при тазовомъ перитонитѣ 191, 193,—при поздней выматочной беременности 230.

## Ш.

Широкая связка матки, анатомія 167, — кровоизліяніе въ нее 170,—опухоли 181, положеніе 20.  
 Шовъ кишечный Lembert'a 271.

## Я.

Язвы на влагалищной части при выпаденіи матки 293.  
 Яйцо 242.  
 Яичникъ, анатомія и физиологія 235, — бугорчатка 285,—воспаленіе 277,—дермоидъ 254,—кистома 247,—придатокъ его 246,—прибавочный 238,—положеніе 17,—развитіе 238,—ракъ 249,—саркома 255, — сосочковая опухоль 251,—смѣщеніе 18, 47, 282,—фиброма 254.

## Z.

Zestocausis 86, пр. 1.  
 Zona parenchymatosa яичника 239,—vasculosa яичника 239.