

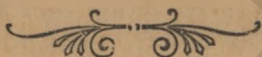
В. ГРУЗДЕВ

ГИНЕКОЛОГИЯ

Дискуссия
В. С. ГРУЗДЕВ,

профессор Казанского Университета.

ГИНЕКОЛОГИЯ.



03

РУКОВОДСТВО ДЛЯ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ.

8/11 00

С 250 РИСУНКАМИ.



КАЗАНЬ.

2-я Государственная типография

1922 г.

От автора.

В настоящем руководстве учение о женских болезнях излагается в том виде, как я давно уже читаю его в стенах Казанского Университета, т. е. я сначала излагаю в нем основы диагностики женских болезней, затем—их патологию и, наконец, терапию гинекологических заболеваний, как неоперативную, так и оперативную. Другими словами говоря, я излагаю в нем общую гинекологию, частную же патологию и терапию женских болезней я надеюсь выпустить в будущем отдельно.

Имея в виду двойную цель настоящего труда,—с одной стороны служить учебником для студентов, с другой—быть спутником в их дальнейшей врачебной деятельности,—я, по примеру многих авторов аналогичных же трудов, счел удобным напечатать его по внешности двойко: на шпонах напечатаны в нем более важные и более твердо установленные данные, знакомство с которыми необходимо и для студента, и для врача, без шпон, более сжато,—данные второстепенного значения (исторические, статистические, гипотетические, имеющие более узко-практический интерес и т. п.).

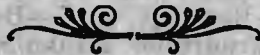
К каждому отделу руководства мною приложен список известных мне трудов по данному вопросу, имеющих в русской литературе, дабы русский врач, желающий ознакомиться с соответствующим вопросом более детально, знал, куда ему обратиться. При этом, в видах экономии места, названия журналов приведены в этих списках в сокращенном виде. Вот главные сокращения: Ак.—Акушерка, Арх. Б. Н.—Архив Биологических Наук, Арх. Вельям.—Хирургический Архив Вельяминова, Арх. Подв.—Русский Архив Патологии, Клинической Медицины и Бактериологии, Арх. С. М.—Архив Судебной Медицины и Общественной Гигиены, Б. Г.—Больничная Газета Боткина, Варш. У. И.—Варшавские Университетские Известия, В.-М. Ж.—Военно-Медицинский Журнал., В. Вед.—Врачебные Ведомости, Вр. Г.—Врачебная Газета, Вр. З.—Врачебные Записки, Вр. В.—Врачебный Вестник, Вр.—Врач, В. О. Г.—Вестник Общественной Гигиены. Судебной и Практической Медицины, В. Суд. М.—Вестник Судебной Медицины и Общественной Гигиены, Г. Ботк.—Еженедельная Клиническая Газета Боткина, Др. З.—Друг Здравия, Ежен.—Еженедельник Журнала „Практическая Медицина“. Ж. А.—Журнал Акушерства и Женских Болезней, Ж. О. О. Н. З.—Журнал Общества Охранения Народного Здравия, Ж. Рудн.—Журнал для Нормальной и Патологической Гистологии, Фармакологии и Клинической Медицины, Зд.—Здоровье, З. М.—Земская Медицина, З. Вр.—Земский Врач, Изв. В.-М. А.—Известия Военно-Медицинской Академии, Изв. Н. У.—Известия Николаевского Университета в Саратове, Каз. М.

Ж.—Казанский Медицинский Журнал, Киев. Ун. И.—Киевские Университетские Известия, Мед.—Медицина, М. Б.—Медицинская Беседа, М. В.—Медицинский Вестник, М. Пр.—Медицинские Прибавления к Морскому Сборнику, М. Об.—Медицинское Обозрение, Межд. К.—Международная Клиника, М. М. Г.—Московская Медицинская Газета, М. Вр. В.—Московский Врачебный Вестник, Н. Бес.—Научные Беседы Врачей Закавказского Повивального Института, Невр. В.—Неврологический Вестник, Нов. М.—Новое в Медицине, Пед.—Педиатрия, I, II и пр. Пир. С.—Протоколы (resp. Труды) I, II и др. С'ездов Общества Русских Врачей в память Пирогова, Пр. В.—Практический Врач, Пр. Киев. А. О.—Протоколы Заседаний Акушерско-Гинекологического Общества в Киеве, Р. Мед.—Русская Медицина, Р. Вр.—Русский Врач, Р. X. Арх.—Русский Хирургический Архив, Сб. Глеб, Грузд., Леб., Отта, Поб., Рейна, Слав.—Юбилейные сборники работ по акушерству и гинекологии, посвященные профф. И. Т. Глебову, В. С. Груздеву, А. И. Лебед'еву, Д. О. Отту, Н. И. Побединскому, Г. Е. Рейну и К. Ф. Славянскому, Сиб. В. Г.—Сибирская Врачебная Газета, Сиб. В.—Сибирский Врач, Совр. Кл.—Современная Клиника и Терапия, Совр. М.—Современная Медицина и Гигиена, I, II и пр. С. Р. А.—Труды I, II и след. С'ездов Русских Акушеров и Гинекологов, I, II и сл. С. Р. Е.—Труды (resp. Протоколы и Дневники) I, II и др. С'ездов Русских Естествоиспытателей и Врачей, Тер. О.—Терапевтическое Обозрение, Тр. М. А. О.—Труды Акушерско-Гинекологического Общества в Москве, Тр. М. О. Р. В.—Труды (или Протоколы) Общества Русских Врачей в Москве, Тр. (Пр.) О. Р. В.—Труды Общества Русских Врачей в Петрограде, Тр. Пир. О.—Труды Русского Хирургического Общества Пирогова, Х. М. Ж.—Харьковский Медицинский Журнал, Хир. В.—Хирургический Вестник, Хир. Л.—Хирургическая Летопись, Хир.—Хирургия, Ю. М. Г.—Южно-Русская Медицинская Газета.

Руководство иллюстрировано 250-ю рисунками, частью оригинальными, рисовальными по препаратам, моделям, инструментам и пр. Казанской Акушерско-Гинекологической клиники (отмечены звездочкой) худ. Э. Э. Спорисуом, частью заимствованных. В интересах дела было-бы, конечно, желательно, чтобы все эти рисунки были помещены в тексте; к сожалению, это оказалось совершенно невозможным по техническим условиям, и потому лишь часть их помещена в тексте, остальные же—на отдельных таблицах.

Казань, 15 марта
1922 г.

Проф. В. Груздев.



ОГЛАВЛЕНИЕ.

I. Общая диагностика болезней женской половой сферы.

	Стр.
<i>Сравнительное значение анамнеза и объективного исследования в диагностике женских болезней . . .</i>	1
A. Анамнез.	3
а) Возраст больных	3
б) Менструация	3
<i>Нормальный тип месячных и его отклонения от нормы</i>	3
Аменоррея	4
Меноррагии	6
Метроррагии	8
Дисменорея	9
Другие расстройства менструации	12
в) Половая жизнь	13
г) Родовая деятельность	16
д) Жалобы гинекологических больных	20
Боли	20
Бели	23
Другие расстройства со стороны половой сферы	25
Расстройства мочеиспускания	27
Расстройства дефекации	29
Расстройства со стороны отдаленных от половой сферы органов	31
Общие расстройства	33
B. Объективное исследование	35
а) Обычно применяемые методы гинекологического исследования	35
Подготовка больной к гинекологическому исследованию и положение ее при этом последнем	36
Наружное исследование	38
Внутреннее (рукавное) исследование	47
Комбинированное (бимануальное) исследование	50
б) Методы гинекологического исследования, применяемые в более редких случаях	58
Ректальное исследование	58
Исследование при помощи пулевых щипцов	62
Исследование под наркозом	64
Исследование зеркалами	65

	<i>Стр.</i>
<i>Зондирование матки</i>	71
<i>Расширение цервикального канала</i>	75
<i>Пробное выскабливание и пробная эксцизия</i>	82
<i>Парацентез и пробная пункция</i>	85
<i>Исследование выделений полового канала</i>	88
<i>Исследование х-лучами</i>	90
<i>Исследование мочевых органов</i>	91
<i>Пробное чревосечение</i>	96
<i>Другие методы исследования, применяемые в гинекологии</i>	97

II. Общая патология заболеваний женской половой сферы.

<i>Частота гинекологических заболеваний и их классификация</i>	100
--	-----

A. Пороки развития женского полового аппарата 101

Б. Воспалительные процессы в половой сфере женщины 105

а) Микробные воспаления женских половых частей 109

Гоноррея 110

Сепсис 115

Сифилис 119

Бугорчатка 120

Дифтерия 122

б) Трофические воспаления женской половой сферы 123

В. Новообразования женской половой сферы 125

а) Ретенционные опухоли 125

б) Пролиферирующие опухоли 128

аа) Десмоидные опухоли 129

Фибромиомы 129

Саркомы 140

Эндотелиомы 144

бб) Эпителиальные опухоли 145

Острые кондиломы (папилломы) 147

Аденомы 148

Раковые опухоли 159

вв) Смешанные опухоли и тератомы 171

Смешанные опухоли 171

Тератомы 173

Г. Аномалии положения различных частей женской половой сферы 176

	<i>Стр.</i>
а) Аномалии положения матки	176
<i>Elevatio uteri</i>	176
Опущение и выпадение матки	177
Выворот матки	182
Неправильные позиции матки	183
Патологические наклоны (верзии) матки	184
Патологические перегибы (флексии) матки	188
Поворот и перекручивание матки по продольной оси	191
Грыжи матки	192
б) Аномалии положения рукава	193
Опущение и выпадение рукава	193
в) Аномалии положения маточных придатков	195
Д. Травматические повреждения женских половых ор-	
ганов.	195
Частота и этиология	195
Разрывы наружного зева	203
Разрывы промежности	205
Свищи полового канала	206
Гематомы и haematocoele	211
Рубцовые изменения женских половых частей	212

III. Общая терапия гинекологических заболеваний.

Профилактика женских болезней	214
Режим гинекологических больных	217
Классификация методов лечения женских болезней и их относительное значение в современной гинекологии	223

А. Неоперативные методы гинекологической терапии.	224
Влагалищные спринцевания и обмывания вульвы	224
Постоянное оржжение	233
Влагалищные впрыскивания и вливания	235
Внутриматочные промывания	236
Внутриматочные впрыскивания	237
Смазывания стенок полового канала	244
Введение лекарственных веществ в женский половой канал в твердом виде	246
Вапоризация	249
Сухой душ	253
Прижигания	256
Тампонация	258
Колумнизация и кольгейриз	261

	Стр.
Лечение тяжестью	262
Массаж	263
Насильственное разрывание сращений по <i>Schultze</i>	269
Врачебная гимнастика	270
Гессарии и гистерофоры	270
Электротерапия	278
Термопентрация (диатермия), фульгурация и электрокоагуляция	285
Рентгенотерапия	287
Радиотерапия	294
Светолечение	301
Местные кровоизвлечения из маточной шейки (пиявки и скарификации)	303
Лечение застойной гиперэмией по <i>Vier'у</i>	304
Клизмы, вливания в <i>rectum</i> и суппозитории	304
Ванны	306
Компрессы, грелки, припарки, отвлекающие на кожу	313
Подкожные впрыскивания и вливания	316
Вакцинотерапия и серотерапия	317
Внутренние лекарственные средства, наиболее употребляемые в гинекологии	320
Другие методы неоперативного лечения, применяемые в гинекологии	329
Б Оперативное лечение женских болезней	329
Общие замечания	329
Операционная комната	331
Положение больной при гинекологических операциях и устройство операционного стола	334
Обеззараживание рук оперирующего. Его одежда	337
Обеззараживание инструментов, перевязочного и лигатурного материала и пр.	340
Подготовка больных к гинекологическим операциям и дезинфекция операционного поля	347
Обезболивание при гинекологических операциях	350
Классификация гинекологических операций и общие правила их техники	363
Влагалищные чрезосечения (кольпотомии)	367
Брюшностеночные чрезосечения (лапаротомии)	381
Сакральный способ чрезосечения	404
Послеоперационный уход за больными	405
Предметный указатель	433
Именной указатель	449

Общая гинекология.

Китер. Руков. к изучению ж. болезней. СПб. 1858.—Горвиц. Клин. записки по гинекологии. СПб. 1871.—Заяицкий. Курс ж. болезней. М. 1888.—Губарев. О совр. значении гинекологии и пр. Мед. 1893.—Толочинев. Учебник ж. болезней. Изд. 2. М. 1901.—Снегирев. Маточные кровотечения. Изд. 4. М. 1907.—Неелов. Краткий курс ч. патологии и терапии ж. болезней. Вып. 1. Методы распознавания и лечения ж. болезней. Киев. 1908.—Орлов. Учебник ж. болезней. Од. 1916.—Губарев. Медицинская гинекология или гинекология практического врача. Петр. 1917.

I. Общая диагностика болезней женской половой сферы.

Сравнительное значение анамнеза и объективного исследования в диагностике женских болезней. Распознавание болезней женских половых частей, как и распознавание всяких других заболеваний, производится на основании данных, полученных, с одной стороны, путем субъективного исследования или анамнеза больных, с другой—путем объективного исследования последних. Какое значение должны иметь данные той и другой категории в деле постановки диагноза болезни,—на этот счет существуют различные взгляды. Одни представители современной медицины, у нас принадлежащие к Петербургской школе проф. Боткина, решительно переносят центр тяжести дела в сторону объективного исследования, другие—представители Московской медицинской школы проф. Захарьина—придают в распознавании болезней громадное значение умело и обстоятельно собранному анамнезу. Каждый из этих взглядов имеет за себя многое. Не подлежит сомнению, что наши больные, принадлежащие к тому же нередко к малокультурным слоям населения, или вовсе не в состоянии бывают ответить на многие вопросы врача, или дают на них спутанные, а зачастую и прямо неверные ответы, которые могут только вводить исследующего в заблуждение. Как свидетельствует постоянное наблюдение, нередко ощущения и интеллигентных больных являются, далее, обманчивыми, совершенно не соответствующими действительности. Надобно иметь в виду, наконец, что именно врачу-гинекологу сплошь

и рядом приходится касаться таких интимных сторон жизни больных что последние или стесняются отвечать на его распросы, умалчивая, об очень многом, или даже сознательно говорят неправду. В виду всего этого идеальной постановкой дела распознавания болезней была-бы такая, когда врач диагносцировал-бы болезнь совершенно так же, как химик, напр., определяет состав того или иного вещества.

Однако на практике достижение этого идеала,—как, впрочем, и всякого идеала,—является совершенно неосуществимым. Прежде всего определение болезни путем исключительно-об'ективного исследования больных потребовало-бы от врача слишком большого времени, ибо каждого больного ему тогда пришлось-бы исследовать буквально с головы до ног. Анамнез тем, между прочим, и ценен для врача, что он сразу указывает ту область организма, на которую врач должен обратить преимущественное внимание,—указывает, какой орган или какая система органов поражены болезнью. Диагностическая задача врача, таким образом, значительно суживается и упрощается. Однако даже и в этих более узких пределах врач зачастую не в состоянии бывает обойтись без анамнестических данных, с одним об'ективным исследованием. Несмотря на весь прогресс современной медицины, наши методы об'ективного исследования еще далеки от совершенства, да и больной человек не может быть таким об'ектом исследования, каким является то или другое мертвое вещество в руках химика. Какое важное значение в деле постановки диагноза имеют анамнестические данные,—наглядною иллюстрациею этого является распознавание прервавшейся внематочной беременности: как справедливо указывается в курсах акушерства, прервавшуюся эктопическую беременность именно благодаря характерному анамнезу бывает гораздо легче правильно распознать, нежели прогрессирующую.

В конце концов затронутый нами вопрос вернее всего будет решить так, что и анамнестические данные, и данные об'ективного исследования должны одинаково служить врачу при постановке диагноза заболевания половых частей у женщины. При этом, уже правильно собрав анамнез у гинекологической больной и правильно оценив полученные сведения, врач может во многих случаях догадаться, с каким именно заболеванием он имеет дело. Однако выведенное этим путем заключение всегда является лишь предположительным. Окончательно диагноз ставится здесь, как и во всех других областях медицины, только на основании результатов об'ективного исследования, которому и принадлежит в данном отношении первенствующая роль.

Посмотрим теперь, как собирается анамнез у гинекологических больных и какое распознавательное значение имеют данные, получаемые путем распроса.

Снегирев. К вопр. о гинекологическом распросе. Ж. А. 1905.

А. Анамнез.

а) Возраст больных.

Первый вопрос, с которого врачу-гинекологу следует начинать собирание анамнеза,—это вопрос о годах пациентки. Данные этого рода имеют не одно только регистрационное значение, но и непосредственно служат целям распознавания. Уже физиологически половая сфера у женщины в различных возрастах функционирует различно, и то, что для женщины одних лет представляет собою совершенно нормальное явление, у женщины другого возраста является болезненным симптомом, указывающим иногда на очень серьезное заболевание половой сферы. Равным образом и анатомическая картина, представляемая половую сферой женщины при исследовании, в различных возрастах оказывается далеко не одинаковою.

Далее, различные болезни полового аппарата у женщины нередко являются свойственными определенному возрасту. Пороки развития наружных половых частей, напр., обыкновенно замечаются уже вскоре после рождения девочки; пороки развития внутреннего отдела половой сферы впервые сказываются в возрасте полового созревания женщины; воспалительные процессы в большинстве случаев развиваются тогда, когда женщина начинает жить половую жизнью и носит детей; из наиболее встречающихся новообразований женских половых частей фибромиомы матки обыкновенно возникают в возрасте полового расцвета женского организма, раки же матки составляют печальную прерогативу женщин климактерического возраста и пр.

Важно, наконец, при постановке гинекологического диагноза иметь в виду, что некоторые заболевания женской половой сферы в различном возрасте дают различную клиническую картину. Так, напр., одно из самых обыкновенных гинекологических заболеваний, эндометрит, у старух протекает настолько своеобразно, что гинекологи различают, как особую клиническую форму этой болезни, *endometritis senilis*.

б) Менструация. — *Menses*

Нормальный тип месячных и его отклонения от нормы. Собрав сведения о возрасте пациентки, врач-гинеколог задает ей, далее, ряд вопросов относительно менструации,—на каком году пациентка получила первые *menses*, как они приходили ранее, до начала настоящей болезни (в частности—как велики были промежутки между менструациями, по скольку дней длились последние, сопровождалась-ли болями и какими-либо другими расстройствами), сохранили-ли теперь свой тип, или изменились за время болезни, и в каком отношении, наконец,—когда были последние регулы.

Как известно, месячные появляются у женщины во второе десятилетие ее жизни, чаще всего на 15-м, 16-м и 17-м годах, нормально приходят с промежутками от 3 до 4 недель и продолжаются от 3 до 7 дней; менструальная кровь при этом выделяется из полового канала в жидком виде, и отхождение ее не сопровождается значительными болями. Если из распроса выяснится, что менструация у пациентки сохранила указанный нормальный тип, то это свидетельствует, что значительных заболеваний полового аппарата,—по крайней мере важнейших его частей, яичников и матки,—у нее нет. Обыкновенно, однако, гинекологические больные на вопросы о месячных отвечают, что *menses* у них представляют те или другие отклонения от нормы.

Эти аномалии менструации, обнаруживаемые при распросе, имеют весьма важное патогномическое значение, как признаки, указывающие на наличие того или другого заболевания половой сферы. С другой стороны они сами могут быть рассматриваемы, как настоящие болезни, и подобный взгляд на них проводится большинством гинекологов: почти во всех руководствах по гинекологии аномалии менструации фигурируют в виде отдельной, самостоятельной группы болезней женского организма. Главнейшими из таких аномалий являются: аменоррея, меноррагии, метроррагии и дисменоррея; но кроме того *menses* у женщины могут представлять и различные другие отклонения от нормы, встречающиеся реже и имеющие менее важное практическое значение.

Аменоррея. Аменоррея, или отсутствие месячных у женщины, нередко бывает физиологическим явлением. Физиологически *menses* отсутствуют у девочек, не достигших половой зрелости, и пожилых женщин в климактерическом возрасте; физиологически менструаций не бывает, во время беременности и во время кормления грудью, хотя последнее правило нередко допускает исключения; наконец, к физиологической аменоррее могут быть отнесены те случаи ее, где она развивается под влиянием тяжелой физической работы, при отсутствии у женщины каких-либо заболеваний как общего характера, так и местных, локализирующихся в половой сфере: известно, напр., что многие из наших крестьянок совершенно не носят регул по летам, во время тяжелых полевых работ, между тем как в зимнее время менструальная функция восстанавливается у них в совершенно правильном виде.

От такой физиологической аменорреи надо отличать аменоррею патологическую, которая может быть или абсолютною, когда месячные у женщины совершенно отсутствуют, или относительною, когда они появляются, но гораздо реже нормы, продолжаясь при этом лишь короткое время и будучи очень малыми по количеству отделяющейся крови. Патологическая аменоррея может иметь место при целом ряде общих заболеваний организма, сопровождающихся резкими расстрой-

ствами питания, напр., при диабете, нефрите, малокровии, ожирении, алкоголизме, морфинизме, раке, малярии, бугорчатке, тифе и др. общих инфекционных болезнях. Иногда также она может возникать под влиянием сильных психических аффектов (испуг), простуды и резких изменений жизненных условий женщины.

Нередко, однако, устанавливаемая анамнезом наличность аменорреи у женщины указывает на существование у последней заболевания половой сферы. Так как менструация, по современным взглядам, непосредственно зависит от овуляции или, точнее, от внутренней секреции яичников, то из гинекологических заболеваний чаще всего ведут к ней болезни этих последних. Сюда относятся некоторые пороки развития яичников, напр., врожденное отсутствие их, воспалительные процессы, особенно гонорройный оофорит, и, наконец, новообразования яичников; при этом доброкачественные новообразования вызывают аменоррею лишь тогда, когда они развиваются в обоих яичниках, совершенно уничтожая притом их фолликулярный аппарат злокачественные же могут обуславливать аменоррею даже и в тех случаях, когда они поражают лишь один яичник.

Так как, далее, непосредственным источником менструальной крови служит слизистая оболочка тела матки, то естественно, что к аменоррее могут вести и патологические состояния матки, в частности— полное отсутствие этого органа, как врожденное, так и являющееся результатом оперативного вмешательства, также отсутствие лишь тела матки после операции надвлагалищной ампутации его, исчезновение *mucosae corporis uteri* или после таких болезненных процессов, как *metritis dissecans (gangraena uteri partialis)*, или после слишком усердного выскабливания, длительной вапоризации и пр., высокие степени недоразвития матки (*uterus foetalis*) и различные виды атрофии resp. гипоплазии последней (на почве слишком продолжительного кормления грудью, на почве общих истощающих болезней, на почве заболеваний яичников и т. п.). К кажущейся аменоррее ведут, кроме того, атрезии цервикального канала, при которых, хотя менструация в действительности зачастую и сохраняется, но отток менструальной крови наружу становится невозможным.

Реже аменоррея имеет место при патологических состояниях рукава, среди которых, кроме вызывающих опять-таки лишь кажущуюся аменоррею атрезий этого органа, следует отметить рукавные фистулы. Каким образом свищи влагалища и вообще полового канала, как мочевого, так и кишечные, ведут к подавлению менструальной функции,— объяснить довольно трудно. Казалось-бы, проще всего будет объяснять происхождение аменорреи в подобных случаях тем, что родовая травма, вызвавшая образование свища, одновременно настолько сильно подействовала на яичники или матку, что они сделались неспособ-

ными нормально функционировать. Однако опыт показывает, что стоит защитить свещ,—и менструация, дотоле отсутствовавшая, вновь появляется у женщины.

Наряду с случаями, где происхождение аменорреи может быть поставлено в связь или с общими заболеваниями организма, или с местными болезненными процессами в половой сфере женщины, встречаются и такие, где самое тщательное исследование не позволяет установить каких-либо заболеваний у аменорройной пациентки. С современной точки зрения вероятнее всего видеть причину подобной, аменорреи в нарушении корреляции между деятельностью различных эндокринных желез.

Проводя, далее, различие между случаями аменорреи, возникающей на почве общих заболеваний организма, и случаями, где причина ее коренится в местных заболеваниях половой сферы, надо иметь в виду, что, с одной стороны, как в случаях первого рода аменоррея сопровождается и местными изменениями в половой сфере, именно, атрофией матки, так и в случаях второй категории она ведет за собою расстройства общего характера. Клинически расстройства эти сходны с теми, какие наблюдаются при наступлении климактерия. Весьма вероятно, что и основа их одна и та же, именно, ослабление внутренней секреции яичников, а может быть, здесь играет роль и отравление организма веществами, обычно выводимыми с менструальной кровью. В последнем случае аменоррея является не только симптомом, но и настоящей болезнью, как на нее и смотрят обычно в практике, применяя для лечения ее электризацию, местные кровоизлияния и различные внутренние средства из числа т. наз. *emenagoga* (овариин, питугландол, *kali hypermanganicum*, сабину, алоэ и пр.).

Либерзон. К патологии ж. пол. органов при хронич. морфинизме. Вр. 1894.—
Файнберг. Сл. первичной абсолютной аменорреи. Пр. В. 1902.—Гогоберидзе.
К вопр. о расстройствах ж. пол. органов при сахарной болезни. Р. Вр. 1914.

Меноррагии. В противоположность тому, что мы наблюдаем при аменоррее, при меноррагиях регулы у женщины, сохраняя свой периодический характер, приходят чаще пормы и продолжаются дольше обычных 3—7 дней, причем количество теряемой крови бывает настолько значительно, что отражается на общем состоянии женщины; нередко кровь при этом, кроме того, свертывается и отходит более или менее значительными сгустками.

В практике иногда наблюдаются случаи настолько сильных меноррагий, что они ведут к смерти от острого малокровия; подобные случаи были, напр., описаны в русской гинекологической литературе Ракеевым.

Как и аменоррея, меноррагии иногда имеют место у женщин, у которых самое тщательное исследование не открывает никаких заболеваний ни в половой сфере, ни в других частях организма,—не считая, конечно, вызываемого сильными кровопотерями общего малокровия. По современному взгляду на вещи такие меноррагии, наблюдающиеся чаще у молодых девушек, вероятнее всего поставить в связь с рас-

— 7 —
стройствами внутренней секреции, т. е. или с избыточным образованием гормонов, которые, как яичниковый гормон, вызывают усиленный приток крови к половой сфере, или с недостаточным образованием гормонов противоположного характера.

Иногда, далее, меноррагии развиваются у женщин в этиологической связи с общими заболеваниями, каковы цынга, *morbus maculosus Werlhofii*, малярия, острые инфекционные болезни (холера, оспа, тиф и пр.), а также с заболеваниями или отдаленных от половой сферы, или близких к ней органов; среди болезней первой категории, вызывающих обильные кровопотери при месячных, особенно важную роль играют пороки сердца, из болезней же второй категории наиболее часто, как я убедился, ведут к меноррагиям страдания кишечника, особенно сопровождаемые упорными запорами.

В большинстве случаев, однако, наличие жалоб на меноррагии в анамнезе женщины свидетельствует о присутствии у ней того или другого заболевания половой сферы. Наиболее часто, повидимому, таким заболеванием является хронический эндометрит, которому недаром присвоено название *endometritis haemorrhagica*. Эндометрит этот, в свою очередь, большею частью бывает оофорогенного происхождения,—является непосредственным последствием хронического оофорита. Повидимому, при последнем образование лютеиновой ткани, особенно в атрезирующих фолликулах, бывает повышено, а так как клетки этой ткани, по современным воззрениям, выделяют гормон, вызывающий усиленный приток крови к матке, то понятно, почему матка при оофорите постоянно находится в состоянии гиперемии, которая и ведет к гиперпластическому эндометриту и меноррагиям.

Во многих случаях, затем, меноррагии находятся в зависимости от недостаточной сократительности маточной мышцы,—атонии матки. Так именно некоторые авторы объясняют возникновение их при фибромиомах матки и маточных полипах, хотя возможно, что здесь играет значительную роль в происхождении меноррагий та же причина, какая уже была нами отмечена выше, т. е. повышенная продукция лютеиновой ткани в яичниках и усиленная внутренняя секреция их; весьма вероятно, что и самые-то фибромиомы и некоторые полипы являются результатом этой причины.

Очень нередко, далее, происхождение меноррагий кроется в венозном застое, который имеет место в матке. Типичным примером этого рода служат меноррагии, наблюдающиеся при ретроверзии и ретрофлексии матки. Обе названных аномалии положения матки сопровождаются обычно перегибом широких связок, в которых залегают сосуды, как приносящие кровь в матку, т. е. артерии, так и отводящие, т. е. вены. Перегиб этот, конечно, гораздо сильнее отражается на сравнительно тонкостенных венах, чем на артериях с их толстыми, упругими стенками. В результате приток крови к матке при

ретроверзии и ретрофлексии бывает сохранен в нормальных пределах, отток же затруднен, и ретровертированная или ретрофлектированная матка всегда находится в состоянии венозной гиперэмии, которая в менструальном периоде сказывается меноррагиями.

К меноррагиям могут быть причислены и т. наз. климактерические кровотечения. Когда женщина вступает в климактерический возраст, то очень часто месячные у нее, прежде чем окончательно прекратиться, приходят некоторое время в форме меноррагий. Явление это наблюдается зачастую даже у женщин с анатомически совершенно нормальной половой сферой, но особенно часто развиваются климактерические кровотечения, достигающие притом высокой степени, у женщин с хроническими воспалениями матки и ее-придатков, с фибромиомами матки, с неправильными положениями этого органа и т. п. Вероятнее всего происхождение таких климактерических меноррагий поставить в этиологическую связь со склерозом маточных сосудов, который у женщин данного возраста представляет собою отчасти физиологическое явления (рис. 1).

Уже отмеченная выше свертываемость менструальной крови при меноррагиях находит себе объяснение в том, что здесь кровь выделяется из сосудов слизистой оболочки маточного тела не столько *per diapedesin*, как это бывает нормально, сколько благодаря разрыву сосудов, притом не только капиллярных, но, повидимому, и более крупных.

Практическое значение меноррагий гораздо более значительно, чем аменорреи. Если меноррагии, как это наблюдалось, иногда могут даже вести к смерти от острого малокровия, менее же значительные степени последнего бывают при них постоянно, то понятно, что борьба с ними является одною из обыкновеннейших задач врача-гинеколога. Лечение их должно быть, конечно, прежде всего направлено на устранение тех причин, которыми они вызываются. Но помимо этого гинекологам приходится лечить меноррагии и как таковые, независимо от болезней, симптомами которых они являются. Для этой цели было в различное время предложено и применяется до сих пор большое число различных средств, начиная с внутренних *styptica*, о которых речь будет ниже, при разборе терапии гинекологических заболеваний, и кончая такими формами оперативного вмешательства, как полное удаление матки.

Марконет. О нек. формах мат. кровотечений. М. М. Г. 1865.—Бартель. Мат. к изуч. вопроса о менструации и мат. кровотечениях при разл. формах тифа. Дисс. СПб. 1881.—Резников. Смерть в зав. от мат. кровотечения при *morbus maculosus Werlhofii*. Ю. М. Г. 1894.—Резников. К вопросу о влиянии серд. болезней (порока сердца) на менструацию. Еж. 1895.—Ракеев. Два сл. смерти от острой анемии во вр. регул. Ж. А. 1896.—Ануфриев. К каз. меноррагий после извлечения зубов. Р. Вр. 1905.—Левинович. К вопросу об анатомич. изменениях слиз. оболочки матки при кровотечениях. Отч. Р. Вр. 1907.—Ланда. К каз. кровотечений из ж. пол. органов на почве гемофилии. Вр. Г. 1912.

Меноррагии. От меноррагий, при которых маточные кровотечения сохраняют свойственный регулам периодический тип, следует отличать

атипические кровотечения или метроррагии. Подобные кровотечения весьма нередко возникают у женщин в связи с беременностью,—при абортax, при placenta praevia centralis, при прерывании внематочной беременности и т. п. Иногда, однако, они развиваются и вне всякого отношения к беременности, даже более того—у женщин, находящихся уже в климактерии, когда беременность невозможна, причем именно у таких-то женщин атипические кровотечения из полового канала имеют особенно-серьезное патогномическое значение, в большинстве случаев указывая на развитие у женщины злокачественных новообразований матки, преимущественно рака шейки. Помимо злокачественных опухолей матки метроррагии зачастую возникают и при доброкачественных новообразованиях этого органа, особенно имеющих полипозную форму и располагающихся в маточной полости (субмукозные фиброиды, мукозные полипы). Очень часто, затем, непосредственный толчок к развитию метроррагий дают травмы, особенно если они сопровождаются резкими нарушениями целостности маточных стенок, именно, разрывами последних и разрывами заложенных в них кровеносных сосудов; конечно, и разрывы стенок рукава сопровождаются такими же кровотечениями, симулирующими метроррагии в собственном смысле этого слова. Особенно легко, далее, возникают метроррагии под влиянием травм в тех случаях, где травме подвергается патологически измененная половая сфера, напр., у женщин, страдающих воспалительными процессами в матке и ее придатках. Впрочем воспалительные процессы, преимущественно в острой стадии, могут вести к метроррагиям и без участия более или менее значительной травмы. Упомянем, наконец, о метроррагиях, которыми сопровождаются некоторые аномалии положения матки, напр., выворот последней (*inversio uteri*).

Происхождение атипических маточных кровотечений или метроррагий не исчерпывается, однако, приведенными причинами. Муратов, Марков и др. наблюдали, напр., метроррагии в зависимости от сифилиса, другие авторы отмечают возникновение атипических маточных кровотечений в связи с некоторыми другими, общими и местными, заболеваниями женщины.

Относительно клинического значения метроррагий и их терапии придется повторить то же, что выше было сказано относительно меноррагий.

Жуковский. Кровотечения из пол. органов у новорожд. девочек, как явление патологическое. Вр. Г. 1904.—Муратов. Сифилитическая метроррагия. М. Об. 1907.—Марков. О метроррагиях при сифилисе. Ж. А. 1911.

Дисменоррея. При нормальных условиях месячные приходят и протекают у женщины или без всяких болей, или лишь с незначительными болями в нижней части живота и пояснице. При опросе гинекологических больных врачу часто, однако, приходится слышать, что регулы у них сопровождаются сильными болями,—настолько сильными, что они являются одною из главных причин, заставляющих пациентку

искать врачебной помощи. В подобных случаях гинеколог имеет дело с тем расстройством менструации, которое известно под названием дисменорреи.

Время, когда появляются дисменорройные боли, в различных случаях является неодинаковым: зачастую они ощущаются главным образом перед приходом менструации, после появления же менструального кровотечения стихают; в других случаях боли продолжаются во все время менструального периода; иногда, наконец, пациентка испытывает их преимущественно по окончании месячных. Различною является и локализация этих болей: чаще всего они сосредоточиваются посредине нижней части живота, иногда—ближе к тому или другому паху, причем в последних случаях они нередко иррадиируют в соответствующую ногу, а зачастую местом преимущественной локализации их служит поясница или область крестца. Далее, весьма различной представляется в разных случаях и степень дисменорройных болей, которые нередко бывают настолько сильны, что доводят женщину до обморока. В других случаях приступы дисменорреи сопровождаются тошнотой, рвотой, судорогами и пр. По своему характеру боли при *menstruation* весьма часто определяются больными, как отчетливо-спазмодические, схваткообразные.

Какие анатомические причины лежат в основе дисменорреи? Одно время в гинекологии господствовал взгляд Sims'a, объяснявшего происхождение дисменорреи чисто-механическими причинами, а именно, затруднениями оттока менструальной крови из маточной полости, вследствие или чрезмерной узкости цервикального канала, главным образом в верхней его части, в области внутреннего зева, или—перегиба его при остроугольной антефлексии (рис. № 2).

Дисменорройные боли с этой точки зрения являются совершенно аналогичными родовым, завися от сокращений маточной мышцы, стремящейся вытолкнуть отделившиеся порции менструальной крови из полости матки.

Для многих случаев дисменорреи объяснение Sims'a действительно является, повидимому, как нельзя лучше отвечающим фактической стороне дела. Наблюдения показывают, что дисменорройные боли очень часто имеют место у девиц и нерожавших женщин со стенозами цервикального канала и резкой антефлексией, которая в свою очередь обычно представляет собою одно из анатомических проявлений инфантилизма,—порока развития матки, чрезвычайно часто встречающегося в практике. Опыт показывает, далее, что дисменоррея в подобных случаях может быть совершенно или на время устраняема путем расширения цервикального канала бужами или путем исправления антефлексии при помощи массажа. Избавляются обычно от дисменорреи подобные больные и после первых же родов (*resp.* выкидыша).

Однако наряду с такими случаями встречаются, как установил Schultze, и другие, где при наличии иногда очень сильной дисменорреи цервикальный канал на всем своем протяжении оказывается достаточно широким, напр., свободно пропускает маточный зонд с пуговкой около 1 милл. в диаметре. Для объяснения подобных случаев одни авторы указывают, что дисменорройные боли зависят от сокращений матки, необходимых не для изгнания менструальной крови, а для расширения выходных отверстий матки, внутреннего и наружного зева, почему в происхождении их играет роль не столько сужение этих отверстий, сколько ригидность окружающих их тканей (Лебедев). Другие выдвигают учение о нервном происхождении дисменорреи, в пользу которого также имеются веские данные: клинический опыт учит, что болезненность месячных весьма нередко наблюдается у нервных женщин и в частности—истеричек, причем рациональное лечение истерии даже без всяких местных терапевтических мер ведет к исчезновению или ослаблению припадков дисменорреи, напр., последняя исчезает под влиянием внушения.

Говоря о нервном происхождении дисменорреи, нужно иметь в виду не только общие заболевания нервной системы у женщин, вроде истерии, но и местные невроты половой сферы и в частности матки, значение которых было выяснено Снегиревым в его исследовании об *endometritis dolorosa*,—исследовании, к которому мы еще будем иметь случай вернуться ниже. Здесь, однако, мы сталкиваемся с новым фактором, роль которого в происхождении многих случаев дисменорреи не подлежит сомнению, именно, с воспалительными заболеваниями женской половой сферы.

Что болезненность месячных весьма часто имеет место у женщин, страдающих воспалениями матки и ее придатков,—это факт, в несомненности которого постоянно приходится убеждаться всякому гинекологу-практику. Происхождение болей здесь совершенно понятно: при регулах происходит усиленный приток крови к половой сфере, а мы знаем, что повышение притока крови к воспалительным фокусам всегда ведет к усилению кардинальных симптомов воспаления, к которым, как известно, принадлежит и боль.

Подводя итог только что сказанному о происхождении дисменорреи, правильнее всего будет примкнуть к воззрению тех авторов, которые думают, что это расстройство менструации в различных случаях имеет различное происхождение. Еще вернее будет сказать, что дисменоррея очень часто является результатом не одного, а нескольких факторов, причем в одних случаях ее играет преимущественную роль один фактор, в других—другой. В самом деле, при том же инфантилизме, напр., при котором так часто наблюдаются дисменорройные припадки, мы встречаем, с одной стороны, резкую антефлексию, могущую

служить почвой для чисто-механической дисменорреи, с другой—сплошь и рядом общую невропатическую конституцию организма женщины. При катаррах матки в возникновении менструальных болей могут играть роль и воспалительное заболевание маточных стенок, как таковое, и непроходимость цервикального канала в области внутреннего зева вследствие утолщения мукозы и т. д.

В виду этого в каждом случае дисменорреи гинеколог первым делом должен выяснить, какие именно этиологические моменты обуславливают данное расстройство, ибо, лишь установив их, можно назначить правильное лечение дисменорреи. О характере последней можно отчасти догадаться уже на основании анамнестических данных. Для механической дисменорреи характерным является то обстоятельство, что она обыкновенно бывает первичною, т. е. регулы с самого их появления у девушки бывают болезненны; характерно здесь и то, что боли при регулах носят отчетливо-спазмодический, схваткообразный характер. Наличие у пациентки резкой антефлексии и других признаков инфантилизма, определяемая путем бимануального исследования, и особенно непроходимость цервикального канала для маточного зонда окончательно выясняют диагноз. Воспалительная дисменоррея также может быть распознана и на основании анамнестических данных, устанавливающих большею частию ее вторичный, приобретенный характер, и на основании бимануальной пальпации; при этом, если менструальные боли зависят от воспалительного процесса в маточных придатках, то они локализируются обыкновенно в боковых отделах нижней части живота и иррадируют в ногу. Если же объективное исследование половой сферы дает отрицательные результаты—в смысле отсутствия у пациентки стеноза цервикального канала, остроугольной антифлексии, воспалений матки и ее придатков и пр., а исследование нервной системы обнаружит заболевание ее, то путем исключения врачу придется остановиться на диагнозе нервной формы дисменорреи.

Лечение дисменорреи должно соответствовать ее патологической основе. При механической дисменоррее наилучшие результаты получаются от расширения канала маточной шейки бужами и от устранения остроугольной антифлексии путем массажа, при воспалительной и нервной формах дисменоррейные боли исчезают или ослабевают, если больные будут подвергнуты рациональному противовоспалительному лечению или общему лечению нервной системы. Из паллиативных средств для облегчения припадков дисменорреи я особенно охотно прибегаю к стиптицину (по 0,075 3 раза в день), стиптолу (в тех же дозах), *tinctura cannabis indicae* (по 10 кап. 3—4 раза в день) и *extr. fluidum viburni prunifolii* (по 30—40 кап. 3—4 раза в день).

Картамышев. О болезненных месячных отделениях. Дисс. М. 1861.—Рыдзевский. О затрудненных или болезненных месячных очищениях. Дисс. СПб. 1862.—Горвиц. К вопросу о затрудненных месячных всл. механических причин. Мед. Нов. 1862.—Лебедев. К вопросу о дисменоррее и ее лечении кров. расширением шейки матки. Дисс. М. 1887.—Кан. *Molimina menstrualia* всл. широкого лентеца. Пр. Вил. М. 1893.—Шульц. К. вопрос об этиологии и патогенезе дисменорреи. Ж. А. 1903.

Другие расстройства менструации. Некоторые больные при распросе относительно менструации указывают, что вместе с кровью у них отходят,—чаще всего на второй и третий дни регул,—перепонки (рис. 3),

причем изгнание последних обыкновенно сопровождается жестокими дисменорройными болями. Такая *dysmenorrhoea membranacea*, как называют ее гинекологи, свидетельствует о существовании у больной особой формы эндометрита, известной под названием *endometritis membranacea*.

В отдельных случаях, далее, при собирании анамнеза у гинекологических больных выясняется, что регулам у них предшествует или сопутствует лихорадочное повышение t° тела, не только ощущаемое субъективно, но и могущее быть установленным при помощи градусника. Подобные „лихорадочные месячные“ имеют чаще всего место у тех женщин, у которых где-либо в половой сфере, напр., в трубах, яичниках, тазовой брюшине или тазовой клетчатке, существуют осумкованные гнойные очаги. Происхождение лихорадки при этом объясняется очень легко: при месячных происходит усиленный приток крови к половой сфере, а следовательно и усиленный отток ее, благодаря которому имеющиеся в гнойных фокусах пирогенные вещества в большем количестве поступают в общий поток кровообращения, а это сопровождается температурной реакцией организма.

Как показывают наблюдения Гейслера и др. авторов, лихорадка при регулах может иметь место и у тех женщин, у которых существуют инфекционные очаги вне половой сферы, напр., бугорчатые в легких.

Говоря о тех расстройствах менструации, которые открываются врачом при собирании анамнеза у гинекологических больных, упомянем, в заключение, о менструальных кровотечениях из различных участков кожного покрова и слизистых оболочек других органов кроме матки. Такие кровотечения принадлежат большею частью к типу т. наз. „викарных регул“ и появляются с прекращением у женщин нормальных *menses*. В некоторых случаях, однако, они имеют место и при сохранении последних.

Интересный случай этого рода был опубликован в печати Долгановым. В случае этом женщина менструировала нормально, но параллельно с нормальными *menses* у ней наблюдались кровотечения из кожи глазных век.

Долганов. Сл. одновр. месячных чрез влагалище и кожу век левого глаза. Вр. 1900.

в) Половая жизнь.

Закончив распрос относительно месячных у больной, врач-гинеколог переходит затем к собиранию анамнестических данных относительно половой жизни пациентки, осведомляясь у последней, имела ли она половые сношения и, если имела, то с каких пор, регулярно или с значительными перерывами и пр., а также—носил *coitus* нор-

мальный характер, или же представлял какие-либо отклонения от нормы в смысле, напр., его болезненности, отсутствия при нем полового удовлетворения и т. д.

Касаясь самых интимных сторон жизни женщины, эта часть анамнеза требует величайшего такта от врача. Естественный женский стыд заставляет многих женщин не только скрывать от распрашивающего многие очень важные детали, но и давать прямо-неверные ответы на вопросы врача. В практике каждого гинеколога нередки случаи, когда женщины, категорически отрицавшие сношения с мужчиной, при объективном исследовании оказывались не только дефлорированными, но и беременными.

Между тем данные относительно половой жизни гинекологических больных имеют огромную практическую важность и для диагностики, и для рациональной профилактики и терапии женских болезней. Уже одно то обстоятельство, что едва-ли не первое место в общем контингенте гинекологических больных занимают больные с гонорройными заболеваниями половой сферы, возбудители которых проникают в половой канал женщины чаще всего *per coitum*, делает вопрос о половых сношениях одним из кардинальных вопросов гинекологического анамнеза. Вообще воспалительные процессы, из всех заболеваний женского полового аппарата встречающиеся наиболее часто, составляют обычно удел замужних женщин. Есть, однако, и такие заболевания половой сферы, которые гинекологу чаще приходится наблюдать у девственниц; сюда относится, напр., уже неоднократно упоминавшийся выше инфантилизм с присущей ему дисменореей.

Многие пациентки, далее, отвечая на вопрос врача-гинеколога о половых сношениях, сообщают о различных неправильностях последних,—неправильностях, имеющих крупное патогномическое значение. Так, некоторые женщины жалуются на то, что *coitus* у них сопровождается атипическими кровотечениями; такие кровотечения являются крайне подозрительными,—зачастую, особенно у пожилых женщин, они указывают на развитие рака шейки, хотя иногда могут иметь место и при доброкачественных заболеваниях, напр., эктропионах, эрозиях и т. п. Иногда при распросе выясняется, что нормальный *coitus* для больной оказывается механически совершенно невозможным; подобное явление указывает или на полное отсутствие рукава у женщины, или на наличие резких стенозов и атрезий его. Иногда, далее, распрос выясняет, что попытки к половым сношениям оказываются совершенно невозможными вследствие сильнейшей болезненности; это является патогномичным большею частью для т. наз. вагинизма. Еще чаще приходится узнавать от пациенток, что болезненность при половых сношениях у них настолько велика, чтобы

совершенно исключать самую возможность правильного coitus'a, но все же заставляет больных искать врачебной помощи; подобная безразличность обыкновенно имеет место при инфантилизме, где наряду с другими внутренними половыми частями бывает недоразвит и рукав, а также при воспалительных процессах, особенно в маточных придатках и брюшине, где immissio penis уже чисто-механически раздражает большие органы, а равно ведет к усилению болей и та гиперэмия половых частей, которою обыкновенно сопровождается акт полового сношения.

Очень многие больные являются на амбулаторный прием к врачу-гинекологу с жалобами на то, что половое сношение не доставляет им ни малейшего удовольствия, почему они избегают его, а иногда уже самая мысль о сношении даже с любимым мужчиной вызывает у них чувство непреодолимого отвращения. Обыкновенно здесь врачу приходится иметь дело с аномалиями нервно-психического порядка, но нередко почвою для возникновения этих аномалий являются заболевания половой сферы. Так, напр., половая нечувствительность женщин имеет свою анатомическую основу в недоразвитиях внутренних половых частей, в воспалительных изменениях их, в чрезмерном растяжении рукава после многократных родов, особенно соединенных с разрывами мышц тазового дна, и пр.

Диаметрально-противоположную аномалию полового чувства обнаруживают те женщины, у которых потребность в половых сношениях ненормально повышена, иногда настолько, что женщина в погоне за удовлетворением полового чувства утрачивает всякую стыдливость,—т. наз. нимфомания. Заслуживает внимания, что подобное повышение половой потребности мне неоднократно приходилось наблюдать у пожилых женщин при наступлении у них климактерия.

Не вдаваясь в подробное обозрение других аномалий полового чувства у женщин, которое завело-бы нас слишком далеко, и которое входит в область не столько гинекологии в тесном смысле слова, сколько психопатологии, упомянем лишь о таких, открываемых при собирании анамнеза, нарушениях половой гигиены, как coitus во время месячных, coitus interruptus (в целях избежать зачатия) и т. п. Еще старинные гинекологи были убеждены, что, вместе с мастурбацией, эти погрешности против половой гигиены могут вести, между прочим, и к настоящим заболеваниям половой сферы—обычно в форме хронических воспалений. Совершенно объективная оценка относящихся сюда случаев заставляет признать, что в этом старинном взгляде есть значительная доля истины.

Каменский. Случай пуританіае. Протоколы Общества Русских Врачей в С.-Петербурге. 1870—71.—Воинов. К казуистике отсутствия сладострастного ощущения у женщин. М. 1891.—Тарновский. Извращение полового чувства у женщин. СПб. 1895.—Гентер. Об. аномалиях полового чувства у женщин. Журнал Акушерства и Женских Болезней. 1914.

г) Родовая деятельность.

Если из распроса выяснится, что пред врачом-гинекологом — замужняя или вообще имевшая половые сношения женщина, то дальнейшие его вопросы должны касаться родовой деятельности пациентки: врач спрашивает, была-ли она беременна и, если была, то сколько раз и когда, и как протекали у ней беременности, роды и послеродовые периоды.

Диагностическое значение всех этих данных будет совершенно понятно, если мы вспомним, как громадно отражается родовая деятельность на состоянии половой сферы женщины. Целые категории гинекологических заболеваний имеют почти исключительно источником своего происхождения беременность и роды. Так, нарушения целостности различных частей полового аппарата, — разрывы, свищи и пр., — в огромном большинстве случаев возникают под влиянием родовой травмы и обнаруживаются или тотчас после родов, или вскоре после них. После родов же и в связи с ними, беременностью и послеродовым периодом развиваются у женщин неправильные положения различных половых органов, особенно матки и рукава (опущение и выпадение рукава и матки, *inversio uteri*). Далее, весьма большой процент воспалительных заболеваний в женской половой сфере, — эндометритов, сальпингитов, оофоритов и пр., — бывает обязан своим происхождением пуэрперальному сепсису. Важную роль в генезе гинекологических заболеваний, относимых обычно к воспалительным, особенно т. наз. хронического метрита, играет и порочное обратное развитие матки после родов. Даже в происхождении новообразований половой сферы у женщин родовая деятельность имеет важное значение. — мы знаем, напр., что самое губительное из гинекологических заболеваний, рак матки, является преимущественным уделом женщин многорожавших; напротив, самое частое из доброкачественных новообразований матки, фибромиома, развивается главным образом у женщин мало рожавших и даже совершенно не рожавших. Таким образом сведения о родовой деятельности пациентки нередко сразу указывают гинекологу, с каким заболеванием половой сферы ему придется иметь дело.

Если беременность, роды и послеродовой период играют важную роль в происхождении целого ряда разнообразных женских болезней, то, с другой стороны, и эти последние нередко характерным образом отражаются на родовой деятельности женщины, что опять-таки способствует патогномическому значению относящихся сюда анамнестических данных. Особенно патогномичными являются сведения относительно абсолютного бесплодия, т. е. полного отсутствия зачатия, бесплодия после однократных срочных родов („*Einkindsterilität*“) и относительного бесплодия в смысле выкидышей.

Полное бесплодие у женщины может зависеть от целого ряда разнообразных причин: врожденное отсутствие матки и яичников, различные степени недоразвития матки (*uterus foetalis*, *uterus infantilis*), врожденные и приобретенные атрезии и стенозы полового канала, воспалительные процессы в рукаве, матке, яичниках и особенно Fallopіевых трубах, неправильные положения матки, как остроугольная антефлексия и ретрофлексия, некоторые новообразования матки, напр., фибромиомы, и пр.—все это может препятствовать зачатию и делать женщину бесплодной. В громадном большинстве случаев, однако, наличие у женщины абсолютного бесплодия указывает на существование у ней одного из двух патологических состояний половой сферы: первое—это инфантилизм, второе—гонорройное заражение.

Каким образом инфантилизм ведет к бесплодию,—это можно истолковать различным образом: можно думать, что недоразвитое тело матки не в состоянии служить благоприятной почвой для прививки и дальнейшего развития оплодотворенного яйца, а возможно, что в этиологии бесплодия при инфантилизме главную роль играет обычно сопровождающая этот порок развития резкая антефлексия, делающая цервикальный канал, в области перегиба, непроходимым для сперматозоидов. Опыт свидетельствует, по крайней мере, что у женщин с детской маткой, бывших ранее бесплодными, беременность весьма нередко наступает после расширения цервикального канала бужами, даже после зондирования матки, а также после исправления антефлексии путем массажа. Некоторые авторы впрочем видят главную помеху для зачатия при инфантилизме в сужении наружного маточного зева и в доказательство ссылаются на благоприятные результаты, получаемые в подобных случаях после дисцизии наружного зева; расширением последнего сторонники этого взгляда объясняют и эффект бужирования цервикального канала. Другие приписывают здесь главное значение длине шейки и пр.

Что касается гонорройной инфекции, то, повидимому, главная причина бесплодия при ней лежит в поражении обоих труб гонорройным сальпингитом с последующим зарощением их каналов, особенно в области абдоминальных отверстий.

Говоря о гоноррее, как причине бесплодия у женщины, необходимо иметь в виду то обстоятельство, что в большинстве случаев т. наз. гонорройных браков причина бесплодия кроется не в жене, а в муже. Как известно, триппер у мужчины очень часто осложняется орхитом или, точнее говоря, эпидидимитом, причем двусторонний эпидидимит всегда ведет к утрате мужчиною способности оплодотворять женщину, а иногда *impotentia generandi* развивается у мужчины и после одностороннего трипперного эпидидимита; семя у таких субъектов при исследовании оказывается или совершенно не содержащим сперматозоидов (*azoospermia*), или содержащим лишь небольшое количество семенных нитей, притом не обнаруживающих свойственных им в норме

энергичных движений (oligospermia). По вычислениям некоторых авторов в 70% бесплодных гонорройных браков причина бесплодия лежит в мужчине, и лишь в 30% она кроется в патологических изменениях половой сферы у женщины.

Разбирая этнологию бесплодия, следует, далее, оговориться, что иногда и половая сфера женщины, при исследовании, представляется, повидимому, совершенно нормальной, и семя мужчины не обнаруживает никаких отклонений от нормы, а между тем их брак остается бесплодным. Некоторые авторы усматривают в подобных случаях причину бесплодия в чрезчур кислой реакции рукавного секрета, губительно действующей на семенные нити. Однако, как я убедился, подобное объяснение приложимо далеко не ко всем случаям данного рода.

Сплошь и рядом в практике приходится, наконец, наталкиваться на случаи, где бесплодие у женщины зависит от причин, у других женщин нисколько не мешающих зачатию. Такова, напр., ретрофлексия матки: в моей практике неоднократно встречались случаи, где лишь устранение этой аномалии,—путем-ли операции, или при помощи пессария,—позволяло женщине забеременеть, тогда как в большинстве случаев женщины исправно беременеют, несмотря на наличность у них даже резкой ретрофлексии матки. Таковы, затем, разрывы промежности: иногда они совершенно не препятствуют наступлению беременности, иногда же—наоборот, причем бесплодие у женщин с разрывами промежности обыкновенно объясняют неспособностью таких женщин *post coitum* задерживать семя в рукаве.

Вообще вопрос о причинах бесплодия у женщин представляет еще немало темного, невыясненного. Немудрено, что и меры, принимаемые против бесплодия, далеко не всегда достигают желаемой цели. Во всяком случае, прежде чем прибегать к этим мерам, гинеколог должен предварительно выяснить, от кого из супругов зависит бесплодие,—от мужа, или от жены, причем относительно мужчины точное выяснение этого вопроса является гораздо более простым,—стоит лишь подвергнуть микроскопическому исследованию его семя. Для этого мужчине рекомендуется иметь сношение, надев на половой член кондом, и тотчас после сношения принести семя в кондоме для исследования, приняв, конечно, меры предосторожности для защиты его, напр., от чрезмерного охлаждения. Если микроскоп обнаружит, что в семени содержится достаточное количество энергично движущихся сперматозоидов,—значит, причина бесплодия кроется в женщине, и гинекологу надо путем тщательного исследования ее выяснить, какова эта причина.

В зависимости от наиболее вероятной причины бесплодия у женщин применяются и те или другие способы его лечения. При стенозах цервикального канала лучшим средством является расширение его при помощи бужей; можно также прибегать к кровавому расширению (дисцизии) наружного зева, к расширению цервикального канала ламинариями и т. п. Остроугольная антефлексия лучше всего устраняется при помощи массажа, ретрофлексия—или путем введения пессария, или оперативным путем и т. д. Труднее всего бывает восстановить способность женщины к зачатию в тех случаях, где имеется зарощение обоих Fallopi'евых труб,—хотя для этой цели и применяется специальная операция, т. наз. *salpingostomatomia*, но она лишь редко приводит к цели.

Там, где гинекологическое исследование не обнаруживает в половой сфере бесплодной женщины никаких анатомических отклонений от нормы, а проба с лакмусовой бумажкой указывает на довольно резкую кислотность рукавного секрета, некоторые гинекологи рекомендуют применять непосредственно пред сношениями спринцевания с содой или смесью соды, поваренной соли и фосфорно-кислого натра (1 чайн. ложку на стакан воды). Далее, женщинам, которые заявляют, что введенный в рукав *sub coitu* эякулят у них немедленно изливается наружу, можно советовать некоторое время (1/2-часа) после полового сношения неподвижно лежать на спине с плотно сдвинутыми ногами и приподнятым тазом (если причина указанного явления кроется, повидимому, в разрывах промежности,—лучше всего, конечно, прибегнуть к зашиванию последних). Наконец, в подобных случаях можно прибегнуть к искусственному оплодотворению женщины.

Технически оплодотворение это выполняется различным образом: можно вскоре после сношения взять у женщины из рукава несколько капель оставшегося там семени и впрыснуть в полость матки при помощи Вгаип'овского шприца, а еще лучше рекомендовать мужу иметь сношение в кондоме, набрать из последнего семенной жидкости и ввести в матку. Иванов на животных получил наилучшие результаты, вводя таким образом не чистое семя, а разбавленное слабым щелочным раствором. Чтобы достигнуть зачатия, введение оплодотворяющей жидкости надо повторять несколько раз, причем, рассуждая о *proci*, для этой операции лучше выбирать то время, когда у женщины происходит лопание зрелых *Graaf*'овых пузырьков, т. е. вторую половину паузы между двумя последовательными менструациями (здесь заметим кстати, что новейшие, относящиеся уже ко времени мировой войны, наблюдения немецких авторов говорят как будто, что зачатие у женщины, в противоположность господствовавшему ранее взгляду, чаще происходит не во вторую, а в первую половину указанной паузы). Советуют также, при искусственном оплодотворении, вводить семя в матку вскоре после полового сношения, когда половое возбуждение женщины еще неполно прошло. Наконец, искусственное оплодотворение женщины следует производить по возможности так, чтобы не занести в полость матки какую-либо инфекцию; в этих видах не должно прибегать к нему, когда семенная жидкость мужа содержит гонококков, палочки бугорчатки и т. п.

Бесплодие у женщин после однократной беременности, или *Einkindsterilität*, обыкновенно свидетельствует о наличии у пациентки гонорройного заболевания маточных придатков. В подобных случаях женщина обыкновенно заражается гонорреей вскоре после выхода замуж, но, прежде чем гонококки успеют у ней проникнуть в наиболее глубоко лежащие отделы полового аппарата, у ней наступает зачатие. Пока полость матки бывает занята плодным яйцом, поступательное движение инфекции приостанавливается, возбудители триппера остаются в рукаве и цервикальном канале. После родов, однако, для них открывается широкий доступ в полость маточного тела, каналы труб и т. д., у родильницы развивается т. наз. *gonorrhoea ascendens*, и, благодаря наступающему при этом зарощению обоих воспаленных труб, пациентка навсегда утрачивает способность к зачатию.

Неоднократно, однако, мне приходилось наблюдать в практике типичную Einkindersterilität у женщин с инфантильною половую сферой, где всякая возможность заражения гонорреей была, повидимому, исключена, и где пуэрперальный период протекал, повидимому, вполне нормально. Можно подумать, что иногда недоразвитая половая сфера у женщины может перенести только одну беременность, а затем уже одна родовая травма, помимо всякой инфекции, настолько влияет на нее, что она утрачивает способность к новому зачатию.

Что касается, наконец, относительного бесплодия в смысле выкидышей, то патогномическое значение указаний на них в анамнезе вполне определяется тем, что мы знаем из акушерства о причинах преждевременного прерывания беременности. Самыми частыми причинами выкидышей являются, как известно, инфантилизм, сифилис и воспалительные процессы в половой сфере (эндометрит), причем у женщин с инфантилизмом преждевременно прерывается обычно первая беременность, дальнейшие же доходят до нормального конца, для сифилиса является характерною известная прогрессивность исходов беременности (сначала ранние выкидыши, потом более поздние, затем преждевременные роды и т. д.), а для воспалительных процессов пуэрперального происхождения патогномично то обстоятельство, что выкидыши у женщины наступают после срочных родов.

А га ф о н о в. О бесплодии рожавших женщин и об одном из способов его излечения. Р. Мед. 1884.—Паргамин. Сл. излечения бесплодия зондированием шейки матки. Вр. Мед. 1885.—Паргамин. 2 сл. излечения бесплодия. Р. Мед. 1887.—Добро-нравов. Совр. состояние учения о бесплодии. Пр. Киев. А. О. III.—Паргамин. О нек. болезнях муж. и женск. пол. органов, влекущих засобою бесплодие. Мед. 1894.—Балин. К вопросу о частоте виновности мушци в бесплодии брака. Пр. В. 1903.—Порембский. Иск. оплодотворение, как средство лечения бесплодия у женщин. Ж. А. 1912.—Давидсон. Мат. к вопросу о бесплодии браков. Отч. Увар. Род. II. 1912.

д) Жалобы гинекологических больных.

Заканчивая опрос пациентки, врач-гинеколог осведомляется, что ее главным образом беспокоит. Жалобы, которые при этом приходится выслушивать гинекологу, могут быть чрезвычайно разнообразны. Гинекологические больные могут жаловаться, прежде всего, на различные расстройства со стороны половой сферы,—кроме уже разобранных нами выше неправильностей менструации, coitus'a и родовой деятельности,—причем чаще всего в этой области от них приходится слышать жалобы на боли и бели; далее, среди жалоб гинекологических больных зачастую фигурируют жалобы на расстройства со стороны ближайших к половому аппарату органов, особенно мочевого пузыря и прямой кишки, со стороны органов более отдаленных и, наконец, на расстройства общего характера.

Боли. Из всех жалоб гинекологических больных жалобы на боли стоят бесспорно на первом месте. Отождествляя понятия о боли и болезни, многие пациентки, принадлежащие к малокультурным слоям населения,

только тогда и начинают считать себя больными, когда у них появляются боли. Встречаясь весьма часто, боли при страданиях женской половой сферы могут иметь различное происхождение; в этом отношении Снегирев делит их на четыре группы: 1) обструктивные или спазмодические боли, типичным примером которых могут служить родовые, 2) компрессионные боли, зависящие от сдавливания нервов, 3) воспалительные и, наконец, 4) нервные.

Различаясь по своему происхождению, боли у гинекологических больных представляют огромное разнообразие и по своей степени, начиная от едва ощутимых и кончая настолько мучительными, что они заставляют больных кричать. Наиболее сильные боли обычно имеют место при тех гинекологических заболеваниях, которые бывают осложнены воспалениями брюшины (острые сальпингоофориты, опухоли яичников и др. органов с перекручиванием ножки etc.).

По исследованиям Богородского, сами по себе все брюшные органы оказываются нечувствительными к внешним раздражениям, пристеночная же брюшина весьма чувствительна, причем чувствительность ее при воспалении повышается.

Разнообразными являются боли при заболеваниях женского полового аппарата и по своему характеру. Иногда они имеют отчетливо выраженный схваткообразный характер (обструктивные боли по классификации Снегирева, имеющие место при маточных полипах, механической дисменоррее и т. п.), иногда — рвущий, стреляющий, режущий, колющий, ноющий и, наконец, грызущий. Последним словом особенно часто характеризуют у себя боли женщины, страдающие запущенным раком маточной шейки, инфильтрировавшим окружающую клетчатку.

Неменьшее разнообразие представляют боли у женщин с заболеванием половой сферы по своей локализации. Весьма часто, особенно при заболеваниях матки, больные заявляют, что боли сосредоточиваются у них в середине нижней части живота. При заболеваниях маточных придатков местом локализации болей являются, напротив, боковые отделы нижней части живота. Далее, при ретрофлексии и ретроверзии матки, при заднем параметрите, периметрите, нередко при сальпингоофорите и др. заболеваниях боли локализуются преимущественно сзади — в спине, пояснице и крестце. Иногда, затем, местом локализации болей являются наружные половые части, причем это наблюдается не только в тех случаях, когда самая болезнь локализуется в вульве, но и тогда, когда заболевшими являются внутренние половые части. Здесь врач имеет, стало быть, дело с отраженными болями.

Такие отраженные боли вообще чрезвычайно часто наблюдаются у гинекологических больных. Воспаления яичников, напр., почти как правило сопровождаются отраженными болями в соответствующей ноге. Чрезвычайно часто, далее, болезни полового аппарата у женщин

дают отраженные боли в области пупка, под ложечкой и т. п. Боли эти могут локализоваться или в глубине, или в различных участках кожного покрова. В отдельных случаях они могут являться в форме нейралгий лица и затылка. В прежнее время таким отраженным болям особенно охотно приписывали истерическое происхождение. Что в основе их действительно нередко кроется истерия,—это навряд-ли можно оспаривать. Однако они могут возникать и совершенно независимо от истерии, благодаря трансференции (переносу) болезненных ощущений с пораженных *genitalia*, причем в этой трансференции могут принимать участие как симпатические, так и спинальные нервы и, наконец, центральная нервная система (Порховник).

С другой стороны, по наблюдениям Иванова, и при наличии заболевания женских половых органов испытываемые пациентками боли внизу живота и пояснице могут не исходить непосредственно из больных частей половой сферы, а относиться к нервным стволам и сплетениям, возникая на почве нейрастении и анемии, реже—истерии.

По Бродскому иногда боли в *genitalia*, вместе с другими расстройствами со стороны половой сферы, зависят от спинной сухотки, принадлежат к т. наз. *crises clitoridiennes*. Больные неожиданно чувствуют при этом сильное половое возбуждение, чувство сладострастия у них все растет, как при *coitus'e*, и заканчивается выделением из рукава обильного количества желтоватой слизи, после чего развиваются режущие и колющие боли в половой сфере, животе, мочевом пузыре и пояснице. Подобные припадки относятся у женщин к числу начальных признаков *tabes'a*.

Разнообразными, наконец, являются наблюдающиеся при страданиях женской половой сферы боли и по времени своего обнаружения. При воспалительных заболеваниях матки, ее придатков и тазовой брюшины они обыкновенно усиливаются при более или менее значительных физических напряжениях, что и совершенно понятно: как уже говорилось выше, матка с ее придатками не занимает у женщины неизменного положения, но физиологически смещается—между прочим под влиянием колебаний внутрибрюшного давления; при сильных физических напряжениях давление это меняется весьма значительно, а, стало быть, значительно смещается и матка, причем связки ее натягиваются, и воспаленные участки брюшины чисто-механически раздражаются.

В других случаях гинекологические больные жалуются на боли, усиливающиеся по ночам, когда женщина находится в полном покое. Такие ночные боли особенно характерны для запущенных раков матки, инфильтрировавших околоматочную клетчатку и сдавливающих проходящие здесь нервные стволы. Собственно говоря, боли у подобных больных, существуют постоянно, но днем, развлекаемая текущими хлопотами, больная забывает об них; когда же она ложится в постель, внимание ее сосредоточивается на этих болях, и последние начинают ощущаться сильнее.

Нередко, далее, боли выступают у гинекологических больных преимущественно во время половых сношений и в связи с месячными и беременностью. При каких заболеваниях половой сферы у женщин наблюдается возникновение или усиление болей при coitus'e и регулах,— о том мною уже было говорено выше. Почему, затем, боли,—напр., при воспалении маточных придатков,—усиливаются с наступлением беременности, о том говорится обычно в курсах акушерства. Здесь добавлю лишь, что у некоторых больных боли возникают как раз в середине промежутка между двумя последовательными менструациями (т. наз. *Mittelschmerz* немецких гинекологов); подобное время возникновения болей в половых частях является характерным для воспаления яичников, причем боли здесь вернее всего будет поставить в связь с созреванием Graaf'овых пузырьков, которые, по современным воззрениям, как раз около середины межменструального промежутка достигают полной зрелости и, стало быть, наибольшей величины.

О болях, возникающих у гинекологических больных под влиянием других причин, напр., в связи с растройствами дефекации, мочеиспускания и пр., нами будет сказано ниже.

Попель. Межмесячные боли. М. М. Г. 1877.—Иванов. О болях внизу живота и пояснице, не исходящих непосредственно от заболеваний в ж. пол. органах и пр. И С. Р. А.—Бродский. О нек. бол. проявлениях в сфере genitalia в зав. от заболеваний нервн. системы у женщ. Ж. Невр. 1906.—Снегирев. Мат. к вопр. о клин. значении болей в гинекологии. Дисс. М. 1908.—Богородский. К вопр. о чувствительности бр. органов. Отч. Вр. Г. 1911.—Порховник. О трансференции бол. ощущений при страданиях ж. пол. сферы. Ж. А. 1913.

Бели. К числу самых частых жалоб, которые приходится выслушивать от своих больных врачу-гинекологу, относится и жалоба на бели. Последние могут иметь различное происхождение и соответственно этому могут наблюдаться при различных болезнях. Чаще всего источником их происхождения бывает слизистая оболочка матки, и бели служат одним из признаков ее воспалительного состояния, эндометрита (маточные бели); гораздо реже исходным пунктом белей бывает слизистая оболочка рукава (влагалищные бели), еще реже — слизистая оболочка Fallop'евых труб (трубные бели).

При эндометрите бели или частию, или нередко даже исключительно состоят из отделимого маточных желез, причем в первом случае к железистому секрету примешивается выпот из сосудов воспаленной мукозы. Исключительно или почти исключительно из железистого секрета бели состоят при хроническом неинфекционном эндометрите,—при той форме его, которая в прежнее время была известна под названием *endometritis glandularis hypertrophica et hyperplastica*, и которая в настоящее время рассматривается не как воспалительное состояние в собственном смысле слова, а как длительная гиперемия маточной мукозы, стойкое сохранение последнею тех особенностей, которые в норме периодически наблюдаются в ней лишь короткое

время, именно, перед регулами. При такой гиперэмии железы маточной мукозы являются увеличенными в числе и объеме, а вместе с тем и продуцирующими большее количество слизи, чем нормально. Это гиперсекреция маточных желез и имеет своим результатом отделение белей. Подобные бели обыкновенно характеризуются своею большею или меньшею прозрачностью. При этом, если в отделении их участвует главным образом мукоза цервикального канала (*endometritis cervicalis*), то они имеют характер тягучей, густой, стекловидной слизи; если же источником их происхождения служит мукоза маточного тела (*endometritis corporis*), то бели представляются более водянистыми.

При эндометритах инфекционной природы, каковыми чаще всего являются гонорройные, в состав белей, кроме секрета желез, входит и воспалительный выпот, состоящий из кровяной сыворотки и форменных элементов (гнойных телец). Количество последних зависит от многочисленности и вирулентности возбудителей инфекции,—при сильной инфекции примесь гнойных телец очень велика, и бели приобретают резко выраженный гнойный характер, отличаясь своим желтым или даже зеленым цветом; при слабой же инфекции, когда примесь гнойных телец невелика, бели, состоя преимущественно из секрета желез, представляются полупрозрачными и лишь слегка желтоватыми.

Для врача-практика важно, далее, иметь в виду, что при эндометрите у старух (*endometritis senilis*) бели зачастую отличаются специфическими особенностями, а именно, представляются клейкими, едучими и нередко содержащими примесь крови (сукровичными).

Слизистая оболочка рукава, как известно, не содержит желез, и потому бели, отделяемые ею при вагинитах, состоят главным образом из воспалительного выпота. В зависимости от большей или меньшей примеси гнойных телец, которая, в свою очередь, зависит от силы инфекции, они могут представляться или более, или менее гнойными. Нередко рукавные бели содержат большое количество клеток отслоившегося эпителия, причем в этом случае они могут иметь совершенно белый цвет, походя по цвету и консистенции на сметану.

Бели трубного происхождения замечаются больными лишь при той форме воспалительного заболевания труб, которое известно под названием *hydrops tubae profluens* s. *hydrosalpinx* (*pyosalpinx*) *profluens*. В основе этого заболевания лежит эндосальпингит или воспаление слизистой оболочки трубы, притом такое, при котором абдоминальное отверстие трубы является зарощенным, маточное же—проходимым. Во время предменструального прилива крови к половой сфере слизистая оболочка маточного отрезка трубы может настолько припухнуть, что и без того крайне узкое маточное отверстие трубного канала временно может оказаться совершенно непроходимым. Тогда воспалительный выпот, отделяемый трубной мукозой, не находя себе

оттока ни в полость брюшины, ни в полость матки, скопляется в просвете канала трубы, растягивая последнюю в более или менее объемистый сактосальпинкс. По окончании регул, когда прилив крови к половым частям уменьшится, и мукоза в маточном отрезке трубы опадет, ostium uterinum tubae может опять сделаться проходимым, и скопившаяся в трубе жидкость сразу поступает в матку, затем в рукав и наружу. Обыкновенно выделяющиеся при этом бели имеют серозный характер (hydrosalpinx profluens), но в отдельных случаях— и гнойный (pyosalpinx profluens). Нередко выделению их предшествуют ясно выраженные схваткообразные боли, которые зависят от сокращений мускулатуры яйцепровода, стремящегося вытолкнуть из его полости жидкое ее содержимое.

Кроме воспалительных заболеваний различных отделов полового канала, бели у гинекологических больных могут иметь место и при новообразованиях, особенно раках матки, причем они отличаются тогда своим сукровичным характером, придающим им вид мясных помоев, и зловонным запахом. Такой же характер имеют бели при саркомах матки, при омертвевших маточных полипах и пр:

Хотя многие женщины, даже интеллигентные, бывают убеждены, что выделение белей ведет к сильному истощению организма, однако на самом деле бели имеют лишь чисто-симптоматическое значение,— на общем состоянии больных отражаются не бели, а та болезнь, которая их вызывает. Впрочем и сами по себе бели не лишены известного значения: помимо того, что они пачкают белье, они вызывают у женщин постоянное ощущение сырости в половых частях, раздражают кожу в окрестности половой щели, действуют на психику женщины и пр. Поэтому они и сами по себе требуют лечения—обычно в форме дезинфицирующих и вяжущих рукавных спринцеваний.

Никитин. Женские бели и девичья немочь и их лечение. Спб. 1850.—Щербakov. Анализ жидкости, вытекавшей из полости матки. В.-М. Ж. 1868.—Вакуловский. К вопросу о белях и их лечении. Пр. О. Арх. В. 1888.

Другие расстройства со стороны половой сферы. Нередко гинекологические больные, при собираннии у них анамнеза, обращают внимание врача и на другие неправильности и расстройства со стороны половой сферы, помимо перечисленных мною выше. Так, относительно часто от них приходится выслушивать жалобы на появление „опухолей“ в животе и в области половой щели. Жалобы эти, однако, далеко не всегда свидетельствуют о наличности в половой сфере пациенток действительно опухолей в патолого-анатомическом смысле этого слова, т. е. новообразований,—во многих случаях при объективном исследовании таких больных оказывается, что мнимая опухоль есть ничто иное, как грыжевое выпячивание, пролябирующий рукав, воспалительный экссудат, а то и просто вздутый кишечная петля, недостаточно опорожняющийся мочевой пузырь, беременная матка и пр. Подобные ошибки со стороны больных легко понятны, если особенно принять во внимание, что в них иногда впадают и врачи,

даже врачи-специалисты, после тщательно произведенного объективного исследования.

Что касается настоящих опухолей гесп. новообразований, то они замечаются больными или тогда, когда помещаются в доступных для ошупывания, осмотра и пр. отделах полового аппарата, преимущественно в области вульвы, или тогда, когда достигают более или менее значительного объема, причем в последнем случае с жалобами на опухоль к гинекологу являются больные и с новообразованиями, исходящими из внутренних половых частей. При диагностической оценке этих жалоб надо иметь в виду, что самое опасное из новообразований внутренних половых частей, именно, рак матки, лишь в редких случаях определяется самими больными, как „опухоль“, и что из новообразований, развивающихся в этом отделе полового аппарата, чаще заставляют женщин являться к врачу с жалобами именно на опухоль, с одной стороны, фибромиомы матки, с другой—кисты яичников. Догадаться, с каким из двух названных сортов опухолей приходится иметь дело в данном случае, можно зачастую, еще не исследовав больной, на основании одних анамнестических данных: если опухоль развивается у нерожавшей женщины, находящейся в возрасте расцвета половой деятельности, если она, затем, растет медленно и вызывает у больной мено-и метроррагии, то всего вероятнее, что это—фибромиома матки; если, напротив, она оказывает подавляющее действие на менструальную функцию, растет быстро и пр., то это, вероятно, киста яичника.

Во многих случаях, далее, больные являются в амбулаторию врача-гинеколога с жалобами на опущение и выпадение половых частей, причем объективное исследование подобных больных большею частью действительно подтверждает, что у них имеется та аномалия положения рукава и матки, которая в начальных стадиях носит название *descensus*, опущение, а в дальнейших—*prolapsus*, выпадение. Надо, однако, иметь в виду, что сплошь и рядом ощущение „опущения“ является у гинекологических больных чисто-субъективным: больные жалуются на опущение, даже выпадение, а между тем объективное исследование их показывает, что и матка, и рукав у них находятся в совершенно нормальном положении.

Сравнительно-частою жалобою гинекологических больных, со стороны головной сферы, является и жалоба на зуд и жжение в различных ее отделах—в рукаве, матке, особенно же в наружных половых частях. Иногда,—преимущественно у женщин, находящихся в климактерическом возрасте,—зуд вульвы является сам по себе болезнью (идиопатический *pruritus vulvae*), иногда же имеет симптоматическое значение, развиваясь или под влиянием раздражения покровов вульвы, напр., вытекающими из полового канала белями, или отраженным путем, напр., при воспалительных заболеваниях яичников. Для врача-



Рис. 1. Слизистая оболочка матки при климактерическом кровотечении. Больная 47 лет, последние 2 года страдала кровотечениями типа меноррагий. Бросаются в глаза сильно склерозированные сосуды в мукозе. Строма мукозы местами воспалительно инфильтрирована, местами представляет развитие волокнистой соединительной ткани, местами (вне изображенного на рисунке участка) пронизана диффузными кровоизлияниями.

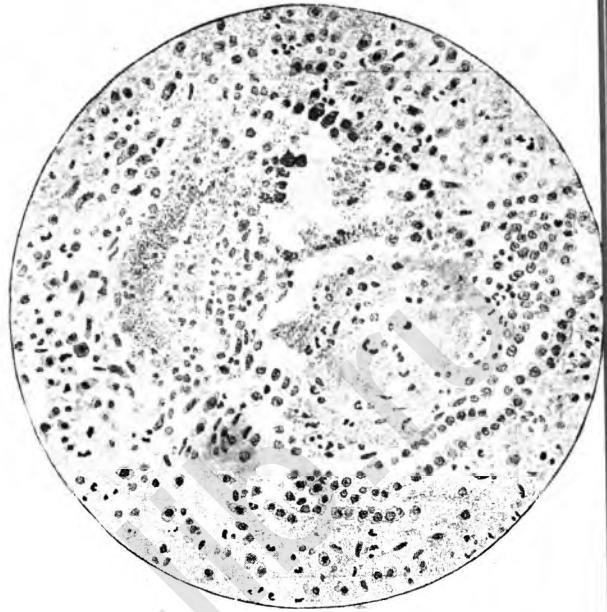


Рис. 3. Микроскопическая картина перепонки, отшедшей при dysmenorrhoea membranacea. На рисунке видна (справа) маточная железа. Элементы стромы слизистой оболочки отчасти изменены по типу децидуальных клеток. Между этими элементами там и сям разбросаны лейкоциты, том числе и полинуклеарные. Местами в строю видны диффузные кровоизлияния, местами — склепления фибрина.

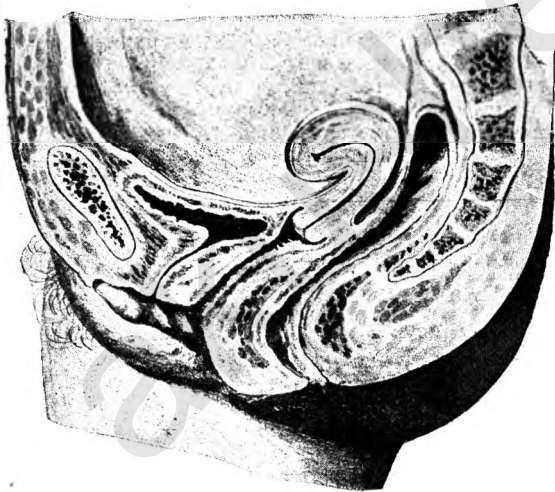


Рис. 2. Остроугольная антефлексия матки в сочетании с ретроверзией этого органа. Такую представляется, при исследовании, матка у женщин с т. наз. uterus infantililis, только во многих случаях этого порока corpus uteri еще меньше по объему, а шейка — длиннее.

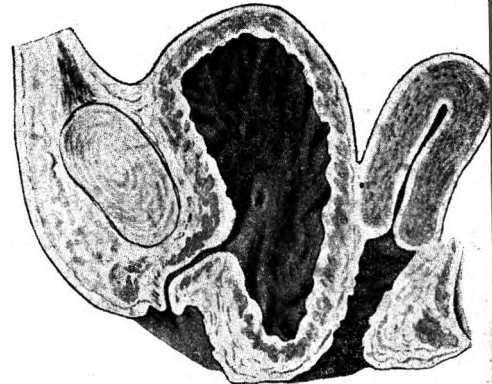


Рис. 4. Cystocele при descensus vaginae anterior (по Губареву).

ТАБЛИЦА П.

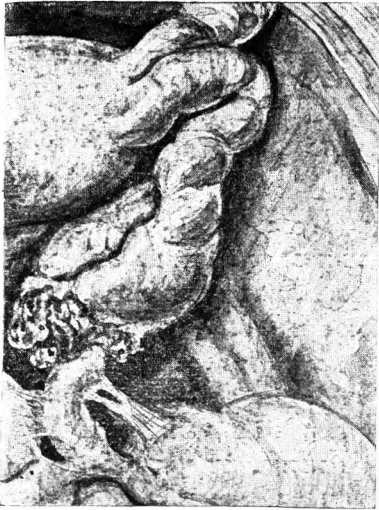


Рис. 5. Appendix vermicularis при правостороннем пиосальпинксе (по L i e p-шап'у).

Червеобразный отросток вовлечен в воспалительный процесс и спаян с трубой. Брюшинные спайки связывают его также с сеситом и другими соседними отрезками кишечного тракта.



Рис. 8*. Увеличение живота при гигантской кистоме яичника.

Больная 67 лет, была оперирована мною в Казанской ак.-гин. клинике в 1910 г. Окружность живота равнялась 147 сант., вес опухоли—2 пуд. 33 фунт., из которых 5 фунт. приходилось на плотные части. Сильные срощения. Операция увенчалась полным успехом.



Рис. 10*. Пальпация живота у гинекологических больных.

практика важно иметь в виду, что именно зудом обычно проявляется, вначале, самая опасная из болезней наружных половых частей женщины, рак вульвы.

Из более редких припадков, наблюдающихся у гинекологических больных со стороны половой сферы, упомянем о т. наз. *garrulitas vulvae*. Как уже сказано было в своем месте, рукав у женщины при нормальных условиях не имеет просвета, передняя стенка его вплотную прилегает к задней, и лишь в тех случаях, когда внутрибрюшное давление у женщины становится отрицательным, напр., в коленно-локтевом положении, воздух может входить во влагалище и растягивать его. В отдельных случаях, однако, воздух может как попадать в рукав, так и выходить из него и при обыкновенных положениях женщины, причем выходение его сопровождается характерным звуком,—это-то явление и известно под названием *garrulitas vulvae*. Обыкновенно оно имеет место у женщин с разрывами промежности и зиянием *introitus vaginae*.

Фаренгольц. О т. наз. *garrulitas vulvae*. Гр. О. Под. Вр. 1878—80.—Сочава. Сл. отхождения газов чрез влагалище с шумом. М. Об. 1892.

Растройства мочеиспускания. Так как нижние отделы мочевого аппарата у женщины, мочевой пузырь и уретра, находятся в ближайшем соседстве и тесной анатомической связи с нижними отделами полового канала, маточной шейкой и рукавом, то естественно, что гинекологические больные в значительном проценте случаев испытывают различные растройства мочеиспускания: частые позывы на мочу, недержание мочи, задержание ее и, наконец, боли, жжение и резь при мочеиспускании.

Если женщина жалуется на первый из этих припадков, то в большинстве случаев мы находим у ней опущение передней стенки рукава (*descensus vaginae anterior*),—неправильность положения, в которой обыкновенно принимает участие и пузырная стенка (*cystocele*) (рис. 4). Нередко также это растройство возникает на почве механического раздражения, которому подвергается шейка мочевого пузыря со стороны частей полового аппарата. Так, напр., на частые позывы к мочеиспусканию обычно жалуются женщины, у которых матка отклонена или перегнута кзади, т. е. имеется ретроверзия или ретрофлексия этого органа. При этих положениях матки смещенная кпереди маточная шейка давит на шейку пузыря и вызывает разбираемый припадок. Подобный же эффект производят иногда опухоли, развивающиеся из матки или яичников, напр., фибромиомы, кисты и пр.

В непосредственной зависимости от заболеваний половых частей, у женщины во многих случаях развивается и недержание мочи, которое может быть или полным, или неполным. Полное недержание мочи обычно наблюдается при мочеполовых свищах, чаще всего, пузырно-

рукавных, которые, в свою очередь, чаще всего бывают результатами или тяжелых родов, или распадающихся новообразований, особенно рака маточной шейки и влагалища. Неполное недержание мочи большей частью имеет место при кашле, смехе, чихании, поднятии тяжестей,—словом, тогда, когда у женщины происходит быстрое и значительное повышение внутрибрюшного давления; больные, жалующиеся на произвольное истечение мочи при подобных условиях, обыкновенно оказываются также страдающими опущением передней стенки рукава. В других случаях произвольное истечение мочи имеет место лишь при значительном наполнении пузыря; так бывает чаще всего при очень небольших пузырно-рукавных или пузырно-маточных свищах, а также при свищах мочеиспускательного канала. Иногда, наконец, неполное недержание мочи проявляется в такой форме, что больная одновременно и теряет мочу через рукав произвольно, притом непрерывно, и время от времени правильно опорожняет пузырь; такое сочетание обычно указывает на существование у пациентки свища одного из мочеточников.

Между тем, как небольшие степени опущения рукава ведут к частым позывам на мочу и недержанию ее при повышениях внутрибрюшного давления, при значительных степенях той же аномалии,—при полном выпадении (*prolapsus*) и вывороте (*inversio*) рукава,—напротив, нередко наблюдается задержание мочеиспускания. Некоторые больные с проляпсом могут опорожнять мочевой пузырь только после того, как они запросят внутрь выпавшее влагалище. Высшей степени задержка мочеиспускания достигает, как о том трактуется в курсах акушерства, у беременных женщин, при ущемлении перегнутой кзади матки (*incarceratio uteri gravidi retroflecti*), причем невозможность опорожнить пузырь здесь обыкновенно соединяется с частыми позывами на мочу. Однако подобная *ischuria paradoxa*, как ее называют, может иметь место у женщин и вне беременности,—если тело ретрофлексированной матки значительно увеличено, напр., благодаря присутствию в его стенках миоматозных узлов. Равным образом *ischuria paradoxa* встречается и при других опухолях полового аппарата, ущемленных в малом тазу.

Во всех перечисленных случаях патологические состояния различных частей женской половой сферы могут вызвать расстройства со стороны мочевого пузыря даже и там, где последний сам по себе здоров. В другой категории случаев гинекологические заболевания вызывают различные расстройства мочеиспускания благодаря тому, что они распространяются с половых частей на мочевой аппарат. Так, напр., при тазовом перитоните воспалительный процесс с брюшины, покрывающей матку, трубы и пр., может переходить и на брюшинный покров пузыря, вызывая боли при его наполнении и опорожнении. Очень часто переходят на пузырь, вызывая различные

растройства с его стороны, и злокачественные новообразования полового аппарата, особенно рак шейки. Наконец, одна и та же болезнь может одновременно поразить и мочевой аппарат, и половую сферу, благодаря их близкому соседству. Так, при заражении женщины гонорреей одновременно инфицируются обыкновенно и рукав, и уретра, почему явления уретрита, — жжение и резь при мочеиспускании, — можно считать прямо патогномоничными для гонорройной натуры имеющих у женщин воспалений половой сферы, если, особенно, эти симптомы появились вначале заболевания и вскоре после первых же половых сношений пациентки с зараженным триппером мужчиной.

При оценке патогномонического значения симптомов уретрита надо, однако, иметь в виду, что женщины, недавно начавшие половую жизнь, иногда жалуются на жжение и резь, сопровождающие акт мочеиспускания, и при отсутствии какого-либо заражения уретры. Объясняются эти растройства тем, что первый coitus у женщины обыкновенно сопровождается разрывами гимена, каковые разрывы заживают несразу; с другой стороны мочеиспускательный канал у женщины расположен так, что по окончании мочеиспускания капли мочи легко попадают в область introitus vaginae и могут раздражать гранулирующие поверхности гименальных разрывов.

Растройства дефекации. Кроме мочевых органов, в ближайшем соседстве и тесной анатомической связи с женским половым аппаратом находятся некоторые отделы кишечного тракта, особенно прямая кишка. Оттого жалобы на растройства дефекации принадлежат также к числу обыкновеннейших жалоб, которые врачу-гинекологу приходится выслушивать от своих пациенток. Чаще всего больные с женскими болезнями страдают запорами. „Запоры (при женских болезнях) — справедливо говорит *Флоринский*, — составляют настолько обыкновенное явление, что из 100 больных женщин наверное половина страдает этим припадком“.

Причины, обуславливающие возникновение запоров у гинекологических больных, довольно разнообразны. Иногда тут играет роль чисто-механическое воздействие со стороны патологически измененных частей полового аппарата на нижние отрезки кишечного тракта. Такое воздействие имеет, напр., место при перегибах матки кзади, при помещающихся в малом тазу об'емистых новообразованиях матки, яичников и пр., при некоторых воспалительных заболеваниях, особенно облотненных параметритических экссудатах, и т. д. При подобных болезнях происходит, с одной стороны, сужение кишечного просвета, с другой — нарушение кровообращения в кишечных сосудах в форме венозного стаза, причем то и другое может способствовать запорам. Еще более важную роль играет здесь переход заболевания с половых частей на rectum. Так, при периметритах воспалительный

процесс обычно переходит с брюшинного покрова матки на брюшинный покров прямой кишки, причем возникают патологические изменения и в остальных слоях стенки последней; при раках маточной шейки новообразование очень часто инфильтрирует парапроктальную клетчатку, а затем прорастает и всю толщу кишечной стенки etc.

Являясь часто прямым последствием гинекологических заболеваний, запоры могут находиться и в обратном соотношении с ними, т. е. вызывать или усиливать болезненные процессы в половой сфере. Уже одно скопление каловых масс в нижних отрезках кишечника чисто-механически может вызывать, напр., раздражение воспаленных яичников, которые к тому же нередко помещаются как раз в непосредственном соседстве с ректальной стенкой. Отражаются на состоянии половой сферы и расстройства кровообращения в тазовых сосудах, связанные с запорами. Далее, кишечная стенка при запорах становится более проходимой для микробов, являющихся обитателями прямой кишки, а мы знаем, что среди них есть и патогенные, напр., кишечная палочка. Этим именно путем, всего вероятнее, возникают такие, весьма часто встречающиеся в практике, женские болезни, как, напр., *parametritis posterior Schultze*.

Наконец, одновременная наличность у женщин заболеваний половой сферы и запоров нередко объясняется и тем, что одна и та же причина обуславливает анатомические и функциональные неправильности и в половых частях, и в кишечнике. Это относится, напр., к нарушениям целости и расслабления тазового дна, расслаблениям брюшного пресса и пр.

Из других расстройств дефекации, жалобы на которые приходится выслушивать от гинекологических больных при собирании анамнеза, и которые стоят в непосредственной связи с болезнями половой сферы, надо отметить еще поносы (особенно при септических процессах в *genitalia*), частые позывы на низ, недержание газов и кала (при некоторых пороках развития, напр., при *atresia ani vaginalis*, при кишечноракальных и кишечно-маточных свищах и полных разрывах промежности), тенезмы при испражнении (у больных, напр., с нагнаивающимися экссудатами в заднем *Douglas'овом* кармане), отхождение слизи и перепонки при стуле (*colitis mucosa et mucos-membranacea*), особенно же геморроидальные кровотечения (при болезнях половой сферы, ведущих к венозному стазу в *vasa haemorrhoidalia*) и боли при дефекации (при воспалительных процессах в яичниках, тазовой брюшине etc.) И здесь взаимоотношение между перечисленными расстройствами (resp. заболеваниями кишечника, проявлениями которых они служат) и заболеваниями полового аппарата женщины может быть тройким: с одной стороны гинекологические заболевания могут вести к кишечным, с другой — могут быть обратные отношения, с третьей — те и другие могут быть последствиями одной и той же причины.

Говоря о расстройствах, наблюдающихся у гинекологических больных со стороны ближайших к половой сфере отделов кишечного тракта, отметим также расстройства, исходным пунктом которых служит у женщины червеобразный отросток. Рудиментарный орган этот находится в тесной анатомической связи с правыми придатками матки. Описана даже особая связка, соединяющая брыжжейку отростка с lig. suspensorium ovarii dextri (lig. Clado). Если этой связки во многих случаях и не удается обнаружить, то во всяком случае тесная связь лимфатических сосудов appendix'a и правых маточных придатков стоит вне сомнений. Оттого заболевания правой трубы и яичника, особенно инфекционные, легко распространяются на appendix (рис. 5) и обратно. Оттого же осложнение женских болезней аппендицитом встречается в практике очень нередко. Судakov определяет общее число женщин, перенесших аппендицит в возрасте 20—45 лет, в 60%. Если эта цифра и является преувеличенной, все же гинекологу при опросе своих больных очень часто приходится выслушивать от них жалобы на припадки, свойственные аппендициту.

О к и н ч и ц. Связь заболеваний жен. пол. аппарата и кишечника. Вр. Г. 1909.— Судakov. Зависимость между заболеваниями внутр. пол. органов женщины и кишечника. Ж. А. 1916.

Расстройства со стороны отдаленных от половой сферы органов.

Все органы и системы органов, входящие в состав человеческого тела, находятся между собою в известной функциональной связи и взаимоотношении—так, что известное состояние одного органа (resp. системы органов) отражается и на состоянии всех других. Достигается эта связь двумя путями—с одной стороны чрез посредство нервной системы, с другой—химическим путем, чрез посредство выделяемых различными органами гормонов (внутренняя секреция). Женские половые органы не составляют в этом отношении исключения. Напротив, громадное физиологическое значение их в жизни женщины, наличие многочисленных нервных приводов, связывающих их с другими органами, способность некоторых из них к энергичной внутренней секреции—уже а priori заставляют думать, что их состояние должно особенно резко сказываться на отправлении всех других органов женского тела, не исключая и самых отдаленных от половой сферы. В соответствии с этим и заболевания половых частей женщины должны вести к расстройствам не только в них самих и тех органах, которые находятся с ними в близком соседстве и непосредственной анатомической связи, но и во всех остальных. И клинические наблюдения вполне подтверждают этот факт,—гинекологу при опросе своих пациенток очень часто приходится выслушивать от них жалобы на такие припадки, как боли в голове, верхних и средних частях туловища, особенно в подложечной области, и конечностях, расстройства со стороны органов внешних чувств, со стороны верхних отделов пищеварительного аппарата, со стороны сердца и т. д.

Что касается болей в отдаленных от половой сферы частях тела, то об них было уже сказано выше, при обзоре припадков со стороны полового аппарата у гинекологических больных.

Из расстройств со стороны органов внешних чувств особенное внимание врачей привлекают в новейшее время расстройства со стороны органа обоняния. Наблюдения показывают, что уже физиологическая менструация у женщин нередко сопровождается набуханием, повышенной чувствительностью и кровоточивостью некоторых отделов слизистой оболочки носа. В более резкой степени выступают эти явления у женщин с заболеваниями половой сферы. С другой стороны и патологические изменения носовой мукозы, преимущественно в области нижних раковин и бугорка носовой перегородки, могут отражаться на состоянии половых органов, вызывая, напр., дисменоррею. Поэтому некоторые гинекологи с успехом лечат дисменоррею путем смазывания указанных „половых почек“ в носу 20% раствором кокаина; этим же путем может быть проводимо обезболивание родов и пр. (Марьянич).

Отражается состояние половой сферы женщины и на других органах внешних чувств, именно, на глазах (кровоизлияния в разных отделах глаза при аменоррее, расстройства зрения при патологической менструации и т. п.), ушах (усиление глухоты и шума в ушах при беременности и пр.) и коже (пигментации, экзантемы, зуд, отеки, кровоизлияния etc.).

Со стороны верхних отделов пищеварительного аппарата у гинекологических больных сравнительно часто наблюдаются слюнотечение, рвота, отрыжка, изжога, боли в области желудка и пр. Флоринский наблюдал 4 больных, страдавших периметритом и периаднекситом, которые во время болезни наплевывали по нескольку стаканов слюны в день. Познанская и др. авторы описывают случаи настоящей некротимой рвоты у небеременных женщин с заболеваниями половой сферы. Воскресенский демонстрировал в Киевском Акушерско-Гинекологическом Обществе больную с оофоритом, страдавшую отрыжкой, которой он приписывал истерическое происхождение. Что касается болей в области желудка, то жалобы на них принадлежат к числу обыкновенных жалоб гинекологических больных. Очень часто боли эти заставляют последних обращаться к врачам-терапевтам и безуспешно лечиться от катарра желудка, пока, наконец, рациональное применение гинекологической терапии не избавит их от мнимого катарра.

К числу чрезвычайно частых жалоб больных с заболеваниями женской половой сферы принадлежат также жалобы на различные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы,—сердцебиения, замирание сердца, приливы крови к голове и т. п. Наблюдаются у женщин с гинекологическими страданиями и анатомические изменения как в сердце, так и в отдаленных от половой сферы сосудах. Особенный интерес гинекологов давно уже возбуждают заболевания сердца у больных с фибромиомами матки. Некоторые германские гинекологи считают даже возможным говорить о специфически свойственном миоматозным больным заболеваниям сердца, о т. наз. Myomherz. Другие смотрят на миомы, как на местное проявление общего заболевания сердечно-сосудистой системы,—приблизительно такое же проявление, каким бывает зоб при Basedow'sкой болезни. Если этот взгляд и не выдерживает строгой критики, во всяком случае заболевания сердца при миомах матки встречаются очень нередко, причем, повидимому, важную этиологическую роль здесь играют обильные маточные кровотечения, обыкновенно имеющие место у миоматозных больных.

Состояние сердца и сосудистой системы также, конечно, не может не оставаться без значительного влияния на функции и анатомические отношения женских половых органов. Так, пороки сердца с растройствами компенсации ведут к меноррагиям; склероз сосудов, как мы уже видели, играет важную роль в происхождении т. наз. климактерических кровотечений и т. п.

Наблюдаются у гинекологических больных и растройства со стороны дыхательного аппарата. Аменоррея, напр., нередко сопровождается кровохарканием; при септических заболеваниях женского полового аппарата, а равно и развивающихся в последнем злокачественных новообразованиях, часто возникают метастатические поражения легких; кистомы яичников и фибромиомы матки, достигающие иногда громадных размеров, ведут к сильной одышке и пр.

Присущая некоторым из женских половых органов, особенно яичникам, способность к внутренней секреции и тесное взаимоотношение, существующее между различными эндокринными железами, объясняют, наконец, почему у гинекологических больных столь часто наблюдаются функциональные растройства и анатомические изменения со стороны щитовидной железы, грудных желез, надпочечников и пр. отдаленных от половой сферы органов, обладающих тою же способностью.

Мы отметили сейчас лишь некоторые из тех растройств, которые наблюдаются при страданиях женского полового аппарата в отдаленных от него частях женского организма. Подробнее растройства эти будут перечислены ниже, при изложении частной патологии и терапии отдельных гинекологических заболеваний. Однако и сказанного сейчас достаточно, чтобы понять, как разнообразны могут быть эти растройства, и как внимательно должен врач-гинеколог, при собирании анамнеза у своих пациенток, относиться к их жалобам, даже не имеющим, на первый взгляд, никакого отношения к половой сфере.

Воскресенский. Дем. большой с истер. отрывкой. Пр. Киев. Ак. О. П.—Куэ-Вигандт. Сл. упорной рвоты и прод. голодания в связи с менструацией. Г. Ботк. 1887.—Познанская. Сл. неукр. рвоты вне беременности. Мед. 1891.—Марьянич. О соотношении между заболеваниями пол. органов и носа. Отч. Ж. А. 1898.—Белиловский. К вопр. о влиянии ж. пол. сферы на заболевание органа зрения. В. Офт. 1899.—Михнов. О пограничных и отдаленных областях акушерства и гинекологии. Ж. А. 1903.

Общие растройства. Если, как мы видели, состояние половой сферы у женщины отражается на всех органах женского тела, не исключая и самых отдаленных, то, естественно, гинекологические заболевания не могут не вызывать и растройств общего характера. И действительно, врачу-гинекологу, при распросе своих пациенток, почти всегда приходится выслушивать от них и жалобы на такие растройства,—главным образом в области нервной системы. Припадчи, свойственные истерии, нейрастении и т. п. болезням, сплошь и рядом занимают видное, а иногда и первенствующее место в симптомокомплексе, открываемом врачом у гинекологических больных. Еще древние подметили эту тесную связь между страданиями половой сферы и общими заболеваниями нервной системы у женщин,—недаром самое слово „истерия“ происходит от греческого слова *ἰστέρας* матки.

Указанная связь в прежнее время истолковывалась почти исключительно так, что заболевания половой сферы служат причиной неврозов у женщины. В новейшее время, однако, все более и более укореняется противоположный взгляд, что не женские болезни обуславливают развитие истерии, нейрастении и др. общих функциональных неврозов, а наоборот, эти последние вызывают растройства, локализирующиеся иногда даже в совершенно здоровых анатомически половых органах женщины. Истина, по всей вероятности, находится, как и всегда, посредине. По крайней мере лечебный опыт учит, что в одних случаях истерия и др. неврозы являются, повидимому, непосредственным результатом заболеваний матки и ее придатков (особенно важную роль здесь играет, повидимому, инфантилизм), почему местное лечение женских болезней ведет в подобных случаях к исчезновению истерических и т. п. припадков; в других, наоборот, припадки со стороны половой сферы имеют истерическое происхождение, и рациональное лечение нервной системы дает неизмеримо лучшие результаты, чем местное лечение половой системы, успех же последнего почти всецело может быть отнесен насчет внушения.

То же самое, что сейчас было сказано о взаимоотношении между общими функциональными неврозами и гинекологическими заболеваниями, относится и к психозам. И в этиологии этих последних заболеваний половой сферы у женщин, по заявлению целого ряда наблюдателей, играют важную роль, почему гинекологическое исследование душевно-больных женщин является весьма желательным, а рациональное местное лечение болезней матки и яичников приносит нередко большую пользу в деле излечения психоза у женщины. Бывает, однако, и наоборот,—психоз у женщины ведет к различным болезненным ощущениям и даже объективно констатируемым изменениям со стороны вполне здоровой половой системы (вроде, напр., гиперсекреции маточных и Bartolin'овых желез). В подобных случаях попытки местного лечения, фиксируя внимание больных на половой сфере, ничего кроме вреда не приносят, тогда как убеждение и внушение дают прекрасные терапевтические результаты.

Кроме общих растройств психоневротического характера гинекологические больные часто жалуются на различные растройства, связанные с общим упадком питания,—зависящие от анемии, хлороза и т. п. болезней крови. При этом анемия у них в большинстве случаев развивается на почве обильных кровопотерь типа меноррагий и метроррагий, что же касается хлороза, то в этиологии его важную роль, повидимому, играет нарушение внутренней секреции яичников. Оттого свойственные хлорозу припадки и изменения обычно имеют место у женщин с воспалительными заболеваниями яичников, анемия же высшей степени достигает у женщин с фибромиомами матки, осо-

бенно субмукозными, саркомами этого органа и др. заболеваниями половой сферы, ведущими к проливному маточным кровотечениям.

Весьма нередко растройства, указывающие на глубокий упадок общего питания, зависят у гинекологических больных и от интоксикации их организма ядовитыми продуктами, вырабатываемыми в злокачественных новообразованиях половой сферы. Особенно часто такая интоксикация имеет место у женщин, страдающих раком матки, который, подобно другим злокачественным новообразованиям, ведет к очень резкой кахексии.

Данилло, Клиническое исследование о частоте заболеваний пол. сферы у душ.-больных женщин. Вр. 1882.—Добронравов. О взаимн. соотношении между женскими и нервными болезнями. Вопр. Н.-Псих. М. 1903.—Восси. Болезни матки и яичников и психозы. Ж. А. 1913.

Б. Об'ективное исследование.

Классификация методов об'ективного исследования гинекологических больных. При об'ективном исследовании больных женщин с заболеваниями половой сферы гинекологи пользуются многочисленными и крайне разнообразными методами, которые классифицируются различным образом. Прежде всего среди применяемых в гинекологии методов исследования можно различать методы наружного исследования, внутреннего и комбинированного. Далее, среди способов наружного исследования различают исследование путем осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, а среди способов внутреннего исследования, — исследование чрез рукав, чрез прямую кишку и чрез пузырь. Можно затем, среди способов об'ективного исследования, применяемых в гинекологии, различать методы неинструментальные и требующие применения различных инструментов.

С чисто-практической точки зрения, однако, всего рациональнее будет разделить все эти методы на две группы: 1) на методы, обычно применяемые в гинекологической практике, которых в значительном большинстве случаев бывает достаточно, чтобы правильно поставить диагноз гинекологического заболевания, и 2) методы, применяемые в более редких случаях, где данных, полученных при помощи способов первой группы, оказывается недостаточно, чтобы установить точный диагноз.

а) Обычно применяемые методы гинекологического исследования.

Чтобы распознать заболевание полового аппарата у женщины, гинекологу обыкновенно достаточно бывает, не прибегая ни к каким инструментам, — кроме разве инструментов для перкуссии, — произвести наружное исследование пациентки, внутреннее исследование ее через рукав и, наконец, сочетанное рукавно-наружное исследование. Чтобы эти виды об'ективного исследования дали надлежащие результаты,

нужно, однако, чтобы, во-первых, пациентка подготовила себя для исследования, а во-вторых,—чтобы она занимала при нем соответствующее положение.

Подготовка больной к гинекологическому исследованию и положение ее при этом последнем. Подготовка больной к гинекологическому исследованию, в его обычных формах, должна заключаться в опорожнении мочевого пузыря и прямой кишки; кроме того пациентка должна спустить или совершенно снять кальсоны (закрытые), распусть завязки юбок и снять или распусть корсет.

Что касается положения ее при исследовании, то удобнее всего производить последнее в лежачем положении женщины на спине, с немного лишь приподнятою головою и верхнюю часть туловища, согнутыми в коленях и разведенными ногами. Лучше, если и нижняя часть туловища, т. е. область таза, будет у исследуемой приподнята, для чего или под таз пациентки кладется жесткая валикообразная подушка, или кто-либо из присутствующих подкладывает ей свои руки, или, наконец, она сама кладет под крестец свои руки, сжатые в кулаки,—тогда кишечные петли смещаются из области малого таза в большой, что особенно важно для ясности пальпаторной картины, получаемой при бимануальном исследовании. Здесь упомяну кстати, что во время самого исследования больная должна возможно меньше сокращать мышцы передней брюшной стенки, для чего должна дышать свободно, отнюдь не задерживая дыхания.

В описанном сейчас положении исследуемая больная помещается или на специальном кресле для исследования, или на кушетке resp.

жесткой постели, или на столе, который обыкновенно может служить и для диагностических, и для лечебных целей.

Кресла для гинекологического исследования существуют различного устройства, но в общем все они более или менее похожи на модель Schroeder—Veit'a, изображенную на прилагаемом рисунке (рис. 6). Хотя весьма многие гинекологи-практики и пользуются ими, но им нечужды и некоторые невыгодные стороны: во-первых, кресла эти сравнительно дороги, а во-вторых, больные неохотно всходят на этот „эшафот“, как они часто называют кресло. В виду главным образом этого последнего обстоятельства многие врачи-

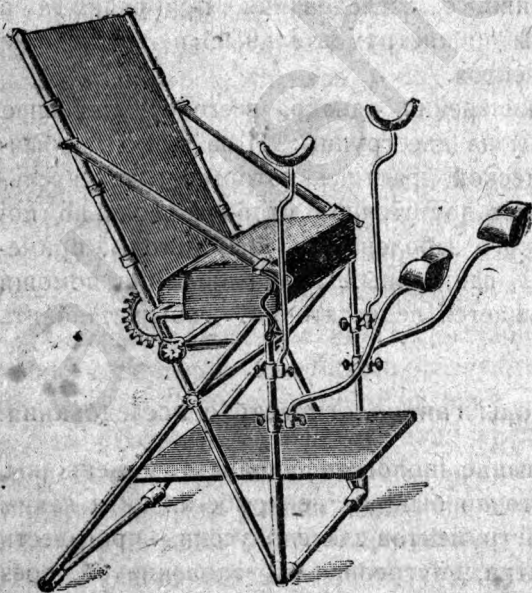


Рис. 6. Кресло Schroeder—Veit'a для исследования гинекологических больных.

гинекологи предпочитают исследовать своих больных или на обыкновенной кушетке, или на кушетке типа Thure Brandt'овского plin'a с поднимающимся головным и ножным концами и горизонтальной среднюю частью. Кушетки эти вполне удобны для целей обычного гинекологического исследования, а равно для таких способов лечения, как, напр., массаж, но весьма неудобны для осмотра зеркалами и производства у больных внутриматочных впрыскиваний, смазываний, скарификаций и др. способов лечения, требующих применения зеркал.

Столы лишены невыгодных сторон как кресел, так и кушеток, обладая их удобствами. Поэтому я для целей как исследования гинекологических больных, так и простейших видов лечебного вмешательства у них давно уже

пользуюсь столом (рис. 7), изготовить который может любой столяр, из какого угодно дерева. Станок его имеет 102 сант. в длину, 54—в ширину и 74—в высоту. Столешница состоит из 2 частей: одна, именно головная, имеет около 53 сант. в длину, другая—немного более, около 58; обе эти части прикреплены к станку на петлях так, что могут быть поднимаемы и опускаемы на любую высоту, на которой и удерживаются при помощи

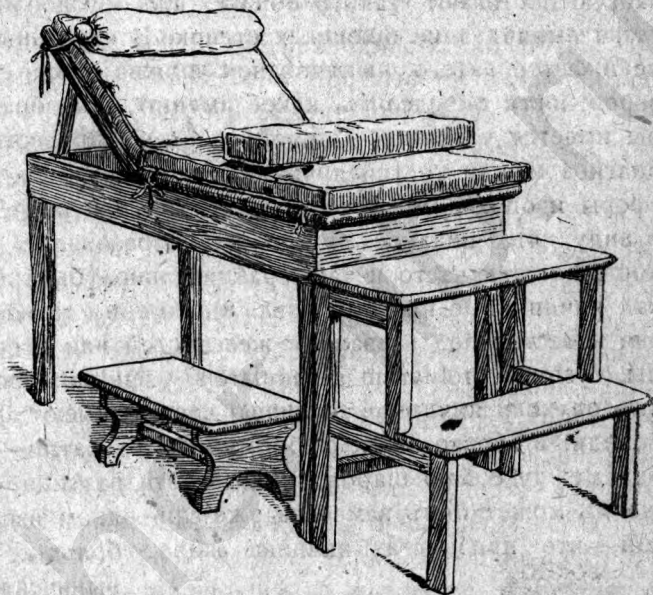


Рис. 7*. Стол для гинекологического исследования.

подпорок, имеющих форму рамок; подпорки вставляются в имеющиеся на станке нарезки. Сверху столешница покрыта нетолстым матрацем, оболочку которую лучше всего сделать из клеенки. К ножному концу стола приставляется лесенка, около 65 сант. высотой, из 2 ступенек; на верхнюю ступеньку больная, при исследовании, ставит свои ноги; ступенька эта сделана на петлях и может откидываться; в этом последнем виде лесенка, именно нижняя ее ступенька, может служить для сидения врача,—если ему приходится производить на столе такие операции, как расширение цервикального канала, выскабливание полости матки, зашивание промежности etc. На головной конец стола надевается, при помощи шнура, круглый валик, на который больные ложатся шей. К нижнему концу стола или, точнее, лежащего на нем матраца можно, в случае нужды, прикрепить булавками кусок резинового полотна, нижняя часть которого опускается в стоящее на полу ведро; полотно это служит для стока жидкостей при спринцеваниях влагалища, обмывании наружных половых частей пациентки и пр. Наконец, к этому же концу стола можно привинтить ногдержатели,—если больной требуется на более или менее продолжительное время придать то положение, в каком обычно производится влагалищные гинекологические операции.

Наружное исследование. Когда больная заняла надлежащее положение, гинеколог приступает сначала к наружному ее исследованию, главными объектами которого являются живот, наружные половые органы и вход во влагалище, а способами—осмотр, ощупывание, выстукивание и выслушивание.

Иногда уже одного простого взгляда на живот женщины бывает достаточно, чтобы заподозрить у ней страдание половой сферы. Особенно относится это к новообразованиям матки, преимущественно фибромиомам, и яичников, преимущественно кистам,—те и другие зачастую достигают такого объема, что обуславливают бросающееся в глаза выпячивание брюшных стенок. В отдельных случаях по величине и форме этого выпячивания можно даже с известною степенью вероятности определить, какое именно новообразование половой сферы имеется у данной больной, а равно провести дифференциальный диагноз между кистой яичника и асцитом, между опухолями половой сферы и опухолями печени и селезенки и пр. Для этого надо иметь в виду, что никакое другое новообразование брюшной полости не достигает так часто и так, сравнительно, быстро огромных размеров, как яичниковые кисты (рис. 8), именно та их разновидность, которая известна под названием железистой или псевдомуцинозной кисты (*cystoma proliferum glandulare s. pseudomucinosum*),—что кистовидные опухоли яичников большею частью имеют форму одиночных шаровидных образований, фибромиомы же матки—конгломерата связанных между собою шаров, причем эта разница в контурах опухолей иногда может быть замечена уже при одном взгляде на живот больной,—что при кистах яичника живот больных обыкновенно бывает



Рис. 9'. Куполообразное выпячивание живота при кисте яичника.

Больная с типичной железистой кистой яичника была, с успехом, оперирована в Казанской ак.-гин. клинике.

в то или другое подреберье, внизу же бывает ограничено от входа в малый таз.

выпячен куполообразно (рис. 9), при асците же представляется более уплощенным,—что при объемистых опухолях, исходящих из половой сферы, выпячивание живота у женщины внизу непосредственно переходит в область малого таза, будучи сверху отграничено от подреберий, тогда как при опухолях, исходящих из печени и селезенки, наоборот, выпячивание вверх продолжается

Еще более ценные для диагноза данные могут быть получены у гинекологических больных путем пальпации живота. Этим путем могут быть определены не только такие опухоли половой сферы, кото-

рые обуславливают заметное для глаза увеличение живота, но и менее об'емистые, лишь-бы они помещались в большом тазу, а также локализирующиеся в последнем экссудаты, скопления крови и т. п. Нужно, однако, иметь в виду, что иногда при пальпации впечатление опухолей производят такие образования, прощупываемые в животе, которые ничего общего с опухолями не имеют. Так, при занятиях со студентами я убедился, что иногда начинающие принимают за опухоль прощупанную ими выпуклость позвоночника. Иногда, далее, впечатление опухолей производят, при пальпации живота, скопления кала и даже газов в кишках. Наконец, мне не раз приходилось наблюдать случаи, где даже врачами-специалистами были принимаемы за кисты яичника переполненный мочевой пузырь и беременная матка.

Чтобы пальпация живота у гинекологических больных дала врачу то, что она вообще в состоянии дать, при производстве ее не нужно забывать некоторых предосторожностей. Не следует прежде всего производить ее черезчур энергично, как то зачастую делают начинающие: во-первых, это иногда может быть опасно, так как слишком сильное надавливание может вызвать разрыв имеющегося у больной гнойного скопления, беременной трубы при *graviditas extrauterina* и т. п., а во-вторых, благодаря болезненности такого надавливания, больная непроизвольно сокращает при нем брюшные стенки, что затушевывает пальпаторную картину. В виду этого же последнего обстоятельства не следует производить ощупывания живота слишком холодными руками. Далее, надо помнить, что прощупывание ладонными поверхностями пальцев (рис. 10) дает гораздо лучшие результаты, чем прощупывание концами пальцев, к которому так склонны начинающие.

Прощупав в животе пациентки то или другое патологическое образование, гинеколог прежде всего должен определить его контуры. Новообразования в большинстве случаев именно тем пальпаторно и отличаются от экссудатов, трансудатов и кровяных скоплений, притом не только свободных, но и осумкованных, что они более или менее резко контурируются. Нужно впрочем оговориться, что некоторые кистовидные новообразования, исходящие из женского полового аппарата, обладают настолько тонкими стенками, что их совершенно нельзя бывает контурировать и отличить наощупь даже от свободных скоплений жидкости в брюшине (асцита). Особенно отличаются этим паровариальные кисты, чему способствуют, кроме тонкости их стенок, однополостная их структура, водянистость содержимого и слабое наполнение. В некоторых случаях, затем, при пальпации не удается отчетливо определить контуров и яичниковых кистом, особенно, если они выполняют всю брюшную полость, а также—если они окружены по периферии сплошными сращениями. С другой стороны и осумкованные выпоты, напр., при бугорчатом перитоните, могут иметь на-

столько резкие контуры, что их совершенно нельзя бывает отличить от кистовидных опухолей. Мне пришлось однажды наблюдать случай, где не только при клиническом исследовании, но и *sub operatione*, даже после тщательного микроскопического исследования удаленного у женщины кистовидного образования нельзя было решить, представляло последнее кисту яичника, или осумкованный брюшинный выпот.

Контурируя найденное в животе у больной образование, гинеколог вместе с тем точно определяет его величину, форму и характер поверхности. При диагностической оценке первой надо иметь в виду, что, как уже было упомянуто выше, некоторые новообразования женской половой сферы, вроде, напр., железистых кистом яичника, обладают способностью в короткое время достигать значительной величины, другие же, напр., дермоидные кисты того же яичника, растут очень медленно и долго сохраняют незначительный объем. Что касается формы, то, хотя одни и те же (патолого-анатомически) новообразования женской половой системы нередко имеют и различную форму, но в общем определенным патолого-анатомическим видам их бы-ва ет присуща и определенная форма. Ретенционные кисты и железистые кистомы яичников имеют, напр., большею частью шаровидную форму, дермоиды—почковидную, фибромы и саркомы яичников повторяют своими контурами очертания нормального яичника, фибромиомы матки нередко имеют форму конгломерата сросшихся шаров, ретенционные кисты труб (сактосальпинксы)—коническую или ретортообразную форму и т. д. Наконец, при определении характера поверхности опухоли надо помнить, что бугристость, неровность ее более свойственна злокачественным образованиям, гладкая же поверхность—доброкачественным.

Наряду с этим исследующий путем пальпации гораздо лучше, чем путем осмотра, в состоянии бывает уяснить себе топографические отношения имеющегося в брюшной полости пациентки образования,—при опухолях, исходящих из матки и ее придатков, установить, что нижний отрезок их помещается в малом тазу или примыкает ко входу в таз, верхний же является отграниченным от подреберий, при опухолях, исходящих из печени,—что, наоборот, нижний их отрезок находится на известном расстоянии от малого таза, верхний же уходит в правое подреберье и т. д.

Важное распознавательное значение имеет также определение, путем пальпации, консистенции прощупываемой в животе больной опухоли. Консистенция эта может быть или плотной, или эластичной, или смешанной. Обыкновенно опухоли матки, большинство которых принадлежит к фибромиомам, имеют плотную консистенцию; лишь в меньшинстве случаев маточные фибромиомы представляются наощупь мягкими (отечные и сосудистые фибромиомы) или даже флюктуирующими (кистомиомы). Напротив, опухоли яичников, труб и яичниковых

придатков, принадлежа большую частью к кистовидным, имеют обыкновенно эластическую консистенцию. При этом, если стенки их относительно толсты, содержащиеся внутри опухолей полости невелики, туго наполнены содержимым, и последнее отличается густотою (псевдомуцинозные кистомы яичников, пиосальпинксы, гематосальпинксы), то консистенция их представляется, при ощупывании, туго-эластическою; если же стенки кисты тонки, полости об'емисты и слабо наполнены водянистым содержимым (более старые железистые кистомы, паровариальные кисты), то консистенция их оказывается мягко-эластическою, и опухоль при пальпации обнаруживает явление флюктуации, иногда выраженное столь же резко, как это бывает при асците. Относительно плотных опухолей яичников надо иметь в виду, что они в большинстве случаев имеют злокачественную натуру (за исключением крайне редко встречающихся фибром). Наконец, смешанная,—частью плотная, частью эластическая,—консистенция является характерною для дермоидов яичника, а также кистофибром, кистосарком и т. п. новообразований.

Определив консистенцию прощупываемой в животе женщины опухоли, гинеколог старается выяснить затем ее подвижность. При этом он должен иметь в виду, что, как нормальная матка является менее подвижною, нежели яичник, так и маточные опухоли в общем обладают меньшею подвижною, чем яичниковые. Особенно значительная подвижность бывает присуща яичниковым дермоидам. Впрочем и яичниковые опухоли являются подвижными далеко не все, а лишь те, которые свободно растут в брюшную полость, сидя,—как выражаются гинекологи,—на ножке; если же опухоль яичника располагается межсвязочно, каковое положение особенно свойственно сосочковой разновидности кистаденом яичника, то подвижность ее представляется крайне ограниченою. Ограниченою бывает подвижность также у опухолей, окруженных сращениями, а равно у опухолей, хотя и несросшихся, но весьма об'емистых, выполняющих всю брюшную полость.

Некоторые подвижные опухоли брюшной полости при пальпации обнаруживают такую же способность, какая свойственна головке утробного плода, даже еще более резкую,—способность баллотировать. Способность эта для своего проявления требует, кроме подвижности опухоли, еще наличности свободной жидкости в полости брюшины, почему из новообразований женской половой сферы баллотирующими особенно часто представляются сопровождаемые обычно асцитом плотные (resp. злокачественные) опухоли яичников—саркомы, раки и пр.

В некоторых случаях исходящие из половых частей женщины новообразования дают, затем, при их пальпации такое ощущение, какое получается при раздавливании снежного кома, причем это иногда сопровождается явственным хрустом. Подобное явление особенно

характерно для сосочковых кистом яичника, хотя иногда оно наблюдается и при других новообразованиях, осложненных хроническими воспалительными процессами в брюшине, особенно если последняя покрыта толстыми воспалительными отложениями.

Производя ощупывание живота пациентки, врач-гинеколог должен, наконец, обратить внимание на болезненность при давлении на различные его участки, преимущественно на те, которые соответствуют положению внутренних половых частей женщины. Оценивая получаемые при этом данные, не следует, однако, забывать, что и у совершенно здоровой женщины сдавливание живота в любом месте может оказаться болезненным, если оно производится черезчур энергично. У женщин, страдающих истерией и нейрастенией, далее, и умеренное давление на участки, соответствующие положению половых частей, или близкие к ним, может вызывать сильную боль, хотя-бы сами половые части и были совершенно здоровы. Особенно резко бывают выражены у истеричек боли при надавливании на области яичников, а у нейрастеничек—боли при нажимании на боковые поверхности тела V поясничного позвонка (Иванов). Исследующий должен, затем, иметь в виду, что, с другой стороны, весьма нередко и у женщин с несомненными заболеваниями полового аппарата ощупывание живота может быть совершенно безболезненным,—так, напр., бывает у больных с новообразованиями матки, яичников и пр., не осложненными воспалением брюшины. Болезненность при пальпации живота обыкновенно имеет место у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых частей, особенно такими, где в процесс вовлечена брюшина. Степень этой болезненности может быть весьма различна: при острых периметритах она бывает настолько велика, что уже самое осторожное прикосновение к животу может вызвать сильную боль, при хронических—даже и довольно сильное надавливание переносится больными без протестов. Важно помнить при этом еще, что у подобных больных болезненность локализуется не только в участке, непосредственно подвергаемом сдавливанию, но и в отдаленных.

Альперин рекомендует даже пользоваться такими отраженными болями для дифференциальной диагностики различных воспалительных заболеваний в половых частях женщины, причем советует надавливать пальцем на выступ II—III поясничных позвонков, где лежит кружок солнечного сплетения. Если боль при этом отдается под ложечку, то у пациентки, по его наблюдениям, имеется эндометрит, если—к лобку, то периметрит, если—в паховые области, то воспаление придатков, если—в поясницу, то метрит, если же боль ощущается только под пальцем, то воспалительных изменений в половой сфере пациентки нет. Хотя мои личные наблюдения далеко не подтверждают указаний Альперина, однако было-бы желательно проверить их на большом материале.

Полученные путем ощупывания живота больных данные значительно пополняются при помощи перкуссии. Как уже было сказано

выше, если кистовидные опухоли, напр., яичника, выполняют собою всю брюшную полость, обладают тонкими стенками и заключают внутри большие камеры, наполненные негустым содержимым, то их чрезвычайно трудно, даже невозможно отличить путем пальпации от свободного асцита. Наоборот, перкуссия позволяет в подобных случаях сразу поставить дифференциальный диагноз: обычно опухоли, исходящие из полового аппарата женщины, поднимаясь в большой таз, подобно беременной матки вплотную прилежат к передней брюшной стенке, оттесняя кишечные петли кзади, а также отчасти кверху и в стороны (рис. 11). Поэтому, если выстукивать живот у лежащей на спине женщины с

объемистой кистой яичника и вообще объемистой опухолью, исходящей из половой сферы, то спереди получается тупой тон, область которого книзу переходит в тупость малого таза, между тем, как сверху, справа и слева обнаруживаются полосы тимпанита, отделяющие тупость, принадлежащую опухоли, справа и слева от тупости позвоночника, а сверху — от тупости печени и селезенки. Надо при этом заметить, что при объемистых опухолях женской поло-

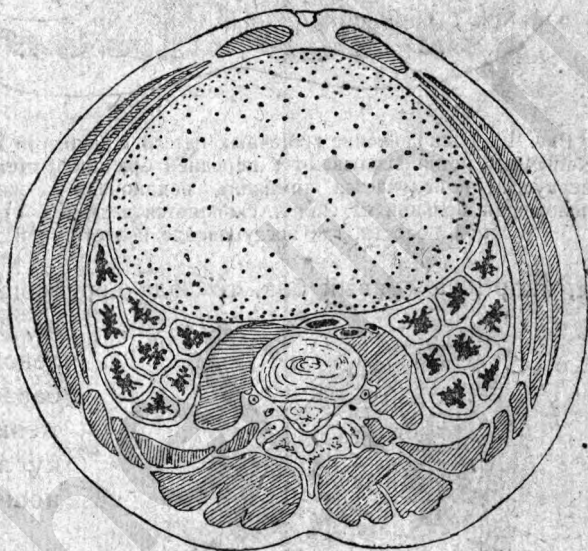


Рис. 11. Положение опухолей женской половой сферы в брюшной полости.

Кишечные петли оттеснены в стороны и кзади, опухоль же (киста яичника) вплотную прилежит к передней брюшной стенке.

вой сферы эта рамка тимпанита не всегда оказывается непрерывною; особенно часто не удается констатировать барабанного тона с левой стороны, так как газы, наличие которых в кишках и обуславливает явление тимпанита, часто не задерживаются в нижних отрезках кишечного тракта. Крайне важно в диагностическом отношении также отметить, что при кистах и др. новообразованиях брюшной полости указанные границы тупого тона и тимпанита не меняются, какое-бы положение ни занимала больная.

В противоположность этому, если у больной имеется свободная жидкость в полости брюшины, то, при лежачем положении женщины на спине, она по закону тяжести смещается в задние отделы брюш-

ной полости, кишечные же петли всплывают к передней брюшной стенке (рис. 12),

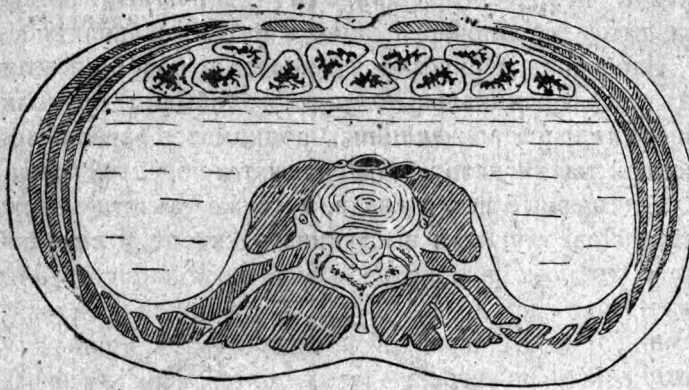


Рис. 12. Расположение кишечных петель и жидкости при асците. Кишечные петли всплывают к передней брюшной стенке, где при перкуссии и получается тимпанит, водяночная же жидкость, при положении больной на спине, скопляется в задних отделах брюшной полости, где постукивание и дает тупой тон.

стенке (рис. 12), где перкуссия и дает тимпанит, тогда как по бокам, ближе к позвоночнику, получается тупой тон. Границы тимпанита и тупого тона, при этом, меняются в зависимости от положения пациентки (рис. 13): если последняя ложит-

ся, напр., на правый бок, то сюда перемещается и область тупого тона,

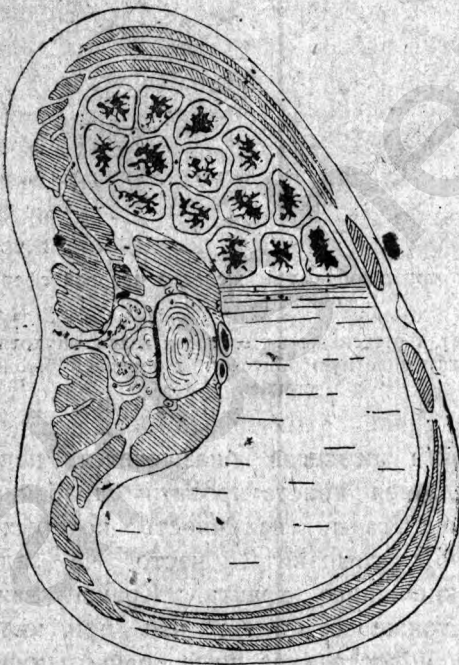


Рис. 13. Расположение кишечных петель и водяночной жидкости у больной с асцитом, при положении ее на боку.

Жидкость, по закону тяжести, стекает в ту половину живота, на которой лежит больная, и здесь при постукивании получается тупой тон, кишки же всплывают в другую половину, и здесь перкуссия дает тимпанит.

на, тогда как выстукивание левой половины живота дает барабанный звук; при положении женщины на левом боку получают обратные отношения.

Лишь в тех случаях, где брыжжейка кишек сморщена, или кишечные петли слиплись между собою и с брыжжейкой, как то бывает, напр., при бургорчатом перитоните, кишки не в состоянии бывают всплыть на поверхность наполняющей брюшную полость жидкости, и перкуссия живота при асците дает такую же картину, как и при кистах яичника, т. е. при лежачем положении женщины на спине по бокам, ближе к позвоночнику, получается барабанный звук, а спереди—тупой.

Равным образом неясная перкуторная картина полу-

чается и при слишком больших скоплениях асцитической жидкости, где даже нормальная брюшная оказывается недостаточно длиною, чтобы позволить кишечным петлям всплыть к передней брюшной стенке. В подобных случаях, впрочем, присутствие плавающих в жидкости кишек можно бывает обнаружить при помощи „глубокой перкуссии“, производимой при сильном надавливании плессиметра, причем получается тимпанит, тогда как „поверхностная перкуссия“ дает тупой тон.

Здесь кстати упомянем, что иногда при перкуссии живота женщин бывает и наоборот,—поверхностная перкуссия дает тимпанит, между тем как глубокая—тупой тон. Имеет это место в тех случаях, где между опухолью и переднею брюшную стенкой случайно попала кишечная петля. Поэтому прав Снегирев, когда он советует в каждом случае производить и поверхностную, и глубокую перкуссию.

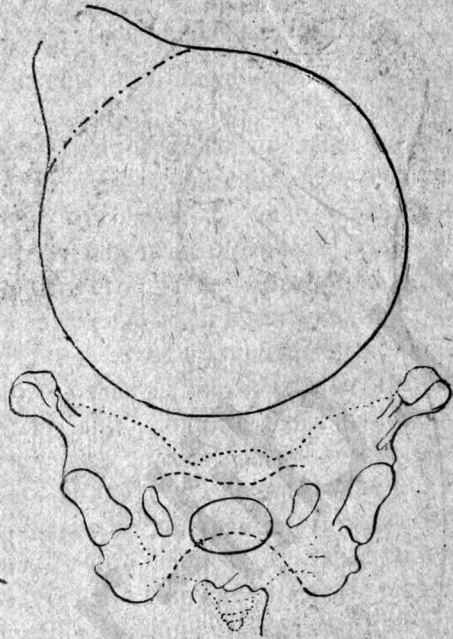


Рис. 14. Опухоль желчного пузыря (сильная водянка его) (по Küstner'y).

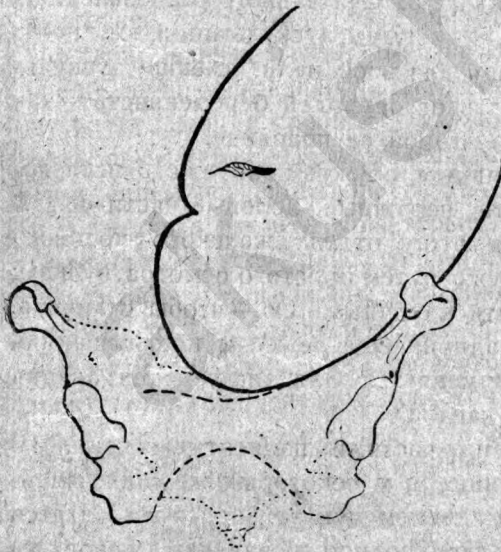


Рис. 15. Опухоль селезенки (при лейкемии) (по Küstner'y).

Позволяя дифференцировать осумкованные скопления жидкости в брюшной полости и, в частности, кистовидные опухоли последней от асцита, выстукивание живота дает, кроме того, ценные данные для отличия опухолей женской половой сферы от опухолей печени, селезенки, почек, забрюшинных лимфатических желез и пр. Для печеночных опухолей характерным является то, что при них тупость, принадлежащая опухоли, непосредственно переходит в тупость печени, тогда как от области малого таза она бывает отделена зоной тимпанита (рис. 14). Последнее наблюдается и при опухолях селезенки, только здесь тупость опухоли продолжается не в правое, а в левое подреберье (рис. 15). Что касается почечных

опухолей (рис. 16), то, располагаясь ретроперитонеально, они дают на своей обращенной кпереди поверхности большую часть тимпанит;

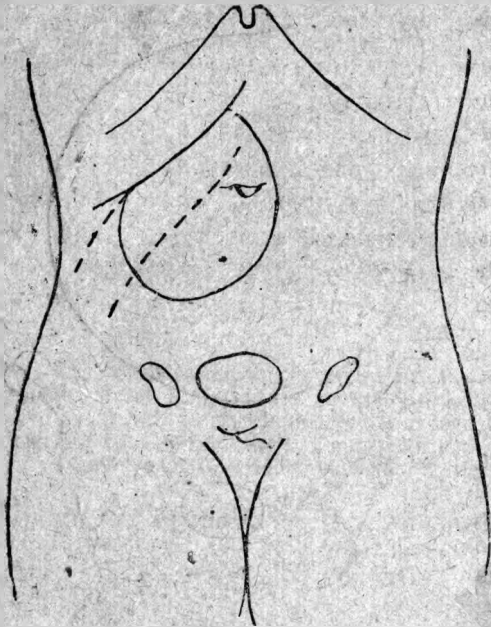


Рис. 16. Большой правосторонний гидронефроз (по Küstnerу).

Пунктиром намечено положение восходящей части толстой кишки близ flexura colica dextra.

кроме того, смещаясь книзу, опухоли эти оттесняют продольно идущие отделы толстых кишок в медиальном направлении, — опухоли правой почки colon ascendens, опухоли же левой почки colon descendens, — почему при перкуссии с медиальной стороны их получается барабанный тон, с латеральной же — тупой, переходящий в тупость позвоночника. Тимпанит спереди получается и при выстукивании опухолей, исходящих из других органов, расположенных позадибрюшинно, напр., лимфатических желез, поджелудочной железы и пр.

Между тем, как перкуссия живота дает гинекологу много данных, служащих для отличительного распознавания, путем аускультации он получает лишь незначительный материал для этой цели, именно, аускультация позволяет ему лишь отличать от опухолей беременность, — как маточную, так и внематочную, — во второй ее половине.

Кроме живота больной постоянным объектом наружного исследования должны быть для гинеколога наружные половые части ее. В большинстве случаев заболевания этого отдела женского полового аппарата могут быть распознаны уже путем простого осмотра вульвы; реже при этом приходится прибегать к ощупыванию, — чтобы отличить, напр., плотную опухоль от кистовидной, еще реже — к постукиванию, которое почти исключительно применяется для дифференцирования паховых грыж от кист Ниск'ова канала.

Вместе с наружными половыми частями пациентки гинекологу следует осмотреть вход во влагалище, а у некоторых женщин, именно, страдающих опущением и выпадением рукава, при этом удастся видеть и рукавные стенки, и даже, при полном выпадении (вывороте) рукава, — portio vaginalis uteri. Нередко при обычных условиях влагалищные стенки не бывают доступны для осмотра через половую

щель, но стоит заставить женщину потужиться,—и нижние отделы их покажутся из зияющей *rima pudendi*.

Альперин. Рефлекторные болевые ощущения, происх. в момент надавливания на *plexus coeliacus* при воспал. заболеваниях ж. пол. органов. Ж. А. 1913.

Внутреннее (рукавное) исследование. Производимое после наружного внутреннее исследование состоит обычно в ощупывании пальцами доступных для них частей полового канала, т. е. рукава и влагалищной части матки, реже—стенок цервикального канала и даже полости тела матки. Огромным большинством врачей-гинекологов оно выполняется всегда правой рукою, хотя, разумеется, будет далеко не лишним, если гинеколог разовьет у себя навык исследовать не только правой, но и левою рукой. Производить его, далее, можно или одним указательным пальцем, или двумя—указательным и средним. Собственно говоря, для внутреннего исследования в тесном смысле слова (не для бимануального) достаточно одного указательного пальца. Во всяком случае начинать его лучше всегда лишь одним этим пальцем и лишь потом, когда выяснится, что и два пальца легко могут быть введены в половой канал пациентки,—вводить и средний палец.

Подобно наружному и внутреннее исследование может быть источником опасности для исследуемой: при первом, как мы видели, производя надавливание черезчур энергично, можно вызвать разрыв беременной трубы, лопание осумкованных гнойников и т. п., при втором же можно занести инфекцию в половые пути женщины. Опасность эта у гинекологических больных, правда, далеко не столь велика, как у беременных и особенно рожениц, но все же с нею надо считаться, и потому рукавное исследование должно производиться дезинфицированными или, по крайней мере, чисто вымытыми руками, а еще лучше—предварительно надев на руку стерильную резиновую перчатку, или на средний и указательный пальцы—тонкие стерильные резиновые чехлы. Применение этой меры тем рациональнее, что при внутреннем исследовании врач и сам может инфицировать свои пальцы, результатом чего может быть или заболевание его самого такими болезнями, как сифилис, сепсис и т. п.,—если у него на пальцах случайно окажутся трещины, заусеницы etc., или перенос заразы на других больных,—если гинекологу приходится исследовать, как то часто бывает в практике, одну за другою многих больных, причем в промежутках он не успевает достаточно обеззаразить свои руки.



Рис. 17. Резиновый чехол для пальца с манжеткою.

Чтобы защитить от загрязнения не только пальцы, но и прилежащие к их основаниям участки кожи, практично употреблять при рукавном исследовании резиновые чехлы, снабженные более или менее широкою резиновою же манжеткою (рис. 17).

Рукавное исследование нужно, наконец, производить так, чтобы по возможности не причинять исследуемой

женщине никакой боли и не вызывать у ней эротического возбуждения. В этих видах техника его должна быть такова: поместившись справа от пациентки, лежащей на спине, с согнутыми и разведенными ногами, врач указательным и большим пальцами своей левой руки разводит большие половые губы больной и вводит указательный палец правой руки чрез половую щель, придерживаясь задней стенки рукава и стараясь не касаться области клитера; если при этом он увидит, что *introitus vaginae* свободно приходим для двух пальцев, то вслед за указательным вводит и средний палец.

Проникши пальцами в рукав, исследующий прежде всего определяет его проходимость и размеры просвета, распознавая таким образом атрезии и стенозы влагалища. Далее он ощупывает рукавные стенки, подмечая при этом имеющиеся в них опухоли, свищевые отверстия и пр. Дойдя затем до влагалищных сводов, исследующий может иногда концами пальцев ощупать в боковых сводах нижние отрезки параметритических экссудатов, гематом широких связок и интралигаментарных опухолей, но особенно ценные данные нередко дает ему пальпация заднего свода: как известно, дно заднего *Douglas'ова* кармана лежит значительно ниже места прикрепления задней стенки рукава к маточной шейке, и потому лежащие в нем экссудаты (периметритические), опухоли и особенно кровяные скопления (*haematocoele retrouterina*) (рис. 18),—а задний *Douglas'ов* карман, как наиболее низко расположенный отдел брюшной полости, служит излюбленным местом их локализации,—в некоторых случаях весьма отчетливо прощупываются чрез заднюю стенку рукава. Надо при этом заметить только, что сходную картину при пальпации задней влагалищной стенки могут дать скопления фекальных масс в прямой кишке. Для отличия их от опухолей, экссудатов и пр. надо надавить концом пальца на прощупываемую массу,—если при этом в последней образуется не исчезающая и после прекращения надавливания ямка, то, значит, мы имеем пред собою скопления кала, при экссудатах же, опухолях и пр. признак этот обыкновенно отсутствует.

После обследования сводов нужно перейти к пальпаторному обследованию влагалищной части матки, определяя ее положение, форму, величину, консистенцию и др. особенности.

Выяснить, при внутреннем исследовании, положение *portionis vaginalis* важно для гинеколога потому, что по положению ее мы до известной степени можем судить и о положении всей матки. Так, если *portio vaginalis* стоит настолько высоко, что совершенно не достигается или лишь с трудом достигается концами пальцев, то мы вправе говорить об *elevatio uteri*; при опущениях и выпадениях матки влагалищная часть ее шейки стоит, напротив, гораздо ближе к *introitus vaginae*, чем нормально. Если, затем, *portio vaginalis* находится тотчас у задней поверхности симфиза, то исследующий вправе заключить, что

и вся матка смещена кпереди (*antepositio uteri*), тогда как положение влагалищной части вблизи передней поверхности крестца говорит о *retropositio uteri*, а у одной из боковых стенок таза—о *lateropositio dextra* или *sinistra*. При нормальном положении (*anteversio—anteflexio*) матки, далее, *portio vaginalis* смотрит своею верхушкой,—при стоячем положении женщины,—книзу и кзади, при патологической (чрезмерной) *anteversio—кверху* и кзади, при *retroversio* и *retroflexio—книзу* и кпереди, при *lateroversio* и *lateroflexio uteri—книзу* и вбок.

Форма влагалищной части позволяет судить, имеет врач дело с рожавшей или нерожавшей женщиной. Кроме того форма эта является характерною для целого ряда гинекологических заболеваний. Так, при инфантилизме *portio vaginalis* обычно имеет форму удлиненного конуса (*collum conicum*) или соска (рис. 19), при раках шейки—то грибовидную, то неправильно-бугристую, то раздутую в виде полушара и пр.; значительно измененною является форма ее также при саркомах и фибромиомах шейки, при разрывах наружного зева и т. д.

Величина влагалищной части также может представлять значительное разнообразие. Иногда эта часть маточной шейки бывает настолько уменьшена в своих размерах, что почти совершенно не определяется, иногда же, наоборот, оказывается сильно увеличенною. Первое физиологически имеет место у старух, давно вступивших в климактерический возраст (рис. 20), патологически—при атрофиях матки, после некрозов шейки на почве родовой травмы, при язвенных раках шейки, ведущих к полному разрушению последней, etc. Второе наблюдается при цервикальных метритах, отеках шейки, являющихся обычными спутниками опущений и выпадений матки, особенно же при локализирующихся в шейке новообразованиях—фибромиомах, саркомах, гипертрофических формах рака и т. п.

Мягкая консистенция влагалищной части является, как о том упоминается в курсах акушерства, одним из признаков беременности; при хронических метритах и фибромиомах шейки *portio vaginalis*, напротив, бывает наощупь нередко плотнее нормы, а при раках она зачастую отличается своеобразною хрупкостью.

С диагностической точки зрения важно также помнить, что пораженная раковым процессом влагалищная часть является, как правило, сильно кровоточивою даже при легком дотрогивании, а поверхность ее представляется зачастую своеобразно-зернистою, напоминающею поверхность цветной капусты.

Обследуя пальпаторно влагалищную часть матки, гинеколог должен обратить особенное внимание на состояние находящегося на ее верхушке наружного зева. При нормальных условиях даже у рожавших женщин, не говоря уже о нерожавших, размеры последнего таковы, что чрез него нельзя провести даже конца указательного паль-

ца. Иногда, однако, наружный зев оказывается настолько зияющим, что указательный палец проходит чрез него в цервикальный канал. Подобное состояние маточного зева может зависеть или оттого, что края его значительно разорваны при родах, или оттого, что окружность зева изъедена раком, или, наконец, оттого, что цервикальный канал раскрыт под влиянием родовой деятельности матки, стремящейся вытолкнуть то или иное содержимое своей полости—части плодного яйца при выкидыше или полипозную опухоль. Разобрать, отчего в данном случае раскрыт os externum, не так трудно: разрывы зева в громадном большинстве случаев имеют место у рожавших женщин. Бывают чаще односторонними, внутренний зев при них обычно бывает закрыт, введенный в цервикальный канал палец нащупывает нормальные стенки канала, на поверхности которых определяются лишь складки arboris vitae; при раке стенки цервикального канала представляются наощупь неровными, изъеденными, хрупкими и сильно кровоточивыми; наконец, при раскрытии наружного зева под влиянием родовой деятельности матки края его оказываются ровными, но сильно истонченными, и в цервикальном канале конец пальца ощупывает или плодное яйцо (цервикальный выкидыш), или рождающийся полип (рис. 21) если яйцо (resp. его остатки) или полипозная опухоль находится еще в полости тела матки, тогда наряду с наружным зевом бывает открыт и внутренний, и исследующий может проникнуть пальцем в cavum uteri, где и нащупывает указанные образования; можно бывает проникнуть в полость маточного зева и при раках, разевших не только нижнюю, но и верхнюю часть цервикального канала.

Комбинированное (бимануальное) исследование. У большинства больных, являющихся на прием к врачу-гинекологу, и наружное, и внутреннее исследование дают слишком мало материала для постановки диагноза. Это и понятно: наружное исследование позволяет нам распознать лишь заболевания наружных половых частей женщины и такие болезни внутренних половых частей, которые сопровождаются значительным увеличением объема последних; путем исключительно-внутреннего исследования удастся распознать обыкновенно лишь болезни влагалища и маточной шейки; самые важные отделы полового аппарата,—тело матки, яичники и трубы,—ни путем наружного, ни путем внутреннего исследования не могут быть прощупаны, если только объем их не увеличен значительно. Между тем большинство гинекологических больных является именно с заболеваниями этих частей, притом такими, при которых больные органы бывают или вовсе не увеличены, или увеличены лишь незначительно. Отсюда вытекает громадное, первенствующее значение в гинекологической практике комбинированного или двуручного (бимануального) исследования, при помощи которого можно бывает без труда прощупать даже нормальные или только незначительно измененные тело матки, трубы и яич-

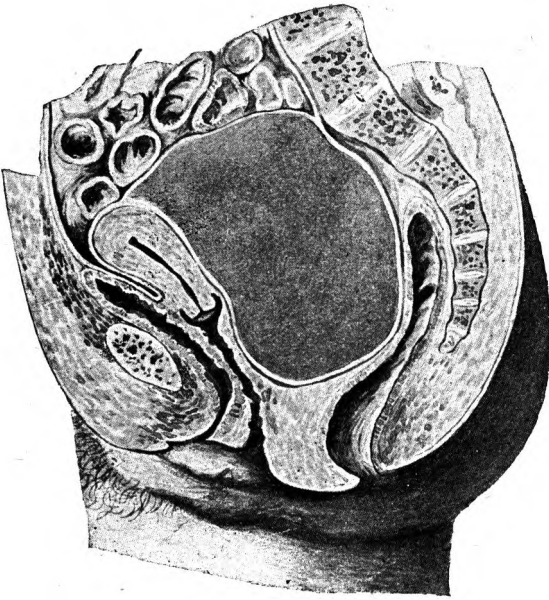


Рис. 18. Положение замочной кровяной опухоли (haematocoele retrouterina) относительно рукава и матки.

Матка сильно смещена опухолью к симфизу (ante-positio uteri), нижний отрезок опухоли примыкает к задней стенке рукава, почему и может быть прощупан при рукавном исследовании.



Рис. 19. Collum conicum. С муляжа из коллекции Стенбок-Фермор, пожертвованной в музей Казанской ак.-гин. клиники.

Муляж изображает вскрытый рукав (заднюю его стенку) и вдающуюся в просвет его влагалищную часть шейки.



Рис. 20. Атрофия влагалищной части маточной шейки у старухи.

С муляжа из коллекции Стенбок-Фермор (музей Казанской ак.-гин. клиники).

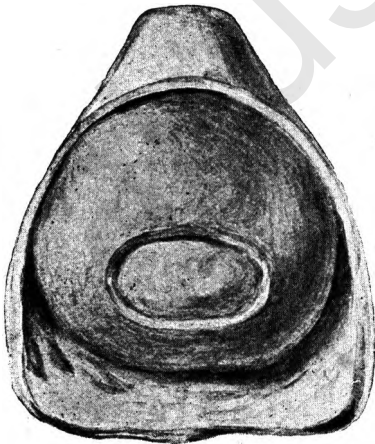


Рис. 21*. Раскрытие наружного зева при рождении маточного полипа (полип находится в цервикальном канале).

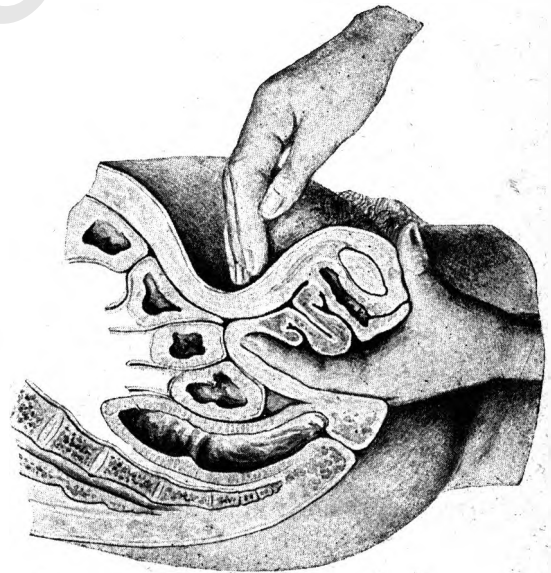


Рис. 23. Бимануальное прощупывание инвертированной матки. По стенному рисунку А u v a r d'a и D a v y (музей Каз. ак.-гин. клиники).

Таблица IV.

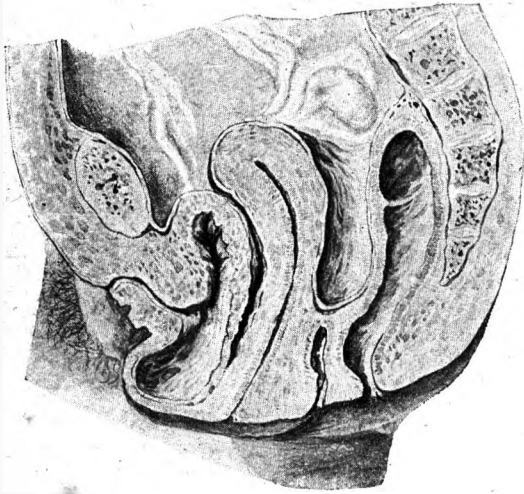


рис. 24. Pseudoprolapsus uteri (elongatio colli). (По Schroeder-Hofmeier'y).

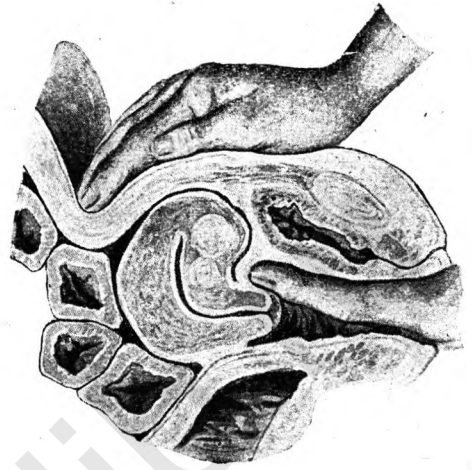


Рис. 27. Прощупывание матки с начинающимися развиваться в передней стенке ее тела межзачаточными фибромиомами.



Рис. 26. Прощупывание ретрофлектированной матки.

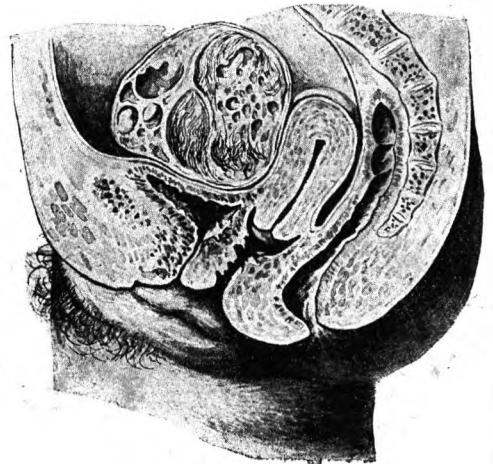


Рис. 28. Типичное положение дермоидной кисты яичника относительно матки.

ники. Строго говоря, вся гинекология, как самостоятельная медицинская дисциплина, стала твердо на ноги лишь тогда, когда в гинекологическую практику было введено бимануальное исследование.

Что касается техники последнего, то, как показывает самое его название, оно выполняется двумя руками, причем указательный или указательный и средний пальцы одной руки (обыкновенно правой) вводятся в рукав, а другая рука, обычно левая, кладется на нижнюю часть передней брюшной стенки (отсюда названия „наружно-внутреннее“ и „рукавно-наружное“ исследование, усвояемые также этой форме пальпации) (рис. 22).

Больная при этом находится в таком же положении, какое выше было описано для гинекологического исследования вообще и внутреннего—в частности. Равным образом при бимануальном исследовании должны быть соблюдаемы и те же меры предосторожности, какие выше были перечислены для наружного и внутреннего исследования.



Рис. 22. Бимануальное рукавно-наружное исследование женщины.

Какую роль должны при бимануальном исследовании играть наружная рука с одной стороны, внутренняя—с другой? Мне нераз приходилось слышать даже от компетентных гинекологов, что прощупывать тазовые органы следует главным образом наружною рукой, пальцы же внутренней должны лишь поддерживать прощупываемые части. Это, однако, по моему несомненно так: правда, во многих случаях активная роль должна принадлежать действительно наружной руке, пальцы же внутренней должны играть более пассивную роль, роль поддерживающего агента; в других, однако, случаях,—приведу в виде примера случаи ретрофлексии матки,—бывает как раз наоборот, т. е. наружная рука фиксирует орган, внутренняя же пальпирует.

Как-бы то ни было, во всяком случае бимануальную пальпацию надо всегда начинать с матки, как органа, который и по своему центральному положению, и по своей относительно-легкой прощупываемости лучше всего может служить исходным пунктом исследования. Прощупывая ее между обоими руками, гинеколог старается определить 1) положение матки, 2) ее конфигурацию, 3) объем, 4) подвижность, 5) консистенцию и, наконец, 6) чувствительность к давлению.

Нормально матка лежит в геометрическом центре малого таза, на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца, от правой и левой

боковых стенок таза,—на такой высоте, что верхний конец ее не выступает за плоскость входа в таз. Дно органа в стоячем положении женщины обыкновенно бывает обращено кверху и кпереди, верхушка же влагалищной части шейки—книзу и кзади, т. е. матка бывает наклонена кпереди (*anteversio*); при этом продольные оси обеих главных частей матки, ее тела и шейки, или представляют собою одну почти прямую линию, или ось тела сходится с осью шейки под тупым углом, открытым кпереди (перегиб матки кпереди, *anteflexio*). При таком положении матка сравнительно легко прощупывается бimanуально, причем наружная рука пальпирует заднюю стенку тела через брюшные стенки, а пальцы внутренней нащупывают переднюю стенку шейки и тела через передний свод рукава.

Указанное нормальное положение матки уже физиологически может изменяться в зависимости, главным образом, от наполнения и опорожнения соседних с нею полых органов, мочевого пузыря и прямой кишки,—при наполнении пузыря матка несколько приподнимается, и степень ее наклона кпереди уменьшается, при опорожении же она опускается, и антеверзия ее усиливается; наполнение и опорожнение *recti* обуславливает также смещение матки, хотя и слабее выраженное. Далее, матка изменяет свое положение под влиянием колебаний внутрибрюшного давления и некоторых других моментов.

От этих физиологических смещений матки следует отличать патологические смещения, отличающиеся от них, во-первых, своею более значительною степенью, во-вторых, своею стационарностью. Этого рода смещения является довольно разнообразными,—в гинекологии различается до 18 их разновидностей, причем все они могут быть прежде всего разделены на две группы: на смещения по вертикальной линии и смещения по горизонтальной плоскости.

Патологические смещения матки по вертикальной линии могут происходить в двух взаимно противоположных направлениях,—или кверху, или книзу. Если матка располагается выше, чем нормально, то мы говорим об *elevatio uteri*. Как уже упоминалось выше, для распознавания этой аномалии положения матки, наблюдающейся обыкновенно при интралигаментарных опухолях, при внутрибрюшинных туморах, расположенных в заднем Douglas'овом кармане, при объемистых новообразованиях рукавных стенок и пр., достаточно бывает одного внутреннего исследования,—если при последнем *portio vaginalis* вовсе не достигается, или только с трудом достигается пальцами, то уже это говорит за *elevatio uteri*. Что касается смещений матки книзу, то среди них нужно различать две вариации: в одних случаях матка располагается ниже нормы, причем, однако, взаимное топографическое отношение главных ее частей, тела и шейки, а равно и различных слоев маточной стенки, остается неизменным,—тело лежит выше шейки, *mucosa* бывает обращена кнутри, а *serosa* кнаружи; подобное

смещение матки носит название опущения (*descensus úteri*),—если оно менее значительно, и выпадения (*prolapsus úteri*),—если оно выражено более резко; в других случаях матка смещается книзу, причем дно ее иногда оказывается ниже шейки, слизистая начинает смотреть кнаружи, а брюшинный покров кнутри, т. е. матка выворачивается книзу, как палец перчатки; такое смещение органа известно под названием выворота матки (*inversio úteri*). Как опущение (или выпадение), так и выворот требуют для своего распознавания уже бимануального исследования, причем для второй из названных аномалий характерно прощупывание наружной рукой т. наз. воронки выворота (рис. 23), при первом же мы находим тело матки стоящим ниже нормы. Здесь я должен подчеркнуть, что по высоте стояния влагалищной части, определяемой путем внутреннего исследования, диагностировать опущение или проляпс матки нельзя,—иногда эта часть шейки стоит очень низко, в некоторых случаях даже выдается из половой щели, а между тем бимануальное исследование убеждает, что тело матки находится на нормальном уровне, т. е. собственно-проляпса матки нет, а есть ложный проляпс (*pseudoprolapsus úteri s. elongatio colli*) (рис. 24).

Среди смещений матки по горизонтальной плоскости следует различать прежде всего три основных типа: позиции, верзии и флексии, причем в каждом из этих типов можно различать четыре разновидности, смотря по тому, смещается матка кпереди, кзади, вправо или влево от геометрического центра таза. Здесь упомяну кстати, что некоторые из этих смещений сами по себе могут быть рассматриваемы, как болезни, ибо они ведут к известным растройствам и требуют потому специального лечения, другие же сами по себе не имеют патологического значения, но представляют практический интерес в том отношении, что указывают на наличность известных заболеваний полового аппарата, которые и обуславливают их возникновение.

При позициях матка является *in toto*, вместе с точкою своей опоры, т. е. верхним отделом рукава, смещенною или кпереди (*antepositio*), или кзади (*retropositio*), или вправо (*lateropositio dextra, dextropositio*), или, наконец, влево (*lateropositio sinistra, sinistropositio*). Все эти аномалии обыкновенно легко распознаются путем бимануального исследования. В частности, при *antepositio* вся матка, т. е. и тело ее, и шейка, оказывается смещенною к задней поверхности симфиза, благодаря чему и прощупывается, при бимануальной пальпации, отчетливее обычного; при *retropositio*, напротив, весь этот орган является отодвинутым кзади, к передней поверхности крестца, вследствие чего прощупывание его при бимануальной пальпации значительно затрудняется; при *lateropositio úteri* и тело, и шейка матки бывают смещены к той или другой из боковых стенок таза, причем один из боковых сводов рукава представляется гораздо более узким, чем другой.

Под верзиями разумеются наклоны матки. С механической

точки зрения, как уже упоминалось неоднократно, матка может быть рассматриваема, как двуплечий рычаг, одним плечем которого является влагалищная часть шейки, другим—надвлагалищная часть шейки вместе с телом, а точкою опоры служат влагалищные своды. Рычаг этот может поворачиваться около точки своей опоры, наклоняясь верхним плечем то кпереди—*anteversio uteri*, то кзади—*retroversio*, то вправо или влево—*lateroversio dextra et sinistra s. dextroversio et sinistroversio*. *Anteversio uteri*, собственно говоря, является нормальным положением матки. Наряду с нормальной антеверзией можно, однако, различать патологическую, при которой наклонение маточного рычага бывает выражено очень резко,—настолько резко, что верхнее плечо его, т. е. тело и надвлагалищная часть шейки, оказывается лежащим ниже нижнего (влагалищной части). При такой чрезмерной антеверзии матка, естественно, особенно легко прощупывается бимануально. Напротив, при ретроверзии бимануальное прощупывание матки является крайне затрудненным, потому что наружной рукой не удастся захватить отклоненную кзади верхнюю часть матки, ее тело, а с другой стороны при этой аномалии не удастся иногда прощупать ничего и

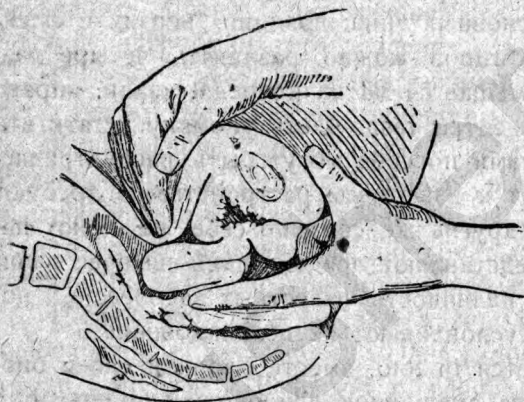


Рис. 25. Бимануальное прощупывание матки при ретроверзии ее.

свод рукава обычно представляется резко суженным, другой же, наоборот, широким.

Обе части верхнего плеча маточного рычага, тело и надвлагалищная часть шейки, иногда находятся на одной прямой линии, иногда же это плечо бывает изогнуто под более или менее выраженным углом, и тогда мы говорим о флексиях матки. Если указанный угол открыт кпереди, то такое положение матки называется *anteflexio*, если кзади,—*retroflexio*, если вбок, то *lateroflexio dextra* или *sinistra*. Антефлексия в сочетании с антеверзией является нормальным положением матки, но как среди антеверзий мы различаем, кроме нормальных, и патологические, так это следует сказать и относительно перегибов матки кпереди,—наряду с нормальными антефлексиями часто

через задний свод (рис. 25). Оттого начинающим можно посоветовать,—если путем бимануального исследования им не удастся ясно контурировать матку, то они прежде всего должны подумать, не находится ли последняя в ретроверзии. При *lateroversio uteri* тело матки обыкновенно прощупывается по одну сторону от средней линии, а влагалищная часть шейки—по другую, причем соответствующий боковой

встречаются и патологические, при которых перегиб является очень резким, остроугольным (см. рис. 2). Конечно, перегиб матки кпереди облегчает прощупывание тела матки, при бимануальном исследовании, наружную рукою, причем одновременно пальцами внутренней руки, введенными в передний свод, мы легко можем определить угол перегиба (см. рис. 22). Напротив, при ретрофлексии матка наружную рукою обыкновенно совершенно не достигается, внутренней же рукою, через задний свод, исследующий легко может определить и наличие перегиба, и степень его (рис. 26). Относительно перегибов вбок (*lateroflexio uteri*) надо заметить, что чистые перегибы прямо вбок встречаются лишь в исключительных случаях, обычно же матка при *lateroflexio* бывает перегнута и кзади.

Вообще перечисленные сейчас смещения матки очень нередко комбинируются между собою. Матка, напр., иногда может быть одновременно и смещена *in toto* кзади (*retropositio uteri*), и наклонена кзади (*retroversio uteri*), и согнута под углом, открытым кпереди (*ante-flexio uteri*) (см. рис. 2). Некоторые из этих смещений, однако, взаимно исключают друг друга. Так, напр., если матка находится в положении *retroflexio*, то она всегда бывает и ретровертирована, но никогда не лежит в *anteversio*.

Кроме указанных выше аномалий положения матки в гинекологии различаются еще *rotatio uteri* и осевое перекручивание матки. Та и другая аномалии легко определяются путем бимануальной пальпации: при *rotatio* матка бывает *in toto* повернута около своей продольной оси так, что передняя, напр., поверхность и тела, и шейки смотрит не прямо кпереди, а кпереди и вбок или прямо вбок; при осевом же перекручивании повернутым является лишь тело матки, шейка же ее сохраняет свое нормальное положение.

Выяснив положение матки, исследующий определяет, далее, ее конфигурацию. Как известно, небеременная матка взрослой женщины имеет форму сплюсненной в передне-заднем направлении груши, во время же беременности тело ее вначале может приобретать ассиметрическую конфигурацию, а потом становится яйцевидным. Среди патологических изменений конфигурации этого органа особенно характерными являются те, которые свойственны хроническому метриту и фибриомиомам матки: при первом из этих заболеваний передне-задний диаметр маточного тела становится равным поперечному, и оно приобретает правильно-шаровидные очертания; при фибриомиомах матка приобретает неправильную конфигурацию (рис. 27), варьирующую в зависимости от местоположения опухоли, причем, если фибромиомы,—как то часто бывает,—являются множественными, то матка представляется наощупь в виде конгломерата сросшихся шаровидных узлов разной величины.

Важно бывает при бимануальном исследовании определить также объем матки, который у гинекологических больных бывает то меньше,

то больше нормы. Уменьшение объема этого органа физиологически имеет место в климактерии, из патологических же состояний, при которых матка у взрослых женщин оказывается меньше нормы, следует упомянуть об инфантилизме (при котором тело матки имеет ненормально малые размеры как абсолютно, так и по сравнению с величиной шейки) и об атрофиях матки, возникающих на почве чрезмерного продолжительного кормления грудью (лактационная атрофия), на почве заболеваний яичников, сопровождающихся уничтожением их фолликулярного аппарата, после оперативного удаления яичников (кастрационная атрофия) и пр.

Еще чаще приходится встречать у исследуемых женщин увеличение объема матки, которое может представлять весьма разнообразные степени. С чисто-практической точки зрения есть смысл различать, с одной стороны, умеренные увеличения этого органа, с другой—более значительные. Первые физиологически имеют место при ранней беременности и в пuerперии, из патологических же процессов—при метритах, *involutio uteri vitiosa*, раках тела, фибромиомах в более ранних стадиях их развития и пр. Значительные увеличения объема матки наблюдаются почти исключительно или при поздней беременности, или при фибромиомах матки, причем эти последние образования в отдельных случаях могут достигать поистине колоссальных размеров.

Захватив матку двумя руками, гинеколог, производящий комбинированное исследование, определяет, затем, подвижность ее. Хотя матка и укреплена в своем положении тремя парами связок (*ligg. lata*, *ligg. rotunda*, *ligg. recto-uterina*), а также связана непосредственно с рукавом и чрез посредство клетчатки—с мочевым пузырем, однако она физиологически обладает известною степенью подвижности, почему и смещается в зависимости от положения и опорожнения соседних полых органов, в зависимости от колебаний внутрибрюшного давления (которое, по исследованиям Репрева, постоянно колеблется, становясь при известных условиях то положительным, то отрицательным) и пр. Эта нормальная подвижность, степень которой становится знакомой гинекологу из опыта, при различных заболеваниях полового аппарата может представляться то усиленной, то ослабленной. Чрезмерная подвижность, при которой матка, захваченная двумя руками, экскурсирует в слишком больших пределах, наблюдается обычно у многорожавших женщин, страдающим опущением и выпадением матки,—женщин, у которых обыкновенно маточные связки являются растянутыми, и стенки полового канала—вялыми. Некоторые гинекологи, как Горвиц, квалифицируют даже ее, как отдельную клиническую форму. Что касается ограничения подвижности матки, то мы встречаем ее при адгезивных периметритах, где матка бывает фиксирована брюшинными спайками,—при параметритах, где окружающая матку клетчатка бывает или инфильтрирована, или рубцово изменена,—при интралигаментарных опухолях, но особенно важное практическое зна-

чение имеет ограничение подвижности матки, констатируемое при раках шейки: оно свидетельствует, что рак распространился за пределы матки, инфильтрировав окружающую клетчатку и сделавшись таким образом неоперебильным.

В диагностическом отношении важно, при бимануальном исследовании, определить и консистенцию матки. Какова нормальная консистенция небеременной матки,—это гинекологом узнается путем длительного навыка. При беременности консистенция эта изменяется, становясь более мягкой, пастою; пастою представляется консистенция матки и при некоторых формах метрита, именно, при т. наз. *myometritis oedematosa*; далее, мягкой наощупь бывает матка в климактерическом возрасте и вообще подвергшаяся в силу каких-либо причин атрофии, а также иногда пораженная раком тела, раз'евшим его стенки и распадающимся. Если, далее, матка растянута жидким содержимым, как это бывает при гематоме, пиоме и гидромете, то консистенция ее делается туго-эластической. Наконец, в большинстве случаев хронического метрита и фиброматоза консистенция матки отличается своею плотностью.

Последнее, что подмечает гинеколог при бимануальном ошупывании матки,—это ее болезненность, чувствительность к давлению. Обыкновенно болезненность эта бывает резко выражена у тех женщин, у которых поражен воспалительным процессом брюшинный покров органа, т. е. при периметрите.

После того, как матка обследована во всех отношениях, гинеколог переходит к исследованию, как говорится обыкновенно, сводов, точнее же—к прощупыванию того, что лежит над влагалищными сводами, спереди, сзади и с обоих боков от матки.

Сначала исследуется бимануально передний свод, т. е. *excavatio vesico-uterina*, причем здесь обычно не прощупывается ничего,—если не считать, конечно, тела самой матки, находящейся, как уже упоминалось выше, обыкновенно в *anteversio-anteflexio*: дело в том, что, благодаря относительно-высокому положению маточно-пузырной впадины, здесь лишь очень редко локализируются осумкованные внутрибрюшинные выпоты, кровяные скопления и пр., а равно редко помещаются и исходящие из внутренней части отдела полового аппарата новообразования. Исключение составляют лишь субсерозные миомы, исходящие из передней стенки маточного тела, из новообразований же маточных придатков—лишь один вид яичниковых кист, т. наз. дермоиды. Расположение в переднем своде (рис. 28) является патогномичным для них потому, что дермоиды, благодаря своему салному содержимому, обладают относительно-небольшим удельным весом по сравнению с другими кистовидными опухолями маточных придатков.

Чаще дает положительные результаты пальпация боковых сводов рукава, где прощупывается все, что лежит между двумя листками ши-

роких маточных связок, а именно, параметритические экссудаты и рубцы, раковые инфильтраты, гэматомы широких связок и межсвязочные опухоли.

Наиболее ценные для диагноза данные в большинстве случаев получает, однако, гинеколог при исследовании заднего свода, точнее— заднего отдела малого таза, ограниченного спереди маткою и широкими связками. Отдел этот можно разделить на три отрезка—два боковых, ограниченных спереди широкими связками, и средний, лежащий позади матки и соответствующий местоположению заднего Douglas'ова кармана. В боковых отрезках, т. е. сбоку и сзади от матки, прощупываются обычно маточные придатки, яичники и трубы, а также исходящие из них новообразования (если они невелики по объему) и осумкованные около придатков воспалительные экссудаты (periadnexitis). Что касается среднего отрезка, то, будучи наиболее низко лежащим отделом брюшной полости, задний Douglas'ов карман является местом, где уже по закону тяжести скопляются, осумковываясь здесь, находящиеся в брюшине жидкости,—жидкие экссудаты и кровь. Оттого средний отрезок заднего свода служит излюбленным местом локализации экссудатов при периметрите и кровяных опухолей (haematocoele)—при внематочной беременности. Здесь же всего чаще располагаются т. наз. прививочные метастазы злокачественных опухолей брюшной полости. Наконец, сюда же спускаются, отвисая, и сидящие на ножке новообразования яичников, труб и пр., а иногда и воспаленные маточные придатки. Объясняется это, повторяем, глубоким положением заднего Douglas'ова кармана и силою тяжести, хотя опыты некоторых исследователей заставляют предполагать, что тут играют роль не только эти две причины, но и какие-то другие моменты.

Так как дно заднего Douglas'ова кармана спускается приблизительно до границы верхней трети задней стенки рукава со средней, то все, лежащие в нем, образования сравнительно легко прощупываются чрез влагалище даже при простом внутреннем исследовании: но особенно легко контурировать их путем комбинированного, бимануального исследования.

Горвиц. Чрезмерная подвижность матки, как клин. форма. Вр. 1880.—Репрев. О внутрибрюшном давлении. Вр. 1890.

б) Методы гинекологического исследования, применяемые в более редких случаях.

Имея дело с гинекологической больной, врач в каждом случае обязательно должен, хотя бегло, произвести наружное обследование живота пациентки, вульвы и входа в рукав, после чего должен перейти к внутреннему исследованию чрез влагалище и комбинированной, рукавно-наружной пальпации. Получаемых при этом данных в боль-

шинстве случаев бывает достаточно, чтобы поставить диагноз заболевания половой сферы. У некоторых больных, однако, проведение объективного гинекологического исследования по указанной типической схеме оказывается или совершенно невозможным, или сопряженным с значительной травмой, болезненностью и т. п., у иных же перечисленные виды исследования дают недостаточный материал для точного распознавания болезни; в тех и других случаях гинекологу приходится прибегать к специальным методам исследования, среди которых упомянем прежде всего о различных видах ректального исследования.

Ректальное исследование. Введение пальцев в рукав является совершенно невозможным у женщин с полным отсутствием этого органа, его атрезиями и стенозами,—слишком болезненным у особ, страдающих вагинизмом,—сопряженным с травмой у девственниц, где введение даже одного указательного пальца нередко сопровождается надрывами гимена. Во всех этих случаях бимануальное влагалищно-наружное исследование приходится заменять бимануальным же ректально-наружным исследованием.

В практике чаще всего к такой замене приходится прибегать у девиц. Надобно, однако, заметить, что и у несомненных девственниц, не имевших половых сношений, рукавное resp. рукавно-наружное исследование является не так редко вполне возможным, так как гименальное отверстие у них оказывается настолько широким, что через него можно бывает ввести в рукав указательный палец. Конечно, прежде чем приступать к этому, надо предварительно хорошенько осмотреть девственную плеву; кроме того, палец надо вводить при этом по возможности осторожно; наконец, не мешает предупредить больную, что ее будут исследовать „через передний проход“, причем ни боли, ни повреждения гимена при этом не произойдет.

Технически комбинированное ректально-наружное исследование (рис. 29) производится совершенно так же, как и рукавно-наружное,—только вместо рукава указательный палец „внутренней“ руки вводится в прямую кишку. Так как палец при этом неизбежно загрязняется содержащимися обычно в ampulla recti фекальными массами, а главное—инфицируется такими микробами, как *B. coli*; то лучше пред введением надеть на него тонкий резиновый чехол („напалечник“).

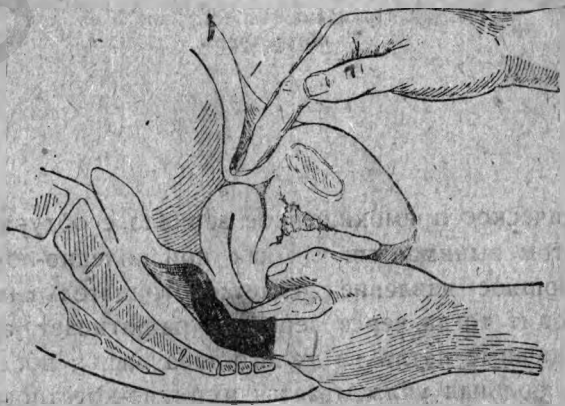


Рис. 29. Ректально-наружное исследование.

Прямокишечное и прямокишечно-наружное исследование заслуживают зачастую применения и в тех случаях, где введение пальца или

даже двух в рукав является вполне возможным. Прямокишечное исследование позволяет лучше, чем рукавное, определить состояние маточно-крестцовых связок, что является очень важным при заднем параметрите (*parametritis posterior*) и особенно при раке маточной шейки, проявляющем большую склонность инфильтрировать клетчатку этих связок. Что касается бимануального ректально-каружного исследования, то при нем через сравнительно-тонкую стенку прямой кишки удастся гораздо отчетливее, чем при рукавно-наружном исследовании, прощупать все, что лежит в задней половине малого таза, т. е. заднюю поверхность матки и широких связок, яичники, трубы, расположенные в заднем Douglas'овом кармане опухоли и пр.

Отчетливости получаемой при этом пальпаторной картины мешает лишь то обстоятельство, что нередко петли кишек опускаются в задний отдел малого таза и помещаются между *rectum* и половыми частями. Приподнятое положение таза, в котором производится ректально-наружное исследование (как и рукавно-наружное), не всегда непременно ведет к смещению их в большой таз. В виду этого Губарев настоятельно рекомендует производить комбинированное ректальное исследование, предварительно наполнив прямую кишку воздухом. По совету Kelly это производится таким образом: нижний отрезок кишечника у женщины сначала освобождается от каловых масс посредством клизмы; после того пациентка принимает коленно-локтевое положение, и ей вводится, чрез заднепроходное отверстие, цилин-

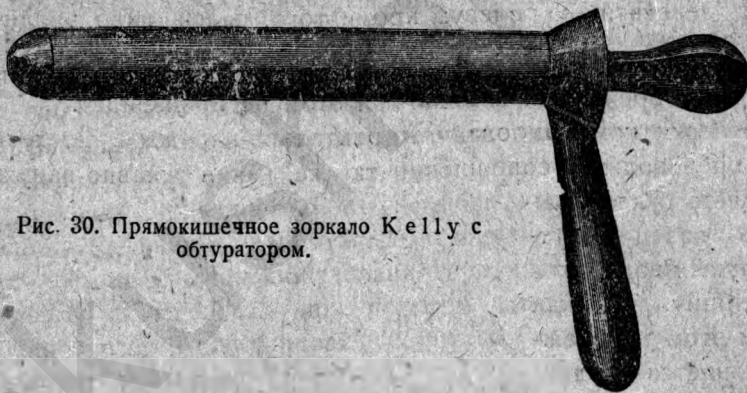


Рис. 30. Прямокишечное зеркало Kelly с обтуратором.

дрическое прямокишечное зеркало с обтуратором (рис. 30), который потом вынимается; так как при коленно-локтевом положении внутрибрюшное давление делается отрицательным, то атмосферный воздух входит тогда через зеркало, растягивает *ampullam recti* и оттесняет кишечные петли из малого таза вверх; после того зеркало извлекается, больная укладывается в спинно-крестцовое положение с приподнятым тазом, и врач приступает к ректально-наружному исследованию.

Наполнение воздухом нижнего отрезка кишек является ценным вспомогательным приемом не только при ректальном, но и при прос-

том наружном исследовании,—там, где требуется определить отношение находящейся в животе женщины опухоли к кишкам. Как уже было сказано выше, выяснить это можно лучше всего при помощи перкуссии брюшных стенок. Но перкуторная картина именно в левой половине живота нередко бывает неясною, благодаря тому, что газы в нижнем отрезке кишечника обыкновенно не задерживаются, и потому постукивание вместо тимпанита дает тупой тон.

С целью наполнить прямую кишку и Sigmoidum воздухом, кроме описанного сейчас приема Kelly, можно также прибегать к накачиванию воздуха при помощи резинового баллона. Наконец, для этой цели можно ввести больной в клизму сначала раствор соды, потом раствор виннокислотной кислоты.

Отт рекомендует, вместо воздуха, наполнять rectum пред исследованием тепловатою водою в количестве 1—1½ стаканов. Прием этот он, впрочем, предлагает главным образом для того, чтобы лучше прощупать ligg. recto-uterina там, где они плохо развиты или очень расслаблены,—при наполнении прямой кишки водою складки прямокишечной мукозы расправляются, а Douglas'овы складки напрягаются.

Так как одним указательным пальцем зачастую нельзя бывает проникнуть в прямую кишку достаточно глубоко, то некоторые авторы советуют в подобных случаях вводить per anum 2 пальца,—указательный и средний,—а Simon—даже 4 пальца или всю руку. Однако исследование по Simon'у является чрезчур болезненным, почему требует для своего выполнения наркоза; кроме того, при нем почти неизбежны надрывы в области заднепроходного отверстия, а после него может развиваться недержание кала и газов. Все эти невыгодные стороны исследования по Simon'у далеко не искупают достигаемых при нем выгод, почему данный вид прямокишечного исследования в настоящее время и оставлен почти всеми гинекологами.

При некоторых заболеваниях, локализирующихся в septum rectovaginale (абсцессы, новообразования и пр.), выгодно бывает комбинировать прямокишечное исследование с рукавным. При этом указательный палец одной руки вводится в rectum, ладонною поверхностью кпереди, а указательный палец другой руки, ладонною поверхностью кзади, вводится в рукав, и таким образом прямокишечно-влагалищная перегородка прощупывается между двумя пальцами (рис. 31). Иногда такой способ исследования заслуживает применения и при образованиях (экссудаты, кровоизлияния, опухоли), расположенных в дне заднего Douglas'ова кармана.

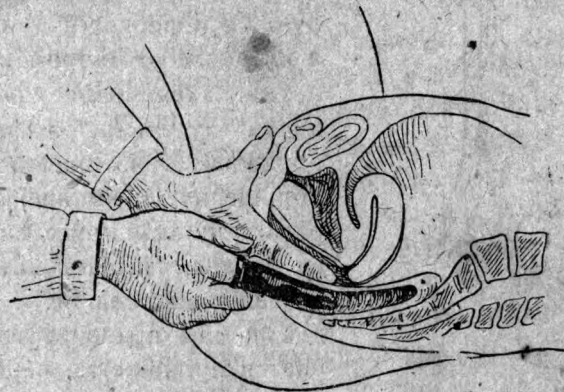


Рис. 31. Прямокишечно-влагалищное исследование.

Обозревая различные виды ручного гинекологического исследования, мы должны, наконец, упомянуть о т. наз. тройном исследова-

нии, представляющем собою сочетание ректального, влагалищного и наружного исследования,—при котором средний палец правой руки ладонною поверхностью кпереди, вводится в прямую кишку, указательный палец той же руки, и тоже ладонною поверхностью кпереди, вводится в рукав, а левая рука прощупывает тазовые органы через брюшные стенки (рис. 32). Введенное впервые в гинекологическую практику Лазаревичем, а впоследствии разработанное Оттом, исследование это лучше, чем двойное, позволяет определять существующие в малом тазу пространственные отношения.

Лазаревич. Гинек. трехстороннее ручное исследование. Совр. Мед. 1880.—Отт. О кишечно-влагалищном способе исследования органов мал. таза. Ж. А. 1896.—Лазаревич. О ручном гинек. исследовании. Вр. 1896.—Губарев. Об исследовании таз. органов через прямую кишку с приподнятым тазом. Ж. А. 1899.

Исследование при помощи пулевых щипцов. Если у больной в нижней части брюшной полости определяется обособленная от матки, подвижная опухоль, то, чтобы установить связь ее с половым аппаратом, гинекологу надо прощупать т. наз. ножку опухоли, ибо лишь при этом можно с уверенностью сказать, что опухоль действительно принадлежит половой сфере пациентки. Нередко ножку опухоли, ее анатомические особенности (длину, толщину) и отношение к матке удастся определить уже путем непосредственного ощупывания *per vaginam* или *per rectum* и одновременно снаружи, т. е. теми методами ручного исследования, которые разобраны нами выше; в тех же случаях, где это не удастся, можно прибегнуть к низведению матки при помощи пулевых щипцов.



Рис. 33. Пулевые щипцы.

Производится это таким образом: обнажив влагалищную часть матки посредством зеркал,—лучше ложкообразных,—исследующий дезинфицирует ее поверхность, обмыв каким-либо обеззараживающим раствором и смазав иодной настойкой, потом захватывает переднюю ее губу одними или двумя пулевыми щипцами (рис. 33),—конечно, предварительно приведенными в асептическое состояние путем кипячения,—удаляет зеркала и передает щипцы помощнику, который, вытягивая их из рукава, смещает матку книзу. В то же время исследующий вводит в прямую кишку один или два пальца правой руки, а пальцами левой старается проникнуть, через брюшные стенки, между нижним отрезком опухоли и маткой, отодвигая первую по возможности кверху. При этом ножка опухоли, если таковая имеется, сильно напрягается и может быть прощупана руками исследующего (рис. 34).

При помощи ножки бывают соединены с маткой, во-первых, субсерозные фибромиомы матки, во-вторых, опухоли яичников, большею частью кистовидные. У тех и других ножка представляет значитель-

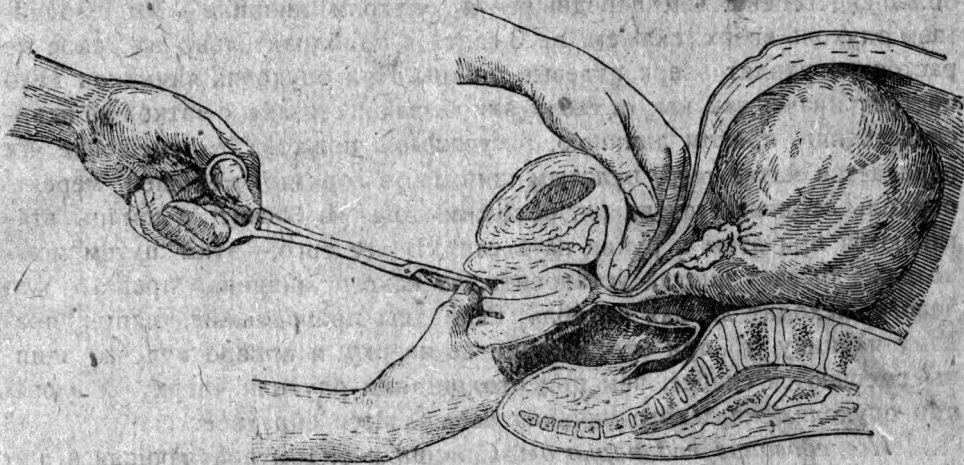


Рис. 34. Исследование ножки опухолей при помощи пулевых щипцов.

ную разницу: ножка яичниковых опухолей, в состав которой обыкновенно входят часть широкой связки, *lig. ovarii prorgium* и труба, представляется обычно наощупь лентообразной (если только она не перекручена), более длинной и растяжимой, ножка же субсерозных фибромиом—более мясистой, округлой и короткой; кроме того, первая всегда отходит от одного из углов матки, вторая же может отходить и от других участков наружной поверхности маточного тела.

Низведение матки пулевыми щипцами позволяет лучше, чем бимануальная пальпация, определить и степень подвижности этого органа, что, как мы уже видели, важно при некоторых гинекологических заболеваниях.

Иногда непосредственно установить связь опухоли с половую сферою у больной не удастся не только путем обычных способов пальпации, но и при помощи описанного сейчас приема. В подобных случаях гинекологу может иногда оказать большие услуги другой вид исследования с пулевыми щипцами: раскрыв рукав больной зеркалами и наложив пулевые щипцы на *portio vaginalis*, исследующий оставляет их лежать свободно, а сам наружными приемами старается по возможности сместить опухоль или прямо кверху, или кверху и одновременно то в ту, то в другую сторону, т. е. вправо и влево. Если опухоль исходит из половой сферы, то, конечно, смещение ее в большей или меньшей степени передается матке, и пулевые щипцы втягиваются внутрь рукава; если же опухоль исходит, напр., из почки, то щипцы остаются при этом неподвижными.

При помощи этого приема можно не только установить, что данная опухоль исходит из половых частей женщины, но и определить,

субсерозная это фибромиома матки, или опухоль яичника. Так как первая связана бывает с маткой непосредственно, притом толстой, неподатливой ножкой, то передвижения ее передаются матке в гораздо большей степени, чем передвижения опухоли яичника.—мы отодвигаем опухоль вверх, скажем, на 3 сант., и приблизительно на такое же расстояние уходят вверх пулевые щипцы. При опухолях яичников дело обстоит иначе: так как опухоли эти бывают связаны с маткой не непосредственно, притом длиною, растяжимую ножкой, то смещение их передается матке resp. пулевым щипцам в гораздо меньшей мере,—опухоль отодвигается вверх, положим, тоже на 3 сант., а щипцы вытягиваются при этом в рукав на 1 сант. Более того,—этим путем можно даже бывает иногда установить, из какого яичника, правого или левого, исходит данная опухоль. Если она принадлежит, напр., правому яичнику, то при отодвигании ее кверху и вправо пулевые щипцы смещаются слабее, чем при отодвигании опухоли кверху и влево, при опухолях же левого яичника наблюдается обратное.

Исследование под наркозом. Сплошь и рядом получающаяся при бимануальной пальпации картина является неясною благодаря тому, что исследуемая, вследствие сопряженной с пальпацией болезненности, напрягает брюшные стенки и не позволяет наружной руке исследователя проникнуть настолько глубоко в таз, как это нужно для ясного прощупывания. Особенно часто это наблюдается при тех заболеваниях женской половой сферы, которые сопряжены с воспалительными процессами в брюшине.

У подобных больных нередко приходится, для точной постановки диагноза, прибегать к исследованию под наркозом. Чтобы последнее дало, однако, то, что оно в состоянии дать, наркоз при этом непременно должен быть глубоким,—он должен сопровождаться полным расслаблением брюшных мышц и исчезновением болевых рефлексов. Пальпация при неполном наркозе, особенно сопровождающемся рвотными движениями, дает нередко менее ясную картину, чем даже исследование без наркоза.

Второе необходимое правило, которое следует строго соблюдать при исследовании под наркозом, это—чтобы ощупывание больных органов производилось осторожно, без малейшего насилия. Так как исследуемая под наркозом не реагирует на боль, то исследующий ее ipso легко может при пальпации применить слишком сильное давление и таким путем причинить пациентке опасные, даже смертельные повреждения. Особенная осторожность нужна, при исследовании под наркозом, у тех больных, у которых анамнез и предварительное исследование без наркоза позволяют заподозрить наличие прогрессирующей внематочной беременности или присутствие гноя в трубах, яичниках или тазовой брюшине. „Боль есть сторож здоровья“,—совершенно справедливо говорит Küstner, и у подобных больных об-

условливаемое наркозом отсутствие болевой реакции может служить, при всех своих выгодных сторонах, источником величайших опасностей: производя без помехи слишком сильное надавливание, гинеколог может здесь вызвать или лопание беременной трубы с опасным кровоизлиянием, или разрыв гнойных скоплений с излиянием вирулентного гноя в свободную полость брюшины.

Исследование зеркалами. Внутреннее исследование через рукав может производиться не только путем ощупывания, для чего большую часть не требуется никаких инструментов, но и путем осмотра, для чего гинекологи пользуются особыми приборами, носящими общее название влагалищных зеркал.

В гинекологии известно многое множество различных моделей рукавных зеркал. Все эти модели, однако, могут быть разделены на три главных типа: 1) зеркала круглые или цилиндрические, 2) створчатые и 3) ложкообразные или желобоватые.

Зеркала первого типа представляют собою трубки различной длины и калибра, один конец которых обыкновенно бывает снабжен

раструбом, а другой,—в некоторых зеркалах этого типа немного суженный,—срезан или под прямым углом (рис. 35), или вкось (рис. 36); последняя форма цилиндрических зеркал более соответствует анатомическому строению рукава, в котором, как известно, задняя стенка несколько длиннее передней. Изготавливаются круглые зеркала из различных материалов—разных металлов, дерева, стекла, гуттаперчи, целлулоида и пр. На-

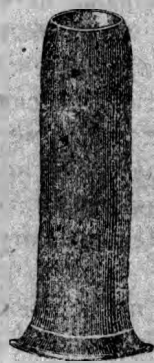


Рис. 35. Круглое зеркало Ferguson'a со слегка суженным и срезанным под прямым углом внутренним концом.



Рис. 36. Круглое зеркало Ferguson'a со слегка суженным и срезанным под острым углом внутренним концом.

иболее употребительными из них являются—в Германии зеркала Maueг'a из молочного стекла, а у нас в России—зеркала Ferguson'a, сделанные из прозрачного стекла, снаружи амальгами-

рованные, а еще более снаружи покрытые слоем гуттаперчи. Maueг'овские зеркала имеют то преимущество, что их можно легко стерилизовать при помощи кипячения.

Исследование при помощи цилиндрических зеркал производится следующим образом (рис. 37): выбрав зеркало соответствующего калибра, в зависимости от размеров рукава у больной (т. е., другими словами, в зависимости оттого, рожала данная женщина, или нет, и, если рожала, то однажды, или несколько раз), исследующий берет его правой рукой, вложив большой палец внутрь зеркала, со стороны раструба, а остальными пальцами захватив его снаружи, смазывает наружную поверхность его вазелином, указательным и большим паль-

цами левой руки раскрывает половую щель больной и вводит конец зеркала в *introitus vaginae*, отдавлявая промежность и держа более длинную стенку зеркала кзади. Когда узкий конец зеркала войдет в рукав, исследующий продвигает затем зеркало вглубь последнего, делая при этом слегка вращательные движения,—до тех пор, пока конец зеркала не упрется в своды, а влагалищная часть матки не вставится в просвет инструмента.

Цилиндрические зеркала удобны не только для целей осмотра стенок рукава и влагалищной части матки, но и для терапевтических целей. Так как узкий конец зеркала этого типа плотно упирается в своды, то всякие жидкости могут оставаться внутри зеркала, не вытекая наружу, пока они не будут вычерпаны оттуда ватными шариками. Оттого подобными зеркалами удобно пользоваться при скарификациях *portionis vaginalis*, при вливаниях в рукав и т. п.

Наряду с этими выгодными сторонами зеркал данного типа им присущи и некоторые невыгоды. Прежде всего, чтобы пользоваться ими в практике, гинекологу нужно иметь в своем распоряжении целый набор их; далее, стеклянные, фарфоровые и т. п. зеркала легко бьются, а сделанные из целлулоида, каучука и т. п. не могут быть простерилизованы кипячением. В виду этого в частной практике современные гинекологи пользуются обыкновенно для диагностических целей створчагыми зеркалами. Зеркало этого типа достаточно иметь в одном экземпляре для всех больных (исключая лишь девственниц); кроме того, будучи изготовляемы обычно из никкелированной стали, створчатые зеркала отличаются своею прочностью и надежно могут быть обеспложиваемы путем кипячения.

В различное время и различными авторами были предложены разные модели зеркал этого типа, в том числе некоторые модели с тремя и даже четырьмя створками; в настоящее время, однако, все эти модели вытеснены зеркалом Cusco, которое и пользуется, можно сказать, всеобщим распространением у современных гинекологов.



Рис. 38. Зеркало Cusco.

Как можно видеть по прилагаемому рисунку (рис. 38), зеркало это—двустворчатое, оно состоит из двух желобоватых пластинок, подвижно соединенных между собою. Образующие т. наз. клюв зеркала

концы пластинок слегка закруглены и в сложенном виде вплотную прилегают друг к другу, противоположные—снабжены отростками или ветвями, образующими рукоятку зеркала. Одна из ветвей рукоятки, большею частью делаемая сплошною, снабжена винтом, другая же имеет прорез, в который и вставляется винт.

Взяв зеркало в сложенном виде правой рукой и смазав наружные поверхности его пластинок вазелином или карболовым маслом, исследующий пальцами левой руки раздвигает половые губы пациентки и вводит клюв зеркала в рукав, отдавливая проежнрость. Наружная поверхность одной пластинки должна при этом смотреть вправо, другой—влево, или же щель клюва должна по отношению к длиннику половой щели располагаться немного вкось. Вводя таким образом половину или треть зеркала, исследующий поворачивает последнее так, чтобы наружная поверхность одной пластинки,—именно, если пластинки неодинаковой длины, то более длинной,—оказалась обращенною кзади, а другой—кпереди, и в этом положении продолжает вдвигать зеркало, одновременно путем сближения ветвей рукоятки раскрывая его и стараясь поймать в просвет его влагалищную часть матки. Рукоятку при этом, если пластинки зеркала одинаковой длины, удобнее поворачивать кверху; если же пластинки, как то имеет место в некоторых моделях зеркала *Cu s so*, различной длины, то направление поворота рукоятки зависит от расположения пластинок,—рукоятка должна быть повернута так, чтобы более длинная пластинка смотрела кзади. Когда влагалищная часть вставится в просвет зеркала, последнее фиксируется в раскрытом состоянии при помощи винта.

У некоторых больных анатомические отношения рукава и влагалищной части матки оказываются такими, что исследующему при всех стараниях не удается вставить последнюю в просвет зеркала. В подобных случаях рекомендуют определять положение влагалищной части ощупыванием, производимым указательным и средним пальцами левой руки, затем под контролем этих пальцев вводить в рукав пулевые щипцы, захватывать ими *portio vaginalis* и только тогда вводить зеркало,—створчатое или цилиндрическое,—надевая его на щипцы, для чего последние снабжаются с'емными рукоятками.

Подобно цилиндрическим зеркалам и створчатые могут служить не только для диагностических, но и для терапевтических целей,—через них можно производить такие лечебные манипуляции, как смазывания влагалищной части и цервикального канала, внутриматочные впрыскивания и т. п. Они, однако, неудобны для таких лечебных способов, как скарификации, вливания в рукав и пр., так как изливающаяся при скарификациях кровь, употребляемые для вливания жидкости и т. д. через боковые щели зеркала изливаются в рукав и затем—наружу, пачкая белье пациентки, ее тело и стол, на котором она лежит. Кроме того, в боковых щелях створчатых зеркал могут ущемляться стенки рукава. Во избежание этого Якимович предложил соединять края зеркал этого типа резиновой лентой. Однако это приспособление понижает достоинство зеркала, как диагностического инструмента, мешая осмотру через щели рукавных стенок. Надо стремиться скорее к тому, чтобы и пластинки створчатого зеркала не закрывали совершенно рукавной стенки; в этих видах зеркала *Cu s so* изготовляться в настоящее время с продольными прорезами в пластинках, ажурными (рис. 39).

Третий тип влагалищных зеркал—это зеркала ложкообразные или желобоватые. Зеркало этого типа состоит из ложки, вводимой в

рукав, и рукоятки, остающейся снаружи, причем ложки бывают различной ширины, длины и формы. В некоторых моделях ложкообразных зеркал ложка (или ложки) образует одно нераздельное целое с рукояткой; таковы, напр., зеркала Sims'a (рис. 40), Доуен'а (рис. 41)



Рис. 39. Зеркало Сима с с'о с прорезами в пластинках.



Рис. 40. Зеркало Sims'a.



Рис. 41. Зеркало Доуен'а.

и др. В большинстве современных зеркал данного типа, однако, ложки соединяются с рукоятками при помощи замка того или иного устройства, допускающего снятие и надевание на одну и ту же рукоятку различных по величине и форме ложек; таковы зеркала Simon'a (рис. 42 и 43), Fritsch'a (рис. 44) и пр.

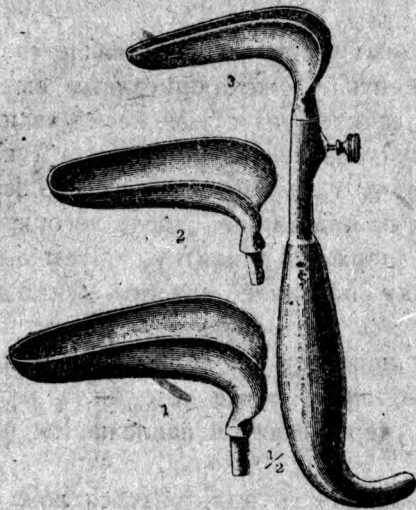


Рис. 42. Зеркало Simon'a с желобчатыми (задними) ложками разной величины.

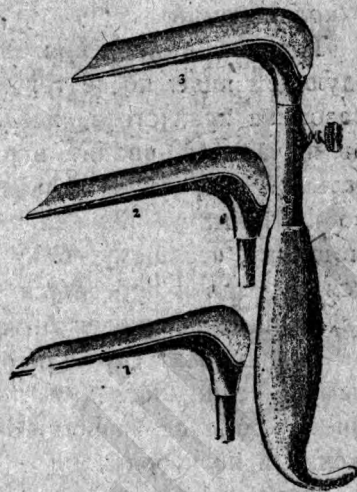


Рис. 43. Зеркало Simon'a с плоскими (передними) ложками разной величины.



Рис. 44. Передняя и задняя ложки зеркала Fritsch'a

Чтобы раскрыть влагалище при помощи зеркал разбираемого типа, обыкновенно нужны два зеркала—переднее и заднее, а иногда, кроме того, одно или два боковых (рис. 45). Держание всей этой серии зеркал требует одного, даже двух помощников, и в этом заключается существенная невыгодная сторона зеркал данного типа. Кроме того, чтобы исследовать женщину ложкообразными зеркалами, надо положить ее тазовую часть на край стола, с согнутыми и

разведенными ногами, которые удерживаются или руками помощников, или при помощи особого ногодержателя,—прибора из двух кожаных колец, соединенных металлическим стержнем. За то, применяя ложкообразные зеркала соответствующей вели-

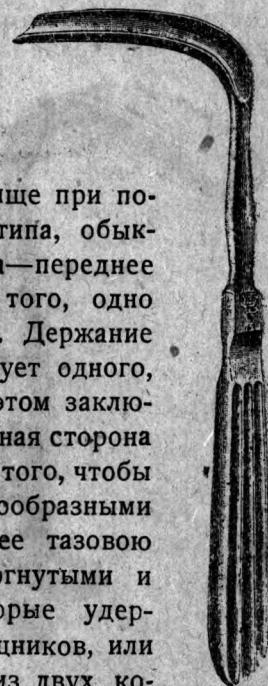


Рис. 45. Боковое рукавное зеркало Braun'a.

чины и формы, мы можем в каждом случае сделать доступными не только для осмотра, но и для оперативного воздействия и рукав, и влагалищную часть матки, и даже глубже лежащие части. Оттого зеркала данного типа являются незаменимыми при всевозможных влагалищных операциях, не исключая и сопряженных со вскрытием брюшины (кольпотомий).

Техника применения ложкообразных зеркал представляется в следующем виде: после того, как пациентка уложена описанным выше образом на край стола, исследующий садится на стуле перед ее половыми частями, вводит в рукав один (указательный) или два (указательный и средний) пальца левой руки, а правой берет заднее зеркало и вводит по пальцам его ложку во влагалище, после чего дает помощнику, стоящему сбоку от стола, держать рукоятку. Затем вводится в рукав и передается помощнику переднее зеркало, а иногда исследующий вынужден бывает прибегать и к боковым зеркалам, которые или держит сам, или опять-таки передает для держания помощникам; конечно, последних требуется в таком случае не один, а двое, причем, кроме держания зеркал, они удерживают в надлежащем положении и ноги больной.

Чтобы доставить гинекологам возможность пользоваться ложкообразными зеркалами и при отсутствии помощников, некоторые представители гинекологии придумали разные модели т. наз. самодержащихся зеркал. Эти—большую частью громоздкие—приборы, среди которых отметим самодержащееся зеркало Нейгебауэра, не нашли, однако, значительного распространения в практике—отчасти в силу своей сложности и дороговизны, главным же образом потому, что они все же не могут заменить помощи умелых ассистентов.

Так как с ложкообразными зеркалами гинекологу приходится работать не только в глубине рукава, но и в глубине брюшной полости (при кольпотомиях), то для лучшего освещения операционного поля Отт предложил снабжать ложки зеркал этого типа маленькими электрическими лампочками (рис. 46). Прекрасные результаты, полученные Оттом и его учениками при влагалищных чревосечениях, в значительной мере обуславливаются, по их заявлениям, применением таких зеркал с освещением.

В прежней гинекологической литературе описанным нами здесь приборам, позволяющим обследовать полость рукава при помощи зрения, нередко усвоилось название „маточных“ зеркал. De facto, однако, это—не маточные, а влагалищные зеркала. В гинекологии мы встречаем, впрочем, попытки сделать и полость матки доступною осмотру при помощи настоящих маточных зеркал

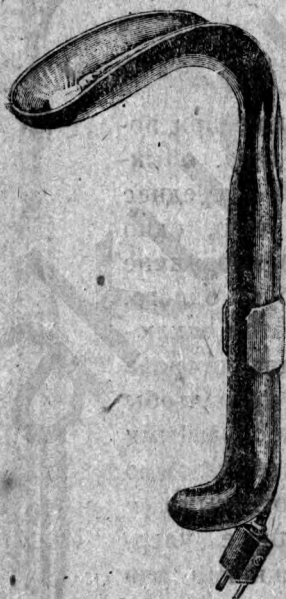


Рис. 46. Зеркало Отта с освещением, для задней стенки рукава.

или гистероскопов (рис. 47), устроенных по тем же принципам, по каким устроены влагалищные зеркала, цилиндрические и створчатые. Подобная гистероскопия не привилась, однако, в гинекологической практике, так как матка, за исключением последровой, по самому своему анатомическому строению является неподходящею для исследования полости ее глазом. Более успеха имели предложения применить прибор, аналогичные влагалищным зеркалам, для непосредственного осмотра у женщин уретры, мочевого пузыря и особенно прямой кишки (уретральные resp. уретрально-пузырные и прямокишечные зеркала).

Хотовицкий. Specula uteri. В.-М. Ж.—Долнер. О пользе мат. зеркала для распознавания и лечения болезней матки. Др. З. 1841.—Лазаревич. О мат. зеркалах. Совр. Мед. 1860.—Якимович. О мат. зеркале. Пр. О. Киев. Вр. 1871—72.—Лебедев. Новое влаг. зеркало. Пр. О. Р. В. 1879—80.—Масалитинов. Асептич. двусторчато-желоб. мат. зеркало. Вр. 1891.—Отт. О неспоср. освещении бр. полости, пузыря, толстой кишки и матки для целей диагност. и оперативных. Ж. А. 1903.—Сережников. Итоги прим. освещения бр. полости по сп. проф. Отта при влаг. чревосечении. П. С. Р. А.—Отт. Результаты, достигнутые применением неспоср. освещения и пр. Р. Вр. 1908.—Соловьев. Расширитель поля операций во влаг. и на промежности. Вр. Г. 1911.

Зондирование матки. Благодаря узкости цервикального канала, особенно в области наружного и внутреннего зева, как самый этот канал, так и полость тела матки являются, при обычных условиях, недоступными ни для осмотра, ни для ощупывания пальцем. Между тем в целях распознавания гинекологу зачастую бывает необходимо иметь в своем распоряжении более или менее точные данные о проходимости цервикального канала и полости маточного тела, об их величине и форме и об особенностях внутренней поверхности их стенок. Все эти данные могут быть получены путем зондирования матки.

Орудием для зондирования служит маточный зонд (рис. 48)—металлический прут из какого-либо мягкого металла (обыкновенно маточные зонды делаются из красной меди и снаружи никкелируются) около 30 сант. длиною, снабженный на одном конце оливообразным утолщением (пуговкою), а на другом—плоскою рукояткою. Калибр пуговки может быть различен—от 1 до 10 милл. Так как одно из главных назначений маточного зонда—служить измерительным инструментом, то на многих зондах имеется шкала, в сантиметрах (рис. 49). В этих же видах некоторые

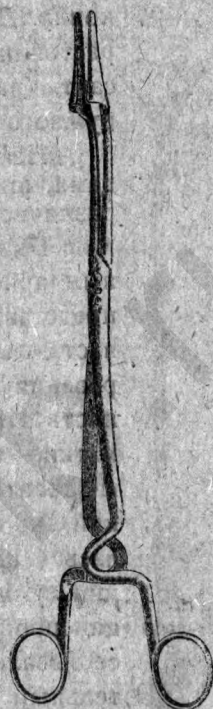


Рис. 47. Маточное зеркало Collin'a.



Рис. 48. Маточный зонд Sims'a.

зонды, напр., Schultz'eвский, бывают снабжены продолговатыми утолщениями в том месте, которое соответствует нормальной длине полости матки у рожавшей женщины, т. е. на расстоянии 7 сант. от конца. Другие модели маточных зондов имеют выступы на расстоянии 4 сант. от конца (длина полости тела матки), 7 сант. (расстояние внутренней поверхности дна матки от наружного зева) и затем на расстоянии каждого сантиметра.

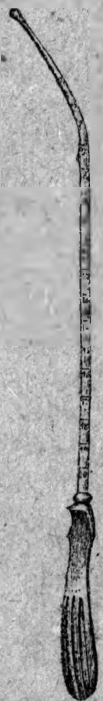


Рис. 49. Маточный зонд Martin'a со шкалою.

Некоторые гинекологи, наряду с металлическими зондами, широко применяют обследование маточной полости различной толщины бужами из каучука, целлулоида и т. п.

Было время, когда зондирование матки считалось опасным приемом,—настолько опасным, что некоторые видные представители гинекологии, напр., у нас Крассовский, настаивали на недопустимости широкого применения зондирования матки в гинекологической практике. Главная опасность этого приема лежала в занесении инфекции в полость матки,—манипулируя инфицированными зондами, гинекологи доантисептической эпохи вызывали у больных септический эндометрит с его последствиями. Вторая опасность крылась в повреждении зондом маточной стенки, ее перфорации. Опасность эта была тем серьезнее, что, раз перфорация производилась инфицированным зондом, то результатом ее бывало иногда развитие септического перитонита со смертельным исходом. Возможность повреждения маточной стенки была, далее, тем значительнее, что раньше многие гинекологи смотрели на маточный зонд,—а некоторые и теперь еще смотрят,—не только как на инструмент, служащий диагностическим целям, но и как на орудие для исправления неправильных положений матки, напр., ретрофлексии.

Прободение матки при зондировании впрочем случается и у современных гинекологов. Орлов собрал 33 случая этого повреждения при различных внутриматочных манипуляциях, причем в 9 случаях матка была перфорирована зондом. Особенно легко произвести прободение матки при зондировании тогда, когда стенки этого органа изменены под влиянием беременности и воспалительных процессов, преимущественно т. наз. отечного миометрита (*myometritis oedematosa*).

Как ушкин, экспериментально изучив прободаемость матки зондом, нашел, что она обратно пропорциональна толщине маточных стенок, и что у нерожавших женщин матка прободается легче, чем у рожавших. Наибольшею прободаемостью отличается, по этому автору, старческая матка; высокую прободаемость дают также случаи застойной гиперэмии матки с развитием сосудистой сети и гиалиновым перерождением стенок сосудов.

Одно время внимание гинекологов привлекли случаи, где, при зондировании не увеличенной, повидимому, матки, зонд внезапно уходил на глубину 15—20 сант., причем во всех почти случаях этого рода, за единичными исключениями, у больных не наблюдалось никаких вредных последствий от зондирования, а в некоторых из них

повторное зондирование давало близкие к норме цифры длины маточной полости. Нераз бывали такие случаи и в моей практике. Указанное явление истолковывалось различно: одни авторы высказывали предположение, что здесь дело шло о прободении маточной стенки, другие,—что зонд здесь проникал в один из трубных каналов, третьи, наконец, что в подобных случаях можно думать о внезапной ослаблении матки, превращении ее в значительной величины тонкостенный мешок. Повидимому, первое объяснение стоит ближе всего к истине, хотя в отдельных, исключительных случаях подобного рода могло иметь место и проникновение зонда в расширенную трубу; что касается третьего объяснения, то оно признается не выдерживающим критики.

Чтобы избежать вредных последствий зондирования матки, наблюдавшихся в доантисептическое время, необходимо производить его с соблюдением известных правил. Прежде всего при этом должно строго соблюдать правила асептики: зонд перед употреблением должен быть обеспложен кипячением, влагалище исследуемой — промыто каким-либо дезинфицирующим раствором, окружность наружного зева и цервикальный канал — смазаны t-ra jodi. Далее, раньше, чем вводить зонд, последний нужно изогнуть, соответственно перегибу матки, имеющемуся у данной больной, который должен быть предварительно

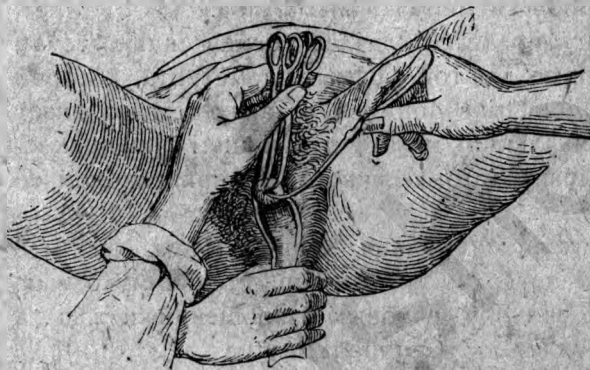


Рис. 50. Зондирование матки.

определен путем бимануальной пальпации. Вводить зонд (рис. 50) надо, затем, так, чтобы изогнутость его совпадала с изогнутостью матки, притом отнюдь не форсируя, без всякого насилия. В качестве орудия для исправления положения матки зонда лучше не употреблять. Беременность противопоказует зонди-

рование. Нужно избегать последнего и при острых воспалениях матки, особенно после родов (resp. после выкидышей), когда маточная стенка чрезвычайно легко перфорируется. Крайней осторожности требует также применение маточного зонда при подозрении на рак маточной полости, туберкулез ее и т. п.

Хотя некоторые гинекологи и допускают введение зонда в матку под контролем осязания, по указательному пальцу левой руки, введенному в рукав и нащупывающему влагалищную часть, к этому следует прибегать разве в исключительных случаях. Там, где есть возможность, надо всегда производить зондирование матки под контролем зрения, обнажив влагалищную часть зеркалами — лучше ложкообразными — и фиксировав ее при помощи пулевых щипцов. Зонд, при введении, лучше держать за рукоятку указательным и большим пальцами правой руки.

При соблюдении всех, перечисленных выше, правил зондирование матки является приемом совершенно безопасным. В то же время при помощи его мы получаем целый ряд чрезвычайно важных для диагноза данных, в том числе и таких, которых нельзя получить никаким другим способом. Так, лишь этим путем мы можем определить проходимость цервикального канала и распознать стенозы и атрезии матки. В некоторых случаях, далее, мы лишь путем зондирования можем определить положение матки: если в маточной стенке, напр., имеются миоматозные узлы, или к ней интимно припаяны снаружи воспалительно измененные придатки, то путем самого тщательного ручного исследования иногда нельзя бывает разобраться, какой из прощупываемых в малом тазу узлов есть верхняя часть маточного тела и какой—выдающаяся в брюшную полость фибромиома или спаянная с маткою труба resp. яичник; при зондировании же установить это очень легко,— тот узел, внутрь которого входит зонд, конечно и есть тело матки.

Путем зондирования мы можем, затем, определить форму маточной полости, что позволяет нам распознать некоторые пороки развития матки (*uterus bicornis*, *uterus subseptus*), а равно наличность вдающихся в просвет маточной полости миоматозных узлов.

Концом зонда гинеколог определяет, далее, болезненные точки в маточной мукозе, характерные для той формы эндометрита, которой Снегирев дал название *endometritis dolorosa*, а также устанавливает кровоточивость стенки цервикального канала и *cavi uteri* при прикосновении, особенно резко выраженную обыкновенно при раковом ее поражении.

Удается ему иногда, путем ощупывания концом зонда, открыть и присутствие на внутренней поверхности маточной стенки мукозных, фиброзных и саркоматозных полипов, раковых разрастаний и т. п., а равно присутствие в маточной полости инородных тел.

Наиболее ценные для диагноза данные, однако, получает гинеколог, применяя зонд, как измерительный инструмент. Дело в том, что для некоторых заболеваний матки является характерным уменьшение длины ее полости, для других, напротив, увеличение. Первое имеет место при атрофиях и гипоплазиях матки, второе—при хронических метритах и порочном обратном развитии матки после родов, при опущениях и выпадениях матки (когда длина маточной полости увеличивается в расчет удлинения надвлагалищной части цервикального канала), при межсвязочных опухолях и фибромиомах матки, не только интерстициальных, но и субсерозных.

Этим обстоятельством Новицкий и Попов рекомендуют пользоваться для отличительного распознавания субсерозных фибромиом матки от плотных опухолей яичников, причем длина полости матки более 10 сант. говорит, по мнению этих авторов, за фибромиому. Махшеев, разбирая значение этого признака, нашел, что длина

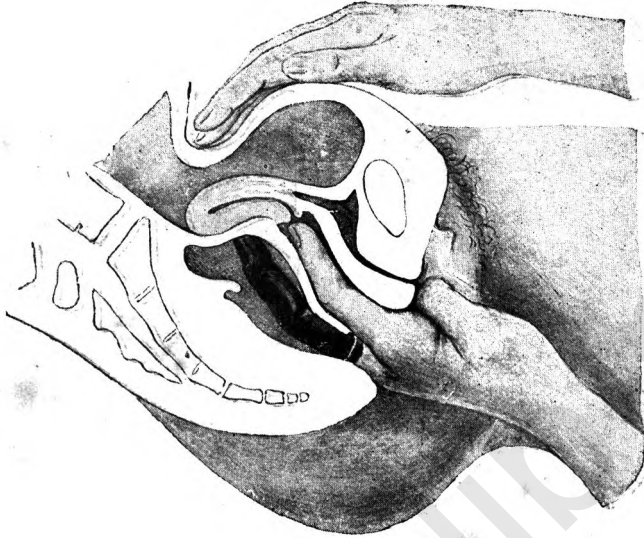


Рис. 32. Тройное исследование (по Отту).

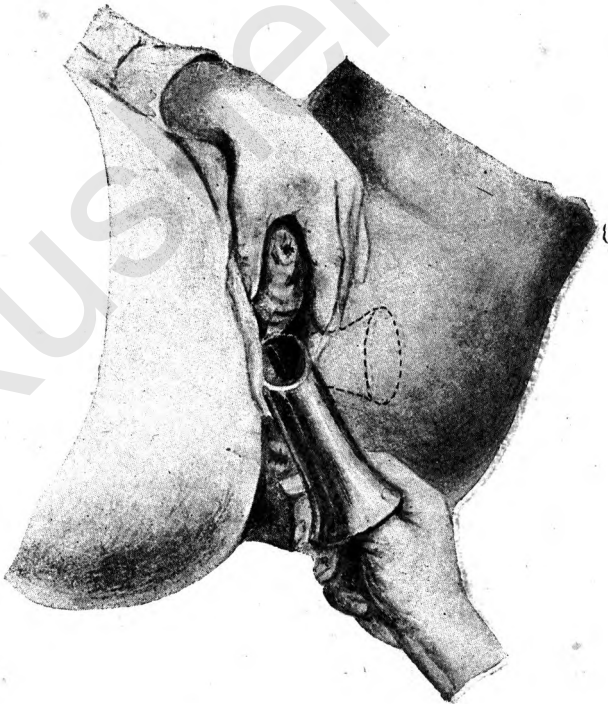


Рис. 37. Введение круглого зеркала.

Таблица VI.

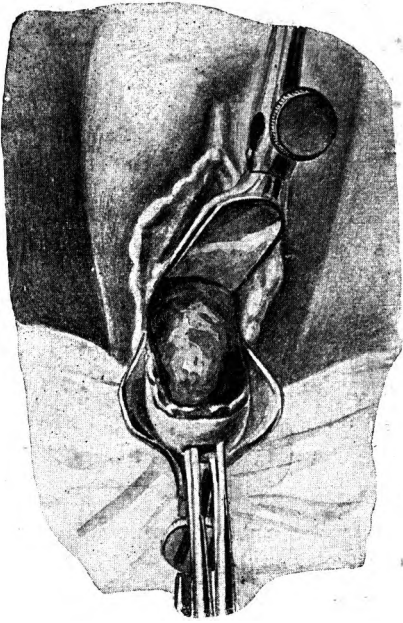


Рис. 52. Гистеротомия, пузырь отделен от маточной шейки и защищен ложкообразным зеркалом (по Отту).

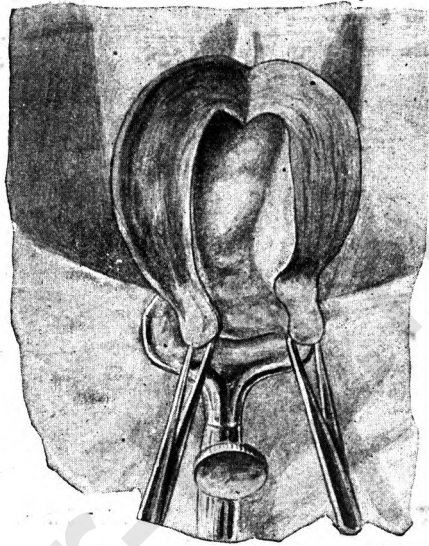


Рис. 53. Гистеротомия, разрез передней стенки матки от наружного зева до дна (по Отту).

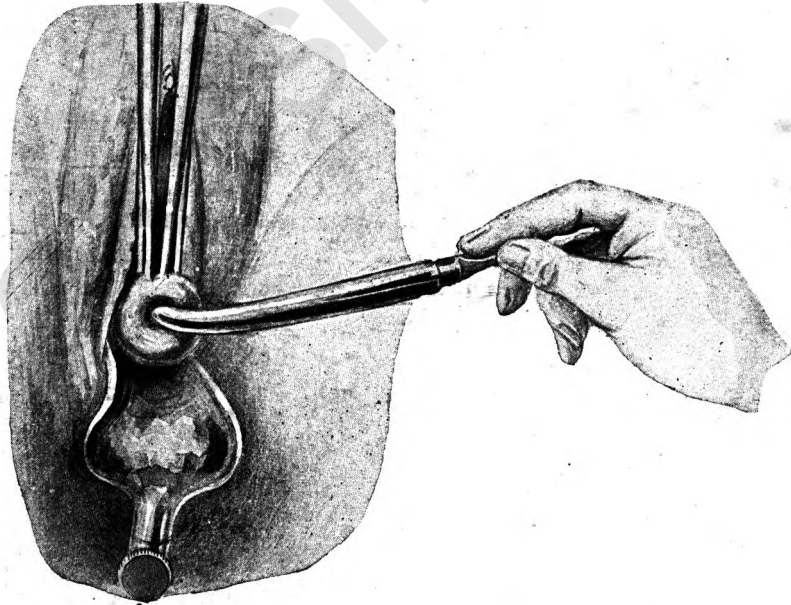


Рис. 57. Введение цилиндро-конического расширителя Collin'a в цервикальный канал матки.

полости матки в 8—10 сант. наблюдается одинаково как при фибромиомах матки, так и при новообразованиях яичников и дифференциально-диагностического значения не имеет, длина же более 10 сант. не зависит от опухолей яичников и сальпинго-оофоритов, более 13 сант.—делает диагноз кист широких связок маловероятным, а более 15 сант.—не зависит от межсвязочных кист.

Крассовский. Об исследовании матки при пом. зонда. В.-М. Ж. 1859.—Новицкий и Попов. К дифф. диагностике плотных опухолей матки и ее придатков. Г. Ботк. 1889.—Макшеев. Длина полости матки, как дифф.-диагн. признак при фибромиомах матки и новообразованиях яичников. Дисс. СПб. 1894.—Димант. Зонд для вправления матки. Ж. А. 1896.—Орлов. К вопросу о прободении стенки матки при зондировании и выскабливании ее полости. Р. Вр. 1904.—Какущк'и н. Эксп. наблюдения над прободаемостью мат. стенки. V Межд. С. Гин. Отч. Вр. Г. 1910.

Расширение цервикального канала. Хотя маточным зондом гинеколог и может обследовать полость матки и внутреннюю поверхность ее стенок, но результаты такого обследования не выдерживают никакого сравнения с теми, какие получаются при ощупывании маточной полости пальцем. Ввести даже один указательный палец внутрь матки, однако, в большинстве случаев бывает невозможно, вследствие узкости цервикального канала, без предварительного расширения последнего. Расширение это оказывается большею частью необходимым и для введения в полость матки кюретки для выскабливания, как с диагностическими, так и с терапевтическими целями, а равно и других инструментов. Наконец, само по себе расширение цервикального канала в некоторых случаях является лечебным приемом, устраняющим, напр., механическую дисменоррею и бесплодие. Немудрено, что в практике приходится очень часто прибегать к этому виду гинекологического вмешательства.

Достигнуть расширения цервикального канала можно различными способами, которые все обыкновенно делятся на две категории: методы кровавого расширения—с одной стороны и некровавого—с другой.

Среди способов кровавого расширения мы должны прежде всего упомянуть о разрезе наружного зева (*discisio orif. externi, hysterostomatia*). Находящая себе сравнительно широкое применение в акушерстве операция эта изредка применяется и в гинекологической практике—при тех же условиях, что и в акушерстве, т. е. когда шейка сглажена, внутренний зев раскрыт, и рождающийся, напр., субмукозный фиброид находится уже в цервикальном канале (см. рис. 21). Технически она состоит в радиальных надрезах наружного зева, производимых, в числе 2—4, ножницами. Когда надобность в расширенном состоянии наружного зева минует, напр., рождающийся полип будет удален, надрезы могут быть зашиты.

Менее значительного кровавого расширения наружного зева, при его стенозах, можно добиться, вырезывая из окружности его скальпелем небольшой треугольный кусочек; кровоточащая поверхность после этой маленькой операции прижигается термокаутером или каким-нибудь химическим прижигающим веществом.

Для кровавого расширения цервикального канала при несглаженной шейке Simpson'ом и др. предложены особые инструменты, известные под названием метротомов. Инструменты эти (рис. 51) пред-

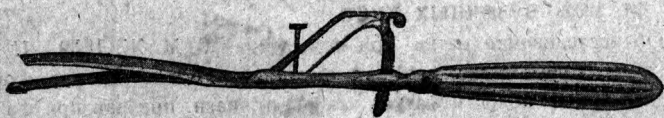


Рис. 51. Метротом Снегирева.

ставляют собою нечто вроде толстых маточных зондов, прямых или изогнутых, внутри которых скры-

ты один или два ножа с лезвиями, обращенными наружу. Для расширения шеечного канала метротом вводится в него со спрятанными ножами, затем оперирующий, надавливая на находящееся у рукоятки приспособление (пружину, винт), заставляет ножи (resp. нож) выйти наружу, причем их лезвия более или менее глубоко врезаются в стенку цервикального канала.

При помощи описанных инструментов расширение цервикального канала, однако, достигается лишь в незначительной степени, почему они и не употребляются в современной гинекологической практике. Современные гинекологи в тех случаях, где нужно проникнуть в полость матки с диагностическими или терапевтическими целями при несглаженной шейке, предпочитают, из кровавых способов, прибегать к операции по типу описываемого в курсах акушерства влагалищного кесарского сечения. Надрезав в поперечном направлении передний свод рукава, оперирующий пальцем отделяет пузырь от шейки, отслаивает затем брюшину, не вскрывая ее, от миометрия в области нижнего сегмента маточного тела (где брюшинный покров соединен с подлежащими слоями очень рыхло) и, наконец, защитив пузырь ложкообразным зеркалом (рис. 52), прямыми ножницами рассекает шейку и нижнюю часть тела в сагиттальном направлении. Этой частичной или внебрюшинной передней гистеротомии (*hysterotomia anterior partialis s. extraperitonealis*) обыкновенно бывает достаточно, чтобы ввести в *cavum uteri* палец для ощупывания, а равно удалить сидящие здесь небольшие полипы и т. п. Там, где описанного разреза окажется недостаточно, можно прибегнуть или к удлинению его до дна (рис. 53), причем, конечно, операция делается уже трансперитонеальной, или к аналогичному внебрюшинному же разрезу задней стенки шейки и нижнего сегмента (*hysterotomia posterior*).

Из некровавых способов расширения шеечного канала мы должны отметить: 1) расширение при помощи створчатых дилататоров, 2) расширение путем введения в матку палочек из разбухающих веществ и 3) расширение путем методического введения в цервикальный канал бужей возрастающей толщины. Надо при этом, оговориться, что почти все эти способы нередко являются некровавыми лишь от-

носителю,—при них сплошь и рядом наблюдаются надрывы стенок цервикального канала, сопровождающиеся кровотечениями, иногда весьма значительными.

Створчатые расширители (рис. 54), которых в гинекологии известно несколько моделей, представляют собою обычно металлические инструменты, состоящие из нескольких ветвей. Они вводятся в матку в сложенном виде, затем при помощи того или иного механизма ветви их раздвигаются и та-

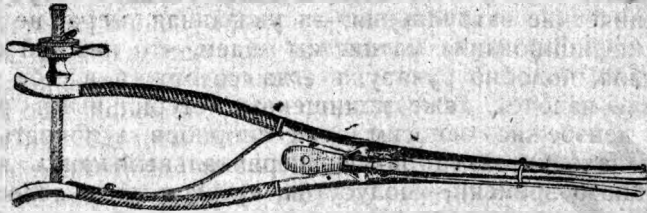


Рис. 54. Расширитель Sims'a.

ким образом растягивают стенку цервикального канала. Употребляются эти инструменты в настоящее время лишь немногими гинекологами, так как применение их требует предварительного расширения цервикального канала бужами и наркоза; кроме того, оно сопряжено с значительными разрывами шейки.

Большим распространением пользуется до сих пор применение, в целях расширения цервикального канала, палочек из разбухающих веществ. В различное время для этих целей были предложены палочки из стеблей морской водоросли *laminaria digitata*, из корня *tupelo*, из прессованной губки, из корня горечавки и пр. Вещество всех этих палочек отличается значительною порозностью и гигроскопичностью; оттого, если вставить их в цервикальный канал, то они впитывают жидкое отделимое маточной мукозы, разбухают и, увеличиваясь в толщину, постепенно расширяют просвет канала. Так как расширение это происходит сравнительно медленно, то оно не требует наркоза и не сопровождается надрывами стенок шейки, в чем и заключаются главные преимущества данного метода пред другими способами расширения цервикального канала, более быстрыми.

Наряду с этими достоинствами данному методу, однако, присущи и крупные недостатки, заставившие многих гинекологов совершенно отказаться от его применения. Вещество некоторых палочек, напр., приготовленных из корня горечавки, при разбухании их становится мягким, как тесто (Соловьев), что, конечно, не может на отразиться на расширяющем эффекте палочек в отрицательную сторону. Поверхность других палочек, напр., приготовляемых из корня *tupelo*, отличается неровностью, отчего палочки эти, разбухая, сильно травмируют стенку цервикального канала. Обратное извлечение разбухнувших палочек нередко сопряжено бывает с значительными трудностями и опять-таки травмой, а главное—палочки эти нельзя надежно стерилизовать, почему применение их часто ведет к инфекции полости матки. Обеспложивание кипячением в том виде, как мы обеспложиваем большинство применяемых в практике инструментов, конечно, представляет собою здесь полный *nonsense*, а попытки стерилизовать их сухим жаром ведут к тому, что палочки становятся хрупкими, лом-

кими. Лучшие результаты, повидимому, дает стерилизация палочек сухим жаром в запаянных трубках (Ляхницкий), но это слишком хлопотливо. Чтобы избежать инфекции, некоторые гинекологи, напр., у нас Шлезингер, предложили вводить палочки из разбухающих веществ в резиновых чехлах, наполненных какою-либо дезинфицирующей жидкостью; однако,—помимо того, что выполнение этого предложения при узком цервикальном канале встречает непреодолимые технические затруднения,—и указанная мера не гарантирует вполне от инфицирования матки: мы знаем, что нижний отдел цервикального канала, подобно рукаву, всегда содержит в себе микробов; при введении палочек, даже защищенных стерильными резиновыми чехлами, мы неизбежно заносим этих микробов в полость тела матки, а так как палочки закупоривают цервикальный канал в течение продолжительного времени,—полусуток, суток и даже более,—то не находящие себе оттока секреты маточных желез, скопляясь, образуют благоприятную среду для размножения занесенных микробов. В конце концов, напр., в своей практике совершенно отказался от применения разбухающих средств с целью расширения цервикального канала и никогда не имел повода сожалеть об этом.

Другие гинекологи, исходя из той мысли, что лишь при помощи разбираемого метода можно без глубоких надрывов достигнуть достаточного для введения пальца в *cavum uteri* расширения цервикального канала, удержали применение разбухающих палочек. При этом они почти исключительно пользуются палочками ламинарии, нередко комбинируя их применение с расширением бужами. Обеззараживают они эти палочки различным образом: одни предпочитают обрабатывать их антисептическими веществами, другие находят более надежную стерилизацию высокой t^0 , хотя последнее и гораздо более кропотливо. Так, Küstner, согласно старому предложению Schultze, рекомендует хранить палочки ламинарии в 10% эфирном растворе иодоформа или 1% спиртовом растворе сулемы, а перед самым употреблением опускать минуты на 2 в кипящий 5% карболовый или 1% сулемовый раствор. Menge и Opitz советуют сначала кипятить ламинарии в продолжение 1 часа, затем обезвоживать в спирте возрастающей крепости в течение суток, после чего на сутки же помещать их в абсолютный алкоголь, нагревать сухим жаром в стерилизаторе до 160°C. в течение 10 минут и, наконец, помещать в стерилизованные пробирки, заткнутые ватными пробками. Голочинов находит более выгодным комбинировать обеспложивание сухим жаром и обеззараживание антисептическими веществами, рекомендуя сначала подвергать палочки действию первого до 140°C. в течение одного часа, потом держать их в 5% спиртовом или эфирном растворе салициловой кислоты и, наконец, перед самым употреблением погружать палочку на несколько минут в 5% горячий раствор карболки.

В продаже палочки ламинарии имеются различной толщины, причем более тонкие обыкновенно бывают сплошные; а более толстые—полые. Один конец каждой палочки бывает снабжен обычно крепкой ниткой. Желая произвести расширение цервикального канала ламинариями, гинеколог укладывает большую на край стола, как для всяких рукавных операций, дезинфицирует ей вульву и рукав, раскрывает последний ложкообразными зеркалами, захватывает *portio vaginalis* 2 пулевыми щипцами и, промазав цервикальный канал иодной настойкой, определяет бужами величину его просвета. Выбрав затем ламинарию соответственной толщины, он смазывает ее поверхность

стерильным маслом или смесью вазелина с иодоформом и, захватив снабженный ниткою конец палочки корнцангом либо специальными щипцами, вводит ее в матку так, чтобы один конец ламинарии выступал внутрь полости маточного тела, а другой немного выдавался из наружного зева. Чтобы палочка не выскользнула наружу, она удерживается при помощи введенного в рукав ватного тампона, после чего больная переносится на постель и оставляется на 8—12 часов. За это время ламинария успевает разбухнуть приблизительно вдвое против первоначальной толщины. Затем ее вынимают, извлекая ее за нитку, или, если она не поддается при влечении за последнюю, то корнцангом (resp. щипцами) и заменяют более толстой. Двукратного применения палочек обыкновенно бывает достаточно, чтобы сделать цервикальный канал проходимым для указательного пальца.

После введения ламинарии многие авторы совершенно основательно рекомендуют строго следить за t^0 больной, измеряя ее через каждые 3 часа, причем, если она повысится до лихорадочных цифр, ламинарию надобно немедленно извлечь и промыть полость матки.

Хотя именно при употреблении ламинарий, разбухающих сравнительно медленно, растяжение стенок цервикального канала происходит весьма постепенно, однако и такое растяжение сопровождается иногда значительной болезненностью. Чтобы уменьшить последнюю, некоторые гинекологи советуют предварительно выдерживать палочки в растворах веществ, обладающих местным обезболивающим действием; так, BlondeI рекомендует в течение 8 дней держать их в насыщенном эфирном растворе ортоформа. Нередко наблюдается у больных после введения ламинарий и рвота.

Наиболее распространенным в настоящее время способом расширения цервикального канала у гинекологических больных является расширение его бужами или дилататорами. Последние бывают различной формы—цилиндрические, конические и цилиндрические с конически суживающимися концами; этот третий вид расширителей я считаю наилучшим. Далее, они бывают различной длины и делаются из различных материалов—гуттаперчи, целлулоида, стекла, металла. Гуттаперчевые и целлулоидные расширители представляют ту выгоду, что им можно, положив предварительно в горячую воду, придавать искривление, соответствующее искривлению матки в данном случае, между тем как металлические, напр., дилататоры, хотя и имеют несколько изогнутую форму, но этот изгиб у них является обыкновенно очень небольшим. За то гуттаперчевые расширители труднее стерилизовать,—для этого их надобно тщательно обтирать стерильной ватой, смоченной в спирте, растворе сулемы 1% и т. п., тогда как металлические дилататоры можно надежно обеззараживать кипячением. Последнее относится и к стеклянным расширителям, но они, особенно более тонкие из них, очень непрочны.

Цилиндрические расширители (рис. 55) обычно имеют на одном конце плоскую ручку для захватывания, на которой бывает помечен номер расширителя. Номер этот определяет в миллиметрах, диаметр расширителя, причем расширители



Рис. 55.
Расширитель
Негага из
твердого ка-
учука.

нисших номеров различаются друг от друга в толщину обыкновенно на $\frac{1}{2}$ -милл., а высших—на 1 милл. На цилиндро-конических расширителях (см. рис. 57) ставится обычно 2 номера: один определяет диаметр более тонкой части инструмента, другой—более толстой. Нам остается добавить, что расширители нисших №№, более тонкие, делаются обыкновенно сплошными, а высших номеров—нередко (это относится к стеклянным и металлическим расширителям) полыми.

В виду значительной болезненности расширения цервикального канала дилататорами, эта маленькая операция производится обыкновенно под наркозом, который впрочем можно заменить люмбальной анестезией или впрыскиваниями обезболивающих веществ в толщу стенок шейки. Нечего и говорить, что при выполнении ее должны быть, далее, строго соблюдаемы все правила асептики. Положение матки должно быть предварительно выяснено путем бимануальной пальпации. Кроме того, перед самым введением расширителей оно должно быть еще раз определено при помощи зондирования матки, которым одновременно устанавливается также степень проходимости цервикального канала.

Что касается техники самого расширения, то она очень проста: раскрыв рукав ложкообразными зеркалами и передав их держать помощникам, оперирующий захватывает переднюю губу р. vaginalis двумя пулевыми щипцами или одними щипцами *Muzeux* (рис. 56), берет

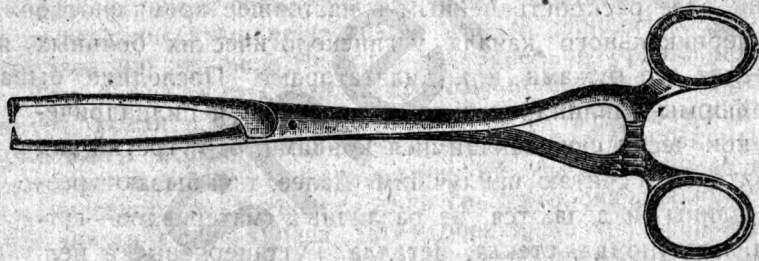


Рис. 56. Щипцы *Muzeux* с 3 зубцами.

их в левую руку и удерживает ими матку по возможности неподвижно, а правую берет за ручку дилататор, толщина которого соответствует величине просвета цервикального канала в данном случае, и вводит его через наружный зев (рис. 57). Держать расширитель при введении его надо так, чтобы изгиб его совпадал с изгибом матки у данной больной. Расположение пальцев держащей руки может быть различно: можно захватить ручку расширителя большим и указательным пальцами, а тыльной и отчасти боковой поверхностью среднего поддерживать его снизу, а можно держать его почти как писчее перо. Самое важное при этом,—чтобы рука держащего постоянно контролировала продвижение расширителя, и последний не мог внезапно сорваться. Вводить его следует настолько, чтобы наиболее толстая часть расширителя миновала внутренний зев, и конец его немного во-

шел в полость тела матки, но отнюдь ненастолько значительно, чтобы упираться в дно последней.

Введя расширитель, оперирующий держит его в цервикальном канале несколько секунд, затем извлекает обратно и таким же порядком вводит, последовательно, дальнейшие номера, пока канал не будет расширен достаточно для данной цели. Обыкновенно, чтобы подготовить его для последующего выскабливания, достаточно бывает расширить канал до 10-го или 12-го номера, но если имеется в виду произвести обследование полости матки пальцем,—расширение нужно доводить до 16-го, даже 18-го номера.

Как ни проста на первый взгляд разбираемая операция, однако и при ней возможны технические затруднения и нежелательные осложнения. При резкой, остроугольной антефлексии матки, которая нередко имеет место при инфантилизме, проведение первых номеров расширителей иногда оказывается крайне затруднительным, благодаря тому, что сравнительно мало изогнутый инструмент в месте перегиба матки упирается концом в ее заднюю стенку, не проникая в полость тела. Если употреблять при этом значительное насилие,—конец бужа может перфорировать маточную стенку, что мне и приходилось нераз наблюдать, при производстве расширения начинающими товарищами. Во избежание этого я рекомендую в подобных случаях сначала вводить в матку желобоватый зонд, изогнутый соответственно изгибу органа, и первые номера расширителей проводить концом по желобку зонда; так как матка при этом несколько распрямляется, то дальнейшие №№ обыкновенно проходят без труда.

Иногда, затем, проведение бужей встречает затруднения, благодаря складкам мукозы, нередко имеющимся, особенно при инфантильной матке, в области внутреннего зева. Наличие этих складок обыкновенно обнаруживается при предварительном зондировании матки. В тех случаях, где подобные складки есть, проведение расширителей через os internum требует от оперирующего особенной осторожности.

Нередко оказывается, что введение бужей до известного номера удается без особого труда, попытки же провести дальнейший номер расширителя оказываются безуспешными вследствие неподатливости стенок цервикального канала, обычно также в области внутреннего зева. В таких случаях не надо прибегать к чрезмерному насилию, а следует ввести опять предыдущий номер и поддержать его в матке более продолжительное время, после чего уже продолжать расширение.

Во многих случаях, наконец, введение расширителей более высоких номеров сопровождается кровотечениями, зависящими от надрывов шейки. По исследованиям Дмитровского, произведенным на трупах, лишь введение первых №№ расширителей, до № 9 включительно, не дает разрывов. Это-то обстоятельство и заставляет некоторых гинекологов до сих пор прибегать к ламинариям, а других—в случаях, где нужно добиться значительного расширения цервикального канала, предпочитать гистеротомию. Впрочем, если операция произведена строго-асептически, эти разрывы не сопровождаются обычно никакими вредными последствиями. Разумеется, опасность их будет тем меньше, чем медленнее производится расширение, и чем дольше каждый из расширителей оставляется в цервикальном канале.

Левкович. Применение стебля *laminariae dig.* в терапии ж. болезней. Пр. О. Р. В. 1864-5.—Сочава. О нов. способе приготовления пресе. губки для расширения канала шейки матки. М. В. 1868.—Кистер. Об опасностях, сопряж. с употреблением

сжатых губок, и о средствах к их избежанию. М. М. Г. 1872.—Бундель. О приготвл. сжатой губки. Совр. М. 1874.—Сочава. О нов. расширителе матки. Пр. Харьк. М. О. 1874.—Чудовский. Нов. усов. метод расширения, упогр. Нег а г'ом. М. В. 1879.—Соловьев. О бескр. расширении шейки матки поср. корня tупело. М. Об. 1880.—Тихомиров. О микроск. и микрох. свойствах корня tупело. Тр. М. Физ.-М. О. 1881.—Кистер. Иск. расширение шейки небер. матки. Там же.—Шлезингер. Об асепт. расширении матки. Р. Мед. 1885.—Крузенштерн. Пресс. губки Jungb üth'a и гуттап. трубки Шлезингера. Н. Б. 1886.—Ляхницкий. Нов. способ пригот. обеззар. палочек тупело. Пр. Киев. А. О. Вып. 3.—Губарев. Выбор. инструмента для быстр. расширения шейки матки. Ж. А. 1895.—Дмитровский. Механ. расширение матки на трупе. Дисс. СПб. 1895.

Пробное выскабливание и пробная эксцизия. Обследование полости матки пальцем требует сравнительно-значительного расширения цервикального канала, достигнуть которого у гинекологических больных не так-то легко; кроме того, путем простого ощупывания далеко не всегда возможно бывает определить характер локализирующихся внутри матки болезненных процессов. Вот почему в диагностике заболеваний, местом локализации которых является *савит uteri*, гораздо большее значение, чем пальпация, имеет пробное выскабливание: во-первых, чтобы ввести внутрь матки ложечку для выскабливания, требуется гораздо меньшее расширение канала шейки, чем для введения пальца,—совершенно доста-

точно, если мы расширим его до 10-го или 12-го номера расширителей, даже меньше; во-вторых, последующее микроскопическое исследование выскобленных кусочков позволяет гинекологу совершенно точно установить, с каким болезненным процессом он имеет дело.

Употребляемые гинекологами для выскабливания ложечки имеют различную величину и форму,—есть ложечки продолговатые (рис. 58) и круглые (рис. 59), со сплошным дном и окончатые или петлеобразные (рис. 60), с тупыми и острыми краями, с более массивными и более легкими рукоятками. Я предпочитаю при выскабливании матки вообще и при выскабливании с диагностическими целями в частности пользоваться двой-



Рис. 58. Острая двойная кюретка для выскабливания Pozzi.

Рис. 59. Острая круглая ложечка для выскабливания Simon'a.

Рис. 60. Двойная петлеобразная ложка для выскабливания Blake'a с острыми краями.

ной петлеобразной ложечкой с острыми краями вроде той, какая изображена на рис. 60.

Подобно всем другим формам оперативного вмешательства пробное выскабливание должно быть производимо с соблюдением строгих правил асептики. Обезболивания эта маленькая операция сама по себе не требует, но, если для введения ложки необходимо предварительное расширение цервикального канала, то лучше прибегнуть к таковому, чтобы результаты разбираемого метода были безупречны в смысле верности, никогда не следует ограничиваться выскабливанием одного какого-либо участка маточной стенки, а надо делать соскобы в различных местах ее, так как заболевания слизистой оболочки матки, не исключая и самых злокачественных, могут быть, особенно вначале своего развития, строго ограниченными. Напротив, отдельно выскабливать полость тела матки и цервикальный канал, как то советуют некоторые авторы, нет особенной нужды: при микроскопическом исследовании по характеру эпителия и без того всегда легко бывает установить, локализуется ли болезненный процесс в мукозе маточного тела, или шейки.

Надо иметь в виду, наконец, что, как и при зондировании матки, при выскабливании может в отдельных случаях иметь место перфорация маточной стенки, причем последствия ее здесь, конечно, являются более серьезными, чем при зондировании. Поэтому работать кюреткой в полости матки надо с большою осторожностью, особенно там, где есть основания предполагать такие заболевания, при которых прочность маточной стенки является нарушенной (распадающиеся раки, туберкулез и пр.).

Если судить по цитированным выше данным Орлова, то прободение маточной стенки ложкой при выскабливании встречается чаще, чем зондом: в собранном этим автором материале на 9 случаев прободения зондом пришлось 16 случаев прободения ложечкой. Большинство этих случаев падает на выскабливания по поводу выкидышей, но иногда прободение имеет место и при выскабливании небеременной матки.

Как и при зондировании, при выскабливании описаны случаи внезапного значительного изменения длины полости матки. У Хайкиса ложка для выскабливания проникала в матку то на 8—8½ сант., то на 13—14 сант: Марков наблюдал 4 аналогичных случая. Конечно, и здесь, как и в подобных же случаях, наблюдаемых при зондировании, возможно думать и о перфорации маточной стенки, и о проникании ложки в расширенную трубу, но по крайней мере для некоторых случаев здесь можно думать и о расслаблении неповрежденной маточной стенки. Точно истолковать механизм такого расслабления нелегко; возможно, что здесь играет роль чисто-механическое влияние введенных в матку инструментов,—или расширителей, или кюретки для выскабливания,—на нервный аппарат матки. Во всяком случае при подобном явлении вполне обоснован совет Маркова извлекать из матки все, введенные в нее, инструменты и не продолжать операции, пока орган опять стойко не сократится.

Сходный по идее с пробным выскабливанием метод гинекологического исследования представляет собою пробная эксцизия. Если в доступных глазу и осязанию частях женской половой сферы, на вульве, рукавной стенке, влагалищной части, наконец, иногда в цервикальном канале,—имеется язва или опухоль, природу которых нельзя определить путем осмотра и ощупывания, то надо вырезать из поверхности их небольшой кусочек и затем подвергнуть его микроскопическому исследованию. Особенно широкое применение имеет пробная эксцизия при начинающихся раках шейки, которые легко смещать без нее с доброкачественными гестр. воспалительными эрозиями. Маленькая операция эта обычно не требует ни общего наркоза, ни даже местного обезболивания. Кусочек ткани из дна подзрительной язвы или поверхности опухоли можно вырезать обыкновенным скальпелем. Для производства пробной эксцизии в амбулаторной практике весьма удобным является инструмент Schubert'a (рис. 61), которым я пользуюсь уже много лет, и который представляет собою окончатые щипцы с треугольными отверстиями, имеющими острые края; этими щипцами и выкусывается кусочек из той или другой губы влагалищной части, поверхности опухоли и пр.

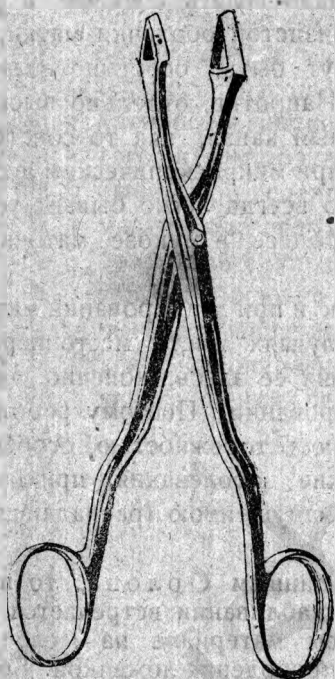


Рис. 61. Щипцы Schubert'a для пробной эксцизии.

Добытые путем пробного выскабливания и пробной эксцизии кусочки тканей фиксируются, уплотняются и заливаются для приготовления срезов, а последние окрашиваются—по тем правилам, какие излагаются в руководствах по микроскопической технике. Так как исследование, производимое с диагностическими целями, обыкновенно желательно бывает произвести возможно скорее, то из различных способов изготовления микроскопических препаратов здесь особенно уместными являются такие, которые не требуют продолжительного времени, будучи вместе с тем технически нетрудными и давая достаточно ясные для постановки диагноза картины. Подобные способы были в свое время описаны Lubarsch'em, Henke и Zeller'ом, Scholz'em и др. авторами.

По способу Lubarsch'a кусочки или после $\frac{1}{2}$ -часового фиксирования в формалине (1 ч. на 4—10 ч. дистиллированной воды) при 37° , или непосредственно, помещаются—лучше всего на вате—в абсолютный алкоголь, где и остаются в течение $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ч., причем алкоголь должен быть менеем minimum 2 раза. После этого кусочки пе-

реносятся в ксилол, которым обрабатываются до тех пор, пока не сделаются прозрачными; но и достигши прозрачности, они еще $\frac{1}{2}$ ч. выдерживаются в ксилоле, сменяемом однажды. Далее кусочки кладутся в расплавленный парафин, переменяемый также однажды, после пребывания в котором в течение $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ч. являются готовыми для заливки и изготовления срезов.

Непке и Zeller советуют для уплотнения пользоваться ацетоном, в котором кусочки, в зависимости от их величины, оставляются на $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ч., причем количество ацетона должно по объему раз в 25 превосходить объем кусочков. Из ацетона последние непосредственно переносятся в жидкий парафин с точкою плавления в 52 — 56° , где и остаются опять-таки от $\frac{1}{2}$ до $1\frac{1}{2}$ час. Впрочем и при этом способе кусочки не мешает предварительно фиксировать в формалине, а перед помещением в парафин обработать ксилолом, пока они не сделаются прозрачными.

Küstner особенно рекомендует для быстрой обработки кусочков, полученных при пробном выскабливании и пробной эксцизии, метод Scholz'a, при котором уплотнение производится также в ацетоне, но заключаются кусочки в целлоидин. Для этого их сначала держат в ацетоне, сменяемом один раз, в течение 1 — 2 ч. при 37° , потом перемещают в слабый раствор целлоидина, опять-таки на 1 — 2 ч. и при 40° в 37° , и, наконец, заключают в густой целлоидин, наливаемый на деревянные кубики, обрамленные закраиной из бумаги. Кубики высушиваются под стеклянным колоколом, куда поставлено блюдечко с хлороформом, до тех пор, пока целлоидин не примет плотности хрища (на что обыкновенно требуется 7 — 8 ч.).

Изготовленные по всем этим способам срезы могут быть окрашиваемы различным образом, причем я в своей практике пользуюсь обычно окраскою или гематоксилин-эозином, или по van-Gieson'y.

Соловьев. Каз. прободений матки при введении инструментов в ее полость. М. Об. 1892.—Смольский. О диагност. значении выскабливания полости матки. Г. Ботк. 1899.—Юрьян. Сл. рефлект. действия операц. травмы после выскабливания матки и пр. М. Об. 1900.—Розов. Каз. прободения матки при выскабливании. Вр. Г. 1905.—Скульский. 2 сл. прободения матки при выскабливании. Вр. Г. 1908.—Хайкис. Квопр. о релаксации леберем. матки. Вр. В. 1909.—Улезко-Строганова. Кр. курс микр. диагностики в гинекологии. СПб. 1912.—Пекарская. Микрохим. реакции окисления жив. тканей, как признак при распозн. злокач. новообр. в гинекологии. Р. Вр. 1913.—Марков. О внезапн. расслаблении матки при выскабливании. Изв. Ник. У. 1913.

Парацентез и пробная пункция. В прежнее время пункция через брюшные стенки (парацентез) играла большую роль в диагностике кистовидных опухолей брюшной полости, причем гинекологи стремились этим путем получить жидкое содержимое самих опухолей, дабы по его физическим свойствам и составу определить натуру последних. Современными гинекологами, однако, этот способ исследования почти совершенно оставлен, как приносящий больше вреда, чем пользы. Прежде всего по химическому составу жидкости, ее удельному весу и т. п. установить патолого-анатомическую природу опухолей и их клиническое значение не так-то легко: и доброкачественные кистомы, и высоко-злокачественные кистосаркомы и кистокарциномы могут

иметь совершенно одинаковое содержимое. По свойствам добытой при парацентезе жидкости мы не в состоянии даже определить, имеем-ли пред собою кистовидную опухоль или скопление жидкости в свободной брюшной полости, асцит: не говоря уже о том, что многие кисты и кистомы яичников и др. органов имеют серозное содержимое, которое трудно отличить от асцитической жидкости, даже наличие в полученной путем прокола жидкости такого вещества, как псевдомучин, одно время считавшийся характерным для железистых кистом яичника, не свидетельствует еще безошибочно о присутствии у данной больной железистой кистомы, так как мне неоднократно приходилось обнаруживать это вещество, путем реакции *Hammarstein's*, и в асцитической жидкости. Далее, при проколе опухоли через брюшные стенки можно поранить пробегающие в ее стенке кровеносные сосуды, а так как последние иногда достигают очень значительной толщины, напр., толщины пальца, то понятно, что повреждение их может повести к крайне опасному внутреннему кровотечению. Наконец, пункция опухоли в тех местах, где ее поверхность не срощена с брюшной стенкой, может повести к попаданию ее жидкого содержимого в полость брюшины; при инфицированном содержимом, напр., при нагноении яичниковых кистом, такое попадание может иметь своим последствием возникновение общего перитонита, при эхинококковых кистах—обсеменение брюшины эхинококками, при злокачественных опухолях—развитие на брюшине прививочных метастазов рака или саркомы, при железистых кистах с желеобразным содержимым—возникновение т. наз. ложного слизевика брюшины (*pseudomyxoma peritonei*).

Однако, встречаются в гинекологической практике и такие случаи, где парацентез, являясь сравнительно - безопасным, оказывает существенные услуги делу постановки диагноза и потому безусловно заслуживает применения. Весьма нередко исходящие из половой сферы новообразования (большею частью злокачественные) бывают осложнены настолько значительным асцитом, что последний делает совершенно невозможным прощупывание самой опухоли, а также определение ее исходного пункта, отношения к различным органам брюшной полости, возможности радикального удаления и пр. В подобных случаях является необходимым пунктировать—конечно не самую опухоль, а брюшную полость, чтобы выпустить асцитическую жидкость, после чего пальпаторная картина делается гораздо более ясною. Кроме того, и исследование самой жидкости, между прочим и с помощью микроскопа, дает некоторые ценные для диагноза указания: кровянистый характер ее и наличие в ней опухолевых клеток говорит, напр., за злокачественное поражение брюшины, присутствие желатинозных масс—за разрыв железистых кистом и пр.

Парацентез в таких случаях производится обыкновенно троакаром (рис. 62) среднего калибра, в сидячем положении больной, причем для прокола избирается такое место брюшной стенки, где нет опасности встретить какую-либо более или менее крупную артерию (а. epigastricam или одну из ее главных ветвей). Обычно в качестве такого места указывается точка посредине линии, соединяющей пупок со *spina ilium ant. sup. sinistra*. Пунктируя в этой точке, мы, кроме того, не рискуем проколоть кишки, так как кишечные петли всплывают выше. Впрочем, прежде чем вкалывать и здесь троакар, следует предварительно путем перкуссии убедиться, что в данном месте нет кишечных петель по близости брюшной стенки. Разумеется, операция парацентеза должна производиться вполне асептично,—троакар должен быть простерилизован путем кипячения, а место вкола его—дезинфицировано. Общего наркоза при этой операции не требуется, но не лишнюю является местная анестезия путем, напр., замораживания эфиром или хлорэтилом. Кроме того, при значительном асците у больных со слабым сердцем надо позаботиться, чтобы быстрое изменение внутрибрюшного давления, благодаря выпусканию большого количества асцитической жидкости, не отразилось дурно на сердечной деятельности; для этого у больных подобного рода выпускание асцитической жидкости надо производить медленно, с перерывами, а во время самого выпускания надо окружить верхнюю часть живота пациентки бинтом или просто полотенцем, которое стягивается по мере опорожнения брюшной полости; наконец, больным этого рода даются *reg os* или вводятся под кожу средства, возбуждающие сердечную деятельность. Во всяком случае у подобных больных во все время выпускания жидкости врач должен строго следить за состоянием пульса.

Пробная пункция в узком смысле этого слова производится в современной гинекологической практике обыкновенно через рукав, именно, в большинстве случаев через задний влагалищный свод. Как уже нераз упоминалось, задний *Douglas's*ов карман является излюбленным местом осумкованных жидких скоплений, причем для диагноза болезни важно бывает установить, какая именно жидкость образует скопление (кровь—при *haematocele retrouterina*, гнойный или серозный экссудат—при периметрите и пр.), а для выбора способа оперативного вмешательства—выяснить, содержит она инфекционные



Рис. 62. Троакар Olshausen'a.

Трубка *a* служит для оттока вытекающей по главному каналу троакара жидкости, для чего на нее надевается резиновая трубка, спускающаяся в таз или ведро.

начала, или нет, и, если содержит, то какие (если, напр., в скоплении находится гной с септическими микробами, то, оперируя большую *per laparotomiam*, гинеколог рискует потерять ее от септического перитонита, тогда как кольпотомия является в подобных случаях сравнительно безопасною формою оперативного вмешательства; при асептических жидких скоплениях или наличности в них маловирулентных микробов гинеколог вправе, напротив, решиться и на лапаротомию).

Пунктируются подобные скопления обыкновенно не троакаром, а шприцем типа *Pravatz'*евского шприца, лишь несколько более емким, чем обычно употребляемый для подкожных впрыскиваний шприц *Pravatz'a*, напр., 5-граммовым, и снабженным более толстою и длинною иглою. Приборы с более сильным аспирирующим действием являются большею частью излишними; впрочем нельзя отрицать, что такой аппарат, как придуманный *Склифосовским* (рис. 63) и представляющий комбинацию обыкновенного *Pravatz'*евского шприца с тонким троакаром, является особенно удобным для пробной пункции. Вкалывать иглу шприца лучше всего под контролем зрения, раскрыв рукав больной ложкообразными зеркалами, но предварительно надо наметить наиболее подходящее для пункции место путем ощупывания. Соблюдение правил асептики, конечно, и здесь должно быть проведено возможно строго. Вколотив иглу достаточно глубоко, обратным движением поршня насаживают в шприц небольшое количество жидкости, которая затем, в случае нужды, может быть подвергнута микроскопическому и бактериологическому исследованию.

Если жидкие скопления располагаются в боковых сводах рукава, то можно производить пробную пункцию и чрез эти последние, но в подобных случаях надо быть осторожным, чтобы не проколоть маточную артерию или мочеточник.

По наблюдениям *Какушкина* пробная пункция может служить не только диагностическим, но и терапевтическим целям, давая толчек к более быстрому рассасыванию тазовых скоплений и выпотов.

Сережников. К дифф. распознаванию эхинококка и др. меш. образований ж. п. сферы. Ж. А. 1894.—*Какушкин*. Из наблюдений над пробной пункцией таз. скоплений и выпотов. Ж. А. 1913.

Исследование выделений полового канала. Кроме жидкостей, получаемых путем пробной пункции, важное значение для диагностики гинекологических заболеваний имеет также исследование, — опять-таки главным образом микроскопическое, — и жидкостей, самопроизвольно выделяющихся из полового канала женщины. В своем месте нами уже



Рис. 63. Шприц-троакар *Склифосовского* для пробной пункции. Сбоку — стилет троакара.

было указано, что к числу наиболее частых жалоб у гинекологических больных относится жалоба на бели, являющиеся большею частью симптомом катарра матки. Для рациональной профилактики и терапии этой последней болезни недостаточно, однако, установить ее диагноз без дальнейших околичностей,—необходимо еще определить, какого именно происхождения эндометрит имеется у данной больной. Особенно важно бывает установить гонорройную натуру страдания, что безошибочнее всего достигается путем обнаружения в белях гонококков Neisser'a.

Установить наличие этих микробов при гонорройном эндометрите очень легко уже путем простого микроскопического исследования мазков из белей, взятых из цервикального канала, причем мазки могут быть окрашены любой анилиновой краской, напр., метиленовой синькой: гонококки хорошо воспринимают окраску всеми анилиновыми красками и легко могут быть узнаны по своей характерной форме булочек или кофейных зерен, расположенных попарно и обращенных друг к другу плоскими сторонами. Характерна и форма колоний гесп. групп гонококков, что зависит от присущей этим микробам склонности делиться, размножаясь, во взаимно перпендикулярных плоскостях. Лежат группы гонококков, на мазках, чаще в лейкоцитах (полинуклеарах), иногда, впрочем, и вне их. По Gram'у они обесцвечиваются.

Для более отчетливой дифференцировки гонококков мазки можно окрашивать различными сложными красками. Фон-Валь, напр., рекомендует для этого смесь аурамина и тионина. К 15 куб. сант. насыщенного спиртового раствора аурамина II (1:10) прибавляют 8—10 куб. сант. насыщенного же спиртового (1:20) раствора тионина, смесь взбалтывают и прибавляют 30 куб. сант. воды. Указанная смесь в 10—15 сек. окрашивает клеточные элементы в светлозеленый цвет, гонококки же получают при этом фиолетовую окраску. Весьма доволен я также картинами, которые получают при окраске мазков по Уппа-Раренгейт'у (метиловой зелени 0,15, пиронина 0,25, 96° спирта 2,5, глицерину 20,0, 0,5% карболового раствора 100,0; мазки окрашивают этою смесью 3—5 мин., затем стеклышки с ними ополаскиваются водой и высушиваются; гонококки выходят при такой окраске яркокрасными, ядра же лейкоцитов приобретают различные оттенки голубовато-зеленого и лилового цветов).

Подобным же образом открываются гонококки во влагалищном секрете—при гонорройном вагините, в гное, добываемом из уретры,—при гонорройном уретрите и пр.

Реже гинекологу приходится исследовать выделения женского полового канала на присутствие Косх'овских бацилл (лучше всего—путем окраски мазков карболовым фуксином по Ziehl-Neelsen'у), бледных спирохэт (проще всего—на мазках с тушью) и т. д.

Там, где матка выделяет незначительное количество секрета, можно прибегнуть к т. наз. пробному тампону Schultze. Из гигроскопической ваты свертывают плоский тампон, перевязывают его крест-

на-крест ниткой, пропитывают смесью из равных частей танина и глицерина и помещают, через зеркало, перед наружным маточным зевом, предварительно очистив последний ватными шариками. Через сутки тампон удаляется, причем у женщин, страдающих эндометритом, на нем оказывается скопление слизисто-гнойного секрета, который может быть подвергнут затем микроскопическому исследованию.

Фон-Валь. Новая смесь для окрашивания гонококков. Ж. Дерм. и Сиф. 1902.—
Фон-Валь. К вопросу о значении микр. и бакт. исследований выделений пол. органов на гонококки у женщин. Ж. А. 1907.—Грейфе. Диагностика перелоя у женщин. Ж. А. 1913.

Исследование x-лучами. Еще задолго до открытия Roentgen'овских лучей и введения рентгенодиагностики в медицину Лазаревич предложил использовать просвечивание в целях распознавания женских болезней. Метод, которому этот автор дал название „диафаскопии“, состоял в том, что в прямую кишку вводился толстостенный стеклянный пузырь, содержащий внутри петлю из платиновой проволоки, которая накаливалась проходившим чрез нее током от батареи из 6 гальванических элементов Вунсе'а. Конечно, просвечивание при таких условиях давало лишь крайне неясные картины органов и патологических образований, находившихся в брюшной полости.

С открытием и усовершенствованием рентгеноскопии и рентгенографии можно было думать, что и в гинекологии эти способы найдут столь же широкое поле применения, с диагностическими целями, какое они нашли в хирургии. Этого, однако, до сих пор не случилось, и причина тому совершенно понятна: с одной стороны гинеколог имеет в своем распоряжении целый ряд других, более простых методов исследования, которые позволяют ему в большинстве случаев совершенно точно поставить диагноз заболевания половой сферы у женщины; с другой—применение x-лучей требует сложного и дорогого инструментария, значительной технической подготовки для умелого обращения с ним и пр.

Исследование x-лучами с успехом могло бы быть применяемо, в гинекологической практике, в тех же случаях, где оно с такими блестящими результатами применяется хирургами, именно, для распознавания металлических инородных тел в тканях и органах. В подобных случаях рентгеноскопия и рентгенография дают чрезвычайно убедительные картины. Но такие случаи встречаются в гинекологической практике весьма редко.

Впрочем они все же попадают, причем правильная постановка диагноза в них крайне затрудняется, благодаря нежеланию больных, из чувства стыда, открыть врачу истинную причину болезни. Мне самому пришлось однажды удалить у молодой девушки из мочевого пузыря, чрез расширенную предварительно уретру, головную шпильку, сильно изогнутую и причинявшую больной невыносимые страдания (рис. 64). Несомненно, пациентка сама засунула туда шпильку, мастур-

бируя; тем не менее она как до операции, так и после извлечения шпильки упорно продолжала отрицать это.

Лазаревич. О просвечивании тканей организма (диафаноскопии). Отч. Вр. 1887.

Исследование мочевых органов. Так как мочевые органы у женщины, как и у мужчины, расположены в непосредственном соседстве с половыми частями, то, с одной стороны, страдания последних зачастую значительно отражаются на них, и по состоянию, напр., мочевого пузыря гинеколог может судить и о состоянии матки (характерным примером может служить рак маточной шейки); с другой стороны нередко одна и та же причина, напр., заражение гонорреей, одновременно вызывает заболевание и половых, и мочевых частей, почему больные и ищут у одного и того же врача помощи от тех и других болезней; наконец, иногда, в силу близкого соседства, заболевания мочевых органов могут приняты за заболевания половых частей и обратно. В виду всего этого гинекологу необходимо быть владеть и основными методами исследования мочевого аппарата.

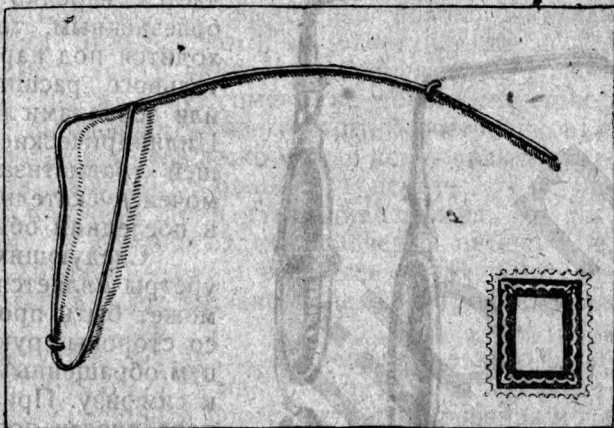


Рис. 64. Головная шпилька, извлеченная через уретру из мочевого пузыря у молодой девушки.

Среди способов исследования женской уретры упомянем прежде всего об осмотре наружного уретрального отверстия, который производится обыкновенно вместе с осмотром вульвы. Одновременно врач может, в некоторых случаях, без каких-либо особенных приспособлений осмотреть и слизистую оболочку ближайшего к *orificium externum* отрезка мочеиспускательного протока. Что касается осмотра более глубоких отделов последнего, то он совершается при помощи уретральных зеркал. Зеркала эти в общем устроены по тому же типу, как и влагалищные, только отличаются от последних гораздо меньшими размерами. Подобно влагалищным зеркалам они также бывают цилиндрические (рис. 65), створчатые (рис. 66) и ложкообразные (рис. 67). Для лучшего осмотра, при помощи их, внутренности уретры можно пользоваться

Рис. 65. Цилиндрическое зеркало Kelly для женской уретры с ручкою и obturatorом.



некоторых случаях, без каких-либо особенных приспособлений осмотреть и слизистую оболочку ближайшего к *orificium externum* отрезка мочеиспускательного протока. Что касается осмотра более глубоких отделов последнего, то он совершается при помощи уретральных зеркал. Зеркала эти в общем устроены по тому же типу, как и влагалищные, только отличаются от последних гораздо меньшими размерами. Подобно влагалищным зеркалам они также бывают цилиндрические (рис. 65), створчатые (рис. 66) и ложкообразные (рис. 67). Для лучшего осмотра, при помощи их, внутренности уретры можно пользоваться

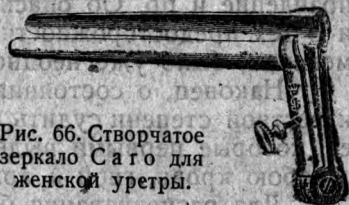


Рис. 66. Створчатое зеркало Саго для женской уретры.

освещением последней лобным рефлектором, в зеркалах же Отта для этого служит маленькая электрическая, лампочка, укрепляемая на самом зеркале. Кроме осмотра женской уретры, теми же зеркалами можно пользоваться и для обследования полости мочевого пузыря у

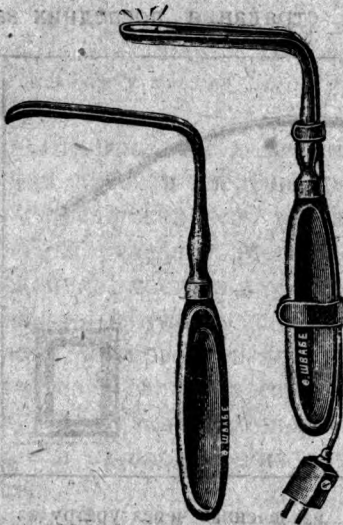


Рис. 67. Ложкообразные зеркала Отта для женской уретры (одно зеркало с электрической лампочкой).

женщины. Так как введение в уретру зеркал более крупного калибра сопровождается нередко надрывами и является болезненным, то производить его приходится под наркозом, после предварительного расширения уретры бужами или зеркалами же, но меньшего калибра. Цилиндрические зеркала, в видах меньшей травматизации слизистой оболочки мочеиспускательного протока, вводятся в последний обычно с обтураторами.

Следующим методом исследования уретры является пальпация, которая может быть производима, прежде всего, со стороны рукава указательным пальцем, обращенным ладонною поверхностью к симфизу. Прижимая уретру к задней поверхности последнего, мы можем определить ее чувствительность и утолщение ее стенок под влиянием тех или других патологических процессов, причем для более точного определения толщины обращенной к рукаву стенки уретры

лучше ощупывать ее одновременно с введением в уретральный канал металлического катетера. Кроме того, придавливая уретру к симфизу по направлению сзади наперед (resp. сверху книзу), мы можем иногда выдавить из нее гнойный секрет, который может затем быть подвергнут микроскопическому исследованию—главным образом на содержание в нем гонококков.

Иногда в практике приходится прибегать и к внутреннему ощупыванию уретры; для этого канал последней должен быть предварительно расширен такими же дилататорами, какие употребляются для расширения цервикального канала, а самое ощупывание, во избежание слишком большого растяжения стенок уретры и их надрывов, производится обыкновенно мизинцем.

Весьма распространенным в практике способом исследования уретры у женщин, как и у мужчин, является, далее, катетеризация. Вводя в мочеиспускательный проток металлический катетер той или другой толщины, мы определяем проходимость уретры, ее длину, направление и пр. Об опасностях, с которыми сопряжена катетеризация, и о тех предосторожностях, которые должны иметь место при ее применении, было уже неоднократно говорено выше.

Наконец, о состоянии уретры у женщины гинеколог может до известной степени судить по исследованию мочи, именно, тех порций ее, которые первыми выделяются после начала мочеиспускания, унося с собою кровь, гной и др. патологические секреты уретры.

Для распознавания болезней мочевого пузыря у женщин применяются в практике почти те же самые способы, какие сейчас были указаны для исследования уретры, и прежде всего—исследование

мочи, как химическое (определение реакции, наличия в моче белка, слизи etc.), так и в особенности микроскопическое (на содержание в моче гнойных телец, морфологических составных частей крови, микробов, клеток пузырного эпителия, опухолевых клеток и, наконец, кристаллов некоторых солей). Мочу для исследования лучше брать свежесобранную, притом через катетер,—дело в том, что, благодаря положению женской уретры, при естественном мочеиспускании у женщин к моче легко могут примешаться выделения полового канала (менструальная кровь, бели), примесь которых может ввести исследующего в обман. Надо иметь еще в виду, что обнаруженные в моче патологические составные части могут иметь не только пузырное происхождение, но также происходить из уретры, мочеточников и почек. Принадлежащие уретре примеси легко можно исключить, отбрасывая первые порции мочи, выводимые больной в начале мочеиспускания. Труднее отделить примеси, принадлежащие пузырю, от тех, которые поступают в мочу в верхних отделах мочевых путей, т. е. мочеточниках и почечных лоханках,—это достигается путем катетеризации мочеточников, о которой будет сказано ниже, когда пойдет речь о цистоскопии.

Химически моча исследуется обычно после предварительного фильтрования чрез пропускную бумагу, для микроскопического же исследования берется отстой, получающийся после центрифугирования мочи в пробирке; капля этого отстоя осторожно берется со дна пробирки пипеткой и затем или непосредственно рассматривается под микроскопом, или же из нее приготавливаются мазки, окрашиваемые различными способами.

Пальпаторно мочевой пузырь определяется обычно лишь тогда, когда он или переполнен мочей (причем переполненный пузырь иногда подают повод к диагностическим ошибкам, будучи принимаем за кисту яичника), или же когда стенки его утолщены под влиянием различных патологических процессов, а именно, гипертрофированы вследствие необходимости в течение долгого времени преодолевать какие-либо механические препятствия для оттока мочи (*Arbeitshypertrophie* немецких авторов), или инфильтрированы воспалительными продуктами, или, наконец, утолщены вследствие развития в них новообразований. Производится наружная пальпация пузыря или чрез брюшные стенки, или бимануально, со стороны брюшных стенок и одновременно со стороны рукава.

При некоторых заболеваниях, локализирующихся внутри пузыря, выступает нужда прибегать и к внутренней его пальпации, требующей значительного расширения уретры дилататорами или цилиндрическими зеркалами. Так как расширение это, однако, по своей болезненности требует наркоза, сопровождается надрывами уретральных стенок и нередко ведет за собою, хотя и временно, недержание мочи, то врачи и применяют данной способ исследования лишь очень неохотно, в большинстве случаев или довольствуясь ощупыванием внутренней поверхности пузырных стенок катетером, или заменяя пальпацию осмотром.

Осмотр внутренности пузыря может быть выполнен при помощи тех же зеркал, которые употребляются для уретры. Необходимость значительного расширения последней и здесь является существенным недостатком способа; кроме того при помощи зеркал трудно осмотреть всю внутреннюю поверхность пузырных стенок. Отсюда—то решитель-

ное предпочтение, какое современные гинекологи и урологи² оказывают пред зеркалами цистоскопу.

Цистоскоп (рис. 68) представляет собою инструмент в виде толстого металлического катетера с небольшим изгибом на конце. Изо-



Рис. 69. Исследование цистоскопом мочевого пузыря у женщины.

гнутый конец его снабжен электрической лампочкой, питаемой током от аккумулятора, или от сети уличного освещения, причем, конечно, в последнем случае ток должен предварительно проходить через реостат. Лампочка через особое оконце освещает внутренность пузыря. По близости от этого оконца находится другое, поступающие в которое лучи, отражаясь от расположенной здесь зеркальной призмы, отбрасываются по длинной оси катетера, проходя через ряд чечевиц, увеличивающих изображение, и воспринимаются глазом наблюдателя через отверстие в противоположном конце инструмента.

Благодаря своей незначительной, по сравнению с зеркалами, толщине, цистоскоп может быть, особенно у женщины, без особой болезненности введен в пузырь через уретру, а главное,—поле зрения здесь оказывается гораздо больше, чем при употреблении зеркал, почему этим инструментом сравнительно легко бывает осмотреть всю внутренность пузыря. Но за то ему присущи и свои невыгоды: прежде всего некоторые модели цистоскопа дают не прямые, а обратные изображения; кроме того рассматриваемые в цистоскоп объекты представляются то большей, то меньшей величины в зависимости оттого, на каком расстоянии они находятся от конца инструмента. В результате при цистоскопии получаются сильно искаженные изображения, и нужен известный навык, чтобы разобратся в представляющихся глазу картинах, особенно же—в пространственных отношениях.

Техника цистоскопии (рис. 69) в основных своих чертах довольно проста. Для исследования служит комната, которая может быть затем-

Рис. 68. Цистоскоп Nitze.

няема. Уложив больную на столе или кресле,—в случае надобности при помощи ногодержателя,—в том положении, в каком производится, напр., исследование ложкообразными зеркалами, исследующий наполняет пузырь 120—150 губ. сант. 1% борного раствора и затем вводит цистоскоп—или без всякого обезболивания, или, в случае чувствительности уретры, после предварительного введения в нее шприцем 1—2 куб. сант. 2% раствора кокаина. Если в пузыре имеется значительное количество осадков, делающих борный раствор слишком мутным, то прежде, чем приступать к цистоскопии, надо удалить их путем промывания пузыря.

Когда цистоскоп введен, при выключенном токе,—комната, где производится исследование, затемняется, исследователь пускает ток, раскаливая лампочку, и, приставив глаз к отверстию в наружном конце инструмента, устанавливает внутренний конец последнего в надлежащем расстоянии от стенки пузыря. Затем, поворачивая этот конец в разные стороны и одновременно то вводя, то выводя цистоскоп, наблюдатель осматривает, участок за участком, всю внутреннюю поверхность пузырной стенки.

Несмотря на кажущуюся простоту описанных сейчас приемов, необходим, повторяем, долговременный навык, чтобы быстро разбираться в представляющихся наблюдателю картинах. Поэтому начинающим, которые желают овладеть данным методом, рекомендуется сначала известное время упражняться в цистоскопии на особых фантомах. Особенной сноровки, вырабатываемой продолжительным упражнением, требуют такие внутрипузырные манипуляции, производимые под контролем цистоскопа, как катетеризация мочеточников и почечных лоханок, удаление опухолей пузырной стенки и т. п., причем для них существуют особые модели цистоскопов, снабженные соответствующими приспособлениями (рис. 70).

Путем катетеризации мочеточников мы можем надежнее всего судить об их проходимости и работе. Кроме того о работе мочеточников мы можем судить при помощи т. наз. хромоцистоскопии: больной даются рег ос какие-либо красящие вещества, выделяющиеся с мочей (индиго-кармин и пр.); осматривая после того устье каждого мочеточника при помощи цистоскопа, исследующий может определить, поступают-ли струйки окрашенной мочи из того или другого мочеточника в прозрачную жидкость, которою наполнен пузырь перед введением цистоскопа, или нет.

Вводя, далее, катетеры в почечные лоханки, исследующий может определить их размеры (другими словами—установить наличность или отсутствие гидро—и пионефроза), диагноциро-

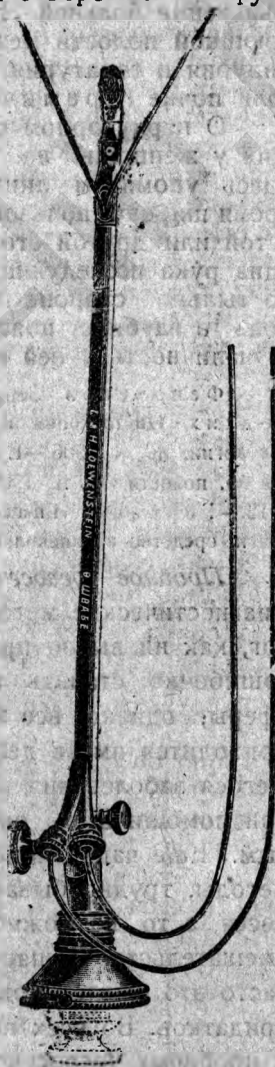


Рис. 70. Цистоскоп с приспособлениями для катетеризации мочеточников.

вать присутствие в них почечных камней и пр., а собирая вытекающую через катетеры мочу и подвергая ее химическому и бактериологическому исследованию, может по результатам его судить и о состоянии самих почек, притом каждой в отдельности. В большинстве случаев, встречающихся в практике, заболевания почек могут быть, впрочем, распознаны и путем исследования мочи, полученной обычным способом.

Из других методов исследования почек, к которым приходится прибегать и гинекологу, упомянем о пальпации этих органов. Последняя производится обычно в лежачем положении больной на спине, причем одна рука исследующего приподнимает почечную область со стороны спины, другая же ощупывает почку через переднюю брюшную стенку. Для определения смещения почек (*ren ambulans*) удобнее бывает, однако, прощупывать их в стоячем, несколько наклоненном впереди положении больной. Если после пальпации подозрительной опухоли брюшной полости между двумя руками у пациентки появятся альбуминурия и гематурия, то этот факт говорит за принадлежность опухоли почке (Еремич).

О перкуторном отличии почечных опухолей от опухолей, исходящих у женщины из половой сферы, нами было уже сказано выше. Здесь упомянем лишь о том способе перкуссии, которым в свое время широко пользовался Пастернацкий: на поясничную область, с той или другой стороны от позвоночника, накладывается ладонь одна рука исследующего, кулаком же другой руки последний ударяет по тыльной стороне первой; если больная испытывает при этом тупую боль в глубине поясницы, то это говорит, по Пастернацкому, за наличность у ней пиелита.

Феноменов. Зеркало для исслед. полости моч. пузыря. Пр. О. Р. В. 1884-5.— Редлих. Цистоскопия и зондирование мочеточников, как методы исследования в гинекологии. Ж. А. 1906.—Еремич. Об одном признаке для отл. распознавания опухолей бр. полости. Ж. А. 1909.—Брандт. О прим. цистоскопии в гинекологии. Тер. Об. 1912.—Горвиц и Ипатов. Цистоскопия и катетеризация мочеточников, как вспом. диагн. средство в гинекологии. Ж. А. 1913.

Пробное чревосечение. Как ни многочисленны и совершенны те диагностические методы, которыми располагает современный гинеколог, как ни высок процент случаев, где при помощи их удается безошибочно ставить точный диагноз заболеваний женской половой сферы, однако все же и в современной гинекологической практике приходится иметь дело со случаями, где точное распознавание имеющегося заболевания внутренних частей женского полового аппарата при помощи всех, описанных выше, методов оказывается невозможным. Еще чаще попадают в практику случаи, где, применяя эти методы, трудно бывает выяснить—не самую натуру болезненного процесса, а то, возможно-ли у данной больной радикальное оперативное вмешательство с шансами на стойкое излечение, или нет. Особенно часто это бывает при злокачественных новообразованиях матки и ее придатков. Во всех подобных случаях гинекологу остается прибегнуть к пробному чревосечению.

Последнее может быть выполняемо, в зависимости от индивидуальных особенностей каждого данного случая, или чрез рукав (*col-*

potomia probatoria), или чрез брюшные стенки (laparotomia probatoria). Производить его следует по тем же правилам, какие ниже будут указаны для чревосечений, предпринимаемых с лечебною целью,—только разрез при нем бывает, в общем, менее длинным, чем при лечебном чревосечении (при лапаротомии, производимой с диагностическими целями, иногда можно бывает, напр., ограничиться брюшностеночным разрезом всего около 2 поп. пальцев длиною). Само собою разумеется, что при благоприятных условиях,—если, напр., при пробном разрезе выяснится, что существующая у больной опухоль может быть удалена радикально,—пробное чревосечение может и должно немедленно перейти в лечебное, причем, в соответствии с новыми задачами операции, длина разреза увеличивается.

В исключительных случаях и пробное чревосечение не позволяет гинекологу поставить правильное распознавание. Даже более того—иногда не только во все время операции и по окончании ее, но и после всестороннего не только макро,—но и микроскопического исследования удаленных оперативным путем патологических образований нельзя бывает точно установить, какой болезненный процесс имел место в данном случае. Мне пришлось в свое время наблюдать, совместно с проф. Поповым, и описать в печати один именно такой случай,—случай, в котором не только *in operatione*, но и после вскрытия оперированной (умершей вскоре после операции) и всестороннего исследования как удаленной опухоли, так и всех половых частей пациентки осталось неясным, имела здесь место киста яичника, или бурчатый перитонит без всякой кисты.

Корецкий. К вопросу о пробном разрезе бр. покровов для диагн. целей. Вр. 1880.—Снегирев. О пробном разрезе бр. стенок. М. Об. 1887.—Груздев. Бурчатая киста яичника или осумкованный брюшинный выпот? Вр. 1899.

Другие методы исследования, применяемые в гинекологии. В новейшее время, с успехами инфекционной патологии, в медицинскую практику был введен, как известно, целый ряд новых диагностических методов, основанных на определении биологических реакций больного организма. Нашли себе применение эти методы и при гинекологических заболеваниях, именно, для распознавания воспалительных процессов вообще и разных инфекционных форм их в частности, а также некоторых новообразований, особенно раков женской половой сферы.

Из числа таких методов упомянем прежде всего об определении лейкоцитоза и опсонинового показателя по Wright'у. Вайнштейн, изучив эти методы, нашел, что они представляют большую ценность в распознавании воспалительных заболеваний половой сферы у женщин. Лейкоцитоз, определяемый обыкновенным сосчитыванием белых кровяных телец, позволяет судить о степени и силе воспаления, его распространенности и до известной степени—о локализации воспаления; опсонинового показателя, определяемый измерением фагоцитарной силы лейкоцитов по Wright'у, указывает на присутствие или отсутствие воспалительного процесса в организме и этиологию его, а также дает возможность судить о целесообразности тех или других лечебных приемов и выбрать время для оперативного вмешательства. При септических воспалениях обычно имеет место высокий гиперлейкоци-

тоз, при гонорройных—резкого гиперлейкоцитоза, наоборот, не бывает, при бугорчатых—лейкоцитоз также бывает выражен слабо. Определение опсонинового индекса оказывает особенные услуги в случаях инкапсулированных гнойников, где лейкоцитоз остается нормальным,—именно, сильное понижение индекса указывает в подобных случаях на присутствие гноя.

Штернберг в деле распознавания гонорреи, однако, не советует пользоваться определением опсонинового индекса по Wright'y, придавая за то известное диагностическое значение реакции отклонения комплемента Bordet и Gengou, рекомендованной для распознавания гонорреи у женщин Дембской. После впрыскивания 0,3—0,6 гонококковой вакцины этот автор получал у зараженных гонорреей женщин характерную очаговую реакцию,—набухание пораженных тканей, размягчение их и уменьшение болезненности, а у некоторых больных—и преждевременное появление регул. Очаговую реакцию, вместе с понижением t^0 на 0,7⁰, получал и Фронштейн, применивший впрыскивание гонококковой вакцины с диагностической целью в 30 сомнительных случаях гонорреи у женщин, причем у 14 больных он мог обнаружить в появившихся или усилившихся выделениях гонококков, которые ранее здесь не определялись. Попытки Дмитриева диагностировать гоноррею при помощи кожной реакции дали, напротив, во всех случаях отрицательный результат.

Для распознавания бугорчатки женской половой сферы Михин испробовал, у 35 женщин, офталморезакцию по способу Calmetta, но пришел к заключению, что она не может считаться абсолютным показателем присутствия или отсутствия туберкулеза в организме, а имеет значение лишь вспомогательного метода.

Больше всего различных биологических реакций предложено для распознавания рака в организме. Висковский насчитывает 7 таких реакций, относя сюда: 1) анафилактическую реакцию Pfeiffer'a и Fisterer'a (в брюшную полость морской свинки вводится 4 куб. сант. сыворотки крови исследуемого больного и через 2 суток—такое же количество ракового сока; если у больного рак, то получается реакция с резким падением t^0); 2) изогемолитическую реакцию Elsberg'a (под кожу исследуемому больному вводится 5 капель 20% эмульсии нормальных красных кровяных телец человека; при наличии рака, благодаря имеющимся в крови изогемолитинам, через 3—12 ч. на месте впрыскивания развиваются припухлость, краснота и болезненность); 3) реакцию отклонения комплемента (наилучшим антигеном при которой является, по Dungenp'u, вытяжка из красных кровяных телец человека); 4) антириптическую реакцию Brieger'a и Trebing'a (основана на повышении антириптической силы сыворотки крови у раковых больных); 5) метостагминовую реакцию (при смешении сыворотки от исследуемого больного с соответственным антигеном, напр., со спиртовой вытяжкой из раковой опухоли, происходит изменение поверхностного натяжения, определяемое сталагмометром Traube); 6) реакцию Freund'a и Kaminer'a (основана на том, что нормальная сыворотка растворяет раковые клетки, сыворотка же раковых больных—нет); 7) наконец, подробно разобранную нами при изложении основ акушерства реакцию Abderhalden'a. На основании литературных данных Висковский признает реакции Pfeiffer'a и Fisterer'a, Elsberg'a и Freund'a и Kaminer'a—неспецифичными, антириптическую реакцию—довольно постоянною, но также неспе-

цифичною, реакции же отклонения комплемента и мейостагминовую— дающими положительный результат в значительном большинстве случаев. Что касается реакции Abderhalden'a, то, по заключениям автора, основанным, между прочим, и на личных его наблюдениях, сыворотка раковых больных расщепляет ткань рака и лишь в небольшом проценте случаев—и ткань последа, что Висковский склонен объяснять недостатками техники; равным образом и сыворотка больных с фибромиомами матки расщепляет ткань фибромиом.

К перечисленным методам исследования рака можно присоединить определение щелочности крови, которая, по наблюдениям Пекарской, у раковых больных бывает сильно понижена.

В общем, оценивая все эти методы, можно думать, что в дальнейшем, при разработке их техники, они, может быть, и получат более широкое распространение в практике, до известной степени заменив собою более старые методы исследования; в настоящее время, однако, они представляют более научный, чем практический, интерес и заслуживают применения лишь в сомнительных случаях, в качестве вспомогательных способов. По крайней мере это можно сказать о применении данных способов в области гинекологии.

• Дембская. К вопр. о серодиагностике и вакцинотерапии при гинек. перелое. Нов. М. 1910.—Вайнштейн. Сравн. распозн. и предск. значение лейкоцитоза и определения опсонин. показателя при нек. заболеваниях ж. пол. органов. Р. Вр. 1910.—Штернберг. Вакцинодиагностика перелоя у женщин. Нов. М. 1911.—Михин. Метод Calmetta в акуш. и гинекологии. Ж. А. 1912.—Дмитриев. Кожная реакция при перелое. Вр. Г. 1913.—Пекарская. Скрытая (потенц.) щелочность крови и ее колебания у гин. больных при опред. ее прибором Engel'я. Р. Вр. 1913.—Висковский. Значение реакции Abderhalden'a в распознавании опухолей ж. пол. сферы. Ж. А. 1915.

II. Общая патология заболеваний женской половой сферы.

В настоящем отделе нашего труда мы рассмотрим различные болезненные процессы, имеющие место в женской половой сфере, со стороны главным образом их этиологии и патогенеза, а также их анатомического субстрата, локализации и значения для организма,—рассмотрим постольку, поскольку они не ограничиваются каким-либо одним органом, а охватывают или весь половой аппарат женщины, или целые его отделы. Прежде всего, однако, мы коснемся здесь вопроса о частоте заболеваний половых частей у женщины и об их классификации.

Федоров. Введение в курс ж. болезней и кратк. очерк совр. состояния учения об этиологии заболеваний ж. пол. органов. Варш. Ун. Изв. 1892.—Никифоров. Очерк пат. гистологии гин. заболеваний. М. 1899.—Гурдиновский. Краткий курс патол. гистологии ж. пол. сферы. СПб. 1910.

Чистота гинекологических заболеваний и их классификация. Играя громадную роль в жизни женского организма и физиологически подвергаясь, время от времени, крайне резким изменениям, половые части женщины чрезвычайно часто подвергаются различным заболеваниям. Статистические данные вскрытий женских трупов свидетельствуют, что лишь у меньшинства женщин,—по Wippskel'ю всего у 14% общего числа,—половая сфера оказывается совершенно нормальною в анатомическом смысле слова, у всех же остальных здесь можно найти те или другие отклонения от анатомической нормы. Счастые еще, что далеко не во всех случаях указанные отклонения делают женщину больною в собственном смысле слова, т. е. сопровождаются более или менее тягостными припадками. За то, с другой стороны, встречается немало и таких женщин, которые страдают различными растройствами со стороны половой сферы, тогда как анатомически последняя представляется, повидимому, совершенно нормальной,—по крайней мере применяемыми в гинекологии методами исследования мы не можем открыть в ней никаких отклонений от анатомической нормы. Весьма вероятно, что в целом ряде подобных заболеваний последние имеют для себя в половых органах и соответствующий патолого-анатомический субстрат, но только не открываемый нашими,

сравнительно грубыми, методами исследования, в других же случаях причина этих заболеваний кроется в изменениях не самих половых частей, а других органов, иногда весьма отдаленных от половой сферы.

Так или иначе, во всяком случае обстоятельство это дает право авторам почти всех руководств по гинекологии выделять особую группу т. наз. функциональных заболеваний, куда относятся обыкновенно дисменоррея, меноррагии, бесплодие и пр. Как мы, однако, уже видели, в большинстве случаев расстройства эти являются лишь симптомами различных заболеваний, локализирующихся как в половой сфере, так и вне ее, но не самостоятельными болезнями, почему мы и сочли более правильным говорить об них при разборе симптоматологии гинекологических заболеваний. За исключением этих расстройств почти все остальные заболевания женской половой сферы могут быть, по их патолого-анатомической натуре и отчасти по происхождению, уложены в пять рубрик, а именно: 1) пороки развития, 2) воспалительные процессы, 3) новообразования, 4) аномалии положения и, наконец, 5) травматические повреждения различных частей женского полового аппарата.

Надо оговориться, впрочем, что строго провести эту классификацию и по отношению к целым группам гинекологических заболеваний, и особенно по отношению к отдельным конкретным случаям, встречающимся в практике,—не так-то легко. Некоторые заболевания представляют собою переход от одной из названных групп к другой, напр., сактосальпинксы—переход от воспаления к новообразованиям. Принадлежащие к различным группам аномалии, далее, чрезвычайно часто сопутствуют друг другу, напр., инфантилизм, принадлежащий к группе пороков развития, очень нередко сопровождается патологической антефлексией и ретроверзией матки, воспалительные процессы в маточных придатках обыкновенно ведут за собою смещения матки и т. д., причем в большинстве случаев подобные комбинации являются не случайными, но одно заболевание бывает непосредственно причиною другого. Этим обстоятельством объясняется, почему у различных авторов мы встречаем противоречивые указания на относительную частоту гинекологических заболеваний, принадлежащих к отдельным группам: Winckel, напр., указывает, что самыми частыми болезнями женской половой сферы являются аномалии положения матки, тогда как другие гинекологи, и гораздо более основательно, думают, что чаще всего у гинекологических больных имеют место воспалительные заболевания половой сферы.

А. Пороки развития женского полового аппарата.

Название пороков развития обыкновенно усваивается тем анатомическим аномалиям, которые получают свое начало еще во время утробной жизни. По отношению к порокам развития женской половой сферы это определение может быть принято лишь с значительною оговоркой. Как известно, половые части женщины получают свою окончательную анатомическую физиономию лишь на втором десятилетии внеутробной жизни, и то состояние их, которое для малолетней девочки является нормальным, у взрослой женщины может быть рас-

сма­три­ва­е­мо, как по­рок раз­ви­тия. На­и­бо­лее ча­сто встре­чаю­щий­ся в прак­ти­ке по­рок раз­ви­тия жен­ско­го по­ло­во­го ап­па­ра­та, ин­фан­ти­лизм, при ко­то­ром по­ло­вые ча­сти взрос­лой жен­щи­ны со­хра­ня­ют дет­ский тип, при­над­ле­жит имен­но к та­кой ка­те­го­рии, хо­тя, весь­ма ве­ро­ят­но, при­чи­ны его и ко­рен­я­т­ся—по край­ней ме­ре ино­гда—в зародышевой жи­зни, в при­ро­жен­ном недорави­тии фол­ли­ку­ляр­но­го ап­па­ра­та яич­ни­ков.

Точ­ные эм­бри­оло­гиче­ские на­блю­де­ния сви­де­тель­ст­вую­ют, что на­руж­ный и внут­рен­ний от­де­лы жен­ско­го по­ло­во­го ап­па­ра­та раз­ви­ва­ют­ся не­за­ви­си­мо друг от дру­га, из раз­лич­ных ча­стей те­ла зародыша: на­руж­ные по­ло­вые ча­сти—в­ме­сте, по­ви­ди­мо­му, с ниж­ней тре­тью­ю ру­ка­ва—раз­ви­ва­ют­ся из ко­ж­ных по­кро­вов ниж­ней ча­сти ту­ло­ви­ща эм­бри­она и мо­че­по­ло­вой па­зу­хи, внут­рен­ние же—из Wolffo­вых тел, при­чем сре­ди внут­рен­них ча­стей вла­га­ли­ще, мат­ка и тру­бы с од­ной сто­ро­ны и яич­ни­ки—с дру­гой раз­ви­ва­ют­ся не из од­них и тех же от­де­лов Wolffo­вых тел,—то­гда как пер­вые об­ра­зуют­ся из Müller'o­вых хо­дов, ис­точ­ни­ком раз­ви­тия вто­рых слу­жат ме­ди­аль­ные уча­ст­ки пер­вич­ных поч­ек с зародышевым эпи­те­ли­ем. От­сю­да по­нят­но, по­че­му у жен­щин пороки раз­ви­тия вуль­вы не­ред­ко встре­ча­ют­ся обо­соб­лен­но от по­роч­но­го раз­ви­тия внут­рен­них по­ло­вых ча­стей и об­рат­но (хо­тя, ко­неч­но, мо­гут встре­чать­ся и со­в­мест­но),—по­че­му, да­лее, пороки раз­ви­тия вла­га­ли­ща об­ыч­но ком­би­ни­ру­ют­ся с поро­ка­ми раз­ви­тия мат­ки, и по­че­му, при по­роч­ном раз­ви­тии ру­ка­ва, мат­ки и тру­б, яич­ни­ки мо­гут быть сфор­ми­ро­ва­ны со­вер­шен­но нор­маль­но.

С анатомической точки зрения пороки раз­ви­тия как на­руж­ных так и внут­рен­них по­ло­вых ча­стей жен­щи­ны мо­гут быть раз­де­ле­ны,—пра­в­да, с извест­ной на­тяж­кой,—на имею­щие ко­личес­вен­ный ха­рак­тер и ка­чественные. К пер­вой ка­те­го­рии мо­гут быть от­не­се­ны раз­лич­ные сте­пени или недорави­тия их, до пол­но­го от­сут­ствия вклю­чи­тель­но, или, на­об­о­рот, гипертрофии; ко вто­рой от­но­сят­ся из поро­ков раз­ви­тия на­руж­ных по­ло­вых ча­стей эпи­спа­дия, или по­роч­ное раз­ви­тие верх­ней стен­ки мо­че­ис­пус­ка­тель­но­го про­то­ка и вы­ше­ле­жа­щих ча­стей, гипо­спа­дия, или по­роч­ное раз­ви­тие ниж­ней его стен­ки и ниж­ле­жа­щих ча­стей, лож­ный гермафродитизм, или та­кое со­сто­я­ние на­руж­ных по­ло­вых ча­стей, при ко­то­ром по­след­ние ста­но­вят­ся по­хо­жи­ми на муж­ские, и пр., из поро­ков же раз­ви­тия внут­рен­них по­ло­вых ча­стей—пре­иму­щес­вен­но раз­дво­е­ния и ат­ре­зии по­ло­во­го ка­на­ла. На­доб­но за­метить при этом, что не­ред­ко аномалии раз­ви­тия обо­их ука­зан­ных ка­те­го­рий встре­ча­ют­ся со­в­мест­но; так, напр., при раз­дво­е­ниях мат­ки ча­сто од­на из по­ло­вин по­след­ней бы­ва­ет раз­ви­та нор­маль­но, дру­гая же ока­зы­ва­ет­ся рудиментарною.

Эт­но­ло­гия поро­ков раз­ви­тия пред­став­ляет во­об­ще не­ма­ло тем­но­го. В част­но­сти это мож­но ска­зать и о поро­ках раз­ви­тия жен­ско­го по­ло­во­го ап­па­ра­та. Во вся­ком слу­чае на­след­ствен­ность в тес­ном смы­сле

этого слова, т. е. передача предрасположения к уродствам чрез посредство половых клеток родителей, здесь не играет такой важной роли, какую она, повидимому, играет в этиологии уродств других органов,—по той простой причине, что некоторые пороки развития половой сферы исключают для женщин самую возможность быть матерью, а уродства половых органов отца вряд-ли могут передаваться дочерям уже в силу разницы полов. Наследственность, по всей вероятности, играет важную этиологическую роль преимущественно в происхождении таких пороков развития женской половой сферы, которые имеют расовый характер („готтентотский передник“, гипертрофия клитора у абиссинок и пр.).

В возникновении пороков развития количественного характера, очень вероятно, важную этиологическую роль играют условия питания организма больной вообще и половых органов ее в частности, притом не только во время эмбриональной, но и внеутробной жизни. Прямые наблюдения показывают, что, напр., инфантилизм очень часто имеет место у женщин с плохим общим питанием и недостаточным развитием всего организма, особенно же скелета, сердечно-сосудистой системы и пр. По современным научным взглядам весьма большое значение в происхождении пороков развития именно этой категории должны играть также нарушения внутренней секреции, стоящие в свою очередь в связи с анатомическими неправильностями различных эндокринных желез. Мы знаем, напр., что яичники выделяют гормон, от которого непосредственно зависит кровоснабжение и питание матки, а также, вероятно, и других половых органов женщины,—что недостаточное отделение этого гормона ведет к атрофии их, избыточное же, наоборот,—к гипертрофии. Весьма вероятно, что именно недостаточная внутренне-секреторная работа яичников, зависящая от недоразвития их фолликулярного аппарата, и лежит в основе столь часто встречающегося в практике инфантилизма. Другие эндокринные железы действуют в данном направлении—одни так же, как и яичники, другие—противоположно последним. К числу таких желез принадлежит, в утробной жизни, и плацента. Изучая совместно с Werth'ом историю развития матки, я мог установить, что в первые годы внеутробной жизни развитие этого органа не только не прогрессирует по сравнению с концом утробной жизни, но, напротив, как будто делает шаг назад; возможно, что это должно быть об'яснено выпадением внутренне-секторной деятельности последа, хотя, с другой стороны, именно указанным выпадением об'ясняют и маточные кровотечения у новорожденных, т. е. думают, что плацента тормозит кровоснабжение матки у плода.

Уже давно,—еще со времен Jeoffroy St-Hilaire'a,—в науке утвердился взгляд, что в генезе пороков развития вообще первостепенную роль играют чисто-механические моменты. Справедливость

этого взгляда подтверждается и по отношению к порокам развития женских половых частей, именно, порокам развития качественного характера. Чисто-механическими моментами вероятнее всего будет объяснять происхождение—из пороков развития наружных половых частей эяиспадии и гипоспадии, из пороков же развития внутренних частей—различных форм раздвоения полового канала.

Как известно, матка и влагалище (две верхних трети его) возникают у зародыша путем слияния первоначально обособленных Müller'овых ходов. Если какие-либо механические моменты воспрепятствуют этому слиянию, то результатом и могут быть более или менее значительные раздвоения или матки, или рукава, или той и другого вместе. В качестве таких моментов одни авторы особенно выдвигают наличие той брюшинной складки, которая при раздвоениях женского полового канала нередко идет в сагиттальном направлении от прямой кишки к мочевому пузырю (lig vesico-rectale) и эмбриологически может быть рассматриваема, как остаток allantois, другие—короткость Hunter'овских связок, третьи—переполнение мочевого пузыря и прямой кишки в утробной жизни, четвертые—анормально-значительное развитие Wolff'овых тел, их длительную персистенцию и чрезмерно-латеральное положение и пр.

Pick, обратив внимание на развитие фибромиом в перегородке раздвоенных маток, высказал предположение, не служат-ли зачатки фибромиом, существующие еще в зародышевой жизни, помехой для полного слияния Müller'овых ходов. В пользу такого взгляда наиболее говорят случаи развития в перегородке раздвоенной матки аденомиом, которым со времени появления в свет известной работы Rescklinghause'n'a особенно охотно приписывают эмбриональное происхождение. Такие случаи, впрочем, наблюдаются нечасто. Один из них в свое время был оперирован мною и описан в печати Чукаловым (рис. 71).

В происхождении других пороков развития качественного характера, имеющих важное практическое значение, именно, атрезий полового канала, большую роль играют, повидимому, воспалительные процессы, притом имеющие место не только во время эмбриональной, но и во внеутробной жизни.

Принадлежащее главным образом Nage'l'ю мнение, что большинство атрезий полового канала у женщин возникает уже во внеутробной жизни, под влиянием воспалительных процессов, лично мне кажется вполне обоснованным. Наиболее веским возражением против него является следующее: оперируя случаи атрезий, напр., рукава, зачастую не находят в том месте, где должны находиться остатки этого органа, никаких следов их; на первый взгляд кажется невероятным, чтобы, под влиянием воспаления, вполне сформировавшийся рукав, уже во внеутробной жизни, мог исчезнуть бесследно. Однако de facto это так. Мне пришлось однажды оперировать случай, где атрезия рукава у взрослой женщины несомненно произошла всего за несколько месяцев до операции, во время наступившей беременности,—и тем не менее, разрезав то место, где должен был находиться зарощенный рукав, я не нашел не только остатков его, но и более или менее выраженного рубца.

Возникая под влиянием различных причин, пороки развития женских половых частей неодинаковым образом сказываются на состоянии организма женщины и, стало быть, имеют различное клиническое значение—в зависимости, прежде всего, оттого, где они имеют место,—в наружном или внутреннем отделе полового аппарата.

Значение уродств наружных половых частей сводится главным образом к тому, что они безобразят женщину, делают для нее невозможную нормальную половую жизнь, а иногда,—как то зачастую бывает при ложном гермафродитизме (рис. 72),—подают повод к ошибкам в определении пола. Опасности для здоровья, а тем более—для самой жизни субъекта они с собой не несут, не сопровождаются большею частью и тягостными расстройствами; если последние иногда и бывают,—укажем, в виде примеров, на недержание мочи при эписпадии, недержание кала при *atresia ani vulvaris* и пр.,—то тут виноваты не неправильности развития наружных половых частей сами по себе, а сопутствующие им пороки развития мочевого и кишечного аппаратов.

Совершенно иное следует сказать о пороках развития внутренних половых частей женщины, по крайней мере некоторых. Отсутствие матки при наличности яичников может вести к таким жестоким *polimina menstrualia*, что для устранения их приходится иногда прибегать к кастрации. Атрезии рукава и цервикального канала помимо того, что иногда делают для женщины невозможную половую жизнь, ведут, вследствие задержания менструальной крови в лежащих выше места атрезии отделах полового канала, к развитию гематокольпоса (рис. 73), гематометры и гематосальпинксов (рис. 74), а эти кровяные опухоли, достигая весьма значительной величины, могут уже чисто-механически вызывать у женщины тяжелые расстройства, при разрыве же гематосальпинксов может возникать опасность для самой жизни больной. Еще большими опасностями грозят женщине раздвоения полового канала, когда один из рогов двойной матки является рудиментарным, снабженным притом замкнутою полостью, и когда этот замкнутый рудиментарный рог послужит местом развития беременности,—в подобных случаях женщине грозят те же опасности, какие присущи внематочной беременности. Вследствие этого при пороках развития внутренних половых частей гинекологам приходится нередко прибегать к наиболее тяжелым и рискованным формам оперативного вмешательства.

Серединский. Два сл. полного отсутствия ж. пол. аппарата. Ежен. 1901.—Гершун. Два сл. полного отсутствия ж. пол. аппарата. Ibid.—Новиков. Поводы к опер. вмешательству при пороках развития вн. женск. пол. органов. Вр. Г. 1907.—Гершун. Каз. пороков развития ж. пол. органов в связи с вопросом о расторжении брака. Ш С. Р. А.—Груздев. Полная атрезия рукава во вр. беременности. Пр. В. 1910.—Чукалов. *Adenomyoma uteri bicornis bicollis*. Сб. Грузд.

Б. Воспалительные процессы в половой сфере женщины.

Выше было указано, что среди всех гинекологических болезней заболевания воспалительного характера занимают, по частоте, первое

место. Это положение, однако, является справедливым лишь при том условии, если иметь в виду, как то и делали старые авторы, клиническую картину болезней женской половой сферы, но не их патолого-анатомическую сущность. Клинически воспалительные заболевания характеризуются теми пятью, доступными непосредственному наблюдению, признаками, которые известны врачам еще со времен Cels'a и Gale'n'a: это—краснота (rubor), припухлость (tumor), боль (dolor), жар (calor) и нарушение отправления (functio laesa). Но все эти же симптомы могут иметь место и при заболеваниях, в основе которых лежит, напр., гиперэмия,—активная или даже пассивная. Не зная точно патолого-гистологической стороны дела и руководясь исключительно клиническими признаками или, самое большее, данными макроскопической анатомии, старые гинекологи относили и эти последние болезни к разряду воспалительных, хотя, как свидетельствуют новейшие микроскопические исследования, при них нельзя бывает обнаружить тех тканевых изменений, которые со времен Conheim'a считаются столь характерными для воспаления,—мы разумеем выходжение лейкоцитов из сосудов и прогрессивные изменения элементов мезодермы.

Одним из наиболее ярких примеров подобных заболеваний является т. наз. хронический гиперпластический (resp. железистый, или, еще иначе,—паренхиматозный) эндометрит. Клинически выражаясь, как и настоящий эндометрит, главным образом белями (зависящими от гиперсекреции мукозы) и маточными кровотечениями (преимущественно типа меноррагий), анатомически он характеризуется теми же изменениями, какие и физиологически имеют место в эндометрии в предменструальном периоде: микроскопически мы наблюдаем при нем значительное утолщение маточной мукозы, микроскопически (рис. 75)—гипертрофию желез, переполнение сосудов кровью, отек стромы и пр. Вся разница лишь в том, что физиологически указанные изменения наблюдаются в эндометрии лишь временно, в предменструальном периоде, сменяясь потом процессами обратного развития, а при т. наз. гиперпластическом эндометрите они существуют стационарно, ибо причины, вызывающие гиперэмию мукозы, не выступают, как в норме, периодически, а действуют постоянно. Понятно, поэтому, что называть подобное заболевание воспалением эндометрия, эндометритом, мы, строго говоря, не вправе, и некоторые из современных авторов не без основания предлагают заменить это название другим, именно выражением „хроническая гиперплазия эндометрия“.

Вторым наглядным примером подобного рода является т. наз. хронический метрит. Со времен Scanzoni под этим названием гинекологи разумеют чрезвычайно часто встречающееся в практике заболевание матки, при котором больные жалуются обыкновенно на боли в нижней части живота и крестце, чувство тяжести в тазу, бели и

меноррагии, бимануальное же исследование обнаруживает, что матка умеренно увеличена, имеет более плотную, чем нормально, консистенцию, и тело ее, вследствие увеличения передне-заднего диаметра, представляется шаровидным; на разрезе оказывается, что увеличение матки зависит от более или менее значительного утолщения ее стенок; указанные изменения иногда ограничиваются лишь телом матки, иногда—шейкой, иногда же распространяются на весь орган. Гистологические картины при т. наз. хроническом метрите оказываются различными: иногда,—в тех именно случаях, где заболевание возникло на почве инфекции,—микроскоп обнаруживает в миометрии типичные воспалительные изменения (клеточную инфильтрацию мышечных пластов, последовательное развитие соединительной ткани и пр.), иногда же,—у тех больных, где заболевание развивается при ретрофлексии и опущении матки,—гистологические изменения сводятся к пассивной гиперемии и отеку тканей (в стенках маточного тела—при ретрофлексии, в шейке—при опущении и выпадении матки), а иногда,—где т. наз. хронический метрит возникает на почве порочного обратного развития матки после родов и выкидышей,—к гипертрофии и гиперплазии мышечных клеток; то же самое имеет место и в случаях, где „метритические“ изменения матки развиваются при субмукозных фиброидах, слизистых полипах и пр., и где в основе процесса лежит т. наз. гипертрофия от работы (*Arbeitshypertrophie* немецких авторов), вследствие длительных сокращений мускулатуры матки, стремящейся вытолкнуть из своей полости полипозную опухоль. Для всех подобных случаев многие из современных авторов опять таки с полным основанием рекомендуют совершенно отказаться от термина „метрит“, заменив его термином „хроническая метропатия“.

Аналогичные заболевания, клинически дающие картину, похожую на картину воспалительных процессов, но не имеющие под собою собственного воспаления патолого-анатомического субстрата, наблюдаются и в других органах женской половой сферы, особенно в яичниках. Таким заболеванием является, напр., допускаемый одними авторами и отрицаемый другими т. наз. паренхиматозный оофорит, гистологические изменения при котором сводятся к дегенерации эпителиальных элементов фолликулов. Таково же т. наз. мелкокистовидное перерождение яичников [рис. 76], при котором последние клинически представляются, подобно воспаленным, увеличенным и болезненным, нередко наблюдаются у больных и сопутствующие настоящему оофориту маточные кровотечения, но не бывает неизменного спутника настоящего оофорита—воспаления окружающей брюшины (*perioophoritis*), а при микроскопическом исследовании мы констатируем отсутствие воспалительной инфильтрации стромы при наличии массы мелких кист, от горошины до вишни и более величиною, в корковом слое яичника и резкого гиалинового перерождения артериальных сосудов—в мозговом слое.

Заболевания эти, повторяем, не могут быть относимы к числу воспалительных, если строго иметь в виду патолого-гистологическую их основу. Однако с чисто-практической точки зрения это не лишено известных удобств: наблюдаемые при них расстройства зачастую таковы же, как и при настоящих хронических воспалениях; больные органы при тех и других дают, при исследовании, одинаковую картину; те и другие заболевания нередко находятся между собою в известной этиологической связи; наконец, и терапия при тех и других является нередко одинаковою. В виду всего этого мы и считаем возможным, по примеру старых гинекологов, не выделять указанных болезней из группы воспалительных заболеваний женской половой сферы.

Раз мы расширим указанным образом понятие о воспалительных заболеваниях женской половой сферы, то этиология и патогенез их окажутся весьма разнообразными. В этом отношении все заболевания воспалительного характера могут быть разделены прежде всего на две группы: 1) заболевания микробного происхождения и 2) заболевания, в возникновении которых играют главную этиологическую роль трофические моменты. Каждая из этих групп может быть, затем, подразделена на целый ряд подгрупп соответственно особенностям отдельных этиологических моментов. Не вдаваясь пока в перечисление этих подгрупп и вместе—в более подробный разбор этиологии воспалительных болезней женского полового аппарата, сделаем лишь краткое замечание относительно значения последних для организма женщины.

Как установлено Мечниковым, воспаление с биологической точки зрения можно рассматривать, как реакцию живых тканей, имеющую своею целью защиту организма от различных вредных воздействий. Являясь нередко спасительною для организма, реакция эта имеет и свои невыгодные стороны. В частности последнее можно сказать и о воспалениях, имеющих место в половой сфере женщины: не говоря уже о том, что такие, свойственные воспалению, припадки, как боль, причиняют больным сильные, иногда прямо нестерпимые страдания,—образующиеся нередко при воспалениях гнойные скопления в трубах, яичниках и пр. могут служить источниками смертельной опасности для самой жизни больных; далее, на воспалительной почве у женщины могут развиваться более или менее об'емистые образования, имеющие характер опухолей, а иногда воспалительные изменения способствуют возникновению в половой сфере и настоящих новообразований, притом даже злокачественных, напр., рака матки; на этой же почве очень часто возникают стенозы и атрезии полового канала, смещения матки и другие анатомические неправильности различных органов половой сферы, существенно отражающиеся на функциях последней, напр., на менструации, родовой деятельности и т. д. Вследствие этого не только причины, вызывающие воспаление, но и воспалительные изменения сами по себе должны быть об'ектом терапевтического вмешательства со стороны гинеколога.

а) Микробные воспаления женских половых частей.

Микробы могут вызывать воспалительную реакцию в тканях женского полового аппарата различным образом: прежде всего уже самое присутствие и размножение их в этих тканях, или инфекция последних, ведет к воспалительной реакции, а затем, несомненно, и поступление в ткани не самих микроорганизмов, но вырабатываемых ими токсических продуктов, интоксикация тканей, может вызывать такую реакцию; наконец, зачастую воспаление является результатом и обоих указанных моментов, т. е. и инфекции и интоксикации.

Как сами микробы, так и вырабатываемые ими продукты могут поступать в половые части женщины, при воспалительных заболеваниях их, различными путями. Очень часто патогенные микроорганизмы первично поступают в половой канал женщины при половых сношениях (как то бывает с гонококками), а также при внутреннем исследовании женщин, при оперативных манипуляциях в половом канале (как это бывает с гноеродными кокками) и пр.. Иногда, затем, они могут быть заносимы в ткани женского полового аппарата из других органов, в том числе и очень отдаленных, по кровеносной системе (так бывает, напр., при бугорчатке и др. заразных болезнях, причем, повидимому, этот способ возникновения воспалительных заболеваний в женской половой сфере, метастатический в тесном смысле слова, играет гораздо более значительную роль в патогенезе женских болезней, чем это думают обыкновенно). Нередко, далее, они переходят в принадлежащие женской половой сфере части из соседних органов, напр., из прямой кишки, червеобразного отростка, брюшины и т. п., *per continuitatem*, причем в таком переходе их важную,—но, прибавим, не единственную,—роль играют лимфатические пути; не мешает иметь в виду, что этим путем воспалительные заболевания женской половой сферы могут возникать под влиянием таких микробов, которые в органах, служащих исходными их пунктами, иногда и не проявляют себя в качестве болезнетворных (кишечная палочка при т. наз. *perimetritis posterior Schultze*). Наконец, воспалительные заболевания одних отделов женского полового канала могут быть результатом перемещения микробов из других отделов его, напр., из матки микроорганизмы (укажем, в виде примера, на палочки бугорчатки) могут вместе с маточным секретом поступать в рукав, вызывая заболевание последнего, и, наоборот, из вульвы или рукава микробы могут переходить или быть переносимы в выше лежащие отделы полового канала. При этом опять-таки в органах, являющихся исходными пунктами инфекции, если они более защищены, микробы могут не вызывать никаких болезненных процессов, тогда как в органах, куда они переходят, они могут вести к серьезным заболеваниям: типичным примером такого рода являются уже разобранные нами в курсе акушерства

пуэрперальные заболевания в тесном смысле слова, возникающие путем т. наз. самозаражения.

Вызывающие воспалительную реакцию продукты жизнедеятельности микробов и вообще вырабатываемые последними токсины могут опять-таки или первично образоваться в самом половом канале женщины (гнилостный яд при сепсисе, гонотоксин при гоноррее), или заноситься сюда из других мест организма. Именно этим последним способом возникают, вернее всего, воспалительные заболевания женской половой сферы, наблюдающиеся при холере и др. острых инфекционных болезнях.

Конечно, при острых инфекционных заболеваниях вырабатываемые возбудителями их ядовитые вещества циркулируют во всем организме, но воспалительная реакция проявляется далеко не во всех частях последнего, а преимущественно там, где вещества эти скопляются в наибольшем количестве. А скопляются они главным образом в тех органах, которые заведуют выделением этих ядов. Некоторые отделы полового аппарата у женщин, повидимому, как раз выполняют такую экскреторную функцию; особенно следует это сказать относительно матки и, в частности, слизистой ее оболочки; естественно, что *mucosa uteri* и обнаруживает при острых инфекционных болезнях, напр., при холере, резко воспалительную реакцию.

Из всех воспалительных заболеваний женского полового аппарата, имеющих микробное происхождение, наичаще встречаются и потому имеют наиболее важное практическое значение—гоноррея, сепсис, сифилис, бугорчатка и отчасти дифтерия, почему мы и остановимся здесь более подробно на патологии названных процессов, поскольку последние не ограничиваются каким-либо одним органом, но охватывают всю половую сферу женщины.

Гоноррея. По своей распространенности и значению для женского организма гоноррея занимает бесспорно одно из первых мест среди гинекологических заболеваний вообще и воспалительных заболеваний женской половой сферы в частности.

Бурштейн, подвергнув микроскопическому и бактериологическому исследованию выделения полового канала у 246 гинекологических больных, в 17% мог микроскопически обнаружить наличие гонорреи, т. е. доказать присутствие в выделениях гонококков, а в 16%—установить это бактериологически. Если добавить, что в застарелых случаях несомненной гонорреи у женщин и микроскопическое, и бактериологическое исследование на гонококки очень часто дает отрицательный результат, то распространенность этой болезни у женщин станет еще более очевидной.

Такая частота гонорреи у женщин зависит оттого, что причина ее—триппер у мужчин—является в наше время одною из распространеннейших болезней. Можно смело утверждать, что огромное большинство современных мужчин, особенно в городском населении, хоть раз в жизни, в молодые годы, имело эту болезнь. Хуже всего, при этом, то, что даже в интеллигентной среде смотрят на триппер, как

на болезнь невинную, о которой даже принято говорить не иначе, как с насмешкой. И действительно, на первый взгляд это кажется именно так: гонорройный уретрит у мужчины лишь вначале причиняет больному известные страдания, а затем—после непродолжительного лечения, а иногда и без всякого лечения—болезнь проходит, повидимому, совершенно,—мужчина чувствует себя вполне здоровым, и лишь временами покальвание в уретре и т. наз. *goutte militaire* напоминают ему о перенесенной болезни. На самом деле, однако, в очень большом проценте случаев болезнь вовсе не проходит, а лишь переходит из явной формы в скрытую, причем возбудители ее, гонококки, могут в течение многих лет оставаться в недоступных уголках задней части уретры (*urethritis posterior*), сохраняя свою вирулентность.

Подобная персистенция раз перенесенной гонорреи, по Noeggerath'у имеет место у 90% мужчин. Если этот процент в настоящее время и признается слишком преувеличенным, во всяком случае и по современным взглядам на вещи персистенция раз полученного мужчиною триппера встречается весьма часто. Чувствуя себя вполне здоровым и не подозревая, что он носит в себе зародыши болезни, мужчина со спокойною совестью вступает в брак, иногда даже с санкции врача и—при первых же половых сношениях заражает свою жену, причем у последней эта яко-бы невинная болезнь сплошь и рядом вызывает резкие патологические изменения во всем половом аппарате, навсегда лишая женщину счастья быть матерью и делая ее страдальцею на всю жизнь.

Возбудителем гонорреи у женщин, как и триппера у мужчин, является, как известно, гонококк (рис. 77), открытый Neisser'ом в 1879 г.

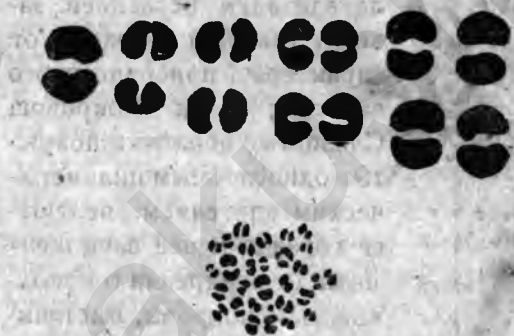


Рис. 77. Гонококки (по В и шп'у)

Вверху изображены гонококки при большом увеличении и способ их деления, внизу—типичная колония этих микробов, при меньшем увеличении.

Жидкости эти немедленно после их получения без всякой предварительной стерилизации разливаются по стерильным пробиркам, которые закупориваются стерильными ватными пробками, и в этом виде могут сохраняться годами. Для получения разведений они смешиваются в равных частях с агаром, смесь разливается по чашечкам Petri и выдерживается в термостате при $t^{\circ} 37^{\circ}\text{--}38^{\circ} \text{C}$.

Каковы морфологические особенности этого микроба и его колоний, а также его отношение к краскам,—об этом нами уже было сказано выше, при изложении основ гинекологической диагностики. Здесь добавим лишь, что он не растет на обыкновенных средах (желатине, агаре и пр.),—питательные среды для разведений этого микроба требуют особых примесей: кровяной сыворотки, асцитической жид-

Попадая в живые ткани, гонококки размножаются здесь, вызывая в тканях реактивное воспаление, сопровождающееся обычно значительным отделением гноя. Воспалительная реакция вызывается при этом не только присутствием гонококков и их размножением, но и действием вырабатываемого ими ядовитого вещества—гонотоксина. В замкнутых полостях, напр., в каналах зарощенных Fallopi'евых труб гонококки могут погибать, но вырабатываемый ими гонотоксин, оставаясь здесь, может долго еще поддерживать воспаление. Без нового доступа живых гонококков, однако, в конце концов и гонотоксин разрушается, и вместе с тем прекращается воспалительная реакция.

В половые пути женщины гонококк Neisser'a обыкновенно попадает при половых сношениях. Не так редко заражение гонореей происходит впрочем и внеполовым путем, благодаря употреблению для очистки наружных половых частей загрязненных трипперным гноем губок, полотенец и т. п. Обычно такой способ заражения имеет место у малолетних девочек, принадлежащих к семьям, в которых имеются страдающие свежей гонореей женщины или мужчины.

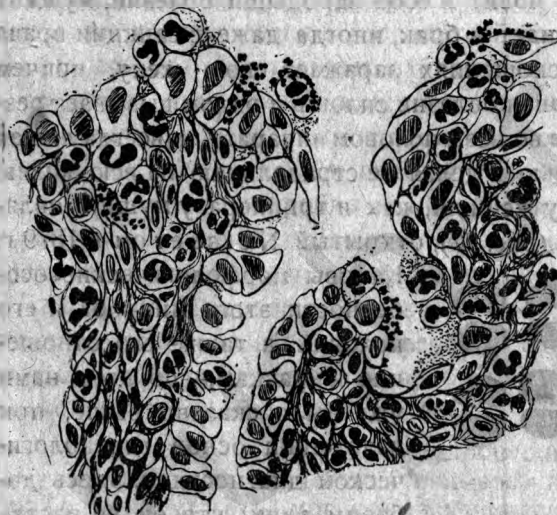


Рис. 78. Гонококки в слизистой оболочке матки (по В и т'у).

Проникши в половые части женщины, гонококки поражают преимущественно выступающие их покровы (рис. 78), причем восприимчивость различных отделов женского мочеполового аппарата к инфекции и вместе локализация последней зависят главным образом от характера поверхностного эпителия этих покровов. Слизистые оболочки, покрытые однослойным цилиндрическим эпителием, являются гораздо менее защищенными от внедрения гонококков, чем покровы, выстлан-

ные многослойным плоским эпителием; оттого мусоса цервикального канала особенно легко инфицируется гонореей. Что касается покровов, выстланных многослойным плоским эпителием, то они инфицируются гонококками тем легче, чем более нежными и сочными и менее ороговевшими являются поверхностные эпителиальные пласты их; оттого у малолетних девочек заражение гонореей легко производит упорные вульво-вагиниты, тогда как у женщин взрослых и покровы вульвы, и покровы нижних отрезков рукава оказываются сравнительно защищенными от внедрения гонококков, слизистая же оболочка урет-

ры и верхних отделов рукава инфицируется последними относительно легко.

Локализация гонорройной инфекции в женской мочеполовой системе зависит и от некоторых других условий. Так, напр., у девиц, благодаря узкости входа во влагалище, скорее инфицируется уретра, у женщин же, живших половую жизнью,—цервикальный канал и верхние отделы рукава. В общем все-таки гоноррея сначала поражает нижние отделы мочеполового тракта у женщины и лишь потом распространяется вверх.

От анатомических условий различных отделов мочеполовой системы зависит и стойкость гонорройной инфекции. Слизистая оболочка уретры у женщин сравнительно легко освобождается от гонококков, уже чисто-механически удаляемых отсюда струею мочи; но в узких парауретральных ходах эти микробы находят себе надежное убежище, из которого они могут, при благоприятных условиях, делать повторные нападения и на самую уретру, вызывая рецидивы уретрита. Такую же роль играют по отношению к преддверию рукава выводные протоки Bartolin'овых желез, чем и объясняется происхождение т. наз. гонорройных пятен (*maculae gonorrhoeicae*). Цервикальный канал и особенно каналы труб, благодаря своему глубокому положению и узкости являются еще более надежными убежищами для гонококков, почему, гонорройные воспалительные процессы в них отличаются особенно стойкостью.

Одно время в науке господствовал взгляд, что сфера распространения гонококков ограничивается исключительно слизистыми оболочками, даже лишь поверхностными их слоями. Последующие наблюдения, однако, оставляют вне сомнения, что микробы эти,— правда, сравнительно редко,—проникают и в более глубокие слои стенок полового и мочевого аппаратов, иногда до самой брюшины. Распространяясь по лимфатическим путям, они в отдельных случаях могут даже вызывать развитие общего перитонита со смертельным исходом. Вудучи разносимы с током крови, гонококки могут, далее, обуславливать возникновение у больных эндо- и миокардита, поражение же при гоноррее суставов („трипперный ревматизм“) наблюдается в практике очень нередко. Заслуживают также внимания наблюдающиеся у гонорройных больных заболевания нервной системы в форме, с одной стороны, нейралгий (*ischias, lumbago, межреберные нейралгии, соссугодупия* и пр.), с другой—поражений спинного мозга (по Молчанову—особенно передних его рогов).

Некоторые исследователи пытались доказать влияние гонорройной инфекции на нервную систему путем не только клинических наблюдений, но и эксперимента. Осокин, напр., экспериментирова на морских свинках, мог констатировать у них при заражении гонорреей ясные изменения в спинном мозгу. К сожалению, экспериментальное изучение патологии гонорройных заболеваний встречает значительные

затруднения, благодаря тому, что из животных типичная гоноррея может быть экспериментально получена лишь у высших, именно, у обезьян, располагать которыми в состоянии далеко не всякая лаборатория. Именно вследствие этого многие стороны данной болезни и остаются для нас до сих пор темными. Во всяком случае есть основания думать, что изменения общего характера, наблюдающиеся у больных гонорреей, зависят не столько от жизнедеятельности гонококков в тканях, сколько от отравления организма вырабатываемым ими гонотоксином—гонотоксинемией. В частности к числу таких изменений могут быть, повидимому, отнесены изменения в морфологическом составе крови, относительно которых, впрочем, отдельные исследователи приходят к неодинаковым результатам: тогда как Нестеровский, напр., нашел, что гоноррея всегда сопровождается лейкоцитозом,—по наблюдениям Теревинской-Поповой содержание лейкоцитов в крови гонорройных больных большею частью не бывает увеличено, равно как мало бывает изменено и число эритроцитов.

В большинстве случаев, однако, гоноррея у женщин является чисто-местным заболеванием, а гонококки распространяются не столько вглубь стенок полового канала, сколько по длине его, причем распространение это имеет восходящее направление (*gonorrhoea ascendens*),—после поражения вульвы с уретрой, рукава и цервикального канала процесс переходит на слизистую оболочку маточного тела, Fallopiевы трубы, яичники и, наконец, тазовую брюшину. Такое восхождение гонорреи стоит в причинной связи с различными условиями и прежде всего с вирулентностью гонококков,—если, напр. женщина заразилась от мужчины, имевшего свежий триппер, то восходящее прогрессирование болезненного процесса совершается у ней значительно быстрее, чем при заражении менее вирулентными микробами хронического триппера. Здесь кстати следует заметить, что и после заражения, уже в самом половом канале женщины, вирулентность гонококков может варьировать в ту или другую сторону, причем время является моментом, ослабляющим эту вирулентность, а *meneses*, беременность и пуэрперальное состояние ведут к ее повышению.

С практической точки зрения крайне важно также иметь в виду, что всякие травмы благоприятствуют восходящему распространению гонорреи. Оттого терапевтические мероприятия, сопряженные с известной травмой,—вроде, напр., массажа,—у больных, в половом канале которых имеются гонококки, приносят больше вреда, чем пользы.

Благодаря своему чисто-местному характеру, гоноррея у женщины, как и у мужчины, в громадном большинстве случаев остается заболеванием, не грозящим самой жизни больных,—в этом ее выгодная сторона по сравнению с некоторыми другими инфекциями, поражающими женский половой аппарат, напр., сепсисом. Но, с другой стороны, распространяясь в восходящем направлении и постепенно захватывая весь половой аппарат, она не только глубоко нарушает функции последнего, но и является для женщины источником тяжелых страданий, нередко длящихся у больных всю жизнь. Немудрено, что зача-

стую гинекологи, исчерпав без успеха все средства помочь больным, в конце концов вынуждены бывают прибегать, при гоноррее, к такой героической мере, как оперативное удаление матки с придатками,—с риском вызвать у женщины тягостные кастрационные расстройства.

Нам остается добавить, что инкубационный период при гоноррее очень короток,—заболевание наступает через $1/2$ —2 суток после заражения,—и что иммунитета к гоноррее добиться, повидимому, нельзя, почему страдающие хроническими гонорройными заболеваниями получают, в случае нового заражения, и свежую гоноррею.

Гиммельфарб. О гонор. заражении у женщин. Ю. М. Г. 1893.—Введенский. Перел. заболевания уретры, шейки матки и Vag. желез у проституток. Р. Мед. 1894.—Лебедев. Перел. заболевание ж. пол. частей и его влияние на отправления этих органов и общее состояние больных. Вр. 1897.—Беллин. Гонококк, его соц. и суд.-мед. значение. Пр. Харьк. М. О. 1897.—Ордовский. К методике выращивания гонококков. Neisser's. Ж. А. 1898.—Бурштейн. Результаты исследований над распространением гонок. заболеваний среди гин. больных. Отч. Ж. А. 1898.—Масловский. О значении гонотоксина при гонор. заболеваниях вн. пол. органов женщины. Ж. А. 1899.—Гурин. Могут ли болезни (перелой и бели), как причины послед. глубоких поражений организма. Пр. Киев. А. О. XII.—Коломенкин. Острое гонок. воспаление брюшины. В. Хир. 1901.—Калабин. К вопр. о заб. нервной системы при гоноррее у женщин. Ж. А. 1902.—Нестеровский. Кровь при гоноррее. В.-М. Ж. 1902.—Совинский. О гонококке и гонотоксине и роли их в патогенезе гонор. заболеваний. Дисс. СПб. 1902.—Зеленев. Влияние перелоя на нервную систему Р. Журн. Кож. и Вен. Б. 1902.—Штерн. Сл. общей гонок. инфекции. Вр. Г. 1903.—Александров. Гонорройный процесс у женщины и его рац. терапия. Ж. А. 1903.—Осокин. К вопр. об изменениях нервн. системы при гонок. инфекции. Каз. М. Ж. 1904.—Ротман. К вопр. о росте гонококка на прост. мясоепт. агаре. Р. Вр. 1905.—Богров. К вопр. о парауретрите у женщин. Р. Ж. Кожн. и Вен. Б. 1912.—Теребинская-Попова. Состав крови при перелое ж. пол. органов. Отч. Р. Вр. 1913.

Сепсис. Что понимается в настоящее время под словом „сепсис“,—о том подробно уже было изложено нами в курсе акушерства, при разборе вопроса о пуэрпериальных болезнях. Резюмируя вкратце сказанное там, повторим, что возбудителями сепсиса являются, с одной стороны, микробы из разряда паразитных, т. е. размножающихся в живых тканях, а именно, прежде всего т. наз. пиогенные кокки—стрептококки и стафилококки, затем пневмококк, кишечная палочка и др., с другой—сапрофиты, живущие в мертвых средах, причем по современному взгляду на вещи микробы этой последней категории при известных условиях могут также внедряться в живые ткани и жить здесь.

В половой канал женщины возбудители сепсиса отчасти заносятся извне—при внутреннем исследовании женщин, при введении в половой канал недостаточно стерильных инструментов и пр. (экзогенная инфекция), отчасти же проникают сюда из других мест того же организма (эндогенная инфекция, самозаражение в широком смысле этого слова). Этот второй способ попадания возбудителей сепсиса в свою очередь может представлять несколько вариаций: микробы могут, во-

первых, или метастатически, или *per continuitatem* поступать в половые части женщины из других ее органов, как соседних с половую системой, так и отдаленных, причем в этих органах они могут обитать и не проявляя своих патогенных свойств (*b. coli* в прямой кишке); вторых, возбудители сепсиса могут из одних отделов полового канала, именно, вульвы и рукава, где они обитают без всякого вреда для организма, поступать в другие, напр., в матку, где и проявляют свои патогенные свойства, причем переход этот может совершаться или самопроизвольно, или благодаря внешним воздействиям, напр., благодаря введению сначала в рукав, а затем в матку даже и безусловно стерильных инструментов. Самопроизвольный переход микробов или из других органов в половые части, или из одних отделов полового аппарата в другие известен под названием самозаражения в узком смысле слова.

Чтобы проявить свои патогенные свойства, возбудители сепсиса нуждаются в наличии в тех или других отделах полового канала мест, лишенных защитного эпителия, т. е. ран, а сапрофитные микробы, кроме того,—и в присутствии мертвых сред, в которых-бы они могли размножаться. Раненые места служат для паразитных микробов, напр., гноеродных кокков, воротами, проникая чрез которые они инфицируют сначала ближайшие к этим местам участки живых тканей, а затем, чрез посредство лимфатических и особенно кровеносных сосудов,—и весь организм, для сапрофитных же—пунктами, где особенно легко всасываются вырабатываемые этими микробами, путем разложения мертвых сред, гнилостные продукты, т. е. происходит путридная интоксикация—опять-таки сначала ближайших к ране тканей, а затем и всего организма. При этом ближайшие к раневым поверхностям живые ткани реагируют и на инфекцию, и на интоксикацию воспалительными изменениями, весь же организм в целом—лихорадкой.

Генерализация инфекции происходит при сепсисе гораздо чаще и в гораздо большей степени, чем при гоноррее, отчего острый стадий, характеризующийся главным образом лихорадочным повышением t° , бывает при септических заболеваниях выражен гораздо резче, чем при гонорройных, где лихорадка появляется обыкновенно лишь после распространения инфекции на брюшину или после образования объемистых гнойных скоплений. Оттого же сепсис является гораздо более опасным для жизни больных, чем гоноррея, при которой летальный исход наблюдается только, как крайне редкое исключение.

За то в качестве местной болезни женской половой сферы сепсис представляет известные выгоды по сравнению с гонорреей: последняя нередко является разлитым заболеванием, охватывающим всю половую сферу; кроме того, она отличается упорством, так как гонококки годами могут оставаться в половом канале женщины в жизнедеятельном состоянии; напротив, сепсис чаще оставляет некоторые от-

дела половой сферы пощаженными,—септический сальпинго-оофорит, напр., чаще бывает односторонним, между тем как придатки другой стороны остаются вполне здоровыми; притом возбудители сепсиса, если только последний вылился в форму местного заболевания, сравнительно быстро погибают. Впрочем и после этого при сепсисе, как и при гоноррее, в половой сфере женщины остаются стойкие изменения в виде брюшинных сращений, рубцовых сморщиваний тазовой клетчатки, смещений матки и пр., ведущие к растройствам кровообращения и дающие целый ряд припадков. Когда гинекологи говорят о хронических воспалениях септического происхождения, то в огромном большинстве случаев дело идет именно о таких последствиях септической инфекции, остающихся и после полной гибели ее возбудителей.

Так как наиболее благоприятные условия для развития сепсиса имеют место в пуэрперальном периоде,—когда половой канал женщины представляет массу ранений, а вся внутренняя поверхность маточного тела является одною сплошной раной, и когда, стало быть, микробы, как занесенные извне при внутреннем исследовании рожениц и пр., так и являющиеся постоянными жителями вульвы и рукава, имеют много удобных пунктов для внедрения в ткани, а для размножения сапрофитов в матке оказывается много мертвых сред,—то с воспалительными заболеваниями септической природы чаще всего приходится иметь дело в акушерской практике. В гинекологической практике обыкновенно приходится встречаться уже с последствиями этих заболеваний. Однако и гинекологу в узком смысле этого слова нередко приходится иметь дело с свежим сепсисом в его острой стадии,—обычно после оперативного вмешательства, но иногда и независимо от такового. В большинстве случаев этого последнего рода септические воспаления различных отделов женского полового аппарата являются результатом занесения инфекции из других органов, как отдаленных от половой сферы, так и соседних, особенно кишек, причем из отдаленных органов микробы могут быть заносимы в половой аппарат по кровеносным путям, а из соседних—чаще по лимфатическим. В качестве возбудителей сепсиса здесь могут фигурировать, как и при пуэрперальных болезнях в тесном смысле слова, гноеродные стрептококки, стафилококки и пр., но особенно важную роль играет, повидимому, *bacterium coli*.

Последствием *coli*—бациллярной инфекции из кишек (и червеобразного отростка) могут быть, в отдельных случаях, и острые воспаления женских половых частей, даже с образованием гнойных скоплений, но особенно часто, повидимому, на этой почве развивается то своеобразное заболевание тазовой клетчатки, которое впервые было описано *Schultze*, и которому этот автор дал несомненно удачное название *parametritis posterior*.

Parametritis posterior Schultze отличается от обыкновенного параметрита, напр., пуэрперального, тем, что он с самого начала протекает хронически. Как было указано в курсе акушерства, пуэрпальный параметрит начинается острым стадием, характеризующимся лихорадкою и образованием более или менее об'емистых инфильтратов в тазовой клетчатке. При parametritis posterior ни лихорадки, ни значительной инфильтрации клетчатки не бывает,—инфильтрат, правда, образуется, но очень небольшой, причем в дальнейшем он замещается волокнистой соединительной тканью, постепенно сморщивающеюся. Таким образом патолого-анатомически эта форма параметрита может быть охарактеризована, как хроническое рубцевание, сморщивание тазовой клетчатки.

Подобный патолого-анатомический характер заднего параметрита легко объясняется его предполагаемой этиологией. При пуэрпальном параметрите в клетчатку сразу проникает значительное количество возбудителей инфекции,—оттого при нем бывает резко выражена как общая лихорадочная реакция организма, так и местная воспалительная реакция. Parametritis posterior, по всей вероятности, возникает, благодаря попаданию в тазовую клетчатку кишечных палочек через сохранившую свою целостность стенку кишек, причем в этой эмиграции палочек важную роль играют запоры. Запоры, столь часто встречающиеся у женщин вообще и у девиц в частности, ведут, как доказано, к такому изменению кишечной стенки, что последняя, сохраняя свою целостность, делается проходимою для микробов, являющихся обычными жителями толстых кишек,—в том числе и кишечных палочек. Но, естественно, раз кишечная стенка сохранила свою целостность, микробы могут проходить чрез нее в соседнюю клетчатку лишь в неособенно большом числе; оттого-то местная воспалительная реакция клетчатки бывает при parametritis posterior лишь очень незначительна, общая же лихорадочная реакция организма совершенно отсутствует.

Parametritis posterior был впервые констатирован Schultze и другими наблюдателями в клетчатке, окружающей маточно-крестцовые связки,—оттого он и получил свое название. Но он может иметь место и в других отделах тазовой клетчатки, расположенных по соседству с кишками, особенно же в клетчатке широких связок (латеральная часть правой широкой связки лежит, как известно из анатомии, по соседству со слепой кишкой, а левой—с rectum, т. е. они граничат как раз с теми отделами толстых кишек, где при запорах скопляется наибольшее количество каловых масс, где, поэтому, кишечная стенка испытывает наибольшие изменения, и где микробная флора является наиболее обильною).

Развиваясь в той или другой широкой связке, данное заболевание ведет обыкновенно к более или менее резкому смещению матки вбок—или в форме lateropositio uteri, или в форме lateroversio dextra

или sinistra. Подобные смещения матки в сторону от средней линии чрезвычайно часто встречаются в практике, — Лазаревич, напр., нашел, что из 1000 исследованных им женщин лишь у 599 матка имела срединное положение, у остальных же 401 — боковое. Автор этот склонен объяснить происхождение указанных смещений прирожденными причинами, т. е. большею короткостью одной из широких связок по сравнению с другой. В пользу такого объяснения отчасти говорит тот факт, что смещения эти, как я мог убедиться, особенно часто наблюдаются у женщин с порочным развитием половой сферы вообще, именно, с инфантилизмом. Очень вероятно, однако, что значительная доля подобных случаев должна быть отнесена насчет приобретенных причин, именно, насчет воспалительного сморщивания одной из широких связок на почве Schultze'вского параметрита.

Садовский И. Способы распространения микробов из полости матки. Сб. Слав. 1894. — Окинчиц. Связь заболеваний ж. пол. аппарата и кишечника. Вр. Г. 1909. — Судаков. К вопросу о гнойных заболеваниях матки в связи с киш. каналом. Отч. Вр. Г. 1914.

Сифилис. Гинекологи вообще мало уделяют внимания сифилису женской половой сферы, предоставляя соответствующих больных специалистам — венерологам. Такое отношение, однако, едва ли может быть названо вполне основательным, — хотя бы потому, что именно половая сфера является в огромном большинстве случаев воротами, чрез которые внедряется в женский организм сифилитическая зараза (*spirochete pallida*). В частности наружные половые части, особенно *fossa navicularis*, бывают у женщины обычным местом развития первичного склероза, — кстати сказать, сравнительно нередко являющегося здесь множественным, — хотя в отдельных случаях местом локализации твердого шанкра могут быть и другие отделы полового аппарата — стенки рукава и влагалищная часть матки. Окружающие половую щель части служат у женщины излюбленным местом и сифилитических папул. Что касается гумм, то они наблюдаются в всех отделах женской половой сферы, — и в вульве, и в рукаве, и в матке, и в трубах, и в яичниках.

Помимо этих типических форм проявления сифилиса, описываемых во всех руководствах по сифилидологии, гинекологам иногда приходится иметь дело с такими хроническими воспалениями различных отделов женской половой сферы, где лишь характерный анамнез да успех специфического лечения заставляют думать о сифилитической природе заболевания. Накоторыми авторами описаны, напр., хронические эндометриты и метриты подобной природы, другими — хронические оофориты. Симптоматически заболевания эти характеризуются нередко упорными маточными кровотечениями, не поддающимися обычным методам гинекологического лечения, но легко уступающим противусифилитическому лечению. С патолого-анатомической стороны одни авторы усматривают центр тяжести заболевания у подобных больных в соединительнотканном перерождении тканей маточной стенки или в склерозе яичниковой строимы, другие — в склерозе сосудов матки и яичников или в сифилитическом эндартериите.

Строганов. К пат. неберем. матки при конституц. сифилисе. Дисс. СПб. 1873.—
 Афанасьев. Гуммозная опухоль матки. Тр. О. Р. В. 1880—81.—Глязштейн. Сл.
 первичн. сифил. язвы влагалища. Мед. 1891.—Павлов. Ulcus gummosum vaginae. Г.
 Ботк. 1896.—Муратов. Сифил. метроррагия. М. Об. 1907.—Яворский. Мат. крово-
 течения сифил. происхождения V С. Р. А.—Скутул. Сл. первичн. сифил. склероза
 влаг. части матки. Ж. А. 1911.—Марков. О метроррагиях при сифилисе. Ж. А. 1911.

Бугорчатка. По современным взглядам туберкулез поражает по-
 ловые части у женщины гораздо чаще, чем это думали раньше. При
 этом некоторые авторы держатся взгляда, что бугорчатка женской
 половой сферы всегда бывает вторичным заболеванием,—что ее воз-
 будители, палочки Кош'а, сначала проникают в организм внеполовым
 путем (вероятнее всего через пищеварительный тракт), а затем уже
 инфицируют половые части—или метастатически, чрез посредство
 кровеносной системы, или per continuitatem, благодаря переходу болез-
 ненного процесса с соседних органов, особенно брюшины, {или, нако-
 нец, благодаря занесению в половой канал туберкулезных секретов и
 экскретов, напр., мокроты, испражнений и пр.

Другие авторы,—и притом большинство,—убеждены, что туберку-
 лез и первично может возникать в половом канале женщины, которая
 заражается, благодаря половым сношениям с больным бугорчаткою
 половых органов мужчиной. При такой первичной бугорчатке инфек-
 ция может ограничиваться, в противоположность вторичному тубер-
 кулезу, исключительно половыми частями.

В медицинской литературе описано очень много случаев такого
 изолированного resp. первичного туберкулеза полового аппарата у
 женщин, с локализацией процесса в разных отделах последнего. Прав-
 да, безусловно доказательных случаев среди них нет, да это и понят-
 но: с одной стороны, дабы установить бесспорную первичность (изоли-
 рованность) полового аппарата, надо обследовать не только клиниче-
 ски, но и патолого-анатомически,—притом не только макро-, но и
 микроскопически,—все остальные части и доказать отсутствие в них
 признаков бугорчатки; с другой—мы знаем, что иногда патолого-
 анатомические признаки первичной инфекции могут изглаживаться в
 организме, вторичные же поражения—сохраняться. Однако и помимо
 этого в пользу возможности первичного поражения женской половой
 сферы бугорчаткой имеются слишком веские данные, чтобы в ней
 можно было сомневаться: известно, прежде всего, что бугорчатка срав-
 нительно нередко поражает половые железы и др. части полового аппа-
 рата у мужчин, причем эйякулят подобных больных содержать жизне-
 способные палочки Кош'а; а затем точные опыты целого ряда иссле-
 дователей свидетельствуют, что при введении развонок этих микробов
 в женский половой канал они могут вызывать в стенках его характер-
 ные для бугорчатки изменения.

У одних экспериментаторов, напр., у Попова, опыты подобного
 рода давали положительный результат лишь при том условии, если
 стенки полового канала были предварительно повреждены или воспа-

лены, у других же, напр., у Доброклонского,—и без предварительного повреждения полового тракта.

Не отрицая самой возможности первичной бугорчатки женского полового аппарата, надо, однако, иметь в виду, что в практике она встречается сравнительно редко, в громадном же большинстве случаев заболевание половых частей у женщины является вторичным.

Горизонтов, подвергнув в лаборатории заведомой мною клинически тщательному микроскопическому исследованию половые части 21 женщины, погибшей от туберкулеза легких и др. органов, нашел бугорчатые изменения в половой сфере у двух (9,5%); другие наблюдатели определяют частоту поражения половой сферы у женщин, страдающих бугорчаткой, в 5—29% всех случаев.

Подвергая затем заражению различными путями (в легкие, брюшную полость, под кожу и чрез кишечник) кроличих и морских свинок, Горизонтов мог констатировать развитие вторичной бугорчатки полового аппарата у первых в 28,5% общего числа, а у вторых—в 57%. Особенно часто (в 83,3%) развивался, в его опытах, вторичный туберкулез половых частей у животных (морских свинок), зараженных в брюшину, причем в одном случае, у зараженной в брюшину кроличихи, автор нашел несколько туберкулезных палочек в абдоминальной части трубы.

Патолого-анатомические данные разных наблюдателей свидетельствуют, что у женщин чаще всего вторичный половой туберкулез имеет место при заболевании бугорчаткой перибронхиальных лимфатических желез, затем—легких, брюшины и, наконец, кишечника.

Первично попав в женский половой канал, бугорчатка распространяется по нему восходящим образом, при вторичном же туберкулезе распространение болезненного процесса идет нисходящим путем; впрочем и при вторичной бугорчатке, где зараза попадает в половую сферу чрез посредство занесения сюда бугорчатых секретов и экскретов, может иметь место восходящее распространение процесса.

И при первичной, и при вторичной бугорчатке инфекция может поражать все отделы половой сферы, почти одинаково часто встречаясь как в форме изолированного поражения отдельных органов, так и в форме совместного заболевания нескольких из них. Особенно предрасположенными к заболеванию туберкулезом являются, однако, Fallopiевы трубы (рис. 79). Что касается локализации туберкулеза в различных тканях и слоях женского полового аппарата, то в рукаве, матке и трубах бугорчатые изменения преимущественно локализируются в слизистой оболочке (рис. 80), в яичниках же—в строме коркового слоя (рис. 81), хотя и все другие ткани и слои могут служить местом развития туберкулеза.

Патолого-анатомически туберкулез женской половой сферы главным образом представляется в двух формах,—в форме просовидной бугорчатки и в форме то разлитого, то фокусного творожистого перерождения. Гистологические изменения в пораженных тканях сводятся большей частью к образованию типичных бугорков, состоящих из

круглых, эпителиондных и гигантских клеток типа Langhans'a, хотя нередко бугорки представляют из себя и скопления лишь эпителиондных и гигантских клеток различной формы и величины, а при остром течении болезненного процесса—очаги круглоклеточковой инфильтрации.

Наконец, клинически бугорчатка женской половой сферы протекает или в виде острого заболевания, охватывающего наряду с половыми частями и другие органы, или в виде хронического заболевания, ограничивающегося половым аппаратом, причем в этой последней форме может протекать и вторичная бугорчатка, так как первичные локализации болезненного процесса могут отступать на задний план или находиться в скрытом состоянии.

Климович и Петлин. К каз. первичн. туберкулеза Ф. труб. Г. Ботк. 1889—Львов. Перв. бугорковый эндометрит. Вр. 1891.—Подбельский. Мат. к уч. о бугорчатке ж. пол. органов. Вр. 1891.—Доброклонский. Возможно-ли проникновение буг. заразы в тело чрез пол. органы? Вр. 1895.—Урбанович. К каз. туберкулеза ж. пол. органов в детск. возрасте. М. Об. 1897.—Шварц. Сл. первичного поражения туберкулезом вн. пол. органов у женщины Ю. М. Г. 1897.—Неелов. Сл. туберкулеза матки. Ж. А. 1897.—Попов. К вопр. опер. туберкулезе род. путей. Дисс. СПб. 1898. Martin. О бугорчатке ж. пол. органов. Р. Вр. 1902.—Клейнман. Сл. туберкулеза ж. пол. сферы. Отч. Вр. Г. 1903.—Кан. Сл. клинически-первичного туб. заболевания труб. Ж. А. 1903.—Рачинский. О бугорчатке ж. пол. органов I С. Р. А.—Станков. Тип. сл. нисходящего туберкулеза ж. пол. органов (salpingitis tuberculosa). Ж. А. 1904.—Томсон. К бугорчатке н. пол. органов. Ж. А. 1904.—Попов. Перв. бугорчатка матки. Р. Вр. 1906.—Кипарский. 10 сл. туб. поражения ж. пол. органов, леч. опер. путем. II С. Р. А.—Аншелес. Изолир. клинически перв. бугорчатка Ф. трубы. Вр. Г. 1909.—Горизонтов. Мат. куч. о втор. бугорчатке ж. пол. органов. Дисс. Казань 1909.—Брант. Неск. сл. туберкулеза ж. пол. органов. Ж. А. 1910.—Горизонтов. К уч. о втор. бугорчатке ж. пол. органов. Р. Вр. 1911.—Егоров. К вопр. о бугорчатке яичников. Отч. Вр. Г. 1912.—Левинский. К вопр. о леч. туберкулеза ж. пол. органов. Юб. Сб. Киев. А. О.—Балдовский. К уч. о туберкулезе ж. пол. органов. М. Об. 1914.—Шевалдышев. 3 сл. туберкулеза ж. пол. органов. М. Об. 1914.—Прокорьева. 20 сл. туберкулеза придатков матки, леч. опер. путем. Ж. А. 1915.

Дифтерия. Из других микробных воспалений женского полового канала заслуживает внимания дифтерийное, которое также встречается в практике, повидимому, чаще, чем это думают, особенно у малолетних девочек. Будучи обязана своим происхождением палочке Löffler'a, — микробу, поражающему главным образом слизистые оболочки и обладающему способностью вырабатывать крайне ядовитый токсин,—дифтерия женского полового канала локализуется обычно в покровах вульвы и рукава, хотя может распространяться и на внутреннюю поверхность матки. Инфекция заносится при ней обыкновенно извне, через половую щель. Патолого-анатомически она дает здесь такую же картину, какая является столь характерною для дифтерии зева,—как на поверхности покровов полового канала, так и в толще их развиваются фибринозные пленки, желтоватого и сероватого цвета, лишь с трудом отдираемые с потерей ткани. Клинически болезнь эта протекает обыкновенно в острой форме, хотя отдельными авторами описывались и случаи хронического дифтерийного вульвовагинита.

Так как дифтерия сопровождается иногда значительными некрозами, и после отторжения дифтерийных пленок получаются дефекты

тканей, заживающие рубцом, то на этой почве в дальнейшем могут возникнуть стенозы и атрезии рукава и цервикального канала. Мой личный опыт заставляет меня думать, что многие случаи яко-бы врожденных атрезий и стенозов должны быть отнесены именно насчет бывшей у больных в детстве дифтерии.

Казуистика дифтерии женского полового канала: Нестеровский, Дет. Мед., 1896; Тепфер, Ежен., 1899; Лапинер. Дет. М., 1901; Маньковский, там же; Дукельский, Вр. Г., 1903; Румянцев, Дет. М., 1903; Морозова, Мед. Об.; 1909; Клименко. Р. Вр., 1913.

б) Трофические воспаления женской половой сферы.

Современная патология учит, что, хотя наиболее частой причиной воспалительной реакции тканей и является воздействие на них со стороны микробов, однако в этиологии воспалений могут играть роль и другие причинные моменты, вызывающие расстройства питания тканей, а именно, механические, термические и химические раздражения последних. Роль эта в различных случаях может быть различна: в одних перечисленные моменты, ослабляя питание тканей, делают их более доступными воздействию со стороны микробов,—здесь, стало быть, механические и др. агенты играют лишь предрасполагающую, способствующую роль; в других случаях агенты эти сами по себе, без всякого участия со стороны микробов, могут вызывать воспалительные изменения в тканях.

Встречаются,—и очень часто,—воспалительные заболевания подобного происхождения и в половой сфере женщины, причем именно среди них огромный процент составляют заболевания, которые могут быть названы воспалительными лишь по своим клиническим проявлениям, но не по гистологической сущности,—при микроскопическом исследовании больных органов мы не находим в них характерных для воспаления изменений, а лишь гиперэмию, дегенеративные процессы и т. п.

Трофические расстройства, на почве которых развиваются заболевания разбираемой категории, нередко имеют общий характер. Всякому гинекологу-практику известно, что болезни с клиническими признаками эндометрита, оофорита и пр. сплошь и рядом развиваются у анэмических, хлоротических и т. п. особ, причем одно лишь местное лечение этих болезней обыкновенно оказывается безуспешным, тогда как рациональные терапевтические меры, направленные к улучшению общего питания больных, даже и без всякого местного лечения ведут к полному исчезновению или резкому ослаблению припадков болезни. Объяснить точно существующую в подобных случаях этиологическую связь между расстройствами общего питания—с одной стороны и заболеваниями половой сферы—с другой нелегко. Всего вероятнее, общий упадок питания делает ткани полового аппарата легко ранимыми, ма-

ло устойчивыми против таких болезнетворных агентов, которые при нормальных условиях их питания не в состоянии вызвать в них никаких патологических изменений.

Истолковывая указанным образом эту связь, надо иметь в виду, что иногда взаимоотношение между общими расстройствами питания и местными воспалительными заболеваниями женской половой сферы может быть и совершенно обратным,—эндометрит, напр., вследствие вызываемых им маточных кровотечений может вести к анемии, а оофорит,—повидимому, на почве расстройств внутренней секреции,—к хлорозу.

К причинам общего характера, вызывающим воспалительные заболевания в половой сфере женщины, следует отнести и интоксикации различного характера. Выше уже было указано, что воспаления яичников и др. органов половой сферы, наблюдающиеся у женщин с общими острыми инфекционными болезнями, вероятнее всего зависят не столько от непосредственного воздействия возбудителей этих болезней, сколько от вырабатываемых ими токсинов. Установлено, что аналогичные процессы могут возникать в различных отделах женской половой сферы и при отравлении другими ядами, немикробного происхождения, напр., фосфором.

Еще чаще воспаления женской половой сферы,—или, по крайней мере, болезненные процессы, дающие клиническую картину воспаления,—возникают на почве местных расстройств питания. Причины последних могут лежать уже в чисто-механических условиях, как это бывает, напр., при перегибах и наклонениях матки кзади. *Retroversio flexio uteri* неизбежно сопровождается перегибом широких связок, в которых заложены как приносящие в матку кровь, так и отводящие ее сосуды. Перегиб этот, естественно, гораздо значительно отражается на тонкостенных венах, чем на артериях с их толстыми, эластическими стенками. Оттого при ретроверзии — флексии приток крови к матке остается неизменным, отток же ее—затрудненным, что ведет к венозному стазу и на этой почве—к хроническому метриту и гиперпластическому эндометриту. К подобным же последствиям ведут опущение и выпадение матки и рукава, перекручивание Fallopiевых труб и другие смещения различных органов женской половой сферы.

Весьма важное значение в возникновении местных расстройств питания и последовательных воспалительных изменений в женской половой сфере имеют также нарушения внутренней секреции яичников, сильно влияющей на кровоснабжение матки и вообще всего полового аппарата женщины. С этой именно точки зрения правильнее всего, по современным взглядам на вещи, истолковывать происхождение т. наз. оофорогенных метритов и эндометритов, являющихся обычными спутниками оофорита. Повидимому, как при хроническом оофорите (*resp.* при мелкокистозидном перерождении яичников), так и при послед-

ствиях острого оофорита, брюшинных спайках кругом яичников, продукция лютеиновой ткани в этих органах бывает увеличена—главным образом, вероятно, насчет повышения числа атрезирующихся фолликулов; а так как лютеиновые клетки являются, повидимому, элементами, которым яичник преимущественно обязан своей внутренней секрецией, то обильное образование их ведет к усиленной гиперэмии половой сферы и на этой почве—к изменениям в матке, дающим клиническую картину метрита и эндометрита.

К разбираемой группе воспалительных заболеваний относятся также те воспаления, которые могут, несомненно, возникать в матке, яичниках и др. половых органах женщины при нарушении его правил половой гигиены, напр., при злоупотреблении половыми сношениями, мастурбации, coitus'e во время месячных и т. п., а также воспалительные процессы простудного происхождения.

Наблюдение показывает, наконец, что существует целый ряд и других причинных моментов, которые в состоянии или вызвать, или усилить у женщины характерные для воспалительных заболеваний половой сферы припадки, напр., бели и меноррагии могут возникать или усиливаться под влиянием психических аффектов, тяжелой работы и т. п.

В. Новообразования женской половой сферы.

Половой аппарат женщины, особенно такие его части, как матка и яичники, служит излюбленным местом развития новообразований, которые являются весьма разнообразными по своему гистогенезу, патолого-анатомическому строению и клиническому значению. Если принимать во внимание указанные стороны дела, то все эти новообразования могут быть прежде всего разделены на две группы: ретенционные опухоли и опухоли пролиферирующие.

а) Ретенционные опухоли.

Характерную патогенетическую особенность ретенционных опухолей представляет то, что они развиваются из предсуществующих полостей (полых органов, желез и т. п.) вследствие ретенции, т. е. задержки, или физиологических секретов, или патологических жидких продуктов,—экссудатов и трансудатов, выделяемых стенками этих полостей. Непосредственная причина как отделения экссудатов и трансудатов, так и задержки их, равно как и секретов, лежит большей частью в воспалительных изменениях стенок полостей. Этим определяется не только этиология, но и патолого-анатомический характер ретенционных опухолей, а также их клиническое значение.

Являясь результатом предшествующих воспалительных процессов и представляя собою переходную ступень от воспалений к настоящим новообразованиям, ретенционные опухоли всегда имеют кисто-

видное строение, т. е. это—мешетчатые образования с более или менее тонкими стенками, наполненные то кровью resp. геморрагическим экссудатом, то гноем, то слизью, то сывороточным содержимым. Чаще они заключают внутри по одной полости. Растут ретенционные опухоли большею частью медленно и редко достигают значительного объема. Оттого и в клиническом отношении они могут быть квалифицированы, как образования сравнительно невинные и во всяком случае безусловно доброкачественные. Правда, в отдельных случаях,—напр., при разрывах ретенционных кист с гнойным содержимым и опорожнением его в полость брюшины,—образования эти могут быть причиною даже смерти больных, но такие случаи встречаются исключительно редко, у огромного же большинства больных неблагоприятное влияние ретенционных опухолей сводится к расстройствам чисто-механического происхождения и в частности к болям; последние бывают особенно резко выражены при перекручивании ножки тех из ретенционных опухолей, которые,—как кисты яичников и труб,—обладают таковою, но большею частью являются результатом не столько самих опухолей, сколько лежащего в основе их воспаления.

Ретенционные кисты могут развиваться во всех отделах женской половой сферы. В частности, в наружных половых частях источниками их развития особенно часто служат Bartolin'овы железы и их выводные протоки, причем в этиологии этих кист важную роль играет гонорройная инфекция желез (бартолинит). В стенках влагалища ретенционные кисты развиваются или из случайно оказавшихся здесь желез (которых обычно здесь не имеется), или из расширений лимфатических сосудов, или из замкнутых карманов между двумя складками рукавной мукозы, или из рудиментарных удвоений рукава, а может быть—также из Wolff'овых ходов (Gartner'овских каналов). К ретенционным кистам влагалища должны быть также отнесены т. наз. haematocolpos'ы, т. е. скопления менструальной крови в рукаве при его зарощениях. Подобные же скопления, при атрезиях полового канала, могут образоваться и в матке (haematometra), в полости которой, кроме крови, могут также скопляться гной (pyometra) и слизистый секрет маточных желез (hydrometra). Еще чаще сами маточные железы служат источником развития ретенционных кист, которые при этом часто бывают множественными, но обычно достигают лишь очень небольших размеров; таково именно происхождение т. наз. ovula Nabothi, которые столь часто встречаются на поверхности влагалищной части матки, в окружности наружного зева. Возможно также, что иногда ретенционные кисты матки имеют своими исходными пунктами Wolff'овы ходы и др. эмбриональные образования.

В клиническом отношении сравнительно—важное значение имеют ретенционные опухоли маточных придатков и в частности—Fallop'иевых труб, т. наз. сактосальпинксы. Принадлежат к числу обыкновеннейших гинекологических заболеваний, сактосальпинксы, подобно другим

ретенционным опухолям, чаще всего возникают на почве воспаления, именно, сальпингита, при котором оба трубных отверстия,—и *ostium abdominale*, и *ostium uterinum*,—зарастают, а отделимый стенок трубного канала скопляется в нем, растягивая трубу в более или менее об'емистую опухоль колбасовидной или конической формы (рис. 82). Если содержимое этой опухоли состоит из гноя, то получается *sactosalpinx purulenta* s. *pyosalpinx*, если из серозной жидкости,— *sactosalpinx serosa* s. *hydrosalpinx*, если из кровянистого экссудата,— *sactosalpinx haemorrhagica* s. *haematosalpinx*.

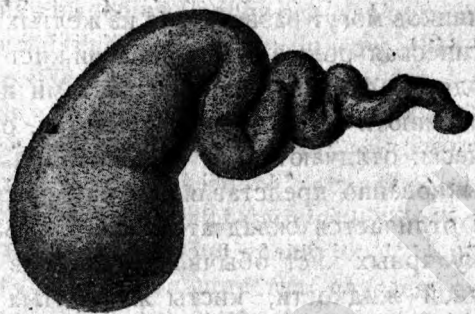


Рис. 82. * Сактосальпинкс (гидросальпинкс).

Кроме воспалительных гэматосальпинксов в практике встречаются иногда гинатретические гэматосальпинксы, являющиеся спутниками гэматометры и содержащие внутри задержанную менструальную кровь, а также гэматосальпинксы, возникающие на почве внематочной беременности. Отличить, какая из трех форм гэматосальпинкса имеется в данном случае, можно уже по характеру трубного содержимого: при воспалительной форме в трубе содержится большею частью не чистая кровь, а серозно-кровянистая жидкость; при гинатретической—содержимое гэматосальпинкса имеет вид густой, тягучей жидкости шоколадного цвета; наконец, при гэматосальпинксе, развившемся на почве внематочной беременности, труба обыкновенно заключает внутри свернувшуюся кровь.

Как уже упоминалось выше, иногда сактосальпинксы,—именно сактосальпинксы с серозным содержимым, хотя иногда и с гнойным, являются образованиями, периодически то возникающими, то опоражнивающимися (*hydrosalpinx* s. *pyosalpinx profluens*).

Зачастую ретенционные опухоли развиваются и в яичниках, причем исходными пунктами их развития здесь часто оказываются *Graaf*'овы пузырьки. При нормальных условиях *Graaf*'ов пузырек, достигши полной зрелости, лопается, и содержащаяся в нем фолликулярная жидкость изливается наружу, увлекая с собою зрелое яйцо. Если, однако, окружающая пузырек строма слишком уплотнена под влиянием воспалительных изменений, то *Graaf*'ов пузырек, даже и достигши полной зрелости, не в состоянии бывает лопнуть, содержащееся в нем яйцо и часть клеток *m. granulosaе* погибают, и пузырек превращается в маленькую кисту, которая затем может увеличиваться вследствие транссудации жидкости в ее полость из сосудов *thecae internae*. Исходными пунктами таких простых кист яичника (*cystis ovarii simplex*). (рис. 83 и 84) могут служить, повидимому, не только зрелые, но и неполно созревшие *Graaf*'овы фолликулы. Подобно другим ретенционным

кистам и простые фолликулярные кисты растут обыкновенно медленно и не достигают значительных размеров,—по мнению некоторых авторов, наибольшая величина их не превосходит кулака, хотя другие авторы склонны думать, что данные образования могут достигать и более значительных размеров, напр., размеров головы взрослого мужчины.

Кроме Graaf'овых пузырьков ретенционные (resp. простые) кисты яичников могут развиваться из желтых тел, причем и здесь главная этиологическая роль в возникновении кист принадлежит воспалению. Будучи сходны с фолликулярными кистами по своему объему, однополостному строению и пр., кисты желтых тел, однако, зачастую уже макроскопически отличаются от фолликулярных: тогда как стенка последних обыкновенно представляется внутри гладкою, стенка же кисты желтых тел отличается складчатостью (рис. 85); кроме того содержимое фолликулярных кист обычно состоит из прозрачной, бесцветной сывороточной жидкости, кисты же желтых тел содержат обычно жидкость кофейного цвета; наконец, фолликулярные кисты бывают выстланы внутри одним слоем обыкновенного эпителия—цилиндрического, кубического и даже пластинчатого, представляющего собою остаток *m. granulosaе*, кисты же желтых тел бывают выстланы внутри характерными лютеиновыми клетками; иногда впрочем внутри от лютеинового слоя в них лежит слой волокнистой соединительной ткани (рис. 86), а иногда и эти кисты бывают выстланы внутри эпителием или эндотелием.

Если в одном и том же яичнике разовьется одновременно несколько фолликулярных кист, то, плотно примыкая одна к другой, они могут образовать конгломерат, производящий впечатление железистой кисты, т. е. пролиферирующей опухоли. Впрочем некоторые авторы и все вообще простые кисты яичника относят к категории не ретенционных, а пролиферирующих образований, давая им название *cystoma serosum simplex*.

Трудно сказать, к ретенционным или пролиферирующим образованиям следует отнести и те кистовидные опухоли, которые развиваются в широких связках, исходя из канальцев паровария или яичникового придатка: с одной стороны однополостное их строение и серозное, похожее на транссудат содержимое говорят в пользу ретенционного их происхождения, с другой—громадный объем, которого они иногда достигают, заключая в себе по нескольку десятков литров содержимого, не вяжется с представлением об ретенционных образованиях.

б) Пролиферирующие опухоли.

В противоположность ретенционным опухолям, рост которых происходит исключительно насчет увеличения их жидкого содержимого, но не насчет новообразования их тканей, а потому является ограниченным, пролиферирующие опухоли обладают способностью к безграничному росту, так как в них имеет место более или менее энергичное размножение тканевых элементов, делающее их новообразованиями в тесном смысле слова.

Уже в силу одного этого обстоятельства пролиферирующие опухоли женского полового аппарата имеют гораздо более важное клиническое значение, чем ретенционные. Впрочем в этом отношении среди них обыкновенно различают две категории: злокачественные опухоли, обладающие способностями к инфильтрирующему росту, метастатическому распространению, выработке ядовитых для организма веществ и рецидивированию после удаления, и доброкачественные, носящие более местный характер. Первые, будучи оставлены без врачебного вмешательства, большею частью быстро ведут организм к смерти, значение же вторых сводится главным образом,—хотя далеко неисключительно,—к расстройствам механического происхождения. Правда, между этими двумя категориями пролиферирующих опухолей далеко не всегда можно бывает провести резкую границу, но все же в общем это деление для громадного большинства случаев является вполне обоснованным.

В виду того же обстоятельства пролиферирующие опухоли вообще и развивающиеся в женском половом аппарате в частности большею частью бывают плотными, солидными, хотя могут быть, подобно ретенционным опухолям, и мешчатчатыми, кистовидными.

Что касается, наконец, их гистологической структуры, то с этой точки зрения здесь можно различать: 1) десмоидные опухоли, построенные из тканей, элементы которых обнаруживают склонность к пучкообразному расположению, т. е. из мышечной и соединительной, 2) эпителиальные опухоли, в состав которых входит главным образом эпителиальная ткань, и, наконец, 3) смешанные опухоли, а также близкостоящие к ним тератомы или эмбриомы, иначе называемые также, по своему предполагаемому генезу, яйцеродными (овулогенными) опухолями.

Севастьянов. Анатом. исследование нек. новообразований в ж. пол. органах. Дисс. Харьк. 1862.—Улезко-Строганова. К вопр. о самоизлечении новообразований. III С. Р. А.—Соловьев. Скоропр. гликозурия при оп. брюшной полости. Вр. Г. 1909.—Кедрова. Опыт разработки учения о гигантских опухолях ж. пол. сферы. Дисс. Каз. 1914.—Улезко-Строганова. Злокач. опухоли в ж. пол. сфере. I Рак. С.

аа) Десмоидные опухоли.

Из числа десмоидных опухолей в половом аппарате женщины встречаются как доброкачественные, именно, фибромиомы, так и злокачественные—саркомы и эндотелиомы.

Фибромиомы. Как показывает уже самое название этих опухолей последние состоят частью из мышечной (именно, гладкомышечной), частью из волокнистой соединительной тканей (рис. 87), которые сочетаются между собою в различных пропорциях: иногда гладкомышечная ткань в них настолько превалирует над соединительной, что опухоли могут быть названы чистыми миомами, иногда же они почти

исключительно состоят из соединительной ткани, являясь фибромами в большинстве случаев, однако, название фибромиом как нельзя более отвечает их смешанной структуре.

Фибромиомы могут возникать во всех отделах женского полового аппарата, причем частота, с какою они наблюдаются в различных органах, приблизительно соответствует содержанию мышечной ткани в том или ином из них: особенно богата, как известно, мышечную тканью матка, соответственно чему и фибромиомы в этом органе встречаются чрезвычайно часто, являясь обыкновеннейшими из маточных опухолей; при этом из двух частей матки, тела и шейки, разбираемые опухоли гораздо чаще встречаются в первом, чем во второй, в соответствии с более значительным развитием мускулатуры в *corpus uteri*. На следующем месте по степени развития мышечной ткани могут быть поставлены, в женской половой сфере, маточные связки, влагалище и, пожалуй, Fallopiевы трубы, каковые органы, впрочем, по мощности содержащихся в них мышечных пластов далеко уступают матке; в согласии с этим и фибромиомы связок, рукава и труб, хотя и не представляют экзквизитной редкости, все же встречаются гораздо реже маточных. Еще реже наблюдается развитие данных опухолей в яичниках, в которых, соответственно их гистологической структуре, чаще наблюдаются почти чистые фибромы (рис. 88), и наружных половых частях женщины.

За время с 190⁰/₁ по 191⁶/₇ уч. гг. в Казанской акушерско-гинекологической клинике среди стационарных больных гинекологического отделения было с фибромиомами матки—468, с фибромиомами маточных связок—9, с фибромами яичников—5, с фибромиомами труб—2 и с фибромиомою вульвы—1.

Этиология и генез фибромиом женского полового аппарата, как и других новообразований, до сих пор остаются темными, и на этот вопрос мы можем ответить лишь рядом более или менее правдоподобных гипотез, принадлежащих различным авторам.

Среди этих гипотез на первом месте может быть поставлена гипотеза, предложенная Recklinghausen'ом, согласно которой фибромиомы развиваются из остатков Wolf'овых тел, сохраняющихся в стенках полового канала взрослых женщин и под влиянием каких-либо раздражений начинающих разрастаться, вызывая вместе с тем и разрастание окружающей мышечной ткани. Гипотеза эта объясняет, стало быть, происхождение фибромиом женской половой сферы так же, как известная теория Sopherm'a объясняет происхождение всех вообще опухолей. В доказательство ее справедливости Recklinghausen и вслед за ним многие другие исследователи указывали на то, что при микроскопическом изучении фибромиом матки, рукава и пр., в них иногда можно бывает обнаружить железоподобные эпителиальные включения, окруженные поясом ткани, похожей на строму маточной мукозы,—т. наз. цитогенной ткани (рис. 89).

Подобные включения встречаются, однако, далеко не во всех опухолях женской половой сферы, построенных из гладкомышечной и соединительной тканей,—Иванов, напр., из 77 опухолей этого рода нашел их лишь в одной. Кстати сказать, подобные миомы с эпителиальными включениями, или аденомиомы, отличаются от большинства фибромиом женского полового аппарата еще и другими анатомическими особенностями, главным образом отношением к окружающей мускулатуре последнего: тогда как у большинства фибромиом, напр., матки миометрий образует обособленную капсулу, внутри которой опухолевые узлы лежат так же, как зерно ореха в его скорлупе, и из которой легко вылущаются,—периферия аденомиом непосредственно переходит в окружающую мускулатуру. Правда, некоторые авторы склонны думать, что и лишённые эпителиальных включений фибромиомы первоначально возникают вокруг остатков Wolff'овых тел, каковые остатки лишь потом исчезают, атрофируясь благодаря давлению со стороны опухолевой ткани; однако факт отсутствия включений даже в самых мелких фиброматозных узелках говорит против такого предположения. Да и в аденомиомах, как показали исследования R. Meyer'a далеко не всегда эпителиальные включения являются эмбриональными остатками,—большую частью они бывают обязаны своим происхождением воспалительному разрастанию железистых элементов мукозы полового канала.

Объяснение R. Meyer'a отводит главную роль в этиологии аденомиом воспалению. Многие другие авторы подобным же образом истолковывают генез и всех вообще фибромиом, видя в них результат местной гиперплазии мускулатуры на воспалительной почве. И действительно относительно фибромиом матки, напр., не подлежит сомнению, что они часто развиваются у женщин, ранее страдавших эндометритом или метритом. Однако сплошь и рядом встречаются в практике и такие случаи, где у женщин с фибромиомами половой сферы анамнез не дает ни малейших указаний на существовавший ранее воспалительный процесс, и где сопутствующие фибромиомам явления эндометрита развились уже после возникновения опухолей.

Некоторые из защитников воспалительного происхождения фибромиом приписывают важную этиологическую роль в процессе возникновения этих опухолей метастатическому разнесению инфекции по кровеносным сосудам: если занесенные с потоком крови микробы инфицируют в каком-либо месте сосудистую стенку, то под влиянием ирритации вокруг этого фокуса происходит реактивная гиперплазия окружающей мускулатуры, результатом которой и является фибромиома. И действительно, изучение под микроскопом мельчайших фиброматозных узелков нередко показывает, что они начинают развиваться кругом сосуда.

К этому взгляду близко примыкает другой, согласно которому фибромиомы являются результатом гипертрофии мышечной оболочки

самых сосудов, именно, мелких артерий. Под влиянием того или другого раздражения muscularis этих последних может легко утолщаться—или местно, причем это утолщение и превращается потом в опухолевый узел, или по всему протяжению сосудов, причем просвет последних сначала суживается, а потом даже совершенно облитерируется, и сосуды превращаются таким образом из полых трубок в сплошные мышечные тяжи, которые, переплетаясь между собою в виде клубка, и образуют фибромиому.

Местные утолщения muscularis средних и мелких сосудов в фибромиомах неоднократно наблюдала на своих препаратах, между прочим, Улезко-Строганова, мне же самому приходилось исследовать экземпляры фибромиом матки и рукава, в которых значительную часть массы опухоли составляли сосуды с сильно утолщенной muscularis, частью сохранившие еще свой просвет, частью совершенно облитерированные (рис. 89).

Улезко-Строганова могла, кроме того, в одном случае проследить развитие миомы из крупных шаровидных клеток соединительной ткани, образовавшихся в матке под влиянием раздражения.

В новейшее время много сторонников приобретает взгляд, по которому в генезе фибромиом важную роль играет не столько воспаление в собственном смысле, сколько гиперэмия тех или других органов женской половой сферы, в частности—активная гиперэмия, зависящая от повышенной внутренней секреции яичников. И действительно, исследования, произведенные у нас Поповым, Гогоберидзе и др. авторами, свидетельствует, что у женщин с фибромиомами матки продукция лютеиновой ткани в яичниках, в элементах которой современная наука видит главных носителей внутрине-секреторной функции последних, является значительно повышенной.

Некоторые авторы такую же роль в этиологии фибромиом отводят пассивной гиперэмии, венозному стазу. Так именно Отт, напр., объясняет подмеченное им развитие фибромиом в инфантильной матке с ее резкой антефлексией. Венозным же стазом Розенгарт объясняет этиологическую связь между фибромиомами и относительно часто наблюдающимися у фиброматозных больных пороками сердца. Другие авторы, истолковывая эту связь, высказывают мнение, что фибромиомы женской половой сферы представляют местное проявление общего заболевания сердечно-сосудистой системы у женщин—так же, как зоб является местным проявлением Basedow'ой болезни. Немало защитников впрочем имеет и тот взгляд, что не заболевания сердечно-сосудистой системы, ведут к развитию фибромиом, а, наоборот, фибромиомы матки, благодаря вызываемым ими маточным кровотечениям, обуславливают возникновение заболеваний сердца и сосудов.

Разбирая этиологию фибромиом женского полового аппарата вообще и фибромиом матки в частности, нельзя обойти молчанием того бросающегося в глаза обстоятельства, что опухоли эти развиваются в матке преимущественно у женщин в полном расцвете их половой способности (в возрасте от 30 до 45 лет), и что они возникают обычно у женщин, или совершенно не рожавших, или мало рожавших. Эта

связь между фибромиомами матки и бесплодием у женщин истолковывается различно: многие гинекологи, особенно старого времени, думали, что фибромиома матки является у женщины причиной, а бесплодие—следствием, и что опухоли эти препятствуют зачатию отчасти благодаря вызываемым ими резким изменениям конфигурации маточной полости, отчасти благодаря сопутствующему им эндометриту; другие,—и с гораздо большим, по моему, правому,—полагают, что здесь существует совершенно обратное соотношение, т. е. что не фибромиомы ведут к бесплодию, а бесплодие способствует развитию в половой сфере женщин этих опухолей. Половым частям женщины, особенно матке, физиологически присуща склонность время от времени подвергаться гипертрофии; если эта склонность почему-либо не удовлетворяется нормальным образом, т. е. в форме беременности, то она выливается в уродливые, патологические формы, формы опухолей.

Что касается значения фибромиом половой сферы для женского организма, то при оценке его надо иметь в виду, что фибромиомы—опухоли доброкачественные и причиняемые ими расстройства прежде всего имеют чисто-механическое происхождение, причем степень этих расстройств зависит не столько от величины разбираемых новообразований, сколько от их положения. Фибромиомы рукава и маточной шейки (рис. 90), в силу анатомических отношений этих последних располагающиеся в малом тазу, уже при сравнительно небольших размерах вызывают, ущемляясь в тазовом кольце, очень сильные припадки, а именно, боли вследствие сдавливания тазовых нервов, расстройства мочеиспускания в форме *ischuriae paradoxae* и пр.; напротив, фибромиомы маточного тела и маточных придатков, располагаясь в большом тазу, могут достигать огромной величины, не вызывая, однако, значительных расстройств.

Шестопал описал случай фибромиомы рукава, где опухоль, имевшая всего 220,0 весу, вызвала уже значительные расстройства родовой деятельности, мочеиспускания и пр. Аналогичные случаи пришлось наблюдать и мне. С другой стороны Кузнецким, напр., описана фибромиома матки, которая потребовала оперативного вмешательства, лишь достигши 2 пуд. 28 ф., весу, Платоновым—такая же опухоль, оперированная при весе в 2½ пуда; мне самому однажды пришлось оперировать большую, у которой фибромиома матки, не причиняя особенных расстройств, достигала веса в 1 пуд 18 ф., а в диссертации Кедровой, вышедшей из заведомой мною клиники, можно найти сведения о фибромиомах матки, достигавших еще более громадных размеров (в случае Stockard'a, напр., кистофибромиома матки весила 134 фунта).

За то фибромиомы маточного тела являются более опасными в том отношении, что они обычно ведут к маточным кровотечениям, которые иногда носят проливной характер, вызывают у больных высокие степени малокровия, а в отдельных случаях могут даже обуславливать смерть больных от острой анемии. Отчего именно зависят эти крово-

течения при разбираемых опухолях, на этот счет существуют различные толкования: в прежнее время их ставили в связь с сопутствующим фибромиомом матки эндометритом, в настоящее же время одни авторы видят главную их причину в недостаточной сократимости маточной мышцы, т. е. приписывают им атоническое происхождение, другие ставят их в связь с хрупкостью стенок маточных сосудов, а всего вероятнее, что здесь играют роль различные причины и, в частности, кроме только что указанных—активная гиперемия матки вследствие повышенной внутренней секреции яичников.

Борисов, изучив состояние слизистой оболочки матки при фибромиомах этого органа, нашел, что эндометрит,—именно, гиперпластический эндометрит, преимущественно вызывающий кровотечения,—встречается здесь в меньшинстве случаев, в большинстве же здесь имеется атрофия мукозы с полным или неполным исчезновением желез. Факт этот, подтвержденный и моими наблюдениями (рис. 91 и 92), свидетельствует, что в этиологии маточных кровотечений при фибромиомах воспалительные процессы в маточной мукозе далеко не играют той роли, которую им приписывали прежде.

Отчего бы ни зависели кровотечения при фибромиомах матки, во всяком случае и в данном отношении важными являются не столько размеры опухолей, сколько их отношения к миометрию вообще и к различным слоям его в частности. С этой точки зрения практически важно различать среди фибромиом матки,—как это обычно делается,—1) интерстициальные фибромиомы (рис. 93), которые располагаются в толще миометрия, на одинаковом расстоянии как от брюшинного покрова матки, так и от слизистой ее оболочки; 2) субсерозные фибромиомы (рис. 94), которые растут в сторону полости брюшины, нередко будучи соединены с наружной поверхностью маточной стенки при помощи более или менее ясно выраженной ножки (субсерозные полипы), и 3) субмукозные фибромиомы (рис. 95), вдающиеся в полость матки, лежащие ближе к мукозе, чем к брюшине, и обычно соединенные ножкой с внутренней поверхностью маточной стенки (субмукозные фиброзные полипы). Этот последний вид маточных фибромиом дает наиболее сильные кровотечения, при интерстициальных опухолях последние бывают выражены слабее, а при субсерозных—еще слабее.

Принято думать, что собственно всякая фибромиома матки в начале своего развития является интерстициальной, располагаясь в толще миометрия (рис. 96), и лишь потом некоторые из них сокращениями маточной мышцы выдавливаются—или кнаружи, под брюшину, или кнутри, под слизистую оболочку, в зависимости оттого, располагается первичный зачаток опухоли в наружных, или во внутренних слоях миометрия, причем в первом случае получается субсерозная, во втором—субмукозная фибромиома; если же фибромиома получила свое начало в средних слоях миометрия, то и в дальнейшем она продолжает расти, более или менее равномерно выпячиваясь как кнаружи, так и кнутри, т. е. является интерстициальной. Некоторые

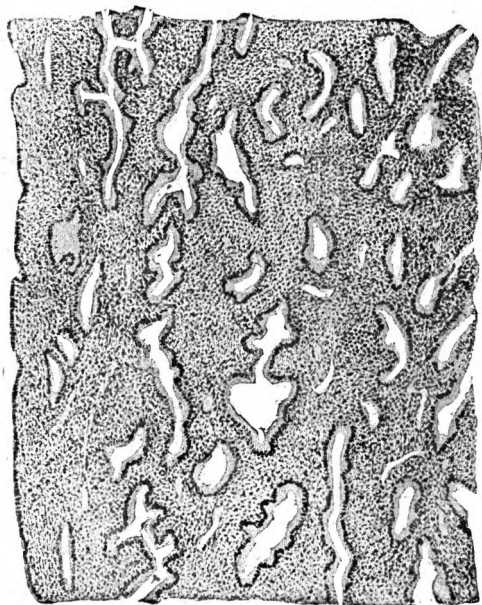


Рис. 91*. Гиперплазия маточной мукозы при фибромиоме матки.

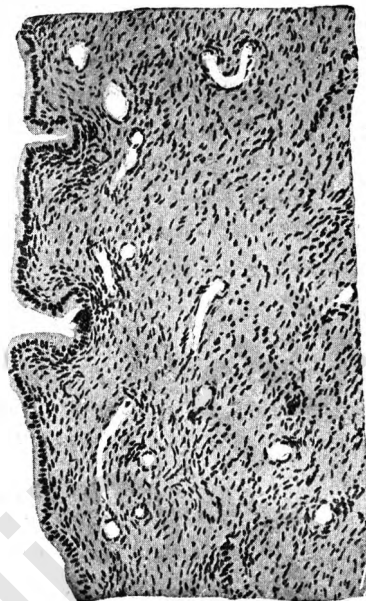


Рис. 92*. Атрофия маточной мукозы при фибромиоме матки.

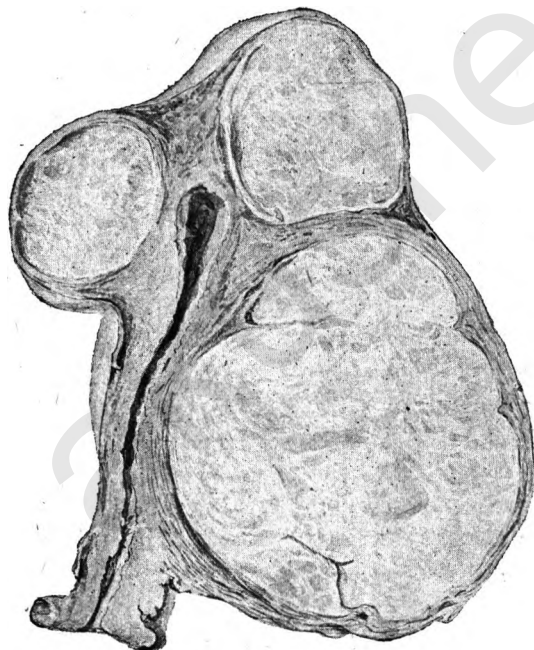


Рис. 93*. Множественная интерстициальная фибромиома маточного тела. Все три интерстициальных узла опухоли сидят в толще миометрия, образующего капсулу для каждого из них.

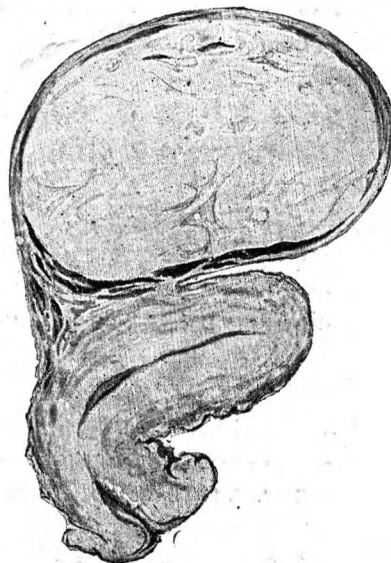


Рис. 94*. Субсерозная фибромиома матки.



Рис. 95*. Матка с находящимся в ее полости субмукозным фибридом.



Рис. 97*. Первоначальное развитие будущей субмукозной фибромиомы в толще слизистой оболочки маточного тела.

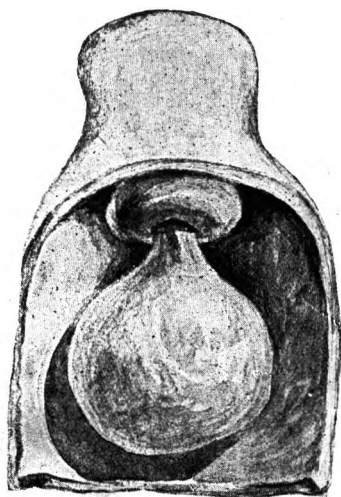


Рис. 98*. „Рождение“ субмукозной фибромиомы в рукав.

препараты, имеющиеся в коллекции Казанской клиники, позволяют впрочем думать, что по крайней мере некоторые из субмукозных фибромиом с самого начала развиваются в толще слизистой оболочки матки (рис. 97).

Кроме разницы в степени маточных кровотечений, различать три указанных вида фибромиом матки практически важно еще потому, что некоторым из этих видов свойственны имеющие большое практическое значение изменения. Так, субмукозные фибромиомы при дальнейшем своем существовании продельвают обычно процесс „рождения“, — матка, если так можно выразиться, терпит их в своей полости лишь первое время, а затем начинает относиться к ним, как к инородным телам, т. е. стремится вытолкнуть их, причем в ней происходят изменения, совершенно аналогичные родовым, а именно, развивается сократительная деятельность, сопровождающаяся нередко схваткообразными болями, под влиянием этих сокращений раскрывается сначала внутренний зев, и фибромиома выталкивается в цервикаль-

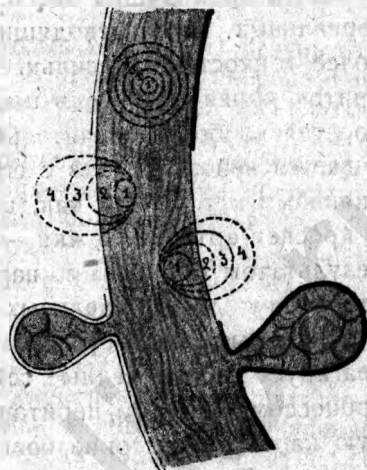


Рис. 96. Схема развития различных видов фибромиом матки (по Auvardy и Davy).

Вверху изображен способ развития интерстициальных фибромиом, слева—субсерозных, справа—субмукозных.

и опухоль „рождается“ в рукав (рис. 98), а иногда, через половую щель, и совершенно наружу. Подобно выкидышу это „рождение“ субмукозных фибромиом, кроме схваткообразных болей, сопровождается еще кровотечениями. Но этого мало,—когда фибромиома „родится“ в рукав, маточная шейка, сокращаясь, охватывает ее ножку как-бы удавкой, а так как в ножке этой проходят сосуды, питающие опухоль, то результатом ее странгуляции зачастую бывает омертвление родившейся фибромиомы; омертвевшая ткань последней подвергается, затем, воздействию со стороны микробов, постоянно находящихся в рукаве или попавших сюда извне, и загнивает, что нередко ведет к общей пугридной интоксикации и сепсису; кроме того, подобные омертвевшие фиброиды иногда могут подать повод к диагностическим ошибкам, именно, их можно бывает смешать с распадающимися раками маточной шейки.

Субсерозные фибромиомы, особенно сидящие на более или менее тонкой ножке, могут под влиянием таких моментов, как изменения положения тела больной, кишечная перистальтика и т. п., подвергаться другому практически-важному изменению, именно, перекручиванию

ножки. Процесс этот также чреват последствиями, суть которых тоже лежит в нарушениях питания опухоли. Перекручивание ножки субсерозных фибромиом матки, как и сидящих на ножке опухолей яичников (кистом, тех же фибромиом и пр.), неминуемо ведет к сужению просвета проходящих здесь сосудов, как приносящих кровь, т. е. артериальных, так и отводящих, т. е. венозных. Конечно последние, как более тонкостенные, сильнее страдают при этом, чем артерии, почему приток крови в опухоль после перекручивания ножки оказывается относительно более значительным, чем отток, почему в фибромиоме развивается венозный стаз с его последствиями—отеком ткани, кровоизлияниями и т. п. Так как, впрочем, при перекручивании суживается и просвет артерий ножки,—хотя и в меньшей степени, чем вен,—то результатом его бывает, наряду с венозным стазом, общий упадок питания опухоли, в отдельных случаях ведущий к некрозу последней.

Покрывающая субсерозную фибромиому брюшина обыкновенно реагирует на отмеченные сейчас расстройства питания воспалительным процессом, местным перитонитом, нередко дающим чрезвычайно бурную картину (жестokie боли, рвота и пр.), причем последствием этого процесса бывает срощение опухоли с окружающими органами, особенно с сальником и кишками. С одной стороны, правда, эти срощения, неся с собою сосуды, поддерживают ослабшее питание опухоли, но с другой, благодаря им, в опухоль могут проникнуть из кишек микробы и инфицировать ее, вызвав ее нагноение.

В отдельных случаях перекручивание ножки субсерозных фибромиом может вести к полному откручиванию последних от матки. Обособившаяся таким образом опухоль нередко импрегнируется известковыми солями и остается в брюшной полости в виде инородного тела каменной плотности.

Если подбрюшинная фибромиома сидит на толстой ножке, то вращение ее может повести к перекручиванию не ножки, а матки, обыкновенно в области шейки, причем и здесь может иметь место полное или почти полное обособление опухоли вместе с маточным телом от нижележащих частей полового канала.

Рогов описал, напр., случай, где множественная фибромиома маточного тела, в $4\frac{1}{4}$ фунта весом, сидевшая подбрюшинно на короткой и толстой ножке, повела к такому перекручиванию маточной шейки, что последняя почти совершенно открутилась от тела матки,— между ними остался лишь соединительнотканый тяж; перекручивание в этом случае сопровождалось приступами резких болей.

Помимо сейчас разобранных изменений, присущих субмукозным и субсерозным фибромиомам, в фибромиомах женского полового аппарата независимо от их положения и исходного пункта может наблюдаться целый ряд патолого-анатомических изменений, имеющих важное практическое значение: геморрагический инфаркт, кистовидное перерождение, нагноение и пр.

Унгер, исследовав 100 фибромиом матки, в 10 из них обнаружил признаки геморрагического инфаркта, который, по его наблюдениям, чаще развивается здесь вследствие тромбоза артерий опухоли, реже вследствие эмболии, причем клинически он проявляется ухудшением существовавших ранее припадков и появлением новых, в зависимости от перитонита и отчасти токсэмии.

Кистовидное перерождение фибромиом может быть результатом или дегенеративных процессов, особенно слизистой дегенерации, или образования лимфангиэктазий, или возникновения кист из эпителиальных включений в аденомиомах. Достигая в отдельных случаях такой степени, что вся фибромиома из солидной опухоли превращается в тонкостенный мешок, наполненный жидкостью, оно клинически сопровождается нередко усилением маточных кровотечений, появлением болей и ускорением роста опухолей (Гусаков).

Нагноение фибромиом в большинстве случаев возникает, благодаря переносу гноеродных микробов из соседних органов. Канегиссер, описавший 3 случая гнойников в фибромиомах матки, встретившихся в материале Отта (400 случаев), отмечает, что в одном случае нагноение опухоли развилось после выскабливания, в другом—в связи с аппендицитом и в третьем—в связи с гнойным воспалением маточных придатков. Случаи последнего рода попадались и в моей практике.

Омертвлению, как уже было сказано выше, чаще всего подвергаются субмукозные фибромиомы матки, родившиеся в рукав, причем здесь омертвление это зачастую сопровождается гнилостным разложением. Далее, некротизации, как опять-таки уже упоминалось выше, нередко подвергаются и субсерозные фибромиомы матки на почве перекручивания ножки, если образовавшиеся сращения не доставят им достаточного для их питания количества сосудов, причем в отдельных случаях омертвление это может иметь характер петрификации. Но этому процессу могут подвергаться и интерстициальные фибромиомы на почве расстройств кровообращения, инфекции и пр. Хажинский, напр., наблюдал случай, где причиной омертвления маточной фибромиомы был *endoarteriitis obliterans*.

Наиболее важное практическое значение имеет, однако, злокачественное перерождение фибромиом, именно, саркоматозное, при котором фибромиома из доброкачественного, ограниченного, сравнительно медленно растущего образования превращается в высоко-злокачественную опухоль, обладающую способностью к быстрому, притом инфильтрирующему росту, образованию метастазов в различных органах и пр. и быстро ведущую к летальному исходу. Параллельно с этим в ней происходят и структурные изменения: из плотной ткань ее делается более мягкой, пучкообразное расположение опухолевых элементов в значительной мере утрачивается, длинные, снабженные палочкообразными ядрами мышечные клетки и волокна соединительной ткани постепенно замещаются более короткими клетками различной величины и формы,—то веретенообразными, то овальными, то круглыми, среди которых многие оказываются представляющими признаки митотического деления (рис. 99).

Саркоматозное перерождение фибромиом женской половой сферы—далеко не редкое явление: оно имеет место в 3—4⁰/₁₀₀ всех фибромиом, а по мнению некоторых авторов встречается и того чаще. Несмотря на то, как этиология, так и гистогенез этого перерождения представляют много темного. Невыясненным является, прежде всего какая составная часть фибромиом служит источником развития саркоматозных элементов,—исходят эти последние из соединительной ткани, т. е. является это перерождение в собственном смысле саркоматозным, или же они представляют собою незрелые гладкомышечные клетки, т. е. перерожденная опухоль является саркомой лишь морфологически, генетически же—миомой. Есть основания думать, что в практике встречается то и другое, но, повидимому, чаще имеет место второе, т. е. так называемая „саркоматозная“ ткань в фибромиомах является таковою лишь по названию, фактически же это—мышечная ткань.

Темным остается и вопрос о том, существуют т. наз. „саркоматозные“ элементы в подвергающихся перерождению фибромиомах с самого начала, как таковые, или же опухоли в подобных случаях сначала бывают совершенно доброкачественными в патолого-анатомическом смысле, т. е. состоящими из зрелой мышечной и зрелой же соединительной тканей, и лишь потом результатом размножения элементов последних является возникновение ткани, похожей на саркоматозную.

Клинические наблюдения во всяком случае говорят, что опухоли матки и др. половых частей женщины, дающие картину фибромиом, долгое время могут иметь совершенно доброкачественное течение и лишь потом делаются злокачественными, причем гистологическое исследование открывает в них картины, свойственные саркомам. С другой стороны, однако, иногда в опухолях, представляющихся и клинически, и патолого-анатомически фибромиомами, под микроскопом уже с самого начала удается открыть присутствие клеток, не похожих ни на зрелые гладкомышечные, ни на клетки волокнистой соединительной ткани. По мнению Неводничанского наличие таких элементов еще не говорит за саркоматозное перерождение фибромиомы. У лезко-Строганова думают, что по тончайшему строению среди фибромиом можно различать два вида—обыкновенные и такие, где мышечные клетки, останавливаясь в своем развитии, представляются сравнительно короткими, даже круглыми, с овальными или круглыми ядрами; хотя она и считает оба этих вида доброкачественными, но принимает, что они дают различную клиническую картину и предсказание. Если добавить к этому, что, по мнению некоторых авторов, фибромиомы, иногда и не изменяясь морфологически, могут обнаруживать высокую степень злокачественности,—напр., давать множественные миоматозные же метастазы в разных органах,—то данный вопрос окажется еще более запутанным.

Так или иначе, во всяком случае особенною склонностью к „саркоматозному“ перерождению отличаются, повидимому, субмукозные фибромиомы. Английские гинекологи уже давно обратили внима-

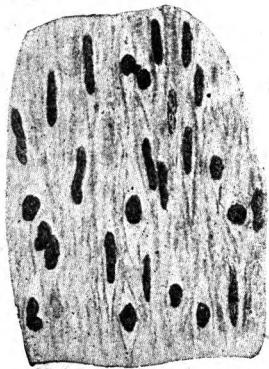


Рис. 99*. Саркоматозное перерождение мышечных клеток в фибромиоме.



Рис. 100*. Саркома слизистой оболочки маточного тела.



Рис. 101*. Саркома яичника.

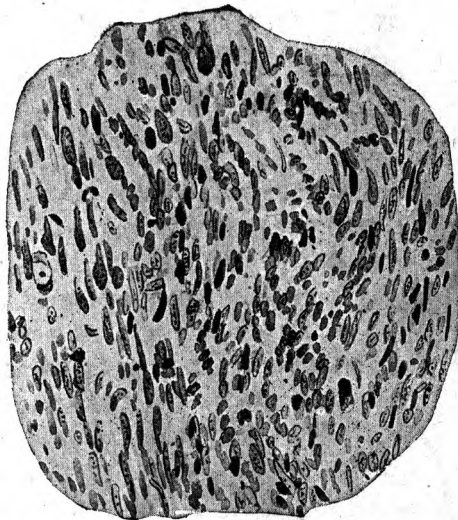


Рис. 102*. Веретенообразноклеточковая саркома яичника под микроскопом.

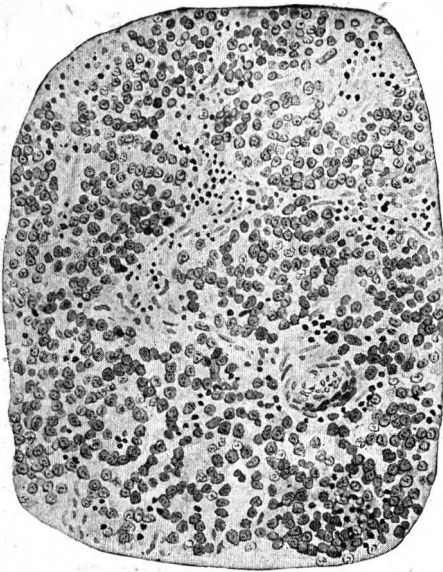


Рис. 103*. Круглоклеточковая саркома яичника под микроскопом.

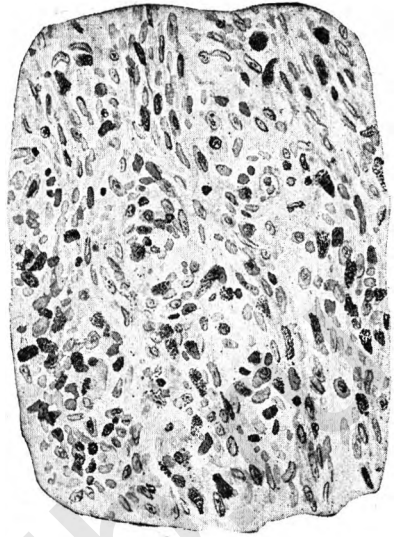


Рис. 104*. Меланотическая саркома вульвы.
Среди опухолевых клеток разбросано значительное количество скоплений зернистого пигмента.

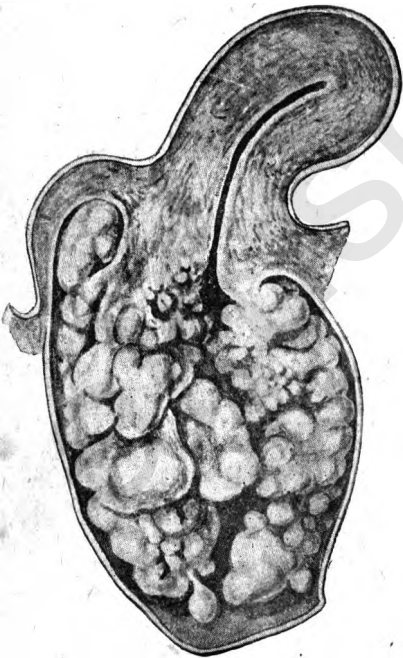


Рис. 105. Гроздевидная саркома маточной шейки (по Рейну).



Рис. 106. Эндотелиома (endothelioma lymphaticum) широкой связки (по Кадыгрову).

ние на способность их быстро рецидивировать после оперативного удаления, почему и дали им название „возвращающихся фиброидов“, „recurrent fibroids“. Новейшие наблюдения свидетельствуют, что эти „возвращающиеся фиброиды“ суть ничто иное, как „саркоматозно“ переродившиеся фибромиомы (причем слово „саркоматозно“ определяет здесь лишь морфологическую сторону дела, но не генетическую), или же,—как я мог убедиться в одном случае,—с самого возникновения представляют собою „саркомы“ (опять-таки лишь морфологически, генетически же они могут быть и миомами).

Некоторые авторы считают возможным говорить, кроме саркоматозного, еще о раковом перерождении фибромиом. И действительно, что фибромиомы, напр., матки предрасполагают к заболеванию раком и в частности раком маточного тела,—за это имеются убедительные данные. Однако говорить о раковом перерождении фибромиом в подобных случаях будет вряд-ли правильно, а скорее речь может здесь идти о комбинации рака с миомой, причем исходным пунктом первого служат обыкновенно эпителиальные элементы покрывающей внутри фибромиому маточной мукозы. Выражение „раковое перерождение“ до известной степени допустимо лишь по отношению к тем случаям, где рак развивается в аденомиомах, причем исходным пунктом его служат существующие в последних эпителиальные включения; но такие случаи наблюдаются нечасто.

Наряду с перечисленными изменениями, ухудшающими прогностику фибромиом, следует упомянуть и о таких, которые имеют совершенно противоположное клиническое значение. В литературе описано немало случаев т. наз. самоизлечения данных опухолей. Особенно часто исчезновение фибромиом матки,—обычно небольшого размера,—приходится наблюдать в климактерии, в связи с климактерической атрофией матки. Иногда, далее, исчезновение маточных фибромиом имеет место в послеродовом периоде, причем, вероятно, оно является результатом рассасывания опухолей, предварительно подвергшихся жировому перерождению. В отдельных случаях, наконец, опухли эти,—обычно субмукозные,—элиминируются чрез половые пути в омертвевшем виде.

Кузнецкий. К. каз. гистеротомий. Дн. Каз. О. Вр. 1881.—Попов и Штофф. Сл. самородного исцеления большой фибромиомы матки. Вр. 1890.—Попов. К. в. об изменениях яичников при фибромиомах матки. Дисс. СПб. 1890.—Розенгарт. К. этиологии фибромиом и полипов матки. Ж. А. 1890.—Голов. К. стат. случаев самородного исцеления сложной фибромиомы матки. Вр. 1891.—Борисов. Об изменении слиз. оболочки матки при фибромиомах и пр. Дисс. СПб. 1895.—Иванов. К. в. об аденомиомах матки. Дисс. СПб. 1897.—Платонов. Фибромиома матки необычайно больших размеров. Хир. 1898.—Груздев. О фибромиомах рукава. Вр. 1900.—Улезко-Строганова. О злокач. миоме матки. Ж. А. 1902.—Неводничанский. К. в. об строении, росте и перерождении фибромиом матки. Дисс. СПб. 1903.—Владимиров. К. в. об судьбе подбрюш. фибромиом. Ж. А. 1903.—Груздев. К. в. об т. наз. „возвращающихся фиброидах“ матки. Р. Вр. 1904.—Улезко-Строганова. К. в. об

росу о перерождении фибромиом и пр. I С. Р. А.—Александров. Сл. фибромы яичника с сарк. перерождением. Отч. Пр. В. 1904.—Линген. О нек. отношениях между фибромами матки и сердцем. Р. Вр. 1906.—Рогов. Сл. перекручивания шейки матки при фибромиоме. Ж. А. 1907.—Орлов. О злокач. перерождении фибромиом матки. Отч. Р. Вр. 1908.—Лозинский. К вопр. о фибромиомах яичника и их гистогенезе. Пр. В. 1908.—Шестопал. Fibromyoma parietatis lat. dex. vaginae. Ж. А. 1909.—Мухина. Редкий сл. перекручивания ножки миомы с перекруч. матки. Ж. А. 1909.—Новиков. Клини. наблюдения над миомами матки и лечением их. Клини. Мон. 1909.—Гогоберидзе. К вопр. об осложнении фибромиом матки заболеванием придатков и пр. Ж. А. 1910.—Отт. К этиол. и профил. фибромиом матки. Р. Вр. 1911.—Тиканадзе. К вопр. о плотных опухолях яичника (фибромах и аденофибромиомах). Р. Вр. 1911.—Бранд. Фибромиома и рак. Р. Вр. 1911.—Пекарская. К вопр. об изменении состава крови при фибромиомах матки. Р. Вр. 1911.—Снегирев. Клини. особенности фибромиом. Р. Вр. 1911.—Унгер. Редкий сл. фибромиомы матки. Отч. Вр. Г. 1913.—Шах-Азиз. К каз. злокач. новообразований ж. пол. органов, Вр. Г. 1912.—Гусаков. К вопр. о кистов. перерождении миом матки. Ж. А. 1913.—Хажинский. К вопр. о некрозах в фибромиомах матки. Харьк. М. Ж. 1914.—Лозинский. К вопр. о злокач. перерождении миом. V С. Р. А.—Улезко-Строганова. К гистогенезу миом матки. Ж. А. 1914.

Саркомы. Значительно реже, чем доброкачественные опухоли десмоидного типа, встречаются в женской половой сфере злокачественные десмоидные новообразования и в частности те из них, которые известны, по своей гистологической структуре, под общим названием сарком, хотя, как уже было сказано выше, наряду с настоящими саркомами, т. е. опухолями, состоящими из молодых соединительнотканых клеток, в числе их встречаются и опухоли, которые генетически должны быть рассматриваемы, как миомы.

Подобно фибромиомам саркомы могут развиваться во всех отделах женского полового аппарата; впрочем, как и по отношению к фибромиомам, предрасположение различных органов женской половой сферы к заболеванию саркомами является неодинаковым: чаще всего, — хотя и не в такой мере, как это мы видели при фибромиомах, — исходным пунктом развития сарком является матка, затем яичники; саркоматозные опухоли маточных связок, вульвы и рукава встречаются гораздо реже, а сарком Fallopiевых труб описаны в литературе лишь отдельные случаи.

За период времени с 190⁰/₁ по 191⁶/₇ уч. г. в Казанской акушерско-гинекологической клинике наблюдалось стационарно 35 случаев сарком матки, 25 случаев сарком яичников и 4 случая сарком широких связок, саркомы же вульвы, рукава и труб не встретились ни разу.

Что касается, в частности, матки, то саркомы могут развиваться как в теле, так и в шейке ее, но, в противоположность другой злокачественной опухоли матки, раку, который гораздо чаще поражает маточную шейку, чем corpus uteri, саркомы значительно чаще наблюдаются в этом последнем, чем в шейке матки. При этом они могут исходить здесь или из слизистой оболочки (рис. 100), или из миометрия.

По мнению многих наблюдателей первое случается гораздо чаще второго, но, я думаю, с таким положением можно согласиться, лишь если иметь в виду саркомы в узком смысле слова, т. е. опухоли, состоящие из молодых соединительнотканых клеток. Дело в том, что исходящие из миометрия саркомы в большинстве случаев являются, таковыми лишь морфологически, генетически же представляют собою миомы. И вот, если такие миомы, и клинически, и морфологически похожие на саркомы, причислять к этим последним, то окажется, что саркомы миометрия по частоте будут превосходить саркомы маточной мукозы (в противоположность первым являющиеся таковыми не только морфологически, но и по своему генезу): в заведомой мною клинике, напр., за 17 лет (190⁰/₁—191⁶/₇ уч. гг.) на 30 случаев сарком миометрия встретилось лишь 5 сарком слизистой оболочки. Если, напротив, под названием сарком разумеать исключительно соединительнотканые опухоли, то возможно, что подобные опухоли в миометрии и будут встречаться реже, чем в слизистой оболочке матки.

Помимо указанной сейчас генетической разницы саркомы маточной мукозы отличаются от сарком миометрия, с точки зрения генеза, еще в том отношении, что первые с самого начала обычно являются таковыми, т. е. имеют первичный характер, тогда как саркомы миометрия,—как уже говорилось выше,—зачастую (по крайней мере по мнению многих наблюдателей) бывают вторичными, развиваясь из фибромиом.

Вторичными, повидимому, нередко являются и саркомы яичников, но здесь это обыкновенно бывает результатом саркоматозного перерождения не доброкачественных десмоидных опухолей, как в матке, а эпителиальных, именно, железистых кистаденом,—строма последних саркоматозно перерождается, и таким образом из доброкачественной кистомы образуется злокачественная кистосаркома.

Здесь кстати следует заметить, что, в противоположность матке, где доброкачественные десмоидные опухоли (фибромиомы) встречаются гораздо чаще злокачественных (сарком), в яичниках саркомы встречаются значительно чаще фибром и фибромиом: на 25 случаев яичниковых сарком, стационарно наблюдавшихся в Казанской акушерско-гинекологической клинике с 190⁰/₁ по 191⁶/₇ уч. г., встретилось лишь 5 случаев фибром яичника. Объясняется этот перевес, быть может, тем, что и в норме яичниковая строма, с ее веретенообразными клетками, морфологически стоит гораздо ближе к саркоматозной ткани (именно, к ткани веретенообразноклеточковых сарком), чем к зрелой, волокнистой соединительной ткани фибром.

Макроскопически саркомы, развивающиеся в женской половой сфере, могут представляться или в форме диффузных, или в форме узловатых образований.

Так, напр., саркомы яичника (первичные) обыкновенно представляют собою опухоли, диффузно охватывающие весь этот орган и по внешним очертаниям повторяющие его форму (рис. 101), причем величина и вес их могут достигать в отдельных случаях огромных размеров (до 2 пуд., как я убедился при просмотре относящейся сюда

литературы). Диффузную форму иногда имеют и саркомы матки, хотя зачастую они развиваются, напр., и в форме субмукозных полипов, причем это относится как к саркоматозным опухолям маточной мукозы (см. рис. 100), так и к саркомам миометрия (уже упомянутые выше recurrent fibroids).

Что касается, далее, гистологической структуры, то в числе сарком женских половых органов встречаются и веретенообразноклеточковые (рис. 102), и круглоклеточковые (рис. 103), и полиморфные. Иногда между клеточными элементами этих опухолей попадаются и гиганты.

Говоря о гистологических разновидностях саркоматозных опухолей, развивающихся из половых частей женщины, нелишним будет упомянуть, что среди сарком, исходящих из вульвы, относительно нередко наблюдаются т. наз. меланотические саркомы (рис. 104), элементы которых богаты особым темным пигментом.

Заслуживает также упоминания, что слизистая оболочка маточной шейки служит исходным пунктом особой, лишь здесь встречающейся, опухоли, макроскопически представляющей в форме гроздевидных образований, напоминающих пузырный занос (рис. 105). При микроскопическом исследовании оказывается, что опухоль эта состоит главным образом из саркоматозной ткани, —отсюда и название „гроздевидная саркома“, под которым она обыкновенно известна. Однако, кроме саркоматозной, в ней встречаются и другие ткани: миксоматозная, хрящевая, жировая, поперечно-полосатая мышечная, эпителиальная. И по своему строению, и по своему генезу опухоль эта может быть отнесена к группе т. наз. смешанных опухолей.

Этиология сарком женской половой сферы столь же темна, как и этиология всех вообще новообразований. По крайней мере непосредственной причины их возникновения мы не знаем. Что касается способствующих моментов, то относительно двух из них,—возраста и родовой деятельности,—статистика позволяет установить довольно заметную разницу между саркомами и часто встречающимися в женской половой сфере злокачественными опухолями эпителиального типа, т. е. раками: саркомы сравнительно чаще попадают у молодых женщин, а родовая деятельность женщины не играет, повидимому, такой важной роли в их происхождении, какую она играет в происхождении раков женской половой сферы вообще и раков матки в особенности.

Собрав в свое время довольно большой казуистический материал, относящийся к саркомам яичников, я нашел, что кривая заболеваемости этими опухолями по возрастам представляет две почти одинаково-высоких точки: одна соответствует возрасту 21—30 л., т. е. возрасту начала полной половой деятельности женщины, другая—возрасту 41—50 л., когда у женщины наступает обычно климактерий. Заслуживает замечания при этом, что, по собранным мною данным, круглоклеточковая разновидность яичниковых сарком представляет удел значительно более молодых женщин, чем веретенообразноклеточковая. Gessner, которому принадлежит наиболее солидная монография по

вопросу о саркомах матки, нашел, что саркомы слизистой оболочки этого органа чаще всего встречаются в возрасте от 45 до 50 л., хотя сравнительно нередко наблюдаются и в самых молодых годах; что касается сарком миометрия, то они дали этому автору совершенно такую же возрастную кривую, какая характерна для фибромиом матки,—обстоятельство, до известной степени говорящее за генетическое родство тех и других опухолей.

Относительно родовой деятельности больных с яичниковыми саркомами я мог установить, что большая половина их (76 из 140) были нерожавшие (в том числе 50 незамужних). Значительный процент нерожавших оказался и у Gessner'a среди больных с саркомами матки.

Много спорного представляет и гистогенез разбираемых опухолей. Во всяком случае взгляд некоторых исследователей (Askergran), будто последние всегда являются результатом атипического размножения эндотелиальных элементов сосудистых стенок,—взгляд, когда-то разделявшийся и мною,—не имеет под собою достаточно-твердой почвы. За то вряд ли подлежит сомнению, что многие саркомы женской половой сферы вообще и матки в особенности, как я уже говорил выше, представляют собою не соединительнотканые опухоли, а мышечные, только состоящие из незрелых мышечных клеток.

В клиническом отношении саркомы половых частей у женщины безусловно принадлежат к числу злокачественных опухолей. Подобно другим злокачественным новообразованиям они обладают способностью к быстрому, притом инфильтрирующему росту, способностью вырабатывать ядовитые вещества, обуславливающие отравление организма больных с явлениями кахексии, способностью рецидивировать после удаления и способностью распространяться метастатически. При этом метастатическое распространение сарком, в противоположность ракам, нередко совершается по кровеносным путям, хотя и лимфатические пути несомненно также могут служить для разнесения саркоматозных метастазов. В частности маточные саркомы чаще всего, повидимому, дают метастазы в легкие; что же касается яичниковых сарком, то, по моим наблюдениям, чаще всего при них метастатически поражается брюшина и в особенности сальник, из более же отдаленных органов—желудок. В конечном результате последствием вызываемых данными опухолями изменений в организме является быстрая смерть больных, при саркомах матки наступающая, по Gessner'у, в среднем менее, чем через 2 года после начала заболевания.

Впрочем злокачественность сарком, развивающихся в половых частях у женщин, может в отдельных случаях представлять весьма широкие колебания: известны случаи, где эти опухоли уже по истечении нескольких месяцев после своего возникновения уносили больных в могилу, между тем как в других случаях от начала заболевания до летального исхода проходило шесть лет и более. По моим наблюдениям степень злокачественности данных опухолей находится в определенном соответствии с их гистологической структурой, а именно, круглоклеточковые саркомы (яичников) являются гораздо

более злокачественными, чем веретенообразноклеточковые (Gessner по отношению к саркомам матки не мог, однако, установить такого соответствия). Высокой степенью злокачественности отличаются также меланотические саркомы, а равно и гроздевидные саркомы цервикальной мукозы.

Груздев. Саркомы яичников. Дисс. СПб. 1894.—Бекман. К гистологии и гистогенезу сарком матки. Вр. 1898.—Вебер. О саркомах матки. Ж. А. 1898.—Варнек. О саркоме матки. М. Об. 1901.—Борткевич. К уч. о саркомовидной миоме матки. Вр. Г. 1910.—Томашевский. К вопр. о смешанных опухолях влагалища и шейки матки в связи с уч. о смеш. опухолях вообще. Хир. Арх. 1910.—Малиновский. К уч. о т. наз. гроздевидных саркомах мат. шейки. Ж. А. 1912.—Бекман. К уч. о гестерол. мезод. новообразованиях шейки матки. Ж. А. 1913.

Эндотелиомы. Кроме сарком, половой аппарат у женщин не так редко является исходным пунктом развития другого рода злокачественных опухолей соединительнотканного типа, именно, эндотелиом.

Как видно из монографии Кадыгробова, вышедшей в 1908 г. из заведующей мною клиники, эндотелиомы могут возникать во всех отделах женской половой сферы, но далеко неодинаково часто: в то время, как число эндотелиом (и перителиом) яичников, сведения о которых приведены в данной монографии, доходит до 86, случаев эндотелиом матки автор мог собрать из литературы лишь 27, эндотелиом рукава—6, эндотелиом вульвы—лишь 2, Fallopi'евых труб—также 2; кроме того в работе Кадыгробова мы находим описание 2 случаев эндотелиом широких связок, наблюдавшихся в Казанской акушерско-гинекологической клиники (где, помимо этих 2 случаев, за 17 лет,—с 190⁰/₁ по 191⁰/₇ уч. гг.—наблюдалось еще 7 случаев эндотелиом яичников и 1 случай эндотелиомы матки).

Уже самое название эндотелиом вполне определяет генез этих опухолей: последние возникают, благодаря атипическому разрастанию эндотелия—как кровеносных, так и лимфатических сосудов, соответственно чему различают две главных их разновидностей, именно, гэмангиоэндотелиомы и лимфангиоэндотелиомы. В половом аппарате женщин вообще и в яичниках в частности гораздо чаще, повидимому, встречается вторая разновидность. Кроме гэмангиоэндотелиом и лимфангиоэндотелиом к данной группе новообразований относят обыкновенно еще т. наз. перителиомы, происходящие из перителия,—особого вида эндотелия, который одевает снаружи адвентицию кровеносных сосудов и впервые был открыт Eberth'ом в сосудах головного и спинного мозга. Некоторые исследователи впрочем видят в перителиомах результат разрастания самих адвентициальных клеток, т. е. считают их за адвентициальные саркомы, а по мнению других перителиомы суть просто лимфангиоэндотелиомы, происходящие из эндотелия периваскулярных лимфатических пространств. Перителиомы также могут возникать во всех отделах женского полового аппарата, причем, как и эндотелиомы в узком смысле слова, чаще всего развиваются из яичников.

Где кроются причины, побуждающие эндотелий к атипическому разрастанию,—это мы знаем столь же мало, как и этиологию других опухолей. Судя по данным, имеющимся у Кадыгробова, эндотелиомы в половой сфере могут развиваться у женщин самого различного возраста, хотя чаще всего они встречаются в возрасте от 41 до 50 лет. Рожавшие женщины, повидимому, бывают предрасположены к ним больше, чем нерожавшие.

Атипически разрастаясь при развитии разбираемых опухолей, эндотелий обычно испытывает резкие морфологические изменения, а именно, клетки его то становятся похожими на саркоматозные, то—еще чаще—делаются эпителиоидными, весьма похожими на раковые; оттого в прежнее время эндотелиомы и распознавались обыкновенно, как раки, да и впоследствии название „эндотелиальный рак“ зачастую присваивалось многими авторами некоторым видам эндотелиом. Видоизмененные таким образом эндотелиальные клетки сохраняют обычно характерное расположение (в виде тяжей, цепочек, трубок и пр.) и отношение к сосудам, что и позволяет под микроскопом диагностировать эндотелиому (рис. 106). В дальнейших стадиях развития, однако, опухолевые клетки при эндотелиомах, разрастаясь сплошными полями и совершенно вытесняя *matrix*, в которой они размножаются, могут давать под микроскопом картины, не отличающиеся от тех, какие имеют место при саркомах. Для перителиом является характерным расположение опухолевых элементов в виде более или менее толстых футляров, окружающих кровеносные сосуды.

Макроскопически эндотелиомы, возникающие в различных органах женской половой сферы, представляются в виде образований, которые ни по своей конфигурации, ни по своей консистенции, ни по другим признакам не отличаются от сарком. Лишь для гемагиоэндотелиом является, пожалуй, довольно характерною наличность в их тканях как наполненных кровью полостей, так и внутритканевых кровоизлияний.

Что касается, наконец, значения эндотелиом для организма, то они безусловно должны быть отнесены к разряду злокачественных опухолей. При этом, хотя некоторые авторы и склонны видеть в них новообразования менее злокачественные, чем саркомы, но по отношению по крайней мере к эндотелиомам женской половой сферы это вряд ли справедливо: как свидетельствуют данные Кадыгробова, опухоли эти, напр., обладают большею склонностью к метастатическому распространению, чем саркомы. Это впрочем и понятно, если мы обратим внимание на отношение их к кровеносным (при гемагиоэндотелиомах) и лимфатическим (при лимфангиоэндотелиомах) сосудам.

Кадыгробов. Эндотелиомы женского полового аппарата в пат.-анат. и клиническом отношении. Дисс. Каз. 1908.

66) Эпителиальные опухоли.

Как и среди десмоидных опухолей, среди новообразований этой категории мы можем и с патолого-анатомической, и с клинической точки зрения различать две группы: опухоли доброкачественные с одной стороны, злокачественные—с другой. Те и другие являются результатом разрастания преимущественно эпителиальной ткани, но в первых эпителий, разрастаясь, сохраняет как свой нормальный характер, так и нормальное отношение к окружающей строме,—однослойный цилиндрический эпителий, напр., разрастается, если так можно выразиться, планиметрически, сохраняя свою однослойность, и не прорастает ту *membrana limitans*, которая в норме отграничивает его от окружающей стромы. В опухолях второй группы, злокачествен-

ных, эпителий, напротив, разрастаясь, с одной стороны утрачивает свой нормальный характер,—однослойный цилиндрический эпителий, напр., разрастаясь стереометрически, превращается в многослойный, а с другой—нарушает границы *membranae limitantis* и атипически прорастает в окружающую строму (*resp.* в нормальную ткань того органа, где развивается эпителиальное новообразование).

Важно иметь в виду, что между этими видами разрастания эпителия, как и вообще между доброкачественными и злокачественными новообразованиями, нельзя провести резкой границы, равно как нельзя провести таковой и между физиологическими разрастаниями эпителия—с одной стороны, эпителиальными новообразованиями—с другой. Как уже было сказано в своем месте, эпителий цервикальной мукозы у беременных физиологически может давать разрастания, чрезвычайно похожие на раковые; то же самое следует сказать и о хориальном эпителии (синцитии) при беременности. С другой стороны в маточной шейке, напр., может развиваться, из эпителия желез, несомненно злокачественное новообразование, в котором разрастающийся эпителий большей частью сохраняет и свою однослойность, и свою резкую ограниченность от стромы (т. наз. *adenoma malignum* авторов) (рис. 107).

Доброкачественные эпителиальные опухоли, возникающие в женском половом аппарате, могут быть результатом разрастания или многослойного плоского эпителия, или однослойного цилиндрического; опухоли первого рода известны под названием папиллом и острых кондилом, опухолям второго рода может быть дано общее название аденом. Что касается опухолей, возникающих вследствие атипического разрастания как многослойного плоского, так и однослойного цилиндрического эпителия, то они принадлежат к обширной группе раков или карцином.

В некоторых руководствах по патологической анатомии проводится несколько иная классификация доброкачественных эпителиальных опухолей, а именно, они делятся на две группы в зависимости оттого, исходят из покровного эпителия или из железистого, причем название аденом присваивается лишь опухолям второго рода, опухоли же, происходящие из покровного эпителия, причисляются к папилломам, т. е. сосочковым опухолям. Такая классификация вряд ли, однако, может быть названа удачно—прежде всего уже потому, что она не является исчерпывающею: разбираемые опухоли могут быть результатом разрастания такого эпителия, который нельзя отнести ни к покровным, ни к железистым; в женском половом аппарате таковым эпителием является, напр., эпителий паровариальных и пареоофальных образований. Кроме того, между настоящими, т. е. железистыми, аденомами и сосочковыми опухолями, возникающими путем разрастания однослойного цилиндрического эпителия, едва ли есть существенная гистогенетическая разница,—те и другие могут быть, повидимому, результатом планиметрического разрастания одного и того же эпителия, только в одних последний разрастается по эвертирующему типу, в других—по инвертирующему, в зависимости главным образом от чисто-механических условий, в свою очередь определяемых проли-

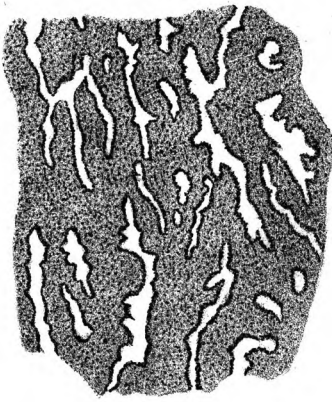


Рис. 107. Аденома malignum colli uteri (по Дьяконову).



Рис. 112. Диффузная аденомиометрия (по Горизонтову).



Рис. 108. Аденомиома рукава (по Горизонтову).

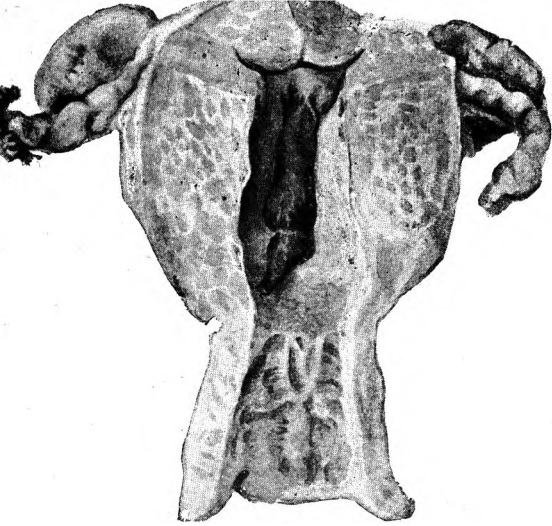


Рис. 109*. Мукозный полип маточного тела.

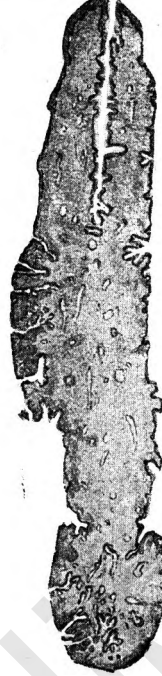


Рис. 110*. Мукозный полип шейки под микроскопом, при очень небольшом увеличении. В середине полипа, в той части его, которую он прикреплялся к маточной стенке, идет вытянутая цервикальная железа.

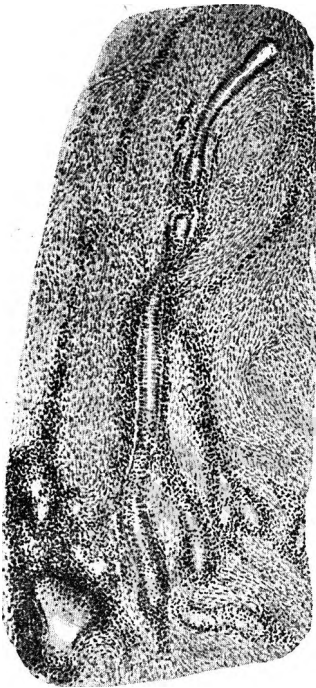


Рис. 111*. Аденомиометрит. Из слизистой оболочки глубоко врастают в миометрий железы, несущие с собою цитогенную ткань.



Рис. 113*. Аденокистома маточн. шейки (по Полякову).

оферационной энергией эпителия, его секреторную способность, величину полости, стенки которой он выстилает, возможностью или невозможностью оттока содержимого этой полости и пр. Если, напр., исходным пунктом опухоли явится вполне или почти вполне замкнутая полость, и если в клетках выстилающего последнюю эпителия секреторная деятельность будет преобладать над пролиферацией, то ясно, что, скопляясь в полости в большом количестве, содержимое будет выдавливать эпителиальную выстилку полости кнаружи, эпителий будет разрастаться по эвертирующему типу, и в результате получится железистая опухоль. Если же клетки эпителия будут размножаться энергично, а секреторная деятельность их будет слаба, и количество отделяемого секрета будет незначительно относительно величины полости, или секрет будет находить беспрепятственный отток, то эпителиальная выстилка полости, естественно, будет вдаваться внутрь, станет разрастаться по инвертирующему типу и даст в результате сосочковую опухоль. Правда, при разрастаниях покровного эпителия и имеют место большею частью именно условия второго рода, а при разрастаниях железистого—первого, но это бывает не всегда. Кроме того, указанные условия могут меняться, и тогда эпителий, начавший разрастаться, положим, по эвертирующему типу, станет затем разрастаться по инвертирующему типу,—получится смешанная железисто-сосочковая опухоль, каковые опухоли, напр., в яичниках не составляют редкости.

В виду всего сказанного я считал-бы более рациональным присвоить название аденом всем доброкачественным эпителиальным опухолям, являющимся результатом разрастания однослойного цилиндрического эпителия,—покровного или железистого безразлично,—разделив аденомы на железистые (*adenoma glandulare*) и сосочковые (*adenoma papillare*) в зависимости оттого, идет в них разрастание эпителия по эвертирующему типу, или по инвертирующему; название же папиллом я считал-бы уместным сохранить лишь за опухолями типа острых кондилом, т. е. возникающими путем разрастания многослойного эпителия.

Улезко-Строганова. К вопросу о доброкачественных разрастаниях эпителия в женском половом аппарате. Ж. А. 1909.

Острые кондиломы (папилломы). Говоря об острых кондиломах, заметим прежде всего, что многие авторы как из среды патолого-анатомов, так и из числа гинекологов-клиницистов не считают их за новообразования в собственном смысле, а относят к простым гипертрофиям; мне кажется, однако, что гораздо правильнее будет видеть в них настоящие новообразования эпителиального типа.

В соответствии с распределением многослойного эпителия в женском половом аппарате острые кондиломы могут локализоваться или на наружных половых частях женщины, или на стенках вагины, или на поверхности влажалищной части матки.

Образования эти возникают большею частью вследствие раздражения поверхностей перечисленных частей гонорройным секретом. Одно время думали даже, что острые кондиломы специфичны для женщин, зараженных гонорреей. Однако в настоящее время можно считать общепризнанным, что они могут развиваться и независимо от

генорреи, у женщин, не заботящихся о чистом содержании своих половых частей. Особенно предрасположены к возникновению острых кондилом беременные, хотя их приходится иногда наблюдать и у беременных женщин и девушек.

Макроскопически острые кондиломы представляются в виде сочковых образований, имеющих различную величину,—иногда с горошину и меньше, иногда же достигающих значительных размеров.

Фролов, напр., описал случай, где разросшиеся кондиломы у молодой девушки, зараженной гнорреей, образовали опухоль в 2 кулака взрослого мужчины величиною.

Обычно образования эти являются множественными, причем иногда располагаются так близко друг к другу, что, напр., вся окружность половой щели оказывается сплошь покрытою ими.

Под микроскопом разбираемые образования оказываются состоящими из тонких, ветвящихся, несущих сосуды соединительнотканых стержней, разветвления которых одеты с периферии мощными пластами многослойного плоского эпителия.

Острые кондиломы—образования вполне доброкачественные. Клиническое значение их сводится к тому, что они, особенно помещаясь на наружных половых частях, безобразят женщину; кроме того грязь, отделимое желез, моча и пр., скопляясь в углублениях между верхушками сосочков и разлагаясь, ведут к тому, что эти опухоли издают крайне зловонный запах. Впрочем Улезко-Строганова наблюдала в одном случае злокачественное перерождение острых кондилом.

Кубасов. К этиологии, гистологии и терапии острых кондилом пол. органов у женщин. Вр. В. 1883.—Фролов. Сл. обширного разрастания остр. кондилом на пол. частях мол. девушки. Вр. 1894.

Аденомы. Будучи результатом разрастания однослойного цилиндрического эпителия, аденомы, в противоположность только что разобранному острым кондиломам, развиваются обычно в более глубоких частях женского полового аппарата, а именно, в матке, трубах и яичниках.

Впрочем в исключительных случаях новообразования этого сорта могут возникать и в стенках рукава, где исходным пунктом их развития являются обыкновенно остатки Wolffовых тел, Gartner'овские каналы и отщепившиеся остатки Müller'овых ходов. Такой именно случай, где имело место аденоматозное разрастание эпителия,—повидимому, Müller'овых ходов,—в задней стенке рукава с развитием цитогенной и фибромускулярной ткани (adenoma vaginae), наблюдался однажды мною и был описан в печати Горизонтовым (рис. 108). Возможно развитие аденом и в наружных половых частях женщины,—из эпителия, напр., Bartolin'овых желез,—хотя в русской медицинской литературе, насколько мне известно, описаний таких случаев и не имеется.

В матке аденомы являются обыкновенно результатом разрастания желез слизистой оболочки, каковое разрастание в прежнее время

ставили обычно в этиологическую связь с воспалением, в настоящее же время—с повышенной внутренней секрецией яичников. Как известно, маточная мукоза периодически набухает пред месячными, и железы ее разрастаются, причем такое физиологическое набухание мукозы, по современным взглядам, зависит от резкого повышения внутренней секреции яичников, имеющего место тогда, когда прогрессивные процессы в желтом теле достигают своего максимума. В норме, однако, набухание это длится лишь короткое время,—с началом регрессивных изменений в желтом теле, вследствие уменьшения притока крови к матке, слизистая оболочка последней опадает, и гипертрофия желез проходит. Если же,—как то, повидимому, бывает при хронических оофоритах,—внутренняя секреция яичников будет стационарно повышена, то и слизистая оболочка матки, с ее железами, остается стационарно гиперплазированной,—у женщины развивается то патологическое состояние, которое в прежнее время квалифицировалось, как *endometritis chronica hyperplastica*, и которое до известной степени может быть рассматриваемо, как *adenoma benignum* (см. рис. 75).

В большинстве случаев эта стойкая гиперплазия маточной мукозы бывает равномерной—так, что мы вправе в этих случаях говорить об *adenoma diffusum*. Иногда, однако, некоторые участки слизистой бывают гиперплазированы более значительно, чем другие, в связи с большим разрастанием здесь желез; участки эти вначале выпячиваются над остальной поверхностью мукозы в виде бугров (*endometritis tuberosa s. adenoma mucosae uteri tuberosum*), в дальнейшем же они,—вероятнее всего просто под действием силы тяжести,—могут отвисать в виде округлых образований, связанных с внутренней поверхностью того или другого отдела маточной стенки при помощи ясно выраженной ножки. Так возникают мукозные полипы матки, которые представляют собою, стало быть, ограниченные аденомы маточной мукозы (*adenomata mucosae uteri circumscripta*).

Макроскопически мукозные полипы матки (рис. 109) представляют собою обыкновенно опухоли небольшого объема, круглой или продолговато-округлой формы, мягкой консистенции, ярко-красного цвета, сидящие на ножке различной длины и толщины. Исходить они могут как из стенки тела матки, так и из стенки цервикального канала (последнее особенно часто бывает при значительных разрывах наружного зева, сопровождающихся т. наз. эктропионом). Иногда мукозные полипы бывают одиночными образованиями, но часто и множественными. В литературе описаны случаи, где вся внутренняя поверхность маточной полости оказывалась густо усаженной множеством полипов (*endometritis polyposa*); такой случай однажды пришлось наблюдать и мне.

Что касается гистологического строения мукозных полипов (рис. 110), то оно в общем повторяет структуру слизистой оболочки

того отдела маточной полости, где развился полип, т. е. снаружи полип бывает покрыт однослойным цилиндрическим эпителием (который, однако, при выпячивании полипа через наружный зев в просвет влагалища легко превращается в многослойный), толщина же его состоит из богатой клетками соединительной ткани, которая совершенно тождественна со стромой маточной мукозы, и в которой заложены разросшиеся железы того или иного типа, т. е. цервикального—в полипах маточной шейки и свойственного железам маточного тела—в полипах *cavi uteri*. Очень часто железы эти бывают кистовидно растянуты скопившейся в них слизью, образуя более или менее объемистые полости, которые, пронизывая всю толщу полипа, придают ему иногда пещеристую структуру (*polypus cavernosus*). Кроме желез, ткань мукозных полипов матки обычно бывает богата сосудами, нередко также расширенными и наполненными кровью (*polypus vasculosus*); в связи с этим толщина данных образований часто оказывается пронизанною кровоизлияниями—как диффузными, так и фокусными.

Иногда участки гиперплазированной маточной мукозы, отвисая в форме полипов, чисто-механически увлекают и ближайшие части миометрия, и тогда в мукозном полипе мы встречаем пучки гладкой мускулатуры, что придает ему сходство с фиброзным полипом (субмукозною фибромиомой).

Реже описанных сейчас форм встречается в матке такая разновидность аденоматозного разрастания мукозы, при которой последняя представляется покрытою как-бы ворсинками (*endometritis villosa* Славянского). Мне эта форма разрастания маточной мукозы встретилась в случаях диффузной аденомы миометрия, о которой речь будет ниже.

Кроме слизистой оболочки аденомы матки могут разрастаться и в мышечном слое ее стенок (*adenoma myometrii*). Уже при обыкновенном гиперпластическом эндометрите данные отрезки разрастающихся маточных желез могут проникать за пределы мукозы, в толщу миометрия (*adenomyometritis* R. Meyer'a), причем вместе с железами может внедряться в последний и строма слизистой оболочки (рис. 111). В отдельных случаях эти воспалительные разрастания маточной мукозы проникают очень глубоко в мускулатуру матки, где и могут быть обнаружены под микроскопом большею частью в виде ограниченных островков аденоматозной ткани. По Meyer'у островки эти, производя длительное раздражение окружающих участков миометрия, вызывают в последнем развитие концентрической гиперплазии мышечной ткани, и этим путем могут возникать аденомиомы матки.

В более редких случаях проникшая в миометрий аденоматозная ткань дает здесь диффузные разрастания,—получается *adenoma myometrii diffusum* (рис. 112), три случая которой наблюдались, за последние 20 лет (1900/1—1919/20 уч. гг.) в Казанской клинике, причем два из них были описаны в печати Горизонтовым.

Воспалительные разращения слизистой оболочки матки являются, однако, не единственным источником происхождения аденом миометрия,—последние могут развиваться также из эмбриональных образований, сохранившихся в мышечном слое маточной стенки, каковы остатки Wolff'овых тел, Gartner'овские ходы (Wolff'овы какалы) и отщепившиеся остатки Müller'овых ходов. Наконец, периметрий, разрастаясь под влиянием воспалительных процессов, может так же, как и эндометрий, внедряться в мускулатуру матки, давая здесь железоподобные образования („подбрюшинные железы“ R. Meyer'a).

Откуда-бы ни получали свое начало аденоматозные образования, встречающиеся в стенках матки,—они могут быть, в свою очередь, исходными пунктами развития в последних более или менее об'емистых кист, т. е. являться в виде кистаденом. Такие кистовидные опухоли матки, иногда достигающие значительной величины, подобно фибромиомам матки могут располагаться или интерстициально, или субмукозно, или субсерозно.

За время моего заведования Казанской акушерско-гинекологической клиникой здесь было оперировано несколько таких опухолей матки более значительного об'ема, большую часть располагавшихся интерстициально. Одна из них, локализовавшаяся в теле матки, была почти с детскую головку величиною. Другая, местом развития которой была маточная шейка, была обстоятельно исследована и описана в печати Поляковым (рис. 113). В русской гинекологической литературе я нашел также принадлежащее Дембской описание интересного случая субсерозной кисты, с яйцом величиною, исходившей из задней стенки матки.

Уже одно то обстоятельство, что аденомы матки могут служить исходным пунктом развития в этом органе об'емистых, хотя и доброкачественных, опухолей (кист и аденомиом), красноречиво говорит о важном клиническом значении этих образований. Еще более увеличивает клиническое значение их тот факт, что, развиваясь в маточной мукозе, они, как правило, ведут к обильным, нередко проливным кровотечениям типа меноррагий и метроррагий. Главное, однако,—что они очень часто являются предварительными стадиями развития в матке злокачественных опухолей, именно, раков.

Гораздо реже, чем в матке, развиваются аденомы в Fallop'ievых трубах, где они бывают обыкновенно результатом разращения эпителия, покрывающего складки трубной мукозы. В этиологии их, как и аденом матки, важную роль играет воспаление. Под влиянием длительного раздражения со стороны воспалительных агентов покровный эпителий трубных складок начинает разрастаться—в силу чистомеханических условий преимущественно по инвертирующему типу, и таким образом возникает то, что некоторые авторы (у нас, напр., Савинов) описывают под названием *salpingitis chronica productiva vegetans*, другие же—под названием папилломы Fallop'иевой трубы, но что всего правильнее будет назвать, согласно сказанному выше, со-

192

Сочковой аденомой (adenoma tubae Fallopii papillare). Патолого-анатомически эти трубные аденомы являются доброкачественными, клинически же—злокачественными (Ширшов), так как они, подобно сосочковым аденомам яичника, о которых будет речь ниже, быстро подвергаются раковому перерождению. Оттого-то число этих опухолей, описанных в литературе, и оказывается незначительным по сравнению с числом наблюдавшихся различными авторами раков труб.

Зарецкий, напр., на 69 случаев раков труб мог собрать из литературы лишь 9 случаев доброкачественных сосочковых опухолей этих органов.

Между тем, как аденомы Fallopi'евых труб представляют большую редкость, аденомы яичников принадлежат, наряду с фибромиомами матки, к числу обыкновеннейших новообразований женской половой сферы. Видимо, как в возникновении фибромиом матки сказывается присущая маточной мускулатуре способность к гипертрофии—не только физиологической, но и патологической, так и в частом возникновении аденом в яичниках можно усматривать следствие высокой способности яичникового эпителия к пролиферации. При этом, в противоположность фибромиомам матки, родовая деятельность женщины не играет, повидимому, важной роли в заболеваемости яичниковыми аденомами; за то половая жизнь сказывается на ней довольно заметно: не имевшие половых сношений женщины предрасположены к этим опухолям значительно более, чем замужние. Что касается возраста, то, хотя—опять-таки в противоположность фибромиомам матки—аденомы яичников встречаются и у малолетних девочек, и у старух, давно вступивших в климактерий, но максимум заболеваемости ими падает на период расцвета половых способностей женщины, именно, на возраст между 25 и 35 годами.

Непосредственной причины возникновения яичниковых аденом, как и всех других новообразований, мы, впрочем, не знаем, как не знаем точно, несмотря на многочисленные, произведенные в этом направлении, исследования, и гистогенеза данных опухолей. Последние производят то из зародышевого эпителия (resp. из Pflüger-Valentini'овских трубок), то из эпителия фолликулов, то из эпителия паровариальных и пареофоральных образований, попавших в толщу яичника. При этом одни исследователи склонны приписывать различное происхождение двум главным разновидностям данных опухолей, именно, железистым и сосочковым аденомам, считая первые продуктом разрастания или неизрасходованных Pflüger-Valentin'овских трубок, или зародышевого эпителия, или фолликулярного эпителия, вторые же производя из сохранившихся в яичниках,—именно, в мозговом их слое,—эмбриональных остатков Wolff'овых тел. И действительно, тот факт, что железистые и сосочковые аденомы яичника в большинстве различно располагаются (первые большею частью сидят

на ножке, вторые зачастую располагаются межсвязочно), имеют различную структуру (эпителий железистых аденом, напр., обыкновенно лишен ресничек, в сосочковых же аденомах он обычно мерцательный) и пр.,—говорит в пользу и гистогенетической их разницы. Если аденомы сидят на ножке,—значит, они развиваются из тех эпителиальных элементов, которые в норме бывают заложены во внутрибрюшинной части яичника, а таковыми являются клетки зародышевого эпителия, покрывающего внесвязочную часть его, происходящие из этого эпителия Pflüger-Valentin'овские трубки и фолликулы; если же данные опухоли сидят интралигаментарно,—значит, они и развиваются из интралигаментарной части яичника, а здесь из эпителиальных образований находятся обыкновенно лишь паровариальные и пароофоральные каналцы. Мы знаем, далее, что кисты, несомненно развивающиеся из яичникового придатка, бывают высланы внутри именно мерцательным эпителием и пр. Все эти и подобные факты говорят, повторяю, за то, что железистые и сосочковые аденомы яичников имеют различные источники происхождения.

С другой стороны, однако, можно указать на ряд фактов, которые как будто говорят за то, что один и тот же вид яичникового эпителия, разрастаясь, в одних случаях может дать железистую аденому, в других—сосочковую. Так, напр., известно, что и железистые аденомы яичников зачастую располагаются межсвязочно, тогда как сосочковые—сидят на ножках; известно, далее, что наряду с чисто-железистыми и чисто-сосочковыми аденомами в яичниках не так редко встречаются и аденомы смешанного типа, сосочково-железистые, и т. п. Прямые наблюдения говорят также повидимому, что эпителий одних и тех же образований, имеющих в яичниках, напр., фолликулов, может разрастаться то по эвертирующему типу, давая начало железистым аденомам (рис. 114), то—по инвертирующему, ведя к образованию сосочковых аденом (рис. 115). Разумеется, это несколько не исключает возможности для железистых аденом яичников развиваться преимущественно из одних эпителиальных образований, встречающихся в этих органах, а для сосочковых—из других.

Откуда-бы ни развивались яичниковые аденомы,—в громадном большинстве случаев они представляются в форме кистовидных, мешчатых образований; отсюда название кистаденом или кистом, под которым они обыкновенно известны. Плотные аденомы в яичниках представляют большую редкость. Особенно следует это сказать относительно железистых аденом, в которых образование новых кистовидных полостей и увеличение старых идет во все время существования опухоли. Разрастаясь по эвертирующему типу, эпителий этих аденом дает железоподобные выпячивания в окружающую строму, которые, благодаря растяжению их выделяемым клетками секретом и зарощению их устьев, превращаются в маленькие замкнутые полости; эти полости

в свою очередь служат исходными пунктами новых выпячиваний эпителия и новых полостей и т. д. Образующиеся таким образом в громадном количестве полости могут, по крайней мере известное время, сохранять небольшой объем, и тогда ткань железистой кистомы получает на разрезе сходство с медовым сотом (рис. 116 и 117). Однако параллельно с умножением числа полостей в кистоме совершается и обратный процесс,—процесс уменьшения их числа путем слияния соседних полостей. Когда две рядом лежащие камеры железистой кистомы, увеличиваясь вследствие скопления в них клеточного отделимого, станут соприкасаться между собою стенками, то разделяющая их перегородка постепенно атрофируется от давления, исчезает, и обе полости сливаются в одну. Путем такого последовательного слияния полостей в железистых кистах могут образоваться камеры огромного объема, вмещающие, напр., несколько пудов содержимого. Разделявшая ранее две слившиеся полости глухая перегородка иногда исчезает бесследно, иногда же от нее остаются остатки в виде неполных перегородок, вдающихся в просвет общей полости,—остатки то различные уже простым глазом, то обнаруживаемые лишь под микроскопом; в последнем случае на срезах, пересекающих перегородку поперечно, они дают картину сходную с микроскопической картиной сосочков („ложные сосочки“).

Несколько чаще являются плотными опухолями сосочковые аденомы яичников. В некоторых случаях в них вовсе не бывает полостей. Это случается тогда, когда сосочковая аденома,—как то, повидимому, иногда имеет место,—является результатом разрастания поверхностного, т. е. зародышевого, эпителия яичника и представляется в виде чистой папилломы (рис. 118). В значительном большинстве случаев, однако, и сосочковые аденомы яичников являются в форме кистаденом,—эпителий, разрастаясь, сначала образует в них замкнутые полости, наполненные жидким содержимым, а затем уже на стенках этих полостей возникают сосочки (рис. 119). Последние иногда разрастаются так пышно, что выполняют всю полость, где развиваются, а иногда, прорастая ее стенку, начинают разрастаться снаружи, и таким образом в конце концов получается опухоль, на первый взгляд представляющая собою чистую папиллому; однако при более внимательном исследовании ее удается обыкновенно обнаружить, среди папиллярных разрастаний, остатки стенок первоначальных полостей—иногда уже макроскопически, иногда же только с помощью микроскопа.

Помимо указанных сейчас различий железистые и сосочковые кистомы яичников отличаются друг от друга и в других отношениях—как патолого-анатомически, так и клинически.

Прежде всего железистые кистомы встречаются значительно чаще сосочковых.

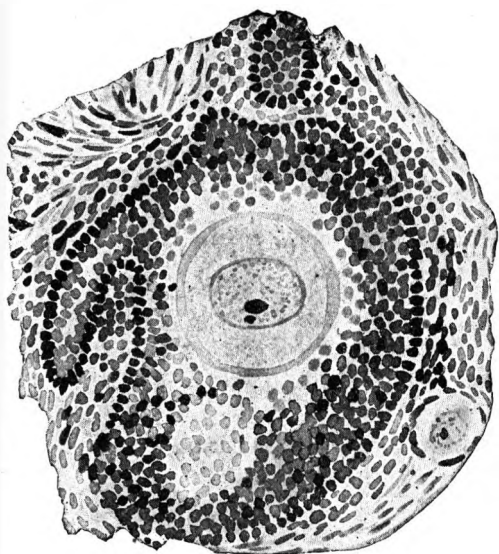


Рис. 114. Фолликул с начинающимся инвертирующим разрастанием эпителия (по Hofmeister'у).



Рис. 115. Полость в яичнике (фолликул) с начинающимся инвертирующим разрастанием эпителия (начало папиллярной кистомы) (по Williams'у).

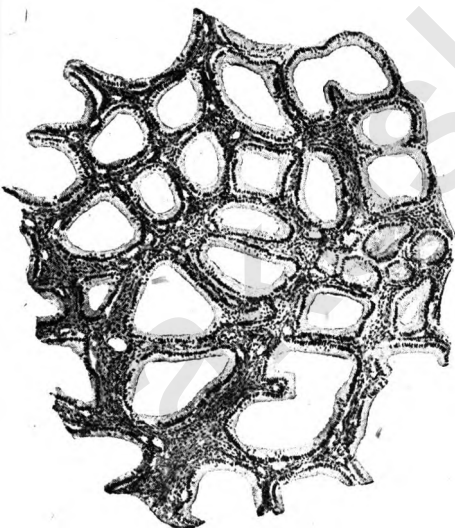


Рис. 116*. Железистая киста яичника (cystoma proliferum glandulare) под микроскопом.

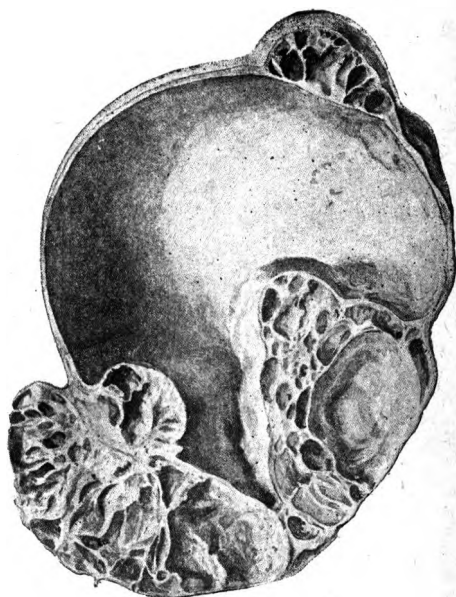


Рис. 117 Железистая (псевдоцистная) киста яичника на разрезе.



Рис. 118*. Папиллома яичника.

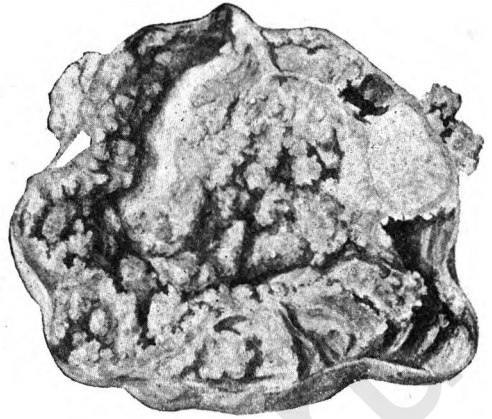


Рис. 119*. Сосочковая (серозная) кистама яичника на разрезе.



Рис. 120. Больная с гигантской железистой кистомой яичника (по В а l d w i n ' у).

В Казанской акушерско-гинекологической клинике за время с 1910/1 по 1910/7 уч. гг. на 227 случаев типичных железистых кистом яичника (случаи т. наз. простых серозных кистом, число которых равнялось 11, не вошли сюда) встретилось, у стационарных больных, лишь 78 сосочковых кистом и 8 кистом смешанного типа; кроме того в 11 случаях характер кистом остался неизвестным.

Далее, сосочковые кистомы бывают гораздо чаще двусторонними, чем железистые.

Из упомянутых выше 227 случаев железистых кистом, наблюдавшихся стационарно в Казанской клинике, двустороннее развитие этих новообразований имело место лишь в 18, т. е. меньше, чем в 8⁰/₀ (кроме того, в 12 из этих случаев при наличии железистой кистомы в одном яичнике в другом также оказалось новообразование, но иного сорта), а из 78 больных с папиллярными кистомами двустороннее развитие последних было установлено у 42, т. е. почти в 54⁰/₀.

О разнице в положении кистом того и другого типа было уже сказано выше.

Здесь упомяну, что из 227 больных с железистыми кистомами межсвязочное положение опухолей было обнаружено у 27, т. е. менее, чем в 12⁰/₀, а из 78 сосочковых кистом оказались сидящими интралигаментарно 20, т. е. более 25⁰/₀.

Самый эпителий, являющийся главною составною частью разбираемых опухолей, в железистых кистоммах резко отличается от эпителия сосочковых кистом и морфологически, и функционально. Как уже упоминалось выше, в первых он обыкновенно лишен ресничек, во вторых же это — мерцательный эпителий. Секреторная способность эпителиальных клеток в сосочковых кистоммах, затем, очень невелика, эпителиальные же клетки железистых кистом обладают ею в высокой степени, а так как рост всяких вообще мешчатых новообразований происходит не столько насчет увеличения массы тканевых элементов, сколько насчет увеличения количества жидкого содержимого их полостей, то отсюда становится понятным, почему сосочковые кистомы яичника растут сравнительно медленно и не достигают значительного объема, железистые же отличаются способностью к быстрому росту и весьма нередко достигают гигантских размеров.

В этих отношениях железистые кистомы яичников не знают себе соперников не только среди новообразований женского полового аппарата, но и среди всех вообще опухолей. Кедрова, работавшая специально по вопросу о гигантских опухолях женской половой сферы, приводит в своей диссертации целый ряд поразительных примеров как быстрого роста железистых кистом, так и колоссальных размеров, которых они могут достигать. Так, в случае, оперированном Толочниковым, кистомма в течение года достигла 35 кило весу, при окружности живота больной в 183 сант.; в случае Черевкова опухоль в несколько месяцев (с конца лета до половины января) достигла веса в 3 пуда 5 фунт. Что касается величины, которой могут достигать яичниковые кистомы железистого типа, то о ней мы можем судить, напр., по случаям Barlow'a, где опухоль весила 298 фунт., — Kiria'ka,

где кистама содержала 100 литров жидкости,—Baldwin'a, где вес железистый кистомы равнялся 185¹/₂ фунт. (рис. 120), и пр. Мне самому неоднократно приходилось удалять кистомы в 1¹/₂—2 пуда весом, а в одном случае удаленная мною кистама оказалась весом в 3 пуда, при весе всего остального тела больной в 2¹/₂ пуда, в другом же (см. рис. 8) вес удаленной кистомы равнялся 2 пуд. 33 фунт.

Разнятся железистые и сосочковые кистомы яичников и по своему содержанию. В камерах сосочковых кистом находится,—кроме, разумеется, сосочков,—жидкость, которая и по своему внешнему виду, и по своему составу очень похожа на кровяную сыворотку (подобно этой последней она, между прочим, содержит в себе белковые вещества); оттого яичниковые кистомы этого вида носят также название серозных кистом. Содержимое же кистом железистого типа характеризуется тем, что в нем всегда имеется особое вещество из разряда гликопротеидов, весьма похожее на муцин, но не дающее характерной для последнего реакции с уксусной кислотой—т. наз. псевдомуцин; поэтому железистые кистомы яичников и известны также под названием псевдомуцинозных.

В различных экземплярах железистых кистом и даже в различных камерах одной и той же кистомы содержимое может быть крайне различно по своему цвету и особенно по консистенции, представляя всевозможные переходы от водянистой жидкости до густой, вязкой массы консистенции меда или даже густого студня. В общем, чем моложе кистама и чем меньше по объему ее камеры, тем более густым оказывается их содержимое; чем, напротив, дольше развивалась кистама и чем, вместе с тем, объемистее ее полости, тем более водянистую жидкость они содержат. Встречаются, однако, железистые кистомы, содержимое которых и при более длительном существовании опухоли сохраняет свою желеобразную консистенцию, причем желеобразные массы наполняют здесь не только мелкие, но и крупные камеры. Так как, кроме того, опухоли эти выделяются из ряда вон и некоторыми другими особенностями, особенно—крайнею тонкостью и непрочностью своих стенок, то еще наблюдатели прежнего времени трактовали их, как особую разновидность железистых кистом, давая им название миксом яичника. Такое название впрочем нельзя назвать удачным,—как и во всех вообще железистых кистамах, и здесь содержимое камер состоит не из настоящего муцина, а из псевдомуцина; правильнее поэтому будет, вместе с Pfannenstiel'em, называть их не миксомами, а псевдомиксомами яичника.

Допуская этот термин, необходимо, однако, оговориться, что название „псевдомиксома“ обычно усваивается в гинекологии другому заболеванию, локализирующемуся в брюшной полости. Давно уже было замечено, что, если железистая кистама яичника или во время операции, или независимо от нее, лопнет,—а это чаще бывает именно при упомянутых сейчас кистамах с желеобразным содержимым, благодаря непрочности их стенок,—то спустя некоторое время у больной нередко развивается своеобразное поражение брюшины, при котором последняя оказывается сплошь покрытою плотно прилегающими к ней студенистыми массами (рис. 121). Патолого-анатомы прежнего времени

думали, что в подобных случаях дело идет о миксоматозном перерождении брюшины. Werth, однако, установил, что такое объяснение неправильно, и что никакого миксоматозного перерождения в точном смысле этого слова в таких случаях не бывает; дав поэтому разбираемому заболеванию название псевдомиксомы брюшины, названный автор пришел к убеждению, что патолого-анатомическая сущность его кроется в реактивном перитоните: по мнению Werth'a, когда псевдомуцинозное содержимое железистой кисты попадает в полость брюшины, то брюшина реагирует на него так же, как и на присутствие всякого инородного тела,—воспалительным процессом, причем воспалительные тяжи и перепонки прорастают в различных направлениях псевдомуцинозную массу и осумковывают ее. Pfannenstiel, изучая данный вопрос, пришел к иному взгляду, а именно, что псевдомиксома брюшины является результатом прививки на брюшине эпителия железистых кистом с образованием вторичных кист, продуцирующих псевдомуцин. Тщательно исследовав, в различное время, несколько встретившихся в моей практике случаев псевдомиксомы брюшины, я, подобно некоторым другим наблюдателям, убедился, что и Werth, и Pfannenstiel одинаково правы,—что иногда в происхождении данного заболевания брюшины, наряду с попаданием в последнюю псевдомуцинозных масс, действительно главную роль играет реактивный перитонит, иногда—прививочные метастазы, а иногда—и то, и другое одновременно. Все зависит здесь оттого, какие части железистой кисты, после разрыва ее стенки, попадут в брюшину: если это будут лишь мертвые псевдомуцинозные массы, то возникает pseudomuxoma peritonei в смысле Werth'a, если—живые эпителиальные клетки, то они могут прививаться на брюшине и образовать здесь вторичные псевдомуцинозные кисты, если—то и другое вместе, то получается псевдомиксома смешанного типа.

Обращаясь теперь к значению кистаденом яичника для организма, заметим относительно железистых опухолей этого рода, что уже одна способность их чрезвычайно быстро расти и достигать громадных размеров делает железистые кистомы, несмотря на их анатомическую доброкачественность, весьма опасными для их носительниц: быстро увеличиваясь в своем объеме, они отнимают у организма весьма большое количество питательных веществ и уже чисто-механически оказывают вредное влияние на деятельность легких, сердца и др. важных органов. Ножка, на которой обычно сидит железистая киста яичника, нередко, затем, перекручивается, что ведет к резким расстройствам питания опухоли и воспалению ее брюшинного покрова, сопровождающемуся свойственными всякому перитониту припадками. Важное клиническое значение имеют и другие изменения, которым могут подвергаться железистые кистомы. Их содержимое может, напр., инфицироваться и нагнаиваться; если стенка такой инфицированной кистомы, благодаря какой-либо травме, разорвется, то результатом этого может быть общий перитонит со смертельным исходом; в отдельных случаях, повидимому, инфицированная киста может служить источником общей септической инфекции организма и без такого нарушения целостности ее стенок. О возникающем на почве разрывов железистых кистом

псевдомиксоматозном поражении брюшины было уже упомянуто выше. Наиболее важным, в клиническом отношении, изменением, которое могут испытывать железистые кистомы, является, однако, их злокачественное перерождение, формы которого могут быть различны. В некоторых, сравнительно редких, случаях ему подвергается соединительнотканная строма разбираемых опухолей, причем последние превращаются в кистосаркомы или кистоэндотелиомы. Чаще, однако, злокачественно перерождается эпителиальная паренхима кистом,—их эпителий из однослойного становится многослойным, прорастает, сгущивающую его *membrana limitans* и атипически размножается в окружающей строме (рис. 122), т. е. опухоль из аденомы превращается в аденокарциному, приобретая вместе с тем способность к инфильтрирующему росту, метастатическому распространению по лимфатическим путям и пр. Перерождаясь таким образом кистома становится, конечно, гораздо более опасною не только для здоровья, но и для самой жизни ее носительницы и, если последней не будет своевременно оказано оперативное пособие, быстро ведет к смертельному исходу.

Что касается клинического значения сосочковых кистом яичника, то, если принимать во внимание гораздо более медленный рост их, можно было-бы подумать, что они представляют собою образования более невинные, чем железистые кистомы. На самом деле это далеко не так,—сосочковые кистомы являются, напротив, значительно более опасными, чем железистые. Зависит это оттого, что склонность к злокачественному, именно, раковому, перерождению присуща им в гораздо большей степени, чем этим последним. Покрывающий сосочки эпителий уже очень скоро теряет свою однослойность, атипически врастает в строму сосочков и т. д. (рис. 123),—словом, сосочковая аденома превращается в папиллярный рак. Впрочем, даже когда сосочковые кистомы гистологически сохраняют свой характер аденомы, т. е. когда их эпителий остается однослойным, они и в таком случае гораздо чаще, чем то бывает с железистыми кистомами, проявляют особенности, присущие злокачественным новообразованиям, напр., заключающиеся с них сосочки прорастают стенку полостей, где они первоначально находятся, распространяются на окружающую брюшину (причем у больных обычно быстро развивается сильный асцит) и дают заносы в более отдаленные органы. На этом основании многие гинекологи относят все сосочковые кистомы яичников в разряд злокачественных новообразований. Мне кажется, однако, более рациональным и здесь, как среди железистых кистом, различать, на основании как гистологического строения, так и клинического течения, более доброкачественные аденомы—с одной стороны и более злокачественные аденокарциномы—с другой.

Насколько часто встречается злокачественное перерождение в яичниковых кистомах различных типов, можно судить по следующим

цыфрам: из 227 случаев типичных железистых кистом яичника, наблюдавшихся стационарно в Казанской клинике за 190⁰/₁—191⁰/₇ уч. гг., злокачественное перерождение могло быть установлено, при микроскопическом исследовании, в 31, т. е. в 13,6⁰/₀, а из 78 случаев сосочковых кистом—в 44, т. е. в 56,4⁰/₀.

Ястребов. *Adenoma uteri polyposum vasculosum etc.* М. В. 1879.—Масловский. К вопросу о развитии из добр. аденом полости матки злокач. новообразований (*adenoma malignum*). Г. Б. 1881.—Ларионов. Тригин. сл. из ж. отд. Тифл. Мих. Б. Пр. Кавк. М. О. 1886—7.—Михнов. Куч. о сосочковых опухолях яичника. Вр. 1889.—Савинов. Редкая форма хрон. воспаления Ф. труб (*salpingitis chr. productiva vegetans*). М. Об. 1889.—Киреев. Сос.-железистые опухоли полости матки и пр. Ж. А. 1892.—Славянский. Кисты и кистомы яичника. Ж. А. 1893.—Дубенский. Кав. опухоль вл. части матки. Сб. Слав.—Быховский. К вопросу о разрощениях сл. об. матки злокач. характера. Ж. А. 1897.—Ширшов. Сос. кистомы в клин. и пат.-анат. отношениях. Дисс. СПб. 1898.—Попов. Об остатках W. тела в яичнике. Отч. Вр. 1899.—Воскресенский. Кистозная матка. Киев. У. Изв. 1900.—Попов. Происхождение сос. кистаденом и новые данные в пользу пареоф. учения. Р. Вр. 1902.—Зарецкий. Пап. опухоли Ф. труб. Ж. А. 1907.—Клейнман. К каз. кист. пол. сферы эмбрион. происхождения. Ж. А. 1908.—Горизонтов. К вопросу об аденомиомах рукава. Ж. А. 1909.—Аничков. К вопросу о гистогенезе папил. опухолей яичников. Изв. В.-М. Ак. 1909.—Горизонтов. К вопросу о глуб. дифф. разрастаниях сл. оболочки матки в толщу миометрия (*adenoma myometrii diffusum*). Ж. А. 1911.—Гудим-Левкович. О кистах W. протока. Ж. А. 1914.—Строгая. *Papilloma superf. adenomatodes* яичника собаки. Ж. А. 1915.—Дембская. Сл. кист. опухоли матки эмбр. происхождения. Ж. А. 1916.—Поляков. К уч. о кистах маточной шейки. Сб. Грузд.

Раковые опухоли. Женский половой аппарат вообще и матка в особенности служат излюбленным местом развития раковых опухолей. Исследования, основанные на обширных статистических данных, свидетельствуют, что женщины гораздо чаще мужчин становятся жертвами Рака. Эта печальная привилегия женского пола объясняется именно сравнительною частотою поражения раком матки и отчасти грудных желез у женщин.

Почему именно половая сфера женщины так часто поражается раком,—сказать трудно, ибо этиология карцином, как и других новообразований, до сих пор остается для нас темною. Может быть, тут играет роль то обстоятельство, что, как предполагают некоторые авторы, исходным пунктом развития раков являются первичные полые клетки, т. е. такие элементы, которые, хотя и могут, согласно исследованиям Рубашкина, Роттера и др., попадаться во всех органах, но преимущественно сосредоточиваются в половых железах и ближайших к ним частях. Возможно, далее, что предрасположение женских половых частей к развитию в них раков, т. е. атипических разрастаний эпителия, стоит в причинной связи с наблюдающимися здесь физиологическими гиперплазиями эпителиальной ткани (мы знаем, напр., что перед каждыми месячными у женщины происходит разрастание железистого эпителия мукозы маточного тела, при созревании фолликулов и при образовании желтых тел—разрастание эпителия *m. granulosaе* при наступлении беременности—разрастание эпи-

телия цервикальной мукозы и донных отделов желез тела матки, а равно эпителия ворсистой оболочки и пр.; знаем также, что между этими физиологическими, вполне доброкачественными гиперплазиями эпителия и злокачественными, т. е. раковыми, нет резкой границы, — первые могут постепенно переходить во вторые, каковой переход особенно установлен для хориального эпителия, физиологические разрастания которого могут переходить в экзохориому). Так как травма, затем, несомненно является зачастую толчком, способствующим возникновению новообразований, то весьма вероятно видеть причину предрасположения женских половых частей к заболеванию раком в том, что части эти весьма нередко подвергаются сильной травме, именно, родовой. В пользу такого предположения говорит то обстоятельство, что из всех женских половых частей наиболее часто поражается матка, т. е. как раз орган, который у замужних женщин наиболее травмируется при родах, а также — то, что рак матки возникает преимущественно у женщин многорожавших. Частота воспалительных процессов в женской половой сфере также может в значительной степени объяснять предрасположение последней к заболеванию раком: мы знаем, что предшествующее воспаление играет несомненную роль в происхождении раковых опухолей.

Отчего-бы ни зависело предрасположение женского полового аппарата к заболеванию раком, во всяком случае последний, как и рак всех других органов, является преимущественно уделом женщин пожилого возраста, вступающих или уже вступивших в климактерий. Очевидно, устойчивость тканей полового аппарата у женщины против внедрения в них атипических разрастаний эпителия в этом возрасте сильно ослабевает.

Какие, однако, факторы лежат в основе такого ослабления, — выяснить это предстоит будущему. Некоторый свет на характер этих факторов бросают исследования Иовлева, который, работая с прививкой злокачественных опухолей собакам, нашел, что особенно легко удается прививка у животных, лишенных половых и щитовидной желез. Раз это так, то причину ослабления устойчивости женского организма в климактерическом возрасте против рака надо искать в изменениях внутренней секреции, именно, в прекращении у женщины этого возраста внутренне-секреторной деятельности яичников.

Развиваясь преимущественно у пожилых женщин, рак может поражать все органы, входящие в состав женской половой сферы, но далеко неодинаково часто: чаще всего, как уже было сейчас сказано, поражается им матка, на втором месте в этом отношении могут быть поставлены яичники, раки же вульвы, ракава (первичные) и особенно труб наблюдаются значительно реже.

Из общего числа стационарных больных, находившихся в заведомой мною клинике за время с 190⁰/₁ по 191⁶/₇ уч. гг., рак матки наблюдался у 294, раковое поражение яичников — у 93, рак вульвы — у 9, первичный рак влагалища — у 5 и рак Fallopi'евых труб — у 4.

Обращаясь теперь, в частности, к раку матки, заметим прежде всего, что по своей частоте, тяжелому течению, опасности для жизни и малой доступности для радикального лечения эта ужасная болезнь может быть названа в полном смысле слова общественным бедствием. В самых цивилизованных, т. е. наиболее обеспеченных медицинской помощью, странах ежегодное число жертв этой болезни исчисляется десятками тысяч (в Германии, напр., в последние годы прошлого столетия ежегодно погибало от рака матки, по Dührssen'y, не менее 25.000 женщин). Заслуживает внимания при этом, что, по выводам многих авторов, с повышением благосостояния населения страны заболеваемость раком матки не только не обнаруживает склонности уменьшаться, как это имеет место по отношению к большинству болезней, а напротив, проявляет тенденцию возрастать; подобное возрастание установлено, напр., для Голландии, Италии и др. стран. Впрочем факт этот может находить себе объяснение просто в том, что в новейшее время, с распространением специальной медицинской помощи, диагностика рака матки сделала крупные шаги вперед.

Относительно России Новосельским подмечено любопытное обстоятельство, что смертность от рака матки, резко поднявшись здесь за 20-летие с 1869 по 1889 г., в следующее 20-летие почти не изменилась.

Встречаясь столь часто, рак матки может локализоваться в обоих главных отделах этого органа, т. е. в теле и шейки матки, причем эти две топические формы данной болезни, *cancer corporis s. cavi uteri* и *cancer colli*, довольно резко разнятся друг от друга во многих отношениях.

Из общего числа случаев рака матки лишь очень, сравнительно, небольшой процент падает на рак тела, во всех же остальных случаях имеет место *cancer colli*.

Различные авторы различно определяют частоту раков тела относительно раков матки вообще—от 2% до 8—12%. В Казанской клинике и моей частной практике, по вычислениям Дьяконова и Тимофеева, за 15 лет (190⁰/₁—191⁴/₅ уч. гг.) рак тела матки наблюдался 60 раз на 1071 случай рака матки вообще, что составит 5,6% или, приблизительно, 1 случай рака тела на 17 случаев рака шейки. На самом деле, впрочем, *cancer cavi uteri*, быть может, имеет место несколько чаще: дело в том, что распознавание его является гораздо более затруднительным, чем распознавание рака шейки,—установить наличность рака тела, собственно говоря, можно лишь путем пробного выскабливания и микроскопического исследования, тогда как выраженный рак маточной шейки можно диагностировать и помощью простого осмотра и пальпации; в виду этого, возможно, некоторые случаи рака тела проходят нераспознанными через руки даже и опытного гинеколога.

Несколько разнятся между собою обе названных формы рака матки и в этиологическом отношении. Так, хотя и *cancer corporis*, и *cancer colli uteri* встречаются, подобно всем другим ракам, преиму-

шественно у женщин пожилого возраста, но большинство случаев первого приходится на более поздние годы, чем это мы наблюдаем относительно рака маточной шейки.

В нашем материале, по подсчету Дьяконова, наибольший процент больных раком шейки приходится на возраст в 40—50 лет, а наибольший процент больных раком тела—на десятилетие от 50 до 60 лет и в особенности—на вторую его половину.

Далее, из тех факторов, этиологическая роль которых в происхождении раков матки может быть установлена путем статистики, предшествующие воспалительные заболевания (эндометрит) оказывают, повидимому, более значительное влияние на возникновение рака тела, между тем как предшествующие многократные роды в большей степени способствуют возникновению раков шейки.

Объяснить первое из этих обстоятельств нетрудно: наиболее частая форма хронического эндометрита, *endometritis hyperplastica*, представляет собою, как уже было отмечено выше, ничто иное, как диффузную аденому эндометрия, *cancer же cavi uteri* большею частью является в форме аденокарциномы, т. е. как раз такого новообразования, которое легко может развиться из аденомы. Что же касается влияния родовой деятельности на возникновение именно шеечных раков, то обыкновенно его объясняют тем, что при родах часто имеют место разрывы наружного зева, обычным последствием которых бывают вывороты слизистой оболочки цервикального канала или т. наз. *ectropion*'ы; вывороченная цервикальная мукоза, защищенная лишь нежным однослойным цилиндрическим эпителием, легко подвергается, особенно у замужних женщин, механическим раздражениям, а равно воздействию со стороны микробов, находящихся в рукаве, благодаря чему постоянно находится в состоянии воспаления и вследствие этого легко становится исходным пунктом развития рака. Прямые наблюдения действительно показывают, что рак шейки весьма часто начинается с *ectropion*'а. Может быть, впрочем, ключ к истолкованию этиологической связи между предшествующею родою деятельностью и возникновением рака шейки отчасти кроется в тех изменениях гиперпластического характера, которым эпителий цервикальной мукозы подвергается во время беременности, и о которых было говорено выше. В пользу такого объяснения говорит тот факт, что у более молодых женщин рак шейки обычно начинает развиваться или вскоре по окончании беременности, или даже во время ее.

Исходным пунктом рака маточного тела является, в большинстве случаев, эпителий маточной мукозы—преимущественно железистый, но в некоторых случаях, несомненно, и покровный, который при этом зачастую (но не всегда, по моему мнению) предварительно метаплазируется, превращаясь из однослойного цилиндрического в многослойный плоский. Гораздо реже *cancer corporis uteri* развивается из эпителия эмбриональных включений, встречающихся в толще стенок тела

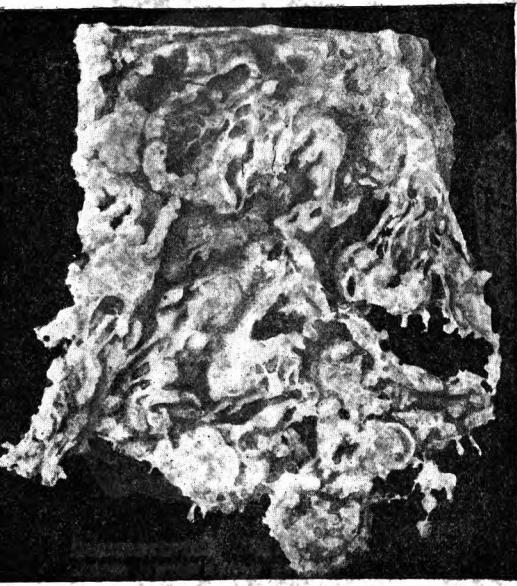


Рис. 121*. Сальник, пораженный псевдомиксомой.

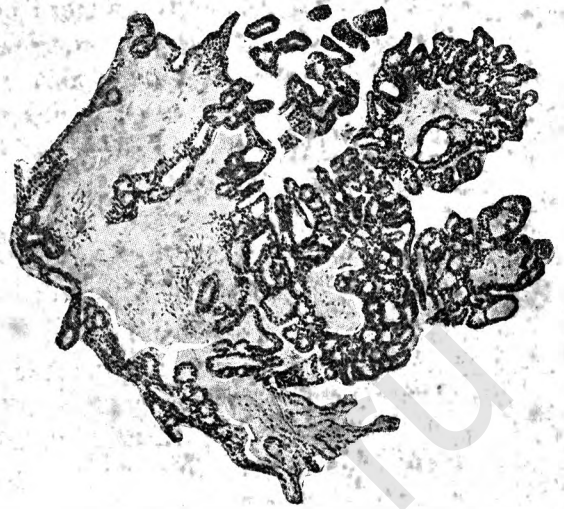


Рис. 123*. Раковое перерождение (начальная стадия) сосочковой кисты яичника.

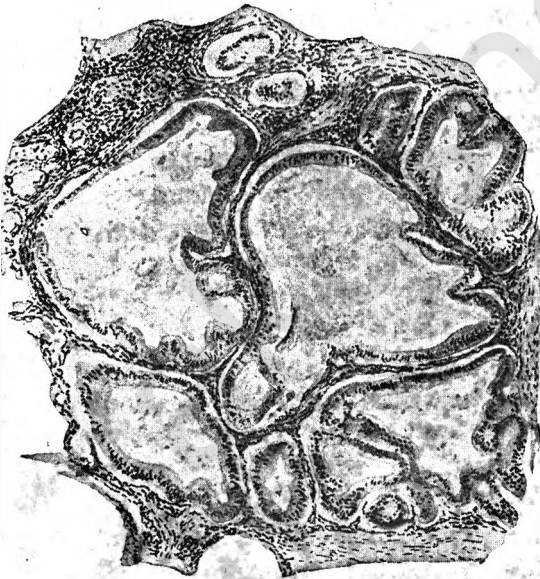


Рис. 122*. Раковое перерождение железистой кисты яичника.

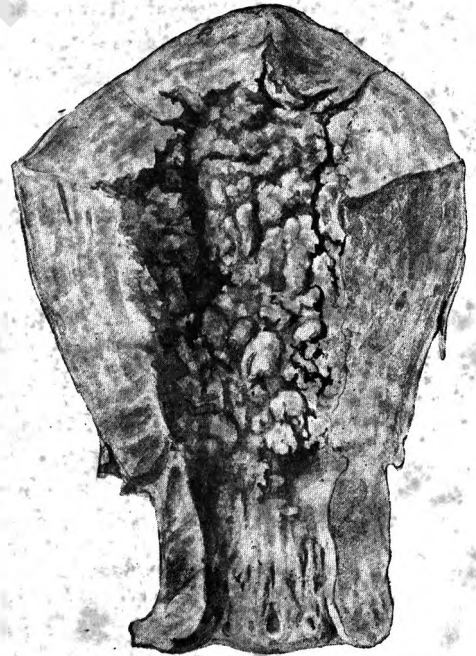


Рис. 124*. Cancer cavi uteri.

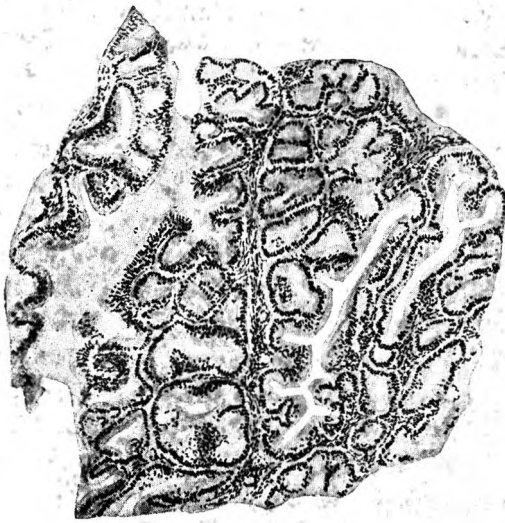


Рис. 125*. Adenocarcinoma cavi uteri.

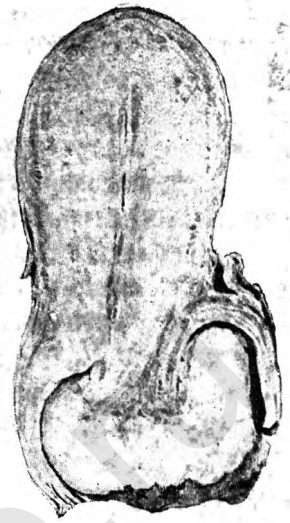


Рис. 126*. Сагиттальный разрез через матку, пораженную раком влагалищной части с разрошением в виде шляпки гриба.



Рис. 127*. Сагиттальный разрез через матку, пораженную раком цервикального канала.



Рис. 128*. Плоскоклеточковый рак влагалищной части матки с чрезвычайно резко выраженным образованием жемчужин.

матки, напр., из эпителия Gartner'овских ходов. При этом макроскопически он представляется или в диффузной форме, именно, в виде ворсинчатых или бугристых разрощений, выполняющих собою всю полость матки (рис. 124), или в форме ограниченной,—в виде более или менее обособленного узла с изрытою, неровною поверхностью, выдающеюся над уровнем остального эндометрия. Что касается гистологической структуры рака маточного тела, то, хотя и здесь не так редко наблюдаются первично-солидные раки, даже канкроиды с хорошо выраженными жемчужинами, но наиболее свойственная телу матки гистологическая форма рака это—аденокарцинома.

В маточной шейке раковые опухоли могут исходить или из многослойного плоского эпителия, покрывающего поверхность влагалищной части, или из эпителия мукозы цервикального канала—как из пловровного, так и железистого, или, в исключительных случаях, мыслимо возникновение рака и из эпителия эмбриональных включений могущих оказаться в толще стенок шейки. Принимая во внимание первые два источника развития, Ruge и Veit предложили различать две главных формы рака маточной шейки—рак влагалищной части и рак цервикального канала. Предложение это было одно время принято почти всеми гинекологами, так как две названных формы, помимо разницы в исходном пункте и первоначальной локализации, значительно разнятся между собою и в других отношениях, притом не только патолого-анатомически, но и клинически: макроскопически рак влагалищной части зачастую представляется в виде более или менее об'емистого разрощения с неровною поверхностью, имеющего форму цветной капусты или шляпки гриба (рис. 126), рак же цервикального канала—в виде язвы, обычно конической формы, с неровными, как бы из'еденными стенками (рис. 127); под микроскопом первый большею частью оказывается плоскоклеточковым раком с ясно-выраженною наклоностью к ороговению и образованию жемчужин (канкроид) (рис. 128), второй же—цилиндроклеточковым раком (рис. 129); поразив первоначально влагалищную часть матки, *cancer portiois vaginalis* в дальнейшем распространяется книзу, на своды влагалища, *cancer* же *canalis cervicalis*—кверху, на стенки полости тела матки; в симптоматическом отношении заслуживает упоминания способность первого раньше давать атипические кровотечения, особенно *post coitum*, чем это наблюдается при раке цервикального канала, в диагностическом—то обстоятельство, что он гораздо раньше рака цервикального канала делается доступным распознаванию как путем пальпации, так и посредством осмотра; наконец, в прогностическом отношении *cancer portiois vaginalis* является более благоприятною формою, чем рак цервикального канала.

В качестве третьей, редко встречающейся формы рака шейки Ruge и Veit описали раковый узел в толще шейки, не обнаруживи-

104

вающий ясной связи ни с покрытой многослойным плоским эпителием поверхностью влагалищной части, ни с мукозой цервикального канала.

В новейшее время классификация раков маточной шейки, предложенная Ruge и Veit'ом, подверглась вполне основательной критике. Прежде всего в практике, имея дело с случаями уже далеко зашедшей в своем развитии болезни, гинеколог зачастую не в состоянии бывает решить, откуда рак шейки получил свое начало,—из слизистой-ли оболочки влагалищной части, или из слизистой оболочки цервикального канала. Наблюдения показывают, далее, что исходным пунктом рака шейки очень часто бывает как раз та область, где многослойный плоский эпителий, покрывающий *p. vaginalis*, граничит с мукозой, выстилающей цервикальный канал, т. е. область наружного зева, и тогда даже в начальных стадиях болезни трудно бывает разобраться, имеем ли мы дело с раком влагалищной части, или с раком цервикального канала,—тем более, что нередко, с одной стороны, и снаружи от *os externum* слизистая оболочка может иметь характер цервикальной мукозы (при эктропионах и эрозиях), а с другой—и внутри от него, благодаря метаплазии покровного эпителия, она может приобретать сходство с оболочкой, одевающей влагалищную часть. Несомненно, затем, что и рак, начавший развиваться на поверхности *p. vaginalis*, может иметь макроскопически язвенную форму, а рак, исходным пунктом которого служит цервикальная мукоза,—может давать более или менее об'емистые разращения. Если добавить к этому, что как на влагалищной части, так и в цервикальном канале могут иметь место все три главных гистологических разновидности рака, т. е. канкроид, цилиндроклеточковый рак и аденокарцинома, а главное,—что, как показывают точные наблюдения, с одной стороны рак, начавший развиваться на свободной поверхности *p. vaginalis*, в дальнейшем нередко разрастается по направлению вверх, поражая тело матки, а с другой—рак, исходным пунктом которого была цервикальная мукоза, очень часто поражает вторично стенки рукава, то станет понятным, почему некоторые из современных гинекологов, отвергая классификацию Ruge и Veit'a, относят все раки маточной шейки в одну группу под общим названием *cancer colli*, а другие (Schottlaender и Kermauner, у нас Дьяконов) различают среди них экзофитную и эндофитную формы—смотря по тому, обнаруживает раковая опухоль склонность разрастаться наружу, или вростать вглубь, инфильтрируя толщу шейки. Так как, далее, в раке маточной шейки, как и во всякой другой злокачественной опухоли, процессы новообразования ткани идут рука-об-руку с процессами распада, причем в одних случаях первые могут превалировать над вторыми, в других же—наоборот, то есть смысл различать гипертрофическую форму данной болезни от язвенной. Впрочем и классификация,

предложенная Ruge и Veit'ом, по моему мнению, может быть допущена,—правда, далеко не для всех случаев рака маточной шейки.

Ограничиваясь этими немногими замечаниями относительно классификации и, вместе, патолого-анатомической характеристики раков матки и переходя к оценке значения этих опухолей для организма, мы должны сначала подчеркнуть, что именно здесь особенно резко сказывается разница между раком маточного тела и раком шейки. Правда, и *cancer cavi uteri* есть все же злокачественное новообразование, т. е. такое, которое, будучи предоставлено естественному течению, рано или поздно ведет за собою смерть больных. Опасность его, как и рака шейки, кроется отчасти в тех кровотечениях, которыми он обычно сопровождается, отчасти в отравлении организма больных теми токсинами, которые в нем вырабатываются, отчасти, наконец, в распространении ракового процесса за пределы первоначальной его локализации, на такие органы, поражение которых существенно отражается на важнейших жизненных отправлениях всего организма. Но во всех этих отношениях, благодаря чисто-анатомическим условиям, *cancer cavi uteri* является заболеванием более благоприятным, чем *cancer colli*. В частности кровотечения при нем, хотя и бывают зачастую очень обильными, но не дают большею частью тех смертельных кровопотерь, какие столь обыкновенны при запущенных раках шейки, в зависимости от разрушения стенок *a. uterinae* и ее главных ветвей. Вырабатываемые клетками опухоли токсические продукты, а равно и продукты распада, при раке тела находят себе, далее, свободный отток через половой канал. Наконец, в силу анатомических условий, свойственных телу матки, *cancer cavi uteri* гораздо дольше, чем рак маточной шейки, остается чисто-местным заболеванием, ограничивающимся лишь пределами первично пораженного органа, т. е. матки. В результате с момента возникновения этого новообразования до летального исхода могут проходить годы, причем все это время общее состояние больной может оставаться сносным. Мне приходилось в своей практике видеть случаи несомненного рака маточного тела, где больные оставались без оперативного вмешательства по 5 лет и более, и тем не менее общее состояние их продолжало быть удовлетворительным, а болезнь—доступною радикальной оперативной помощи.

Не надо, однако, упускать из виду, что доброкачественность рака тела матки и способность его оставаться чисто-местным заболеванием являются лишь относительными. Как и всякое другое злокачественное новообразование, *cancer cavi uteri* с течением времени распространяется за пределы своей первоначальной локализации, с одной стороны *per continuitatem*, с другой—метастатически. *Per continuitatem* данная форма рака разрастается в двух направлениях, именно, в толщу стенок матки, по направлению к одевающей тело матки брюшине (*resp.* к заложенной в мезометрии клетчатке), и по ходу полового канала, вверх или вниз. Относительно первого способа распространения рака тела матки надобно отметить, что в различных случаях прооро-

стание рака в толщу маточной стенки бывает различно: иногда раковая опухоль сравнительно быстро инфильтрирует миометрий и достигает брюшины (эндометриальная форма рака тела), которая реагирует на это воспалительным процессом; на почве последнего происходят сращения матки с кишками, сальником и др. соседними органами, причем рак при посредстве сращений, переходит и на эти последние органы; в других случаях (экзофитная форма рака тела) новообразование разрастается преимущественно в маточную полость, периферические же слои миометрия, прилегающие к брюшине, остаются от него свободными. Заслуживает внимания факт, что именно при таких экзофитных формах рака тела прорастание раковым инфильтратом стенок маточной полости встречает иногда препятствие в том обстоятельстве, что, параллельно с развитием рака, происходит утолщение маточной стенки вследствие гипертрофии ее мускулатуры (рис. 130); гипертрофию эту я склонен принимать за *Arbeitshypertrophie*, т. е. за гипертрофию вследствие постоянных сокращений матки, стремящейся вытолкнуть из своей полости раковые разрастания, как инородное тело.

Что касается второго способа распространения рака *per continuitatem*, то, как показали исследования Дьяконова и Тимофеева, произведенные на материале Казанской клиники, и др. авторов, *cancer cavi uteri* лишь в исключительных случаях распространяется кверху, т. е. на Fallopiевы трубы, тогда как распространение его книзу, т. е. на стенки цервикального канала, наблюдается относительно нередко (в 12% по данным Тимофеева).

Метастатическое распространение рака тела, как и всякого рака вообще, происходит главным образом при посредстве лимфатических сосудов. При этом, так как лимфатические пути, отводящие лимфу из тела матки, располагаются в верхних частях широких связок, вместе с лимфатическими путями яичников, и впадают в *gl. lumbales*, расположенные на месте бифуркации аорты и *v. cavae inferioris*, то становится понятным, почему при данной форме рака нередко (в 13,6% по статистике Тимофеева) наблюдается вторичное поражение яичников, из желез же метастатически поражаются обычно поясничные. Впрочем и инфильтрация околоматочной клетчатки при раке тела, хотя и наблюдается реже, чем при раке шейки, однако, по наблюдениям Дьяконова и Тимофеева, далеко не составляет такой редкости, как это обычно принято думать.

В противоположность раку тела, *cancer colli uteri*, благодаря анатомическим условиям этого отдела матки, является заболеванием, гораздо более опасным для больных и гораздо быстрее как распространяющимся за пределы матки, так и ведущим к летальному исходу. Клинические наблюдения показывают, что, если больная обратилась к врачу позже полугода после появления у ней первых признаков заболевания, то рак шейки оказывается уже распространившимся за пределы матки, т. е. недоступным для радикального оперативного вмешательства, летальный же исход при этой форме рака матки наступает уже через 1½—1¾ года после начала заболевания.

В распространении рака шейки, как и рака тела, мы можем различать, с одной стороны, его разрастание *per continuitatem*, происходящее в двух направлениях, а именно, по ходу полового канала и в толщу его стенок, с другой—метастатическое распространение опухо-

ли. По протяжению полового канала *canal colli* разрастается как вверх, на тело матки, так и вниз, на рукав, причем это разрастание может происходить как поверхностно, по слизистой оболочке, так и в более глубоких слоях стенки полового канала. Ruge и Veit, устанавливая наклонность рака влагалищной части распространяться лишь книзу, на рукав, а рака цервикального канала—кверху, на тело матки, считались лишь с поверхностным разрастанием, пределы которого легко могут быть определены путем обычного клинического исследования больных. Schottlaender и Kermauner в Германии, а Дьяконов у нас, подвергнув случаи рака шейки массовому, систематическому патолого-анатомическому обследованию, нашли, однако, что поверхностное разрастание рака шейки идет вовсе не параллельно с глубоким: слизистая оболочка рукава при раке шейки может быть, напр., повидимому, свободна от разрастаний, а в толще рукавных стенок они уже есть; то же самое следует сказать и относительно распространения ракового процесса с маточной шейки кверху, на тело матки. Факт этот имеет, конечно, громадное практическое значение как для определения рациональной оперативной терапии рака шейки, так и для объяснения рецидивов, возникающих при этой болезни даже после, повидимому, радикальной операции.

Относительно распространения рака шейки в толщу стенок полового канала надобно вообще сказать, что, ввиду анатомических особенностей стенки цервикального канала по сравнению со стенками тела матки (большая, в общем, тонкость первой, а главное—меньшее богатство ее мышцами), прорастание ее раком происходит гораздо быстрее, чем прорастание стенок *cavi uteri*. Так как, далее, маточная шейка со всех сторон окружена клетчаткой, то, проросши ее стенку, раковая опухоль находит для себя затем чрезвычайно удобные пути распространения в лимфатических щелях, которыми так богата клетчатка,—рак быстро инфильтрирует параметрии, причем сдавливает проходящие здесь нервные стволы и вызывает постоянные грызущие боли, не дающие больным покою ни днем, ни, особенно, по ночам,—обрастает проходящие здесь мочеточники, вызывая затруднения оттока мочи, разрушает стенки расположенных здесь маточных артерий и их главных разветвлений, обуславливая сильнейшие кровотечения, наконец, поражает с одной стороны мочевой пузырь, с другой—прямую кишку.

Что касается метастатического распространения,—понимая под этим последним возникновение раковых гнезд на более или менее значительном расстоянии от первичного очага,—то, так как рак шейки, подобно всякому раку вообще, дает метастазы по лимфатическим путям, а лимфатические сосуды маточной шейки направляются в *gl. iliacae*,—естественно, в этих именно железах прежде всего и образуются вторичные заносные очаги при данной форме рака матки. При этом с практической точки зрения крайне важно иметь в виду, что метастатическое распространение рака шейки отнюдь не идет строго рука-об-руку с его разрастанием *per continuitatem*,—иногда параметральная клетчатка при раке шейки может быть не инфильтрирована, а между тем в подвздошных лимфатических железах могут уже оказаться заносы рака, и наоборот.

Между тем, как раки матки в громадном большинстве случаев являются новообразованиями первичными, раковые опухоли яичников,

по частоте занимающие второе место среди раков женской половой сферы, большую часть имеют вторичный характер, будучи результатом злокачественного перерождения первоначально доброкачественных опухолей—кистаденом (как железистых, так особенно сосочковых) и дермоидов. Оттого макроскопически они представляют, обыкновенно, большое сходство с названными опухолями, отличаясь от них лишь большим количеством солидной ткани; микроскопически же вторичные карциномы, возникшие путем перерождения кистом, дают обычно картины, характерные для аденокарцином, а возникшие путем перерождения дермоидов—характерные для плоскоклеточкового жемчужного рака.

Гораздо реже яичники служат исходными пунктами раковых опухолей, которые с самого начала своего возникновения являются таковыми. По новейшим исследованиям такие раки яичников тоже весьма часто являются не первичными; а вторичными, но только не в том смысле, как раковые опухоли первой категории,—они являются не результатом ракового перерождения первоначально - доброкачественных новообразований, а метастазами рака, локализирующегося в каком-либо другом органе, чаще всего в желудке. Раки эти обычно бывают двусторонними, макроскопически они представляются (рис. 131) в виде плотных опухолей, продолговато-округлой формы, с резко-бугристой поверхностью, под микроскопом же (рис. 132) характеризуются обильным развитием соединительнотканной стромы и слизистым перерождением эпителиальных клеток, которые, благодаря этому, принимают своеобразный вид (перстневидные клетки), а группы их под микроскопом дают картины, напоминающие картины фолликулов (примордиальных и созревающих).

Своеобразные микроскопические картины, получающиеся при исследовании срезов из этих опухолей, подали повод Ктукенбергу, впервые изучившему их, дать им название *fibrosarcoma mucocellulare carcinomatodes*. Позднейшие исследователи, однако, установили, что Ктукенберговская опухоль есть ничто иное, как коллоидный скирр яичников. В русской медицинской литературе опухоли эти были впервые описаны Бурдзинским и, независимо от него, Занченко, изучившим 2 случая их, наблюдавшихся в заведомой мною клинике (всего же, за 17 лет, подобные опухоли встретились мне 5 раз).

В клиническом отношении все раковые опухоли яичников принадлежат к числу злокачественных. Лишь радикальная операция, произведенная притом в то время, пока рак не успел еще прорости *albuginea* яичника(или наружную оболочку кисты—при раковом перерождении кистом и дермоидов) и распространиться на соседние органы, или дать метастазы, в состоянии спасти больных от смерти. Впрочем относительно папиллярных раков, развивающихся из сосочковых кистом яичника, это положение требует известной оговорки. Мне нераз приходилось оперировать подобные раки, уже распространившиеся на

брюшину, где операция могла состоять лишь в удалении основных очагов заболевания, т. е. яичниковых опухолей, об удалении же всех раковых разражений не могло быть и речи. Тем не менее оперативное вмешательство давало здесь довольно стойкие результаты,—дальнейшее прогрессирующее новообразование приостанавливалось, и больные на несколько лет оставались живы и относительно - здоровы. Такая сравнительно-низкая злокачественность сосочковых раков находит себе объяснение в анатомических особенностях этих опухолей: последние состоят из несущих сосуды тонких стержней соединительной ткани, на которых располагаются мощные пласты эпителия; ясно, что питание эпителиальных клеток при подобных условиях является недостаточным, а потому названные клетки пролиферируют очень слабо, даже подвергаются регрессивным процессам, о чем свидетельствуют часто встречающиеся в папиллярных раках отложения извести.

Рак рукава также в большинстве случаев бывает вторичным, являясь результатом распространения на рукавную стенку рака маточной шейки—или *per continuitatem*, или метастатического. Первичный рак рукава встречается лишь редко, причем в этиологии его, как и рака маточной шейки, кроме возраста больных играют роль многократные роды. Излюбленным местом его локализации служит обычно верхний отдел задней рукавной стенки, по близости свода, т. е. та часть рукавной стенки, которая у замужних женщин особенно подвергается механическому раздражению *sub coitu*. Макроскопически *cancer vaginae* чаще представляется в виде ограниченного узла, несколько выдающегося над поверхностью влагалищной стенки, поверхность которого скоро распадается, так что на месте узла образуется более или менее глубокая, кровоточивая язва с неровным дном и изъеденными краями; иногда, впрочем, встречается и диффузная форма этого заболевания, при которой раковые разражения, распространяясь поверхностно, захватывают большую часть или даже всю рукавную стенку. Что касается микроскопического строения первичного рака влагалища, то, имея своим исходным пунктом многослойный плоский эпителий этого органа, разбираемое новообразование под микроскопом оказывается обычно плоскоклеточковым раком с наклоном к образованию жемчужин.

Клинически первичный рак влагалища является новообразованием высок-злокачественным. Так как влагалищная стенка отличается незначительной толщиной, то рак быстро прорастает ее, инфильтрируя затем паравагинальную клетчатку и распространяясь на соседние органы, особенно прямую кишку. Так как матка находится в непосредственной связи с влагалищем, то понятно, что рак последнего легко распространяется и на нее, именно, на маточную шейку,—частью *per continuitatem*, частью метастатически. Из лимфатических желез рак влагалища обыкновенно дает заносы, как и *cancer colli uteri*, в под

вздошные (gl. iliacaе); если, однако, рак поразил нижнюю треть рукавной стенки, то метастазы могут получаться и в паховых железах, в которые направляются лимфатические сосуды нижней трети рукава, вместе с лимфатическими сосудами вульвы.

Говоря о распространении рака рукава на матку, следует упомянуть об одном способе его, именно, чрез посредство т. наз. прививочных метастазов. Так как первичный рак рукава большею частью локализуется на задней стенке этого органа, в верхней ее части, то верхушка влагалищной части матки, в норме обращенная, как известно, книзу и кзади (в стоячем положении женщины), легко соприкасается с раковою поверхностью, и рак может прививаться на ней. Весьма убедительный пример такого способа перехода рака с рукава на *portio vaginalis* наблюдался в одном, оперированном мною, случае, первичного рака влагалища, в свое время описанном Дьяконовым (рис. 133).

Несколько чаще, чем первичный рак рукава, встречается в практике раковое поражение наружных половых частей женщины. Излюбленным местом развития этого новообразования служит здесь область клитора и поверхность половых губ, реже *cancer vulvae* развивается в Bartolin'овых железах; как особую топическую разновидность рака вульвы, описывают также парауретральный рак, локализующийся около *orificium externum urethrae*. Развиваясь, как и всякий рак, преимущественно у женщин преклонного возраста, *cancer vulvae* вначале представляется в форме ограниченного затвердения, которое потом изъязвляется (рис. 134). Гистологически это, обычно,—канкроид с резко-выраженными жемчужинами, за исключением раков, развивающихся в Bartolin'овых железах, каковые новообразования обычно имеют строение характерное для аденокарциномы.

Клинические наблюдения свидетельствуют о высокой злокачественности рака вульвы. Обычным местом метастатического распространения его служат паховые железы, как поверхностные, так и глубокие.

Fallopі'евы трубы из всех отделов женского полового аппарата реже всего поражаются раком. Одно время думали даже, что рак в них никогда не имеет места; однако новейшие наблюдения показали, что это не так, и до 1914 г., по Бушмакиной, в медицинской литературе было описано около 150 случаев первичного рака труб. В этиологическом отношении последний представляет сходство отчасти с раком маточной шейки, отчасти с раком тела матки; подобно первому он чаще всего развивается в возрасте 41—50 лет, подобно второму в этиологии его важную роль играет не родовая деятельность, а предшествовавшее воспаление. Оттого рак труб обыкновенно развивается, повидимому, внутри сактосальпинксов, и пораженные этой болезнью яйцепроводы макроскопически (рис. 135) представляются обыкновенно в виде кистовидных опухолей округлой или ретортообразной формы, до размеров детской головки величиною, наполненных внутри жидкостью и раковыми разрощениями. Последние имеют

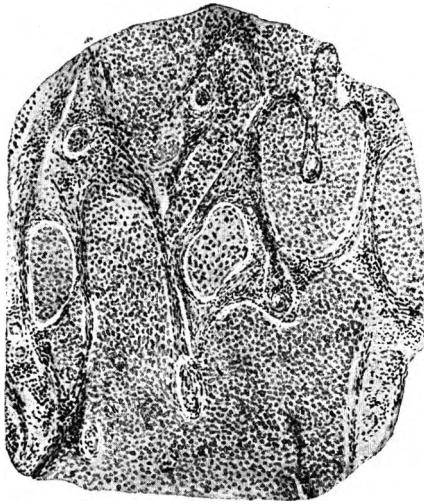


Рис. 129*. Цилиндроклеточковый первичносолидный рак маточной шейки под микроскопом.

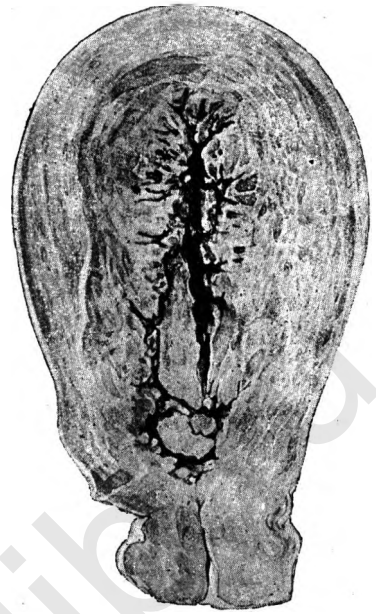


Рис. 130*. Резкая гипертрофия стенок матки при раке маточного тела.

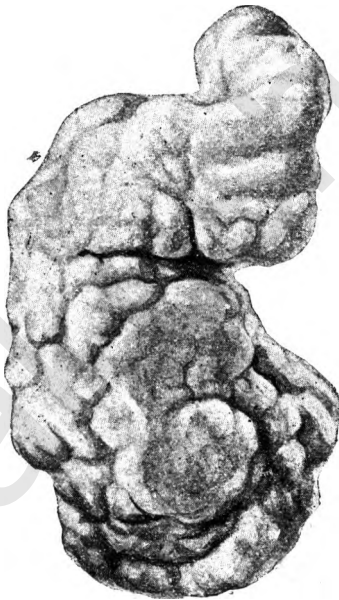


Рис. 131*. Метастатический рак яичника.

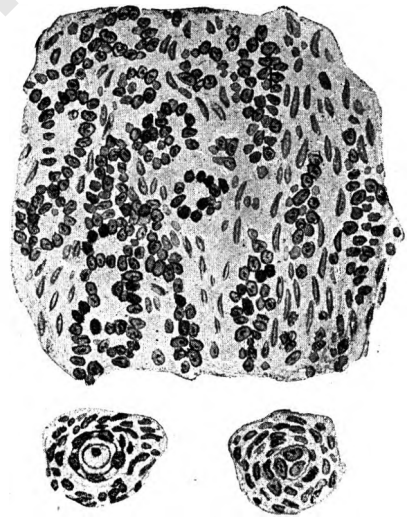


Рис. 132. Микроскопические картины метастатического рака яичника (Кlucke-Berg'овской опухоли) (по Занченко).

Внизу изображены встречающиеся в опухоли образования, напоминающие фолликулы.

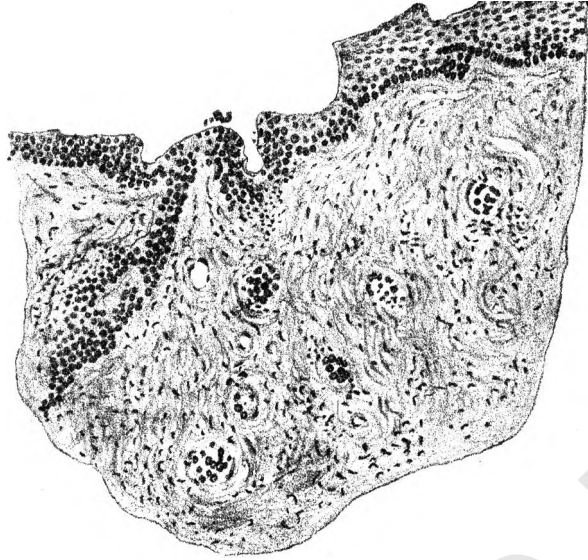


Рис 133. Прививка первичного рака влагалища на portio vaginalis (по Дьяконову).

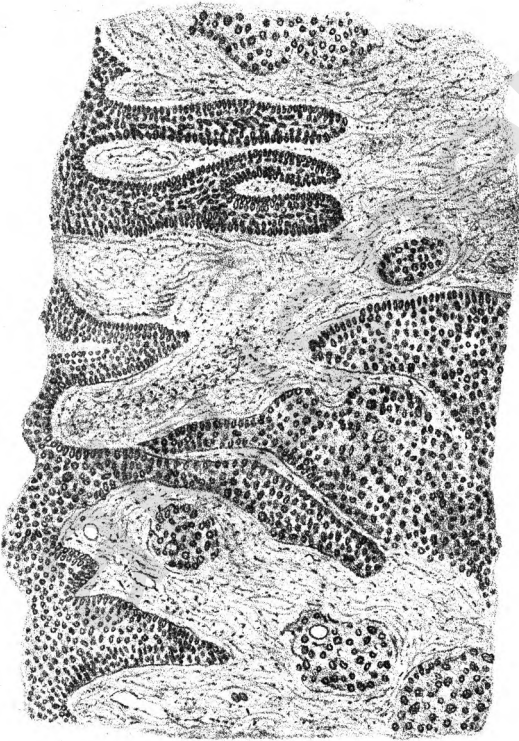


Рис. 141. Раковое перерождение дермоида яичника (по Лейбчику).

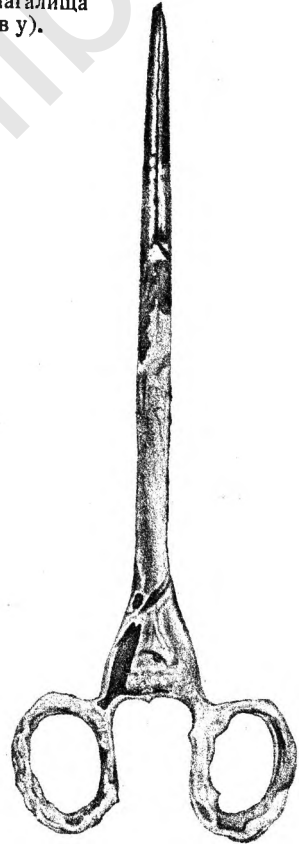


Рис. 150*. Жом, извлеченный из брюшной полости, где он был забыт при чревосечении.

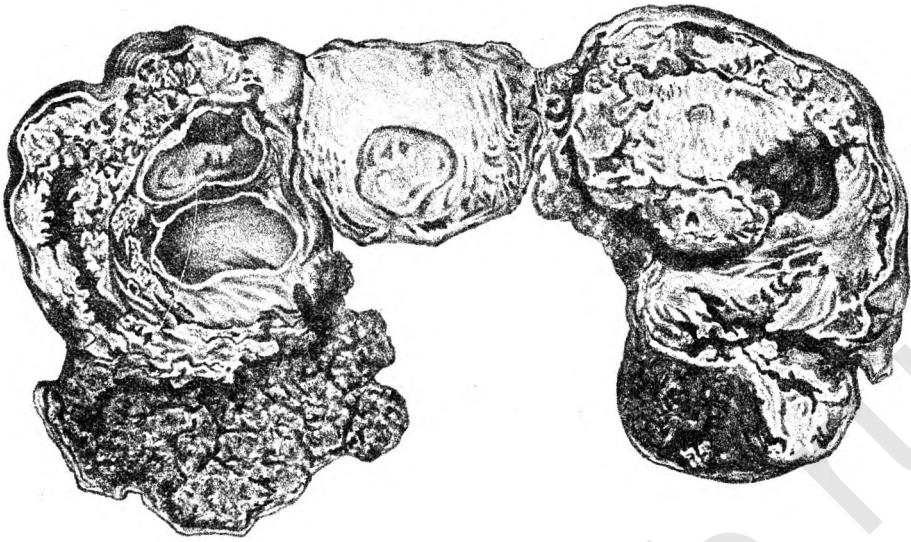


Рис. 135. Рак Fallopиевых труб (по Бушмакиной). Посредине находится поперечно срезанная матка, по бокам—разрезанные продольно трубы, которые превращены в наполненные раковыми разрастаниями сактосальпинксы.

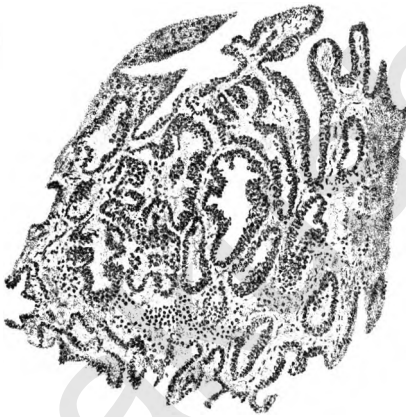


Рис. 136. Рак Fallopиевой трубы под микроскопом (по Бушмакиной).

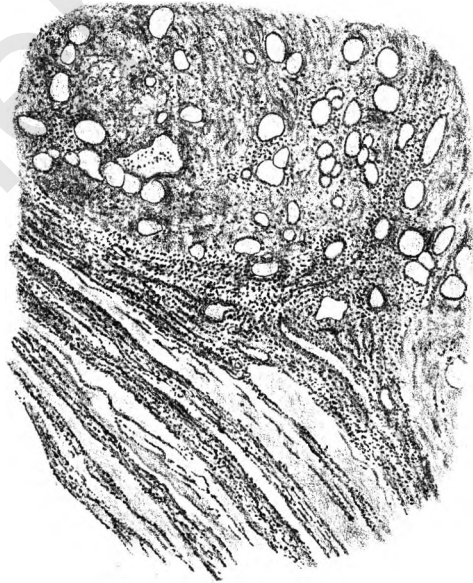


Рис. 137. Фибромиома матки с жировой тканью (по Кутасову).

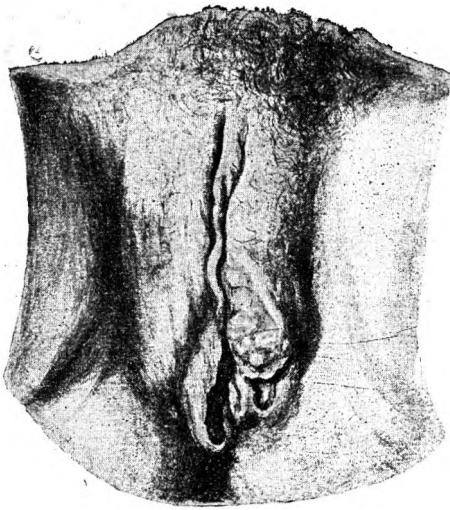


Рис. 134*. Cancer vulvae.

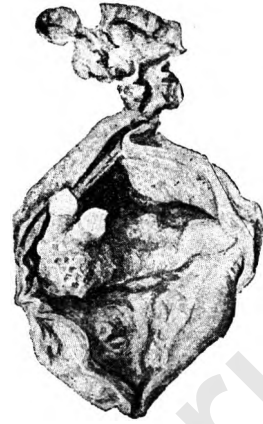


Рис. 138*. Дермоид яичника.

В полости дермоида ясно виден паренхиматозный бугорок с 2 зубами; содержимое дермоида удалено; вверху находится часть ножки с pars ampullaris tubae.



Рис. 139*. Дермоидная киста, с шариками.

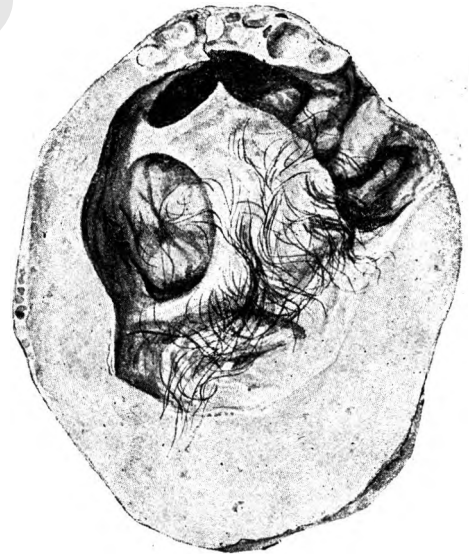


Рис. 140*. Раково-переродившийся дермоид яичника.

Утолщенная стенка дермоида содержит раковые разращения.

большую часть папиллярное строение, да и вообще рак труб, по мнению некоторых авторов, развивается, подобно сосочковому раку яичников, из первоначально доброкачественных папиллом или аденом инвертирующего типа. Микроскоп также обнаруживает в нем структуру сходную со структурой сосочковой аденокарциномы яичников (рис 136). Наконец, и относительно значения трубного рака для организма можно повторить то же, что выше было сказано об этой последней.

Говоря о злокачественных эпителиальных опухолях женской половой сферы, т. е. раках, следовало бы остановиться и на хорио-эпителиоме или злокачественной децидуоме, которая тоже представляет собою в сущности раковую опухоль, только возникающую благодаря атипическому разрастанию хориального эпителия. Но об этой опухоли нами было уже достаточно сказано в курсе акушерства, именно, в его отделе, посвященном патологии беременности.

Покровский. Неск. случаев злок. эпителиомы ворс. оболочки. М. Об. 1899.— Дьяконов. Квопр. о перв. раке влагалища в связи с учением о прививаемости рака. Р. Вр. 1903.—Покровский. О злок. эпителиоме ворс. оболочки. Ж. А. 1903.—Бурдзинский. Овариотомия во вр. беременности по пов. опухоли Krukenberg'a и пр. Ж. А. 1907.—Занченко. К вопр. о метаст. раках яичника. Ж. А. 1907.—Улезко-Строганова. Совр. взгляды на патогенез рака. Ж. А. 1909.—Писемский. Мат. к леч. рака ж. пол. органов. Ж. А. 1909.—Груздев. К патологии и терапии рака матки. Р. Вр. 1911.—Новосельский. К вопр. о возрастании смертности от рака. Р. Вр. 1911.—Дьяконов. Мат. к учению о раке матки. Дисс. Казань. 1914.—Иовлев. Влияние внутр. секреции пол. и щит. желез на рост exper. опухолей. I Рак. С.—Тимофеев. Деятельность Казанской ак.-гин. клиники по борьбе с раком матки за 15 лет (1900/1—1914/5 уч. г.). Сб. Грузд.—Бушмакина. Первичный рак фаллопиевых труб. Там же.

вв) Смешанные опухоли и тератомы.

Смешанные опухоли. Кроме описанных выше новообразований, половые части женщины сравнительно часто бывают местом развития т. наз. смешанных опухолей, т. е. таких, которые состоят из нескольких различных тканей. Строго говоря, и почти все разобранные выше опухоли являются смешанными в широком смысле этого слова, так как, напр., фибромиомы состоят из мышечной и соединительной тканей, папилломы, аденомы и раки—из соединительной и эпителиальной и пр.; но в них различные ткани принимают далеко не равноценное участие в новообразовательном процессе и не в одинаковой степени атипически разрастаются,—в карциномах, напр., разрастание эпителия резко превалирует над разрастанием соединительной ткани, и эпителий разрастается особенно атипически; под смешанными же опухолями в тесном смысле этого слова в современной патологической анатомии разумеются такие опухоли, входящие в состав которых ткани принимают одинаковое участие в новообразовательном процессе, разрастаясь притом одинаково атипически.

Что касается, далее, генеза этих опухолей, то для них особенно вероятно является теория Sopherim'a относительно их происхожде-

ния из ростков, отщепившихся в эмбриональном периоде. Оттого-то эти опухоли весьма нередко оказываются гетерологическими или гетеротипическими, т. е. входящие в состав их ткани оказываются в таких органах, где нормально эти ткани не встречаются, напр., костная или хрящевая ткани оказываются в стенках матки.

Наконец, в клиническом отношении смешанные опухоли большей частью проявляют значительную тенденцию к злокачественности.

Смотря по тому, входят-ли в состав смешанной опухоли ткани, происходящие лишь из одного зародышевого листка, именно, из мезодермы, или из двух, или, наконец, из всех трех, среди опухолей данной группы различают монодермомы (монофилломы), бидермомы (бифилломы) и тридермомы (трифилломы). Впрочем некоторые авторы выделяют монодермомы в особую группу, давая им название не смешанных, а сочетанных, комбинированных опухолей, а другие и тридермомы выделяют в особую группу под названием тератом—так, что название смешанных опухолей остается лишь за одними бидермомами.

Монодермомы (или, иначе, сочетанные мезодермальные опухоли) не так редко встречаются в матке. К этой категории относятся, например, наблюдавшиеся некоторыми авторами в названном органе остеомы и поперечно-полосатые миомы. Мне пришлось дважды оперировать фибромиомы матки, содержавшие в себе, кроме волокнистой соединительной и гладкомышечной, еще жировую ткань (рис. 137) (случай эти описаны в печати Кутасовым). К монодермомам должны быть отнесены также многие из упомянутых выше гроздевидных сарком шейки,— те именно, которые содержат, кроме саркоматозной, миксоматозную, хрящевую и др. ткани, происходящие из среднего зародышевого листка. Реже монодермомы встречаются в рукаве, яичниках и др. органах женской половой сферы.

Матка из всех органов женской половой сферы чаще всего, по-видимому, бывает исходным пунктом развития и бидермом,—особенно, если относить сюда хотя некоторые из аденомиом. Среди маточных опухолей в категорию бидермом должны быть также отнесены аденомиосаркомы и те из гроздевидных сарком цервикальной мукозы, которые, кроме саркоматозной, хрящевой и т. п. мезодермальных тканей, содержат и эпителиальные включения. Встречаются бидермомы и в яичниках, а также в стенках рукава.

Что касается, наконец, тридермом, то, если причислять к ним все новообразования, в состав которых входят продукты трех зародышевых листков *Remak'a*,—они очень часто наблюдаются в женской половой сфере, особенно в яичниках. Большинство авторов, однако, склонно выделять из группы смешанных опухолей те новообразования, в которых продукты трех зародышевых листков достигают анатомической зрелости, образуя не только ткани, но и целые органы, иногда заметные уже для простого глаза (зубы и т. п.),—в особую группу под названием эмбриом или тератом. Если принимать эту классификацию, т. е. относить к тридермомам только те опухоли, которые содержат продукты всех зародышевых листков, не достигшие стадии образования органов, то подобные новообразования и в яичниках окажутся большою редкостью, являясь притом безусловно злокачественными.

Шклярский. Окостенение в матке (ossificatio uteri). Тр. О. Р. В. 1843.—Дейч. Пат. продукты в ж. пол. органах. М. Вр. Ж. 1847.—Быстроумова и Эккерт. Rhabdomyoma uteri etc. Ж. Рудн. 1874.—Кашеварова-Руднева. Пат. для пат. анатомии мат. влагалища. Дисс. СПб. 1876.—Томашевский. К. о смещ. опухолях влагалища и шейки матки в связи с уч. о смещ. опухолях вообще. Х. Арх. 1910.—Кутасов. К. о гетерол. сочет. жиросодержащих опухолях матки. Ж. А. 1911.—Малиновский. К. уч. т. о наз. гроздевидных саркомах мат. шейки. Ж. А. 1912.

Тератомы. К смешанным опухолям близко примыкают опухоли типа тридермом, т. е. содержащие продукты всех трех зародышевых листков, но продукты, достигшие такой стадии развития, что они образуют не только зрелые ткани, но и целые органы, различить которые можно иногда даже простым глазом. Опухоли эти известны под названием тератом или эмбриом. Их называют также яйцеродными (овулогенными) опухолями, так как думают, что они являются результатом партеногенетического развития зрелых яиц.

Среди этих опухолей и с патолого-анатомической, и с клинической точек зрения можно различать два сорта: опухоли кистовидные—с одной стороны, солидные—с другой. В первых продукты развития всех трех листков располагаются в определенном порядке, близком к нормальному, тому, какой имеет место в правильно развивающемся организме, во вторых же они перемешаны между собою в беспорядке. Опухоли первого рода являются клинически доброкачественными, второго—злокачественными. Первые известны под названием дермоидов или дермоидных кист, вторые—под названием тератом в узком смысле слова.

Таким образом название „тератома“ в современной науке имеет различное значение. Им обозначают: 1) все смешанные опухоли, в состав которых входят элементы трех зародышевых листков, т. е. тридермомы; 2) все тридермомы, входящие в состав которых ткани располагаются в виде уже сформированных органов, т. е. все эмбриомы (овулогенные опухоли); 3) лишь те эмбриомы, в которых органоподобные продукты трех зародышевых листков располагаются в беспорядке, и которые анатомически являются плотными опухолями, клинически же злокачественными.

Дермоидные кисты встречаются в половой сфере женщины гораздо чаще тератом, причем исходным пунктом их развития обычно являются яичники, гораздо реже—тазовая клетчатка и трубы. Макроскопически яичниковые дермоиды представляются в виде опухолей шаровидной, яйцевидной, или почковидной формы, сидящих обыкновенно на длинной ножке и потому очень подвижных. На разрезе (рис. 138) оказывается, что опухоли эти имеют мешчатое строение, т. е. состоят из оболочки и жидкого содержимого. Последнее при t^0 тела обыкновенно представляется жидким, при комнатной же t^0 застывает, так как состоит из отделимого сальных желез оболочки. Иногда сальное содержимое дермоидов пахтается и превращается в плотные, круглые шарики, плавающие в сыворотке или слипшиеся между собою (рис. 139). Еще чаще в содержимом дермоидов встречаются волосы

различного цвета и длины, нередко образующие более или менее об'емистые волосявые комки.

Что касается оболочки, то для дермоидных кист характерно присутствие на внутренней ее поверхности, в том или другом месте, т. наз. паренхиматозного бугорка—возвышения, покрытого волосами, в котором находятся зубы и другие части скелета. Микроскопическое исследование срезов, проведенных через паренхиматозный бугорок, позволяет убедиться, что здесь имеются ткани и органы, происходящие и из эктодермы, и из мезодермы, и из энтодермы, причем образования эти располагаются в правильном порядке,—поверхностнее всего располагаются эктодермальные или, точнее говоря, экто-мезодермальные образования, а именно, кожа с железами и волосами, затем—чисто-мезодермальные, напр., подкожная клетчатка, части скелета, мышцы и пр., а глубже всего—энтодермальные включения, напр., рудименты кишечного тракта. Таким образом паренхиматозный бугорок в дермоиде представляет собою нечто вроде уродливо развитого зародыша или того паразитарного близнеца, о которых была речь в курсе акушерства, при описании двойничных уродств. Вне бугорка стенка дермоидной кисты оказывается обычно более тонкою и состоящею из соединительнотканной перепонки, с внутренней поверхности покрытой или кубическим, или плоским эпителием, или грануляционной тканью.

Иногда один и тот же яичник служит исходным пунктом развития нескольких дермоидных кист, полости которых нередко сливаются между собою. Иногда, далес, дермоидные кисты встречаются в яичниках в сочетании с другими кистовидными опухолями, напр., с кистами. Такие сложные опухоли зачастую достигают значительной величины, тогда как обыкновенные дермоиды представляют собою образования, растущие очень медленно и достигающие лишь небольшого об'ема—в яблоко, кулак и т. п.

Правило это впрочем допускает исключения,—не так редко дермоидные кисты достигают и значительно больших размеров (напр., в голову взрослого мужчины), а в цитированной уже выше диссертации Кедровой приводятся случаи, где эти опухоли достигали поистине колоссальных размеров и веса (напр., в 91 ф., 45 кило и даже больше). Возможно, впрочем, что в этих случаях дело именно шло не о чистых дермоидах, а о сочетаниях последних, напр., с железистыми кистами.

Принимая во внимание крайне медленный рост разбираемых опухолей и незначительные их размеры, можно было бы считать дермоиды, с точки зрения их значения для организма, невинными образованиями. Положение это, однако, может быть принято лишь с крупными оговорками,—не так редко опухоли эти становятся источниками серьезной опасности не только для здоровья, но и для самой жизни больных. Так как яичниковые дермоиды зачастую сидят на длинной, податливой ножке и отличаются значительною подвижностью, те-

три них часто имеет место явление перекручивания ножки. Явление это, как и при других опухолях, ведет к реактивному перитониту, дающему очень бурные припадки и сопровождающимся сращением опухоли с соседними органами брюшной полости, особенно с кишками. Такая сращенная опухоль весьма легко может инфицироваться—хотябы из тех же кишек, встречающимися здесь кишечными палочками, которые в сальном содержимом дермоида находят весьма благоприятную почву для своего размножения. Оттого-то дермоиды, по сравнению с другими кистовидными опухолями яичников, так относительно часто нагнаиваются, а нагноившаяся опухоль, лежащая в брюшной полости, *caeteris paribus* является гораздо более опасною, чем не подвергшаяся нагноению, ибо лопание ее может повести к смертельной инфекции всей брюшины.

Еще более опасными являются дермоиды, благодаря присущей им склонности к раковому перерождению (рис. 140), причем, так как исходным пунктом последнего является в них многослойный плоский эпителий, покрывающий паренхиматозный бугорок, то и рак, развивающийся в этих опухолях, гистологически обыкновенно имеет характер канкроида с образованием жемчужин (рис. 141).

В гинекологическом отделении заведваемой мною клиники за 17 лет (с 1900/1 по 1916/7 уч. гг.) было оперировано 64 больных с дермоидными кистами яичников, в том числе комбинации дермоидов с железистыми кистами имели место у 8, с папиллярной кистой—у 1, с *cystocarcinoma glandulare*—также у 1, дермоиды обоих яичников одновременно встретились у 9 больных, интралигаментарное положение дермоидов—у 4, нагноение их—также у 4, раковое перерождение—у 5.

В другой разновидности овулогенных опухолей, тератомах, которые в половой сфере женщин также имеют своим исходным пунктом обыкновенно яичники, продукты трех зародышевых листков располагаются не в строгом порядке, как в дермоидах, а наоборот—в полнейшем беспорядке. При этом здесь, наряду с зрелыми тканями, образующими вполне сформированные органы, напр., железы, встречаются и незрелые, эмбриональные ткани, напр., саркоматозная. Макроскопически данные опухоли (рис. 142) представляют собою преимущественно солидные образования, быстро растущие и по своей способности к инфильтрирующему росту, метастатическому распространению и пр.—высоко-злокачественные.

Тератомы яичников встречаются гораздо реже дермоидов,—в заведваемой мною клинике они были, напр., за указанные 17 лет оперированы лишь 2 раза.

Корди. К уч. о дермоидных кистах яичников. Ж. А. 1891.—Заркевич. Мат. к уч. о дермоидных овариальных кистах в пат.-анат. и клин. отношениях. Дисс. СПб. 1899.—Соловьев. К вопросу о происхождении и строении дерм. кист яичника. Ж. А. 1904.—Томсон. *Teratoma ovarii*. Ж. А. 1904.—Редлих. К вопросу о происхождении эмбрион яичника. Ж. А. 1906.—Букоемский. К вопросу о плотных тератомах (эмбриомах) яичника. Ж. А. 1908.—Тимофеев. Об одной редкой разновидности дермоидных кист яичника. Вр. Г. 1914.—Лейбчик. К вопросу о злокач. перерождении яич. дермоидов. Сб. Грузд.

Г. Аномалии положения различных частей женской половой сферы.

а) Аномалии положения матки.

При описании картины, получаемой гинекологом при бимануальной пальпации внутренних половых частей женщины, было уже указано то положение матки, которое является нормальным, физиологическим (см. рис. 22). При описании пальпаторной картины внутреннего отдела женской половой сферы было отмечено и то, какие именно отклонения от нормального типа может представлять положение этого органа, и вместе с тем было разъяснено, что некоторые из отклонений могут быть, с клинической точки зрения, рассматриваемы, как настоящие заболевания, ибо они ведут к известным расстройствам и требуют специального лечения, другие же сами по себе не имеют патологического значения, но не лишены практического значения в том отношении, что указывают на наличность, в настоящем или прошлом, известных заболеваний полового аппарата, которые и обуславливают их возникновение.

Переходя теперь к обзору отдельных аномалий положения матки со стороны их этиологии, патогенеза, патологической анатомии и значения для организма, мы будем придерживаться уже раз принятой нами классификации, т. е. сначала разберем смещения матки по вертикальной линии, вверх (*elevatio uteri*) и вниз (опущение, выпадение и выворот матки), потом—смещения по горизонтальной плоскости (патологические позиции, верзии, флексии, ротацию и осевое перекручивание этого органа), наконец—грыжи матки.

Кистер. К вопр. о неправ. положениях матки. Тр. М. О. Р. В. 1881.—Кистер. О болезнях движения матки в связи с вопр. о ненормальности положения и формы ее. Там же.—Отт. Патология и терапия неправ. положений матки. СПб. 1890.

Elevatio uteri. Смещение матки кверху, при котором этот орган целиком или только верхнюю свою часть выходит из малого таза, помещаясь выше плоскости входа в последний, а рукав представляется сильно вытянутым по длине, физиологически имеет место при переполнении соседних с половыми частями полых органов, особенно прямой кишки, из патологических же состояний, обуславливающих такое смещение, следует отметить более или менее обемистые опухоли стенок рукава и прямой кишки, скопления менструальной крови в атрезированном влагалище (*haematocolpos*), опухоли самой матки, родившиеся во влагалище, внутрибрюшинные опухоли, расположенные в заднем Douglas'овом кармане (*haematocoele retrouterina*, осумкованные периметритические выпоты, новообразования), особенно же—интралигаментарные и псевдо-интралигаментарные опухоли яичников, растущие в большой таз; кроме того *elevatio uteri* может быть результатом воспалительных процессов, локализовавшихся в экс-

vatio vesico-uterina и поведших к образованию сращений между маткою и передней брюшной стенкой; сращения эти могут быть результатом и оперативного вмешательства—или умышленным (после вентрофикции матки), или случайным (после кесарского сечения, энуклеации миом и т. п. операций).

От настоящего *elevatio uteri*, при котором вся матка бывает приподнятою, надо отличать те случаи, где выше нормального уровня лежит тело матки, шейка же находится на нормальном уровне или даже ниже его; подобные случаи физиологически имеют место при беременности, из патологических же состояний приподнятое положение лишь тела матки наблюдается при различных новообразованиях этого органа, особенно при фибромиомах, при гематометре и т. п. заболеваниях, сопровождающихся значительным увеличением *corporis uteri*.

Elevatio uteri не может считаться само по себе болезнью, вызывающею те или иные припадки и потому требующею терапевтического вмешательства. Клиническое значение его сводится к тому, что аномалия эта помогает гинекологу разобраться в некоторых практически-важных диагностических вопросах, особенно в вопросе о том, располагается-ли данная опухоль яичника межсвязочно (или псевдо-интралигаментарно), или же она сидит на ножке, что имеет весьма важное значение для оперативного вмешательства.

Опущение и выпадение матки. Если матка у женщины оказывается стоящею ниже своего нормального уровня, не выходя, однако из половой щели, то мы говорим об опущении этого органа, *descensus uteri* (рис. 143), если же она настолько смещена книзу, что лежит вне половой щели,—мы говорим о выпадении ее, *prolapsus uteri* (рис. 144); при этом выпавшая матка может или выступать из половой щели только нижнею своею частью, шейкой, или же она вся целиком может находиться вне половой щели; в первом случае мы говорим о частичном выпадении этого органа, *prolapsus uteri partialis*, во втором—о полном, *prolapsus uteri totalis*. Таким образом опущение и выпадение матки суть лишь различные степени одной и той же аномалии, причем в этой аномалии обычно принимает большее или меньшее участие, кроме матки, и непосредственно связанный с нею рукав.

Несмотря на то, что опущение и выпадение матки принадлежат к числу обыкновеннейших заболеваний половой сферы у женщин, как этиология, так и механизм возникновения их до сих пор еще являются предметом споров. Мы, правда, знаем все этиологические моменты, играющие роль в происхождении данной аномалии, но каково их относительное значение,—по этому вопросу мы не встречаем у авторов полного согласия.

Некоторые гинекологи склонны приписывать здесь большое значение порокам развития, а именно, т. наз. *spina bifida*, при которой имеет место паралич иннервирующих тазовое дно крестцовых нервов,

затем—врожденной гипоплазии мускулатуры тазового дна, чрезмерной глубине заднего Douglas'ов кармана, наблюдаемой при инфантилизме и сопровождающейся очень низким положением levator'a ani, т. е. мышцы, составляющей главную основу тазового дна, наконец, прирожденной чрезмерной глубине пузырно-маточной впадины. Именно этими врожденными неправильностями естественнее всего объяснять выпадения матки, встречающиеся у молодых девушек и даже новорожденных.

Другие главную причину опущений и выпадений матки усматривают в приобретенных расслаблениях и нарушениях целостности мышечно-фасциальной основы тазового дна, особенно levator'a ani и мочеполовой диафрагмы. Благодаря этим расслаблениям и разрывам, являющимся обычно последствием родов, hiatus genitalis, т. е. то отверстие в тазовом дне, через которое проходит влагалищная трубка вместе с уретрой, значительно расширяется,—длинник этого отверстия, напр., вместо нормальных, для нерожавшей женщины, 4 сант. доходит до $7\frac{1}{2}$, а поперечник, вместо $2\frac{1}{2}$ сант.,—до $6\frac{1}{2}$ сант. Через расширенное таким образом отверстие матка, под влиянием отчасти собственной тяжести, главным же образом—под действием внутрибрюшного давления, и выпирается наружу так же, как, напр., при пупочных грыжах кишки и сальник выпираются чрез расширенное пупочное кольцо.

Что чрезмерная величина hiatus genitalis действительно играет важную роль в происхождении проляпса,—в этом вряд-ли можно сомневаться. Наблюдения показывают, что данная аномалия чаще всего развивается у многорожавших женщин, у которых hiatus значительно расширен, благодаря многократному прохождению чрез него головки плода, а также у женщин с разрывами промежности, у которых также просвет этого отверстия больше нормы, и что опущение и выпадение матки сплошь и рядом начинают развиваться вскоре после родов, когда размеры hiatus genitalis не успели еще вернуться к норме. У страдающих проляпсом женщин можно, затем, и прямым исследованием убедиться, что ножки levator'a ani представляются разошедшимися.

Это, однако, не исключает значения и других моментов в этиологии проляпса. Schultze, Küstner и др. гинекологи одним из главных условий для возникновения последнего признают наклонения и перегибы матки кзади (retroversio et retroflexio uteri). Как показывают наблюдения, наклоненная кпереди матка чрезвычайно редко выпадает, ибо внутрибрюшное давление, действуя на заднюю ее стенку, прижимает ее к симфизу и прилежащим к нему мягким частям, а также к diaphragma urogenitale. Напротив, при retroversio и retroflexio давление, действуя на переднюю стенку матки, выпирает последнюю в просвет рукава, причем в этом же направлении действует, в стоячем положении женщины, и собственная тяжесть органа.

В относительно недавнее время большое значение в происхождении опущений и выпадений матки приписывалось, затем, выпадениям рукава. Schroeder и др. гинекологи думали, что в большинстве случаев prolapsus vaginae предшествует маточному проляпсу, причем, будучи непосредственно связан с маткой, рукав, при выпадении, тянет книзу маточную шейку; на это влечение матка реагирует различным образом в зависимости оттого, насколько сохранился связочный аппарат ее тела: если *ligg. rotunda, lata* и *recto-uterina* утратили свою упругость и значительно растянуты под влиянием, напр., перенесенных женщиною многократных беременностей, то они не в состоянии бывают удержать *corpus uteri* на нормальной высоте,—и вслед за первичным выпадением влагалища развивается вторичное выпадение матки; если же связки прочно удерживают тело матки, то оно остается на своем нормальном месте, и влечение со стороны выпадающего влагалища ведет лишь к вытяжению шейки, ее удлинению, достигающему иногда такой степени, что *portio vaginalis* начинает выпячиваться из половой щели,—получается *pseudoprolapsus uteri* (см. рис 24).

В новейшее время, однако, изложенный сейчас взгляд на связь между проляпсом рукава и проляпсом матки подвергся основательной критике: Halban и Tandler, которым принадлежит одна из крупнейших современных работ по этиологии проляпса, настаивают, что выпадение рукава вовсе не влечет за собою выпадения матки или вытяжения ее шейки, но что все эти три аномалии являются результатом влияния одной и той же силы, именно, внутрибрюшного давления, выпирающего—при чрезмерной ширине *hiatus genitalis*—как матку, так и рукав в просвет этого отверстия.

Нисколько не отрицая важного значения расслаблений и разрывов тазового дна в этиологии проляпсов, я лично думаю, однако, что и совершенно отрицать, всякую связь между выпадениями рукава и выпадениями матки—вряд-ли основательно. Анатомические исследования,—между прочим, произведенные мною совместно с Werth'ом,—свидетельствуют, что стенки влагалища интимно связаны с маточной шейкой при помощи мышечных пучков, и нельзя думать, чтобы смещение влагалища книзу совершенно не отражалось на положении матки (*corp. ee* шейки) и обратно. С этой точки зрения есть полный смысл различать, с одной стороны, первичные выпадения матки, едущие за собою вторичные смещения рукава, начиная сверху, с другой стороны—вторичные опущения и выпадения матки, являющиеся последствием первичных выпадений рукава. Подобное взаимоотношение нисколько не исключает возможности того, что в большинстве случаев проляпсы рукава и матки действительно развиваются не последовательно, а одновременно, под влиянием действия и на матку, и на рукав одной и той же силы.

Исходя из того факта, что выпадения матки, особенно полные, наблюдаются преимущественно у старух, некоторые авторы на первом

месте среди этиологических моментов, обуславливающих возникновение проляпса, ставят климактерические изменения связочного аппарата матки, стенок полового канала и пр. И в самом деле мы знаем, что с наступлением климактерия во всем половом аппарате женщины происходят крупные гистологические перемены и между прочим,—что особенно важно в данном отношении,—замещение мускулатуры волокнистою соединительною тканью, гораздо менее упругою, чем мышечная. Факт этот делает вполне понятным частое развитие выпадений матки у старух.

Можно было-бы привести еще целый ряд моментов, выдвигаемых разными наблюдателями для объяснения генеза опущений и выпадений матки. Некоторые старые авторы, напр., большое значение приписывали здесь обычно наблюдаемой при проляпсе гипертрофии шейки, благодаря которой вес всего органа значительно возрастает. Что в этом объяснении есть некоторая крупница истины,—что, чем тяжелее матка, тем *caeteris paribus* более наклонна она смещаться книзу,—это, разумеется, стоит вне сомнения. Но, с другой стороны, не подлежит сомнению и то, что гипертрофия шейки пролябирующей матки является не причиной, а, наоборот, последствием проляпса, результатом того отека, который при данной аномалии обыкновенно имеет место в маточной шейке. Другие в качестве важного этиологического фактора выдвигают недостаточность параметральной, паравагинальной и особенно паравезикальной ткани, третьи обращают внимание на то или другое состояние брюшного пресса *resp.* передней брюшной стенки, четвертые—на форму и наклонение таза и т. д.

Подводя итог тому, что имеется в специальной литературе относительно этиологии маточного проляпса, нельзя не придти к заключению, что в этом вопросе до сих пор есть немало темных сторон, требующих освещения. Для выяснения их исследователям, помимо клинических наблюдений, следовало-бы прибегнуть к эксперименту. К сожалению, экспериментальных работ в данной области имеется очень мало,—в русской литературе, напр., я нашел лишь одну такую работу, принадлежащую Новикову.

Экспериментируя на женских трупах, этот автор перерезывал широкие связки, *ligg. recto-uterina*, тазовые фасции и *levator ani*, после чего пытался низводить матку через вульварное кольцо; это ему, однако, не удавалось,—мешали прикрепления рукава к соседним органам. Впрочем и идя снизу, именно, делая разрез *Schuchardta*, разрезывая *levator ani* и пересекая маточно-крестцовые связки, автор тоже не в состоянии был свести матку,—мешали оставшиеся связки.

Во всяком случае не подлежит сомнению, что *prolapsus uteri* является результатом суммарного воздействия целого ряда моментов, причем, весьма вероятно, в одних случаях данной аномалии играют преимущественно роль одни моменты, в других—другие, почему и оперативная терапия проляпса должна, собственно говоря, варьировать в зависимости от особенностей каждого данного случая.

Не подлежит, затем, сомнению, что главной из непосредственных причин, обуславливающих возникновение проляпса, служат резкие повышения внутрибрюшного давления, в свою очередь зависящие большею частью от сильных сокращений брюшного пресса. Оттого разбираемая аномалия и встречается чаще всего у женщин, занимающихся тяжелой физической работой, причем смещение матки возникает нередко как раз во время значительного физического напряжения больной. Что касается предрасполагающих причин, к которым принадлежат анатомические изменения, создающие почву для развития проляпса, то они весьма разнообразны, но первое место среди них, по видимому, должно принадлежать, во-первых, чрезмерной величине hiatus genitalis, во-вторых, ретроверзии-флексии матки; сочетание этих двух аномалий и образует ту почву, на которой в большинстве случаев, под влиянием сильных повышений внутрибрюшного давления, возникают опущение и выпадение матки.

Встречаясь в практике, как уже упоминалось выше, весьма часто, маточный проляпс представляет собою весьма серьезное заболевание. Страдающие им женщины иногда не в состоянии бывают не только выполнять какую-либо работу, но даже и ходить, благодаря постоянному тягостному ощущению, „как будто,—по определению больных,—вся утроба у них хочет вывалиться“. Значительно омрачают самочувствие больных и сопровождающие обычно проляпс расстройства мочеиспускания—в начальных стадиях болезни в форме частых позывов на мочу, в дальнейших же—в виде невозможности мочеиспускания (многие больные с значительными выпадениями матки не в состоянии бывают мочиться, пока не запросят рукою выпавшие части). Находясь вне половой щели, выпавшая матка легко подвергается, далее, различным insultам, трению платьем и т. п., а так как питание ее тканей является растроеным вследствие сопровождающего проляпс венозного стаза и отека, то понятно, почему на поверхности выпавших частей зачастую образуются язвы с характером пролежней; язвы эти иногда являются источником кровянистых белей и заставляют больную подозревать у себя рак. Замечательно, однако, что последний сравнительно редко поражает выпавшую матку. Впрочем и помимо этого выпадение матки в отдельных,—правда, довольно редких,—случаях может вести к смертельному исходу, причем непосредственною причиною смерти здесь чаще всего бывает, по видимому, урэмия: невозможность опорожнить мочу ведет, при выпадениях матки, к застаиванию ее в пузыре, брожению и на этой почве к воспалению, а иногда некрозу слизистой оболочки пузыря; отсюда воспалительный процесс может распространиться на мочеточники, почечные лоханки и паренхиму самих почек, т. е. у больных может возникнуть пиелонефрит, а этот последний может повести к смертельной урэмии.

Соловьев. О выпадениях матки и влагалища. Ж. А. 1902.—Новиков. К вопросу о причинах и опер. лечении выпадения ж. пол. органов. Вр. Г. 1908.—Кузнецов. К вопросу о полном выпадении матки у девиц. Спб. Г. 1914.

Выворот матки. При опущениях и выпадениях матка смещается книзу, но правильные отношения между различными слоями ее стенки, серозой и мукозой, а равно и между главными ее частями, телом и шейкой, сохраняются,—брюшинный покров остается обращенным кнаружи, слизистая оболочка—кнутри, и шейка всегда лежит ниже тела. Иногда, однако, матка смещается книзу таким образом, что ее мукоза становится обращенною кнаружи, а сероза—кнутри, т. е. матка выворачивается, как палец перчатки, причем шейка ее иногда оказывается стоящею ниже тела. Подобное смещение, как уже упоминалось выше, носит название выворота матки (*inversio uteri*). Нередко смещенная таким образом матка находится целиком или частью вне половой щели, т. е. выворот сочетается с пролапсом. Кроме того, как и при этом последнем, *inversio uteri* иногда комбинируется с таковым же смещением рукава.

Механизм происхождения данной аномалии можно считать точно выясненным: чтобы матка вывернулась, необходима наличность трех условий, а именно, 1) стенки тела матки должны быть расслаблены, 2) цервикальный канал раскрыт, 3) наконец, на дно матки должна действовать, по направлению сверху вниз, какая-нибудь влекущая или давящая сила, приложенная или снаружи, или кнутри. Чаще всего условия эти имеются налицо во время акта родов, именно, в послеродовом периоде, почему и выворот матки в большинстве случаев наблюдается у рожениц.

Значительно реже выворот матки развивается независимо от родов. Обыкновенно это имеет место у гинекологических больных, страдающих субмукозными полипозными опухолями, большею частью фибромиомами. Как уже было отмечено при описании субмукозных фиброидов, матка терпит их в своей полости лишь до поры—до времени, а затем проявляет тенденцию вытолкнуть их наружу, причем в ней происходят изменения совершенно аналогичные тем, какие имеют место при родах, т. е. цервикальный канал раскрывается, начиная сверху, циркулярная мускулатура маточного тела то сокращается, то расслабляется, и в результате опухоль выталкивается сначала из полости матки в цервикальный канал (см. рис. 21), а потом из этого последнего во влагалище (см. рис. 98), иногда же, через *rima pudendi*, и совсем наружу. Если при этом ножка опухоли длинна, тонка и податлива, то рождение полипа не ведет за собою выворота; если же она коротка, толста и не растяжима, то, рождаясь, опухоль может увлечь книзу стенку верхней части маточного тела, т. е. произойдет выворот (рис. 145). Такой же результат может получиться и при энергичном низведении еще не родившихся или неполне родившихся субмукозных опухолей матки, сидящих на короткой, неподатливой ножке, во время оперативного вмешательства.

Так как небеременная матка анатомически гораздо менее приспособлена для выворота, чем беременная или пуэрперальная матка с ее относительно-большою полостью, тонкими, мягкими стенками и пр., то естественно, что непуэрперальные вывороты относительно часто бывают неполными, и дело здесь ограничивается зачастую лишь инвагинацией верхнего отдела маточного тела в нижнюю часть маточной полости или всего тела—в цервикальный канал. В отдельных случаях, впрочем, и непуэрперальный выворот может быть полным, т. е. матка целиком может вывернуться в рукав.

Якуб, собравший сведения о 244 случаях выворота матки, сообщенных в медицинской печати за 1877—1893 гг., нашел среди них лишь 27 непуэрперальных (немного больше 11% общего числа). Во всех этих 27 случаях *inversio uteri* было результатом рождения субмукозных опухолей. Случаи выворотов, возникающих независимо от родов и опухолей, принадлежат к величайшим редкостям. В русской литературе мне удалось найти сведения лишь об одном подобном случае, описанном Лесментом, где выворот произошел у 48-летней женщины, страдавшей сильными поносами.

По своему значению для организма выворот матки принадлежит к числу весьма серьезных заболеваний. Лишь в сравнительно-редких случаях больные с вывороченной маткой ходят целые годы, не испытывая особенных расстройств, большею же частью они страдают истощающими маточными кровотечениями, так как, с одной стороны, вывороченная матка обычно находится в состоянии сильного венозного застоя вследствие ущемления как ее самой в области шейки, так и широких связок—в воронке выворота, а с другой—ее мукоза подвергается постоянной травматизации. На этой же почве у больных с *inversio uteri* развиваются бели, вывороченная поверхность изъязвляется, а иногда дело доходит и до гангрены стенки.

Якуб. К этиологии и лечению выворота всл. опухолей. Мед. 1894.—Лесмент. К вopr. о вывороте матки. Вр. Г. 1909.—Вачнадзе. О вывороте матки. Ж. А. 1914.

Неправильные позиции матки. При изложении основ гинекологической диагностики было уже указано, что, кроме смещений матки по вертикальной линии, т. е. кверху или книзу, матка может, оставаясь приблизительно на нормальном уровне, представлять целый ряд неправильных положений, среди которых можно прежде всего различать патологические позиции, верзии и флексии этого органа.

С механической точки зрения матка, повторяем, может быть рассматриваема, как двуплечий рычаг, точкою опоры которого служит верхний конец влагалища (влагалищные своды). Точка эта находится в геометрическом центре малого таза, т. е. на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца—по сагиттальной линии и от обоих боковых стенок таза—по фронтальной. Такое положение ее и определяет нормальную позицию матки; если же последняя *in toto*, вместе с верхнею частью рукава, будет более или менее стойко смещена кпереди, кзади, вправо или влево от этой точки, то получатся неправильные позиции

матки—antepositio, retropositio, lateropositio dextra (dextropositio) и lateropositio sinistra (sinistropositio).

Причины, обуславливающие возникновение патологических позиций матки, довольно разнообразны. Сюда относятся прежде всего некоторые пороки развития: при инфантилизме, напр., маточно-крестцовые связки бывают от природы короче нормы, вследствие чего матка зачастую находится в retropositio (см. рис. 2); при этом же пороке развития весьма нередко из двух широких связок одна бывает короче другой, благодаря чему матка лежит в lateropositio dextra или sinistra.

Как было упомянуто. Лазаревич нашел, что из 1000 случаев матка лишь в 599 имела срединное положение, а в 401 была смещена вбок, причем подобное lateropositio uteri чаще бывает, по мнению автора, врожденным, чем приобретенным.

Нередко причину патологических позиций матки является, далее, наличность в малом тазу,—большею частью в заднем Douglas'овом кармане или между листками широких связок,—объемистых опухолей, новообразований, скоплений крови и воспалительных экссудатов. Наematocеле retrouterina, помещающиеся в заднем Douglas'e опухоли яичников, осумкованные периметритические экссудаты и пр. обуславливают, напр., резкое смещение матки in toto к лобку (antepositio uteri) (см. рис. 18), а гематомы широких связок, интралигаментарные опухоли и параметритические экссудаты—смещение этого органа вбок (lateropositio uteri.)

Патологические позиции матки часто являются, затем, результатом воспалительных процессов в их конечной стадии. Периметрит, напр., после рассасывания жидкого экссудата и образования спаек в заднем Douglas'овом кармане часто ведет к возникновению ретропозиции матки; такой же результат бывает последствием и рубцового сморщивания маточно-крестцовых связок на почве заднего параметрита, после рассасывания же параметритических инфильтратов, локализовавшихся в клетчатке широких связок, возникает lateropositio uteri—dextra или sinistra, в зависимости от места развития параметрита.

Наконец, разбираемые аномалии положения матки нередко развиваются после оперативного вмешательства на маточных связках,—после вылушения, напр., интралигаментарных опухолей из широких связок возникает lateropositio uteri.

Встречаясь очень часто, неправильные позиции матки сами по себе не имеют, однако, большого патологического значения,—наблюдающиеся при них расстройства зависят обычно не от смещений матки, как таковых, но от тех заболеваний, которые служат причинами этих смещений.

Лазаревич. О врожденном боковом положении матки. VII С. Е. и В. 1883.

Патологические наклоны (верзии) матки. Описывая в своем месте нормальное положение матки, мы уже отметили, что двуплечий рычаг, каковым является матка, нормально бывает наклонен, в стоячем

положении женщины, кпереди (*anteversio*): верхнее плечо рычага, образуемое маточным телом и надвлагалищную часть шейки, бывает направлено кпереди и кверху, а нижнее, состоящее из влагалищной части,—кзади и книзу, причем степень этого наклона может физиологически варьировать в зависимости от степени наполнения соседних половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки.

От физиологического наклона матки следует отличать патологические ее наклоны, которые, как и позиции, могут происходить в четырех направлениях: кпереди (*anteversio uteri pathologica*), кзади (*retroversio*), вправо (*lateroversio dextra, dextroversio*) и влево (*lateroversio sinistra, sinistroversio*). При первой из этих аномалий верхнее плечо маточного рычага оказывается, в стоячем положении женщины, направленным кпереди и—в отличие от нормальной антеверзии— не кверху, а книзу, нижнее же кзади и—опять-таки в отличие от нормы—не книзу, а кверху; при второй (см. рис 2 и 25) верхнее плечо рычага бывает обращено кверху и кзади, нижнее же—книзу и кпереди; при третьей и четвертой верхнее плечо является направленным кверху и в одну боковую сторону, вправо или влево, а нижнее книзу и в противоположную боковую сторону. При этом матка может быть или фиксирована в указанном положении брюшинными сращениями либо сморщившимися рубцами в соседней клетчатке (*versio fixata*), или сохранять свою подвижность (*versio mobilis*).

Некоторые авторы склонны совершенно не признавать патологической антеверзии, или же признают таковую фиксированную антеверзию, при наличии сращений между передней маточной стенкой и брюшинным покровом мочевого пузыря. Это, однако, едва ли правильно: мы знаем случаи,—напр. у беременных с *venter propendens*,—когда матка стационарно находится в положении чрезмерного наклона кпереди, причем это наклонение обуславливает ряд растройств. В подобных случаях и при отсутствии сращений есть полный смысл говорить о патологической антеверзии матки.

Причины возникновения патологических наклонов матки столь же разнообразны, как и причины неправильных позиций этого органа. Прежде всего здесь надо опять-таки считаться с пороками развития полового аппарата женщины вообще и маточных связок в частности. Так, напр., *retroversio uteri* бывает обычным спутником инфантилизма, что большинством авторов объясняется присущею последнему прирожденною короткостью маточно-крестцовых связок, а некоторыми—короткостью передней стенки рукава, которая оттягивает нижний конец маточного рычага кпереди, тогда как верхний конец отклоняется кзади.

Более или менее об'емистые опухоли (новообразования, осумкованные скопления крови и осумкованные брюшинные выпоты), если

они давят лишь на одно плечо маточного рычага,—обыкновенно верхнее,—могут также быть причинами разбираемых аномалий положения матки. Та же ретроверзия, напр., почти как правило, наблюдается при более или менее об'емистых опухолях яичника, сидящих на ножке. Зависит это оттого, что названные опухоли, достигши более значительного об'ема и поднявшись в большой таз, обыкновенно вплотную прилегают к передней брюшной стенке, причем нижним своим отрезком они давят на переднюю стенку маточного тела и заставляют верхнее плечо маточного рычага отклониться кзади, к крестцу.

Еще более значительную роль в происхождении патологических верзий матки играют воспалительные процессы в тазовой брюшине и клетчатке, в последних своих стадиях. Периметрит, локализовавшийся, напр., в маточно-пузырной впадине, ведет к образованию спаек между передней поверхностью тела матки и брюшиной мочевого пузыря, результатом чего является патологическая антеверзия матки; периметрит, локализовавшийся в заднем Douglas'овом кармане, в конечной стадии ведет зачастую к образованию фиксированной ретроверзии матки; периаднексит, т. е. воспаление заднего листка широкой связки в окружности яичника и трубы, сопутствующее сальпинго-оофориту, является наиболее частою причиною наклона матки вбок (*lateroversio uteri*). Эта последняя аномалия нередко бывает последствием и развития рубцовой ткани в клетчатке широких связок на почве параметрита.

Такое же влияние оказывают на положение матки, в смысле возникновения наклонов этого органа, рубцы, обязанные своим происхождением операционной, родовой и др. травмам. После оперативного удаления опухолей придатков, напр., очень часто развивается *lateroversio uteri*, вследствие рубцового сморщивания той широкой связки, которая подверглась операционной травме; после задней кольпотомии с применением дренажа, вследствие образования сращений в заднем Douglas'овом кармане, возникает *retroversio uteri*; после родов при узком тазе, на почве придавливания головкой плода мягких частей родового канала к стенкам таза и омертвения этих частей, нередко развиваются рубцы в области рукавных сводов, каковые рубцы, сморщиваясь, притягивают нижнее плечо маточного рычага, *portio vaginalis*, кпереди, кзади или в сторону, причем верхнее плечо отклоняется в противоположном направлении,—и получается патологическая верзия матки.

Говоря об операционной травме, как причине патологических наклонов матки, следует отметить, что иногда такое положение матки умышленно создается при операции. Так, при операции Schauta-Wertheim'a, предпринимаемой по поводу проляпса, умышленно создается чрезмерная антеверзия матки (рис. 146); то же самое следует сказать и относительно вагинофиксации.



Рис. 142*. Teratoma ovarii на разрезе.



Рис. 143. Начинаящееся опущение матки (descensus uteri) (по Аи v a r d'у и D a v y). Пунктиром изображено нормальное положение матки.

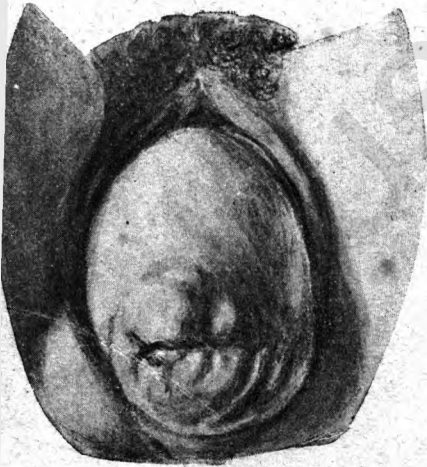


Рис. 144*. Prolapsus uteri et vaginae.

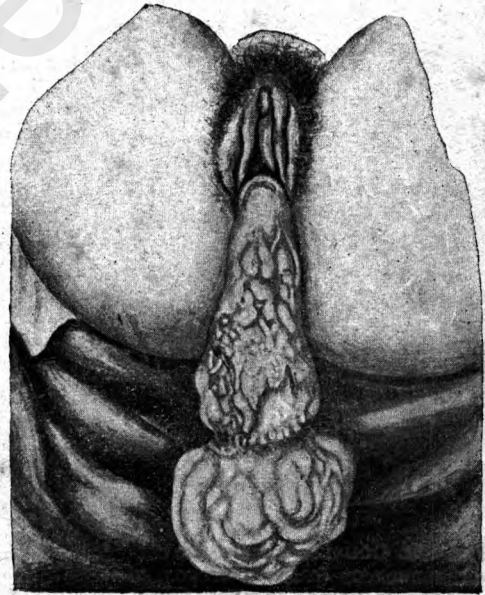


Рис. 145. Выворот матки и рукава с выпадением их, вызванный подслизистым фибридом маточного дна (по Р е й н у).

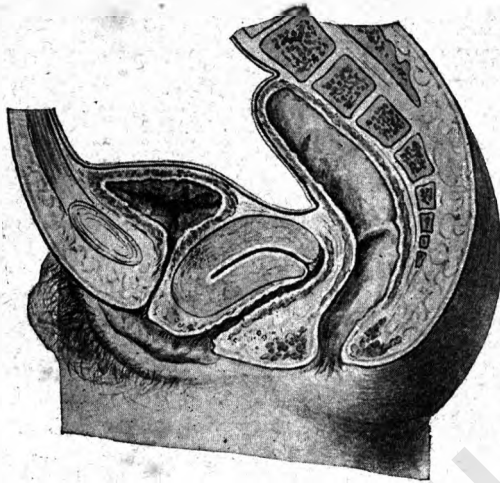


Рис. 146. Чрезмерная антеверзия матки после операции Schauta-Wertheim'a (по Hofmeier'y).

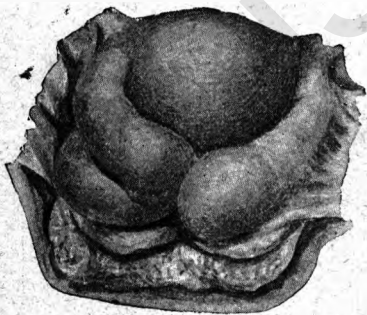


Рис. 149. Обычное положение сактосальпингов (сзади и несколько сбоку от матки) (по Keil'y).

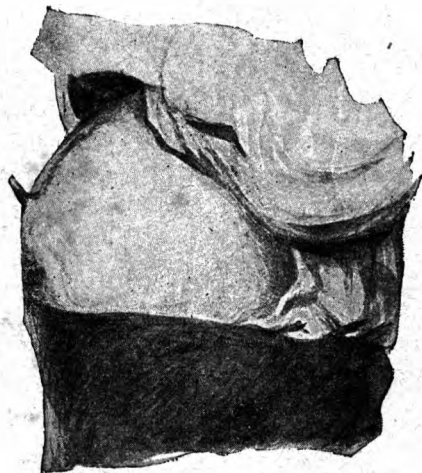


Рис. 151*. Прободение забытым при чревосечении жомом брюшной стенки.

Помимо перечисленных сейчас причин в происхождении патологических наклонений матки могут играть роль и другие этиологические моменты. Так, в возникновении патологической антеверзии матки у беременных главную роль играет чрезмерное растяжение брюшных стенок под влиянием предшествовавших беременностей, благодаря которому увеличенное тело матки не находит себе достаточной опоры спереди. Патологическая антеверзия матки образуется также при грыжах этого органа—белой линии, паховых и бедренных.

Особенно разнообразными бывают этиологические моменты, способствующие возникновению той из аномалий, принадлежащих к группе верзий, которая имеет наиболее важное патологическое значение,—мы разумеем *retroversio uteri*. Длительное пребывание женщины в лежачем положении на спине после родов и операций, расслабление круглых маточных связок, имеющееся, напр., у родильниц, значительная тяжесть тела матки при опухолях, порочной обратной инволюции после родов и пр., переполнение мочевого пузыря и т. п. моменты порознь и вместе несомненно могут способствовать наклонению маточного рычага кзади, а так как суммирование этих моментов наиболее часто имеет место в послеродовом периоде, то становится понятным, почему разбираемая аномалия положения матки так нередко впервые замечается именно у родильниц. Наиболее важное значение в генезе ретроверзии некоторые из современных авторов отводят, однако, опущению кишечных петель в пузырно-маточную впадину.

При нормальных условиях,—указывают эти авторы,—*excavatio vesico-uterina* свободно от кишек, ибо тело матки своею переднею поверхностью вплотную прилежит к мочевому пузырю, тогда как в *excavatio recto-uterina* кишечные петли, напротив, могут опускаться; благодаря этому, внутрибрюшное давление в норме действует на заднюю стенку матки, наклоняя этот орган кпереди. Иногда, однако, задний Douglas'ов карман оказывается свободным от кишечных петель, которые за то опускаются в маточно-пузырную впадину, причем внутрибрюшное давление действует на переднюю стенку матки, и она переходит в *retroversio*. Что такое объяснение происхождения ретроверзии для многих случаев вполне вероятно,—за это говорит, по моему, факт частого обнаружения данной аномалии у женщин, у которых при беременности наблюдается как раз противоположная аномалия, патологическая антеверзия матки, именно, у женщин с отвислым животом и вялыми, растянутыми брюшными стенками,—подобное состояние последних несомненно благоприятствует смещению кишек в маточно-пузырную впадину.

При разборе причин, благоприятствующих возникновению ретроверзии матки, излишнее будет сказать, в заключение, несколько слов о связи, существующей между этой аномалией и опущениями рукава. Всякому гинекологу известно, что *retroversio uteri* очень часто встре-

чается совместно с descensus vaginae. Подобное сочетание, весьма возможно, в значительной мере объясняется просто тем, что одни и те же причины одновременно вызывают как первую, так и вторую из названных неправильностей. Нельзя, однако, отрицать, что между ними имеется и этиологическая связь, притом, по моему мнению, двоякая: с одной стороны retroversio uteri способствует возникновению опущений рукава, с другой—и эти последние, в свою очередь, могут оказывать такое влияние на матку, что она стремится наклониться кзади. Другими словами, между опущениями рукава и ретроверзией матки существует такая же связь, какая выше была указана для опущений (или выпадений) матки и рукава.

Относительно значения наклонов матки для организма следует заметить, что они гораздо более, чем патологические позиции этого органа, заслуживают названия настоящих болезней, так как эти аномалии сами по себе, независимо от причин, их вызывающих, и осложнений, им сопутствующих, вызывают ряд растройств. Так, патологическая антеверзия обуславливает обыкновенно растройства со стороны мочевого пузыря в форме частых позывов на мочу. Особенно, однако, серьезным является значение ретроверзии, к которой в данном отношении приложимо, до известной степени, все то, что на этот счет будет ниже сказано относительно ретрофлексии матки.

Горвиц. Об отношении наклонов матки к загибам ее. Мед. И. 1865.—Кистер. К вопр. о норм. положении небеременной матки и патол. значении версий ее. Дисс. М. 1876.

Патологические перегибы (флексии) матки. Как уже неоднократно указывалось выше, верхнее, более длинное плечо того рычага, который представляет собою, с механической точки зрения, матка, состоит из двух частей: маточного тела и надвлагалищной части шейки. При этом иногда продольные оси обоих названных частей образуют одну прямую или только слегка дугообразно изогнутую линию, иногда же они пересекают одна другую под углом. В последнем случае мы говорим о перегибе или флексии матки. Смотря потому, куда бывает открыт этот угол, верхушка которого находится в области внутреннего зева,—кпереди, кзади, вправо или влево,—мы различаем среди флексий, как и среди позиций и версий, четыре разновидности: anteflexio, retroflexio, lateroflexio dextra и lateroflexio sinistra.

Антефлексия,—как опять-таки нераз указывалось выше,—зачастую является нормальным положением матки. От этой нормальной антефлексии матки (см. рис. 22) надо, однако, отличать патологическую антефлексию (см. рис. 2), которая разнится от нормальной тремя существенными признаками: 1) при нормальной антефлексии верхнее плечо маточного рычага бывает изогнуто под тупым углом, при патологической же—под острым; 2) при нормальной антефлексии угол легко может быть разогнут так, что все верхнее плечо маточного

рычага будет прямым, при патологической же—нет; 3) наконец, нормальная антефлексия не сопровождается никакими расстройствами, при патологической же у женщины обыкновенно имеют место припадки механической дисменореи и бесплодие.

В этиологическом отношении патологическая антефлексия большей частью является приращенной аномалией, будучи одним из анатомических проявлений инфантилизма—порока развития, чрезвычайно часто встречающегося в практике. Иногда, однако, данная аномалия бывает и приобретенной, причем главная роль в происхождении такой приобретенной резкой антефлексии должна быть отведена, по моим наблюдениям, рубцовому сморщиванию маточно-крестцовых связок, на почве воспаления окружающей их клетчатки (parametritis posterior): сморщиваясь, *ligg. recto-uterina* оттягивают границу между телом матки и ее шейкою, т. е. область внутреннего зева, кзади, тогда как *ligg. rotunda*, при содействии внутрибрюшного давления, действующего на заднюю стенку матки, удерживают дно последней на нормальном месте,—и в результате получается патологическая антефлексия (рис. 147). Гораздо реже эта аномалия бывает результатом давления, производимого напр., опухолями яичников на заднюю стенку тела матки, и т. п.

Lateroflexio uteri, по мнению некоторых авторов, всегда является пороком развития—по крайней мере в чистом виде; будучи же результатом сочетания ретрофлексии с перекручиванием матки по оси, она может быть и приобретенной аномалией, возникающей на почве воспалительного сморщивания одной из широких связок при сальпинго-оофорите.

Что касается, наконец, ретрофлексии, то, так как она представляет собою в сущности дальнейшую ступень ретроверзии, то и в отношении происхождения ее можно повторить то же, что выше было сказано об этиологии этой последней аномалии.

Клиническое значение патологической антефлексии достаточно охарактеризовано тем, что нами выше было сказано о расстройствах, сопутствующих этой неправильности. Что же касается ретрофлексии, то современные гинекологи держатся в этом отношении различных взглядов. Многие утверждают, что сама по себе ретрофлексия матки не может быть рассматриваема, как болезнь, ибо она не вызывает никаких расстройств,—если таковые у женщин с ретрофлектированной маткой иногда и наблюдаются, то они зависят не от данной аномалии

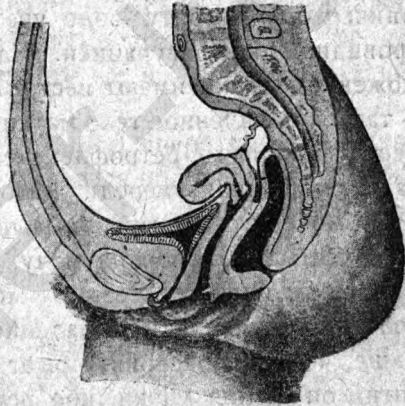


Рис. 147. Патологическая антефлексия матки при заднем параметрите (схематически, по Schultze).

положения матки, а от сопровождающих ее осложнений. С таким взглядом, однако, вряд ли можно вполне согласиться. Правда, у некоторых больных с неосложненной ретрофлексией действительно не наблюдается никаких расстройств, но это обстоятельство еще не говорит против патологического значения ретрофлексии вообще,—ведь и фибромиомы матки, даже достигши значительных размеров, не дают у некоторых больных решительно никаких расстройств, и однако никто не считает их совершенно безразличными образованиями. В большинстве случаев ретрофлексии, даже и неосложненной, присущ целый комплекс припадков. Так как перегиб матки кзади неизбежно сопровождается перегибом широких связок, где пробегают как маточные артерии, так и вены, и так как перегиб гораздо больше отражается на венах с их тонкими, малоупругими стенками, чем на артериях, то приток крови к ретрофлексированной матке остается нормальным, отток же—затрудненным, почему перегнутая кзади матка обычно находится в состоянии венозного стаза. Благодаря последнему, перегнутое кзади тело матки при исследовании дает обыкновенно картину, свойственную хроническому метриту,—оно увеличено, плотно наощупь и отличается шаровидной конфигурацией. На этой же почве у больных с таким положением матки имеют место меноррагии, бели и тупые боли в области таза. Увеличенное тело матки, сдавливая прямую кишку, вызывает, далее, у больных с ретрофлексией запоры и геморроидальные расстройства, а смещенная кпереди маточная шейка, производя давление на шейку мочевого пузыря, вызывает расстройства мочеиспускания в форме частых позывов на мочу. Как уже было сказано выше, перегиб матки кзади является, затем, моментом, играющим важную роль в этиологии опущений и выпадений матки, да и сама ретрофлексия еще больше, чем ретроверзия, может быть рассматриваема, как начальная ступень опущения матки, ибо ретрофлексированная матка уже *eo ipso* стоит ниже нормы. Благоприятствует ретрофлексия и опущению (*resp.* вывороту) рукава; так как матка—и в частности маточная шейка—стоит при ней ближе к половой щели, чем нормально, то уже в силу этого обстоятельства стенки рукава, особенно передняя, образуют при этой аномалии складки или выпячивания в просвет рукава, причем выпячивание передней рукавной стенки сопровождается соответственным смещением и связанного с нею мочевого пузыря (*cystocele*). Наконец, как я мог убедиться из личного опыта, ретрофлексия часто дает, рефлекторным путем, разнообразнейшие расстройства со стороны нервной системы. Все это дает право считать данную аномалию настоящею болезнью, требующею врачебного вмешательства.

Способность ретрофлексии вызывать, рефлекторным путем, различные расстройства со стороны иногда очень отдаленных от половой сферы женщины органов давно уже бросалась в глаза и другим наблюдателям, и в литературе имеется целый ряд поучительных наблюдений

подобного рода. В качестве примера укажу на случай, описанный Исполатовым, где эта аномалия вызвала у больной неукротимую икоту, прошедшую лишь после репозиции матки с предварительным зашиванием имевшегося у пациентки разрыва промежности. Попытки объяснить растройства, наблюдаемые в таких случаях, истерией, а целебные результаты исправления ретрофлексии—внушением, едва-ли могут выдержать строгую критику.

Бубнов. Искривления матки, механизм и условия их образования. Дисс. СПб. 1864.—Змеев. К вопросу о сущ. пат.-анат. изменений в месте искривления матки. М. М. Г. 1875.—Исполатов. Сл. неукротимой икоты, излеч. зашиванием разрыва промежности и репозицией ретрофл. матки. Тр. М. О. Р. В. 1884.—Фейнберг. О совр. взгляде на сущность и терапию ретроверсии-флексии матки. Ж. А. 1897.—Рабинович. Симптоматология загибов и уклонений матки кзади по совр. литер. данным. Вр. Г. 1915.

Поворот и перекручивание матки по продольной оси. Иногда матка, оставаясь на своем нормальном уровне, под влиянием различных механических причин вращается около своей продольной оси так, что ее ребра, обычно обращенные в стороны, начинают смотреть кпереди и кзади, а поверхности вместо того, чтобы смотреть кпереди и кзади, становятся обращенными вправо и влево. Такое вращение испытывает иногда вся матка *in toto—rotatio uteri*, иногда же ему подвергается только маточное тело, шейка же не принимает в нем участия—*torsio uteri*.

Незначительные степени поворота (ротации) и перекручивания (торзии) матки по длинной оси зачастую наблюдаются под влиянием даже чисто-физиологических причин. В курсах акушерства напр., обыкновенно указывается, что во время беременности матка, особенно ее тело, обнаруживает наклонность поворачиваться своим левым ребром кпереди, правым—кзади; при переполнении прямой кишки имеет, повидимому, место некоторое вращение матки в противоположном направлении и пр. Гораздо более значительное вращение матки около продольной оси бывает иногда при опухолях как самой матки, так и ее придатков. Особенно резкие перекручивания этого органа наблюдаются при субсерозных фибромиомах: как уже было сказано выше, при описании этих новообразо-

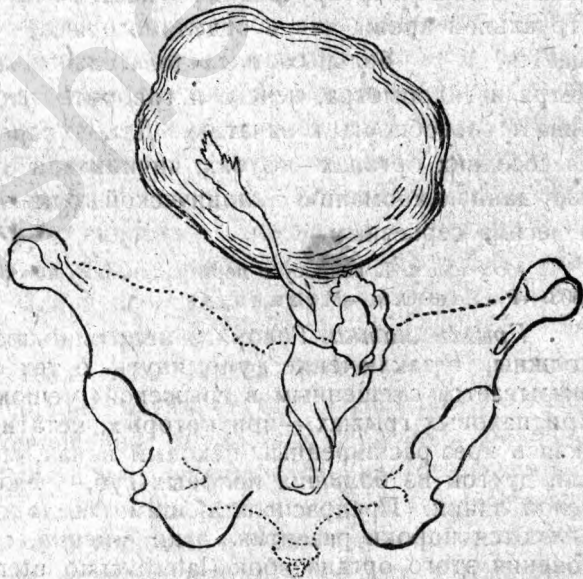


Рис. 148. Осевое перекручивание матки в зависимости от перекручивания ножки яичниковой опухоли (по Küstner'у).

ваний, дело здесь может доходить до полного откручивания маточного тела от шейки. В более редких случаях сильная торзия матки может развиваться на почве перекручивания ножки и вообще смещения яичниковых опухолей (рис. 148).

Мне пришлось однажды наблюдать и оперировать экзквизитный случай комбинированной опухоли яичника (дермоида в сочетании с железистой кистой), значительную свою часть сидевшей межсвязочно, смещение которой повлекло за собою перекручивание матки на 180° и такие нарушения нормальных взаимоотношений между органами малого таза, что мочевой пузырь оказался расположенным сзади матки, а эта последняя—сейчас за симфизом. Интересно, что в этом случае столь значительные изменения не вызвали у больной ровных никаких припадков—ни болей, ни расстройств мочеиспускания.

В большинстве случаев, однако, значительная торзия матки ведет за собою сильные расстройства. Так как в перекручивании обыкновенно принимают участие и широкие связки с заложенными в них маточными сосудами, то в теле перекрученной матки кровообращение резко нарушается, и развиваются венозный застой и отек, а иногда дело доходит и до некроза; одевающий *corpus uteri* периметрий реагирует на эти изменения воспалительным процессом с последовательным образованием сращений,—словом, развивается такая же клиническая картина, какая нами уже была описана при перекручивании ножки яичниковых опухолей. Но этого мало: в виду того, что цервикальный канал в месте перекручивания делается непроходимым,—отток как менструальной крови, так и отделимого желез маточной мукозы прекращается, и у больных последовательно могут возникнуть гематометра и гидрометра; нечего и говорить, что женщина при этом утрачивает способность к зачатию. Далее, перекручивание отражается и на соседних органах—трубах, яичниках, мочевом пузыре. Все это делает данную аномалию с клинической точки зрения заболеванием весьма и весьма серьезным.

Груздев. К вопросу о перекручивании ножки яичниковых опухолей. Вр. Г. 1903.—Рогов. О. с.—Мухина. О. с.

Грыжи матки. Говоря о неправильностях положения матки, мы должны, в заключение, упомянуть о тех случаях, когда этот орган оказывается смещенным в грыжевой мешок. Чаще всего это бывает при паховых грыжах,—при которых, кстати сказать, тело матки, спускаясь чрез расширенный паховый канал, может очутиться внутри той или другой из больших половых губ,—реже при бедренных и грыжах белой линии. Предрасполагающими к такому смещению моментами являются пороки развития матки, именно, ее раздвоения, а также наклонения этого органа вбок (*lateroversio uteri*).

Как и всякий другой орган, находящийся в грыжевом мешке, матка при таких смещениях может подвергнуться ущемлению в грыжевых воротах—особенно, если она увеличится под влиянием, напр., беременности, развития в ней фибромиом и т. п. Тогда развивается обычная для инкарцерации бурная картина, заставляющая врача при-

бегать к немедленному оперативному вмешательству для сохранения не только здоровья, но и самой жизни больной.

Красковский. Двусторонняя паховая грыжа яичников и двурогой матки (ut. bipartitus). Пр. Киев. А. О. III.—Розанов. О грыжах матки Дисс. М. 1895.—Дорф. Сл. нахождения в грыж. мешке фиброматозно перер. матки с растянутыми трубами и мешчатно перер. яичниками. Р. Вр. 1907.

б) Аномалии положения рукава.

Опущение и выпадение рукава. Подобно матке и рукав нередко смещается таким образом, что стенки его начинают занимать более низкое положение, чем нормально, или оставаясь выше половой щели, или выпячиваясь чрез нее. По аналогии с соответственными смещениями матки эти аномалии положения рукава также носят название опущений (*descensus*) и выпадений (*prolapsus*), причем,—смотря по тому, лежит-ли весь рукав, или только часть его, вне половой щели,—среди выпадений этого органа также различают полные (*prolapsus vaginae completus*) и неполные (*prolapsus vaginae incompletus*). Так как, однако, при этих аномалиях меняется взаимное положение слоев рукавной стенки,—мукоза начинает смотреть снаружи, а одевающая рукав с периферии клетчатка—кнутри, то здесь правильнее было-бы говорить о вывороте рукава (*inversio vaginae*).

В громадном большинстве случаев опущения и выпадения рукава имеют место одновременно с аналогичными смещениями матки, что и вполне понятно: с одной стороны матка и рукав, топографически будучи ближайшими соседями, находятся в сходных условиях воздействия на них этиологических моментов, вызывающих пролапс; с другой—оба эти органа находятся в непосредственной анатомической связи, и потому смещение одного из них не может не отражаться на положении другого. Раз это так, то и об этиологии подобных опущений и выпадений, в которых принимают участие и матка, и рукав, нам пришлось-бы, в главных чертах, повторить по отношению к рукаву почти то же, что выше было сказано об этиологии опущений и выпадений матки. Правы, поэтому, те гинекологи, которые рассматривают *descensus* и *prolapsus* рукава и матки совместно, как одно заболевание.

Встречаются, однако, в практике, хотя и гораздо реже, такие случаи, где опущения и выпадения рукава имеют место независимо от соответствующих смещений матки, и где последняя—по крайней мере вначале—лежит совершенно нормально. При этом опущенною (resp. выпавшею) может быть или передняя стенка—*descensus s. prolapsus vaginae anterior*, или задняя—*descensus s. prolapsus vaginae posterior*. Смещение передней стенки обыкновенно бывает соединено с соответствующим смещением части мочевого пузыря—*cystocele* (см. рис. 4); что же касается смещения задней стенки, то оно может быть выражено или в верхней части ее, одетой брюшиной, или в нижней, прилегающей к прямой кишке; в случаях первого рода вместе со стенкой рукава выпячивается также, конечно, и передняя стенка заднего

Douglas'ова кармана, а равно находящиеся в последней петли тонких кишек (*enterocele vaginalis posterior*, по терминологии *Frôrier'a*), в случаях второго рода большею частью выпячивается и передняя стенка *recti*—*rectocele*.

Такие изолированные опущения и выпадения рукава зачастую представляют собою ничто иное, как начальные стадии общего маточно-рукавного проляпса,—стадии, имеющие место тогда, когда вызывающие последний этиологические моменты не успели еще подействовать на матку, но уже успели вызвать смещение рукава (первичные опущения и выпадения рукава). Как уже было упомянуто выше, при разборе этиологии маточного проляпса, одним из главнейших таких моментов является чрезмерная величина *hiatus genitalis* вследствие или стойкого расширения его под влиянием родов, или разрывов тазового дна. Так как рукав находится ближе к *hiatus genitalis*, играющему при этом роль грыжевых ворот, то, естественно, он и смещается в эти ворота первым, тогда как матка некоторое время может еще оставаться на месте.

От подобных случаев изолированного опущения (*resp.* выпадения) рукава, в этиологическом отношении совершенно тождественных со случаями общего маточно-рукавного проляпса, надо отличать другие, где действие вызывающих смещение моментов ограничивается исключительно стенками рукава, совершенно не затрагивая матки. Если напр., рукавные стенки будут вследствие тех или иных причин (недостаточная обратная инволюция после родов, расхождение составляющих эти стенки тканей, рубцы и т. п.) недостаточно резистентны, а давление в соседних полых органах будет повышено (застой мочи в мочевом пузыре, скопления кала в прямой кишке, значительный асцит и объемистые опухоли в брюшной полости), то могут возникнуть изолированные выпячивания влагалищных стенок вместе с названными органами т. е. или *descensus (resp. prolapsus) vaginae anterior* с *cystocele*, или такое же смещение верхней части задней рукавной стенки с *enterocele*, или проляпс нижней ее части с *rectocele*, между тем как матка может оставаться в совершенном нормальном положении.

Впрочем и здесь нормальное положение матки сохраняется лишь в первое время. В дальнейшем, когда смещение нижнего отрезка полового канала, т. е. рукава, постепенно прогрессируя, достигнет значительной степени, оно мало по малу начинает отражаться и на положении верхнего отрезка его, т. е. матки.

В отношении значения для организма и изолированные опущения (*resp.* выпадения) рукава далеко не могут считаться безразличными. Уже одни расстройства мочеиспускания, наблюдающиеся при *cystocele*, и расстройства дефекации, свойственные *rectocele*, заставляют гинеколога серьезно относиться к разбираемой аномалии.

Прокофьева. О сл. выпадения верхней задней стенки влагалища. Вр. 1889.—
Алексеев. Выпадение передней стенки влагалища у 6-летней девочки. Еж. 1900.

в) Аномалии положения маточных придатков.

Так как яичники и Fallopi'евы трубы находятся в тесной анатомической связи с маткой, то естественно, что, при смещениях этого органа, и они смещаются соответствующим образом. Очень часто, однако, маточные придатки изменяют свое положение и независимо от смещений матки.

Хотя яичник и удерживается на своем нормальном месте при помощи целых трех связок,—lig. latum, lig. ovarii proprium и lig. infundibulo-ovaricum,—однако связки эти поддерживают его настолько слабо, что при увеличении его объема и веса, под влиянием ли развивающихся в нем новообразований, или даже под влиянием воспаления, он легко отвисает, иногда спускаясь до самого дна заднего Douglas'ова кармана, где нередко, при воспалении, и фиксируется брюшинными спайками. То же самое следует сказать и относительно труб (рис. 149).

Благодаря своему экстремедиальному положению и большей подвижности, и яичники, и трубы гораздо легче матки смещаются, далее, в грыжевые мешки при паховых и бедренных грыжах.

Указанные неправильности положения маточных придатков не лишены известного практического значения. Если воспаленный яичник будет смещен на дно заднего Douglas'ова кармана, то, у замужних женщин, он легко подвергается механическому раздражению sub coitu, а также во время дефекации, когда значительные количества каловых масс проходят по прямой кишке. Легко травмируются и яичники, находящиеся в грыжевых мешках, не говоря уже о возможности для них подвергнуться ущемлению. К аналогичным растройствам может вести и смещение Fallopi'евых труб.

Говоря о смещениях маточных придатков, мы должны также упомянуть о перекручивании их. Подобное перекручивание нередко наблюдается как при яичниковых опухолях, так и при трубных (сактосальпинксах). Последствия его были указаны в своем месте, именно, при разборе патологии яичниковых опухолей.

Савич. О местонахождении воспаленного яичника. В.-М. Ж. 1862.—Александров. Роль брюшины при заворотах придатков матки. М. Об. 1912.—Розенбергер. Три сл. грыжи ж. пол. органов. Хир. 1913.

Случаи яичниковых грыж: Лидервальд, Тр. О. Р. В 1885—6; Миловидов, Пр. Киев. А. О. 1888; Красковский, там же 1889; Ауэ, Ж. А. 1892; Михайлов, М. Об. 1898; Гренков, Вр. 1900; Алтухов, отч. Вр. 1901.

Случаи трубных грыж: Баратынский, Хир. 1905; Гусев, Хир. 1906; Попов, там же.

Д) Травматические повреждения женских половых органов.

Частота и этиология. Хотя половые органы женщины, особенно важнейшие из них, т. е. матка и яичники, уже благодаря своему положению, казалось-бы, надежно защищены от травматических повреждений, однако последние далеко не составляют редкости. Причина

этого лежит в том, что среди них на первом плане стоят повреждения родового происхождения. Во время родов относительно-объемистое тело плода проходит чрез сравнительно-узкий половой канал; естественно, что стенки последнего при этом сильно травмируются и легко повреждаются. Повреждения эти,—разрывы различных отделов полового канала, их узуры с образованием свищей и разрывы сосудов с образованием гэматом,—были уже нами подробно разобраны в курсе акушерства. Некоторые из этих повреждений,—вроде, напр., разрывов тела матки, верхних частей шейки и верхних отрезков рукава, а также, пожалуй, гэматом,—дают значительные припадки и требуют врачебного вмешательства преимущественно лишь в первое время после своего возникновения, почему и не рассматриваются обыкновенно в курсах гинекологии; но другие,—упомянем, напр., о разрывах наружного зева и промежности, о свищах полового канала и пр.,—серьезно сказываются на здоровье больных и долгое время спустя после родов, их вызвавших, почему с ними и приходится считаться гинекологу.

Травматические повреждения, наблюдающиеся в половой сфере женщины, далеко не исчерпываются, однако, лишь родовой травмой,—существуют и многие другие моменты, ведущие к этого сорта заболеваниям женского полового аппарата. Упомянем из них прежде всего о совокуплении. Уже при нормальных условиях первый *coitus* почти всегда сопровождается травматическими повреждениями половых частей женщины, именно, разрывами девственной плевы, дающими известное кровотечение (в отдельных случаях, как уже упоминалось в I части нашего труда, это кровотечение бывает настолько значительно, что становится опасным и требует для своей остановки врачебного вмешательства). Иногда, впрочем, *coitus* даже с нормальной взрослой женщиной может дать гораздо более серьезные повреждения, каковы: отрывы гимена, разрывы промежности и уретры, сквозные прободения *septi recto-vaginalis* с образованием каловых и мочевых свищей, разрывы рукава (иногда сквозные) в области сводов, отрыв последних от шейки и т. п. Наблюдается это преимущественно при слишком бурном *coitus'e* (чрезмерное половое возбуждение, опьянение) и ненадлежащем направлении силы, применяемой мужчиною во время акта соития (оттого повреждения эти сравнительно часто имеют место у неопытных супругов в первую брачную ночь). Особенно легко, однако, происходят обширные травматические повреждения женской половой сферы при *coitus'e* там, где имеется несоответствие между размерами полового члена у мужчины и рукава у женщины (совокупление с несовершеннолетними и старухами, с женщинами, у которых влагалище отсутствует или значительно недоразвито, и т. п.).

Уже самый характер и обширность указанных повреждений говорят за их опасность. И действительно, наблюдения показывают, что

при них нередко имеют место опасные кровотечения, а иногда дело кончается и смертью—от сепсиса, перитонита и пр.

Верт, разобрав материал Гинекологического отделения Обуховской больницы в Петрограде за 4 года (1910—1914), на 24.686 больных встретил 26 случаев псевреждений рукава *sub coitu* (0,15%), причем в 18 из этих случаев наблюдалось сильное кровотечение, а одна больная погибла от сепсиса. Распопова-Виноградова, в 1907 году, могла найти в литературе сведения о 20 случаях тяжелой травмы женских половых частей при совокуплении, а Розов, 3 года спустя, мог присоединить сюда еще 16 случаев.

В частности, отрыв гимена *sub coitu* был описан, в русской медицинской литературе, Заболотским, разрыв уретры—Есиповым, глубокая рваная рана в области ладьевидной ямки—Скробанским, разрывы промежности—Масалитиновым, Синайским, Лебедевым (полный разрыв) и Бездетновым, разрывы рукава и отрывы сводов—Бартедем, Бирюковым, Гиммельфарбом, Вольфовичем, Львовым, Михновым и мн. др. авторами, обширная гангрена вульвы и промежности *p. coitum*—Михайловым, образование вульво-ректальных свищей—Боряковским, Савиным, Смолычевым, Феноменовым, Гальбрейхом, Писемским и Вольтманом, прямокишечно-влагалищные свищи—Боряковским, Синайским, Лезиным, Распоповой-Виноградовой и Розенбергом (случай образования такого свища наблюдался однажды и мною в Казанской клинике), а пузырно-рукавные—Масалитиновым и Шефтелем.

Кроме того, после совокупления, произведенного в конце беременности и во время регул, Шостак и Штерн наблюдали образование заматочных кровяных опухолей (*haematocoele retrouterina*), а мне пришлось на этой же почве видеть развитие об'емистой гэматомы вульвы.

Травматические повреждения женских половых частей могут быть иногда и результатом врачебного вмешательства, а именно, неосторожного исследования и особенно операций. На почве первого могут возникать преимущественно разрывы беременных труб и кистовидных опухолей маточных придатков (сактосальпинксов, кист и кистом яичника и пр.)—при слишком энергичной пальпации, а также прободения матки—при неосторожном зондировании и пробном выскабливании, и повреждения эти, как уже отмечалось в своем месте, нередко являются источниками смертельной опасности для больных,—при разрыве беременной трубы женщина может погибнуть от внутреннего кровотечения, при лопании кист с инфицированным содержимым—от перитонита, перфорация матки может также повести к сильному кровотечению и инфекции брюшины. Что касается операций, то, собственно говоря, всякое гинекологическое оперативное вмешательство сопровождается травматическим повреждением тканей и органов женского полового аппарата, но это повреждение в большинстве случаев бывает умышленным и предпринимается в интересах больной. Нередко, однако, гинекологические операции, даже будучи производимы *lege artis*, соп-

повреждаются такими повреждениями женской половой сферы и соседних с нею органов, которые являются совершенно нежелательными для оперирующего. Укажу, в качестве примера, на повреждения стенок мочевого пузыря и мочеточников, с последующим образованием пузырно-влагалищных и мочеточниково-влагалищных свищей, при расширенной экстирпации матки по поводу рака. Подобные повреждения будут нами разобраны ниже, при описании отдельных гинекологических операций.

К упомянутой сейчас категории травматических повреждений женских половых частей близко примыкает другая, где повреждения являются результатом, если так можно выразиться, преступных операций, выполняемых обыкновенно лицами неврачебного звания, иногда с согласия самих больных, а иногда и без него, из побуждений религиозного фанатизма, ревности, желания прервать имеющуюся беременность и пр.

Повреждения этого рода подробно разбираются обыкновенно в курсах судебной медицины, почему и ограничусь здесь лишь кратким упоминанием о некоторых из них.

У нас в России, напр., еще не так давно была довольно распространена секта скопцов, адепты которой уродовали женщин, удаляя у них клитор, половые губы, груди и пр. В судебно-медицинском отношении секта эта была изучена у нас главным образом Пеликаном. Кроме этого автора, ценные указания на скопческие операции можно найти в работах Лапина, Славянского, Зедергольма, Шепилевского и др. Мне самому однажды пришлось исследовать взрослую женщину, у которой, несомненно, еще в детском возрасте было произведено удаление клитора и половых губ с целью оскотления.

Интересный случай повреждения наружных половых частей женщины из побуждений ревности был описан Генрихсеном. В этом случае муж, чтобы гарантировать себя от измены со стороны жены, сделал у ней отверстия в половых губах и продел в них специально устроенный золотой замок,—мера, к которой прибегали иногда ревнивые мужья еще в средние века.

О повреждениях, наблюдающихся при попытках прервать беременность, было уже сказано в курсе акушерства.

Сравнительно-нередким источником травматических повреждений полового аппарата у женщин являются, далее, т. наз. „инородные тела“, встречающиеся чаще всего в рукаве, реже—в матке, мочевом пузыре, соседних с половой сферой отделах брюшной полости и пр. В большинстве случаев тела эти вводятся туда—как самими больными, так и посторонними лицами—умышленно, с известною целью, и затем или остаются здесь, будучи просто забыты, или оставляются по неумению извлечь их обратно, или сознательно оставляются в определенных видах; реже они попадают в рукав и др. органы совершенно случайно. Цели, с которыми они вводятся, являются разнообразными: иногда их вводят для оперативных целей, иногда—для ортопедических (обык-

новенно—для того, чтобы удержать выпадающую матку), иногда—для вызывания выкидыша, иногда—с целями мастурбации, иногда—для усиления полового чувства у женщины при нормальном coitus'e и т. д. Чрезвычайно разнообразными являются и сами эти тела: среди них мы встречаем различные инструменты, пессарии (нередко—самодельные), гистерофоры, бужи, головные шпильки, вязальные спицы, пробки, клубки ниток, деревянные шары, винные стаканы, помадные банки, катушки, головки от подсвечников, коровьи рога и пр., и пр.

Оставаясь в половом канале, мочевом пузыре или брюшной полости иногда целыми годами, даже десятками лет, инородные тела могут в конце концов оказывать сильное раздражающее влияние на стенки влагалища, пузыря и пр., могут затем внедряться в толщу этих стенок и, наконец, перфорировать их, причем на этой почве могут возникать свищи—влагалищно-пузырные, влагалищно-прямокишечные и пр.

Среди инородных тел брюшной полости, с которыми приходится иметь дело гинекологу, большинство составляют инструменты, марлевые компрессы и т. п. предметы, вводимые сюда при брюшностеночных чревосечениях и затем забываемые здесь. В гинекологической практике подобные случаи далеко не составляют редкости. Neugebauer в 1900 г. собрал из литературы сведения о 108 случаях такого рода и уже в 1904 году мог присоединить к ним еще 87. Почти в половине всех этих случаев забытыми в брюшной полости оказались компрессы и вообще куски марли, в 30%—губки, а в 15%—артериальные пинцеты. Можно впрочем среди собранных Neugebauer'ом случаев найти и такие, где дело шло об оставлении в брюшной полости более объемистых инструментов; так, в одном случае забытым оказался зажим Richelot, в другом—зажим с комком марли, в третьем—ножницы.

Мне самому пришлось однажды удалить через влагалище зажим Terrier, в 22 сант. длиною (рис. 150), забытый в брюшной полости после овариотомии, произведенной весьма опытным гинекологом. Интересно, что в этом случае столь громоздкий инструмент в течении 7 лет оставался в полости брюшины, не вызвав опасных для жизни повреждений внутренних органов и первое время (около года) даже не причиняя своей носителнице никаких расстройств. Впоследствии, однако, у нее появились боли в животе, на 7-м году сосредоточившиеся в одной определенной точке брюшной стенки. За 3 месяца до произведенной мною операции в этом месте показалась верхушка какого-то остроконечного предмета (рис. 151), что и заставило пациентку, 57-летнюю, истощенную старуху искать помощи у меня. Исследовав ее, я убедился, что в животе у больной находится, в зажатом виде, длинный инструмент, верхушка которого, перфорировав брюшную стенку, выступила сант. на 2 над ее поверхностью, рукоятка же прощупывается в заднем влагалищном своде. Извлечение этого инструмента, путем задней кольпотомии, удалась мне сравнительно-легко, и через 2 недели после того пациентка была вполне здорова.

Гораздо реже инородные тела брюшной полости попадают сюда чрез половой канал. Большею частью это бывают остроконечные орудия, вводимые в матку для прокола плодного яйца, которые попадают

в полость брюшины после перфорации маточной стенки. Два случая подобного рода были описаны в русской медицинской литературе Кастанаевым. Шабельский впрочем наблюдал случай, где таким же путем, через маточную стенку, попал в брюшину кусок ваты.

Инородные тела, встречаемые в мочевом пузыре, обыкновенно вводятся туда женщинами через уретру, при мастурбации. Выше уже был описан случай, где мне пришлось удалить из пузыря введенную туда подобным образом головную шпильку (см. рис. 64). Сравнительно редко встречаются в практике такие случаи, как, напр., описанный Тышко, где в мочевой пузырь попал самодельный пессарий, сделанный из обмотанного мочалой прута.

Среди инородных тел, находимых во влагалище, напротив, предметы, вводимые сюда в качестве пессариев, для удержания выпадающей матки, составляют, повидимому, большинство, причем для указанной цели страдающие выпадением больные пользуются самыми разнообразными вещами: кольцами из прутьев (сл. Хейфеца, где такое кольцо, у 97-летней старухи, пролежало 20 лет), липовой коры (сл. Кацнельсона), проволоки, обмотанной берестой (сл. Жижиленко), воску (сл. Штейна) и т. п., деревянными шарами (сл. Орлова, где такой шар пролежал в рукаве 30 лет, Феноменова, где шар оставался во влагалище тоже около 30 лет, Собстианского и др.), клубками ниток (сл. Какушкина), свертками тряпок (сл. Тарасенкова), стеклянными пробками от графинов (сл. Липинского) и т. п.

Нередко впрочем из рукава приходится удалять и предметы, введенные туда при мастурбации, причем и эти предметы отличаются крайним разнообразием: Келер, напр., извлек из влагалища у одной женщины стаканчик и яичную скорлупу; Алексеев описал 2 случая, из которых в одном в рукав была введена металлическая банка от помиды, в другом—водочный стаканчик (в последнем случае имел место разрыв рукава); Попов нашел во влагалище головку от медного подсвечника с огарком свечи, Фавр—пробку, Васильевский (у 15-летней девушки)—винный стакан, Евтуховский и Генрихсен—головные шпильки и пр.

Иногда во влагалище у женщин остаются т. наз. „дамские шпоры“,—особые кольца, надеваемые мужчиною на половой член пред совокуплением, для усиления полового возбуждения у женщины. Такие именно случаи описаны в литературе Заболотским и Фавром, причем в случае Заболотского пребывание „дамских шпор“ повело к образованию кишечно-влагалищного свища:

Извращенное половое чувство иногда побуждает мужчин, особенно находящихся в состоянии опьянения, вводить в рукав женщины и другие,—казалось-бы, самые неподходящие,—предметы. Так, напр., было в одном случае, приводимом Гинзбургом, где муж насильно ввел во влагалище жене верхнюю часть полуштофа, вызвав тяжелые повреждения влагалищной стенки. А иногда женщины, страдающие истерией, сами вводят их себе—для того, напр., чтобы привлечь к себе внимание врача. Эберман сообщает об одном подобном случае, где 16-летняя девушка обратилась к нему, показав 13 небольших камней, вышедших у нее яко-бы с мочей; осматривая пациентку, автор нашел у ней в рукаве еще 10 таких же камней (шоссейной щебенки), несомненно, засунутых туда умышленно.

Обнаруживаемые в матке инородные тела большею частью вводятся туда, как уже говорилось выше, с целью вызвать выкидыш. Это, обыкновенно,—шпильки (сл. Гершуна и Кастанаева), ламинарии (сл. Тигера), эластические бужи (сл. Кастанаева) и т. п. Реже в полости матки оказываются инородные тела, введенные туда с иными целями, вроде, напр., обломков от наконечников шприца Вгаупа (сл. Гершуна), губок (сл. Бове) и т. п.

В отдельных случаях в половом канале у женщины встречаются и такие инородные тела, относительно которых трудно сказать, откуда они взялись, и как туда попали. Таков, напр., случай Паргамина, который обнаружил у одной женщины в матке комок спутанных волос,— „волосную опухоль“, как выражается этот автор.

К настоящим инородным телам, встречающимся в рукаве и матке, близко стоят т. наз. рукавные и маточные камни. Что касается первых, то, по мнению Горвица, они представляют собою „ничто иное, как отложение известковых солей вокруг инородных тел самого различного свойства: пуговики, игольника и пр.“ В качестве примера такого образования рукавных камней этот автор приводит случай Вигпателли, где камень, около 2 унций весом, образовался вследствие инкрустаций, отложившихся вокруг куриной косточки, которую больная сама завела себе в рукав. Впрочем Горвиц признает возможность образования в рукаве и настоящих мочевых камней, ставя их происхождение в неперенную связь с пузырно-влагалищными свищами. Последнее, однако, вряд-ли вполне правильно. Мне пришлось однажды удалить из рукава довольно объемистый камень, состоявший из мочекислых отложений, причем, однако, у больной не было никакого мочевого свища. Кауфман наблюдал подобный же случай, где камень из мочекислых солей образовался в рукаве вследствие затекания туда мочи в связи с сращением малых губ. Иногда могут, наконец, повидимому, в качестве рукавных камней фигурировать т. наз. флеболиты, 9 штук которых, от горошины до конопляного зерна величиною, Борткевич нашел у одной женщины в стенке влагалища.

Флеболитического происхождения бывают обыкновенно; по Кушталову, и маточные камни. По этому автору у женщин старше 70 лет флеболиты довольно часто встречаются в матке, образуясь на почве варикозного расширения и тромбоза вен с последующим омертвением тромбов. В дальнейшем омертвевшие варикозные узлы могут легко отшнуровываться и лежать свободно в маточной полости, будучи окружены слоистой капсулой и достигая величины крымского яблока. Рачинский, наблюдавший 3 случая маточных камней, причем в одном из них вся полость матки была наполнена камнями от горошины до грецкого ореха величиною, приписывает этим образованиям, однако, иное происхождение: он видит в них подвергшиеся петрификации и отторгнувшиеся от матки субмукозные миомы. Для меня лично объяснение Кушталова кажется более правдоподобным, хотя для отдельных случаев нельзя отрицать возможности образования маточных камней и из омертвевших миом.

Помимо перечисленных выше видов травматических повреждений женского полового аппарата последний может подвергаться и другим травмам. Так, здесь могут иметь место колотые, резаные и огнестрельные раны, могут наблюдаться значительные повреждения вслед-

ствие падения женщин вульварною областью на кольца, рукоятки сельскохозяйственных орудий вроде грабель, лопат и др., могут, наконец, происходить разрывы вследствие сильных толчков, ударов и т. п.

Из опубликованной в русской медицинской литературе казуистики таких повреждений упомянем о случае Гинзбурга, где повреждение рукава произошло вследствие падения больной на ручку лопаты, — о случае Шидловского, где женщина, упав промежностью на кол, получила рваную рану промежности, рукава и прямой кишки, и о 2 случаях, описанных Олениным, из которых в одном ранение половых частей было произведено рукояткою грабель, в другом — рогом коровы. Особенно заслуживает, однако, внимания случай Паренаго, где женщина, соскочивши с воза в то время, когда мочевой пузырь у ней был переполнен, получила разрыв *septi vesico-vaginalis* с образованием пузырно-рукавного свища. Мне пришлось недавно наблюдать и оперировать один случай, где у молодой девушки вследствие падения на кол получилось полное разрушение уретры.

Пеликан. Суд.-мед. исследования скопчества. Спб. 1875.—Лапин. К вопросу о травм. повреждениях нар. пол. органов женщины у сектантов. Вр. В. 1881.—Зедергольм. От наз. осклопении женщин. Пр. О. Вр. Под. Г. 1881-2.—Львов. О повреждениях ж. пол. органов при пол. сношении. Ж. А. 1894.—Михнов. К вопросу о повреждениях влагалища (*sub coitu*). Вр. 1896.—Рачинский. Мат. камни. Ж. А. 1901.—Валин. К вопросу о разрыве влаг. стенок во вр. половых сношений. Р. Вр. 1905.—Кауфман. Редк. сл. образования камня во влагалище и пр. Ж. А. 1905.—Тихов. Об инород. телах во влагалище. Хир. 1906.—Груздев. К вопросу об инородных телах в брюшной полости и об отношении к ним брюшины. Р. Вр. 1906.—Распопова-Виноградова. К вопросу о повр. ж. пол. органов во вр. пол. сношений. Р. Вр. 1907.—Борткевич. Флеболиты в стенке влагалища. Р. Вр. 1911.—Бондарев. К вопросу об этиологии повреждений влагалища *sub coitu*. Ж. А. 1912.—Кастанаев. К вопросу об инород. телах в матке. Вр. Г. 1913.—Кушталов. Флеболиты матки. Ж. А. 1915.

Казуистика повреждений ж. пол. органов *sub coitu*: Боряковский, Пр. Киев. А. О. 1882-6; Бирюков. Пр. О. Дон. В. 1885; Масалитинов, Вр. 1885; Бартель, Вр. 1885; Есипов, М. Об. 1886; Боряковский, Вр. 1886; Савин, Пр. Киев. А. О. 1887; Боряковский, Пр. Киев. А. О. 1889; Синайский, Р. Мед. 1889; Смоличев, Р. Мед. 1890; Гиммельфарб, Ж. А. 1890; Лебедев, СПб. Мед. О. 1892; Амчиславский, Вр. 1892; Вольфович, Мед. 1892; Заболотский, Ж. А. 1893; Михайлов, Пр. Киев. А. О. VIII; Гогоцкий, там же; Феноменов, Ж. А. 1894; Сицинский, Ж. А. 1896; Гальбрейх, Вр. З. 1897; Богатырев, Еж. 1897; Бездетнов, Вр. 1898; Гопенгендлер, Ж. А. 1898; Скробанский, Вр. 1899; Штерн, Еж. 1899; Кушев, там же; Писемский, отч. Ж. А. 1900; Жевахов, там же; Модлинский, Вр. 1900; Бонштедт, Сб. Леб.; Шостак, Вр. 1901; Решетников, Вр. Г. 1903; Вольтман, Пр. В. 1904; Риввин, Вр. Г. 1904; Шефтель, М. Об. 1904; Лезин, Р. Вр. 1904; Михин, Р. Вр. 1905; Белинький, Вр. Г. 1905; Розов, Ж. А. 1910; Розенберг, Ж. А. 1914; Верт, Ж. А. 1914; Дремлюг, Вр. Г. 1914.

Казуистика инородных тел в женском половом канале: Тарасенков, М. Вр. Ж. 1858; Жижиленко, Др. З. 1859; Келер, Совр. М. 1863; Бове, М. Об. 1876; Алексеев, М. В. 1882; Паргамин, Вр. 1884; Жбанков, Вр. 1885; Савин, Пр. Киев. А. О. I, III; Никольский, Р. Мед. 1887; Какушкин, Пр. Тамб. М. О. 1887; Ростшинский, там же; Заболотский, Ж. А. 1888; Попов, Ж. А. 1889; Першин, Дн. О. Вр. при Каз. Ун. 1890; Лилинский, Пр. О. Гр. Мог. Г. 1890-91; Тышко, Ж. А. 1891; Попов, Совр. Кл. 1895; Фавр, Тр. Харьк. М. О. 1895; Заболотский,

отч. Вр. 1895; Валк, Ж. А. 1896; Василевский, Вр. З. 1896; Евтуховский Вр. 1896; Генрихсен, Ж. А. 1898; Собестианский, Пр. Кавк. М. О. 1898; Штейн, М. Об. 1898; Орлов, Вр. 1898; Завадский, Пр. Вил. М. О. 1898; Шейнис, Вр. 1899; Герман, В. Об. Гиг. 1900; Феноменов, Пр. Спб. А. О. 1901; Канцельсон, там же; Хейфец, Вр. Г. 1904; Орлов, Р. Вр. 1904; Мансуров, Пр. В. 1905; Шабельский, Ж. А. 1909; Тигер, Пр. Вид. М. О. 1910; Гершун, Ж. А. 1912; Яровой, Вр. Г. 1914.

Казуистика повреждений женских половых частей, не зависящих от coitus'a и родов: Гинзбург, М. Об. 1874; Славянский, Пр. О. Р. Вр. 1881—82; Шепилевский, Вр. 1882; Шидловский, Хир. В. 1888; Оленин, Пр. Тамб. М. О. 1888; Лидервальд, Пр. Шир. О. 1888; Паренаго, Вр. Г. 1914.

Обозрев этиологию травматических повреждений женского полового аппарата, остановимся на некоторых последствиях этих повреждений — тех именно последствиях, с которыми чаще всего приходится иметь дело врачу-гинекологу; сюда относятся: разрывы наружного зева, разрывы промежности, свищи, гематомы, haematocoele и рубцовые изменения половых частей.

Разрывы наружного зева. Разрывы эти обыкновенно возникают во время родов, именно, во время прохождения головки плода, в периоде изгнания, через раскрытый наружный зев. Собственно говоря, подобные разрывы бывают у каждой первородящей. Как известно, форма наружного зева у женщин не рожавших всегда отличается от формы его у женщин, хотя-бы раз рожавших: между тем, как у первых os uteri externum имеет вид круглого или слегка овального отверстия, у вторых он представляется в виде поперечной щели; подобная форма наружного зева у рожавших женщин именно и объясняется теми надрывами, которым он подвергается при первых же родах.

От подобных,—если так можно выразиться, физиологических,—надрывов наружного маточного зева надо отличать патологические разрывы, отличающиеся своей величиной и нередко доходящие до самого свода. Разрывы эти нередко бывают односторонними, причем располагаются с той стороны (чаще левой), куда, при изгнании головки плода, бывает обращен затылок последнего; иногда впрочем они бывают и двусторонними; чаще, затем, они располагаются в поперечном направлении, но иногда идут и сагиттально. В отдельных случаях влагалищная часть бывает обезображена тремя и более разрывами, идущими от наружного зева радиально.

Подобно физиологическим надрывам и патологические, т. е. значительные, разрывы возникают иногда уже при самопроизвольных родах, особенно же—при родах, оканчиваемых оперативно, извлечением плода; особенно значительные разрывы получаются в тех случаях, где извлечение плода—за ножку-ли, или щипцами, или краниокластом и пр.—производится при недостаточно раскрытом зеве. Гораздо реже значительные разрывы наружного зева возникают независимо от родов, напр., при извлечении через недостаточно раскрытый зев об'емистых субмукозных фиброидов.

Каким-бы путем ни происходили разрывы зева,—они, раз образовавшись, не обнаруживают склонности заживать, так как имеющиеся в шейке циркулярные мышцы, сокращаясь, обуславливают отхождение поверхностей разрыва друг от друга, результатом чего бывает стойкое зияние как самих разрывов, так и наружного зева (рис. 152). Зияние это в свою очередь не остается без существенного влияния на здоровье женщины и, в частности, на состояние ее матки. Как известно, при нормальном состоянии цервикального канала просвет его бывает выполнен тягучею слизью, отделяемою цервикальными железами, которая образует здесь пробку, закупоривающую канал. Пробке этой приписывают важную роль в деле защиты маточной полости от патогенных микробов, имеющихся в рукаве,—благодаря ей, названные микробы не могут попасть в савити uteri, и внутренность матки остается стерильною. Раз наружный зев зияет, слизистая пробка не может держаться в цервикальном канале, и последний является проходимым для микробов, которые пробираются чрез него в полость матки и вызывают хронический эндометрит.

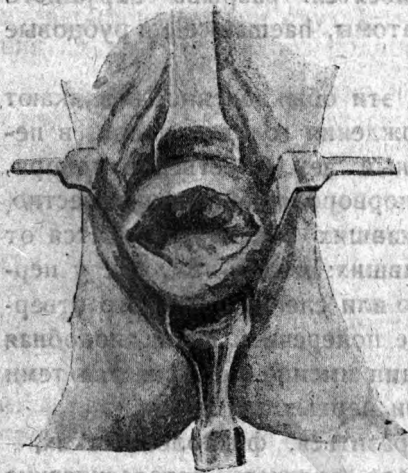


Рис. 152. Значительный разрыв наружного маточного зева с образованием эктропиона слизистой оболочки цервикального канала.

Но этого мало,—обезображенная разрывами и сопутствующими им рубцами влагалищная часть обычно представляет резкие расстройства кровообращения в форме венозного стаза, благодаря которому в ней развиваются отек, гипертрофия и пр. (несовершенно правильно, с строго-научной точки зрения, старые гинекологи говорили в этих случаях о цервикальном метрите), а главное — шеечная мукоза выпячивается чрез разорванный зев, образуя т. наз. ectropion. Эктропированная слизистая, защищенная лишь нежным цилиндрическим эпителием, легко подвергается, у замужних женщин, механическому раздражению *sub coitu*, а также является постоянным объектом воздействия со стороны микробов, находящихся в рукаве, почему всегда оказывается воспаленною.

Именно этим-то, по всей вероятности, и объясняется, почему она так часто делается исходным пунктом развития рака, и правы, быть может, те авторы (B o s s i), которые считают оперативное устранение разрывов *p. vaginalis* и эктропионов цервикальной мукозы наиболее действительным средством против развития рака шейки.

К таким же последствиям, как разрывы наружного зева, могут вести и незащитые, или зашитые, но не сросшиеся, разрезы *orificii externi* после операции *hysterostomati*'и.

Агафонов. Разрывы шейки матки. Дисс. СПб. 1883.—Гиммельфарб. Пат. значение и опер. лечение разрывов мат. шейки. Дисс. Од. 1887.

Разрывы промежности. Как и все другие травматические повреждения женской половой сферы, разрывы промежности в громадном большинстве случаев возникают во время родов, причем в курсе акушерства нами уже были разобраны условия, благоприятствующие их происхождению. Гораздо реже в этиологии их играют роль coitus, несчастные случайности вроде падения женщины промежностью на какой-либо острый предмет и пр.

Раз возникши, разрывы промежности, подобно разрывам наружного маточного зева, остаются стационарно-зияющими, так как поперечные мышцы промежности (*mm. transversi perinei superficiales et profundi*), сокращаясь, растягивают разорванные поверхности и не позволяют им сблизиться и сростись. В таком виде промежностные разрывы и заживают *per secundam intentionem*.

Значение разрывов промежности зависит от степени их. Обыкновенно различают три степени этих разрывов: первая—когда разорванною является лишь задняя спайка с прилежащими покровами промежности, ладьевидной ямки и отчасти рукава, мышечная же основа тазового дна остается неповрежденной, вторая—где разрыв захватывает и промежностные мышцы, третья—когда разорванною оказывается вся промежность вместе со сфинктером заднего прохода; разрывы первых двух степеней носят название неполных (*runtura perinei incompleta*), разрывы третьей степени—полных (*ruptura perinei completa*).

Уже неполные разрывы первой степени, как я убедился путем личных наблюдений, могут вызывать известные расстройства, напр., зуд, боли в области разрыва и т. п. Гораздо значительнее и постояннее бывают эти расстройства при неполных разрывах второй степени: кроме отмеченных сейчас расстройств, больные нередко жалуются при этих разрывах на тягостное ощущение выпадения, и действительно, чрезмерное расширение *hiatus genitalis*, имеющее место при повреждениях мышечно-фасциальной основы тазового дна, создает почву для развития опущений и выпадений рукава и матки, которые в свою очередь вызывают целый ряд припадков; наблюдающееся при этих разрывах зияние половой щели обуславливает, далее, более легкую возможность для микробов попадать извне в половой канал, и на этой почве возникают упорные катарры рукава и матки с присущими им белями, которые, постоянно орошая рубец после разрыва, вызывают его раздражение; в отдельных случаях на этой же почве развивается т. наз. *garrulitas vulvae*, явление, о котором уже было сказано при разборе симптоматологии женских болезней. Но все эти расстройства отступают на задний план пред теми, какие обычно наблюдаются при полных разрывах промежности,—мы разумеем недержание газов и кала, которые делают существование больных в буквальном смысле нестерпимым.

Надо, впрочем, оговориться, что перечисленные растройства далеко не являются неизменными спутниками разрывов промежности. Часто приходится встречать женщин с разрывами не только первой, но и второй степени, не жалующихся решительно ни на что. Более того—даже и при полных разрывах промежности женщины иногда сохраняют способность удерживать и газы, и испражнения. Нередко, однако, это продолжается лишь до тех пор, пока женщина еще молода, в старости же, когда ткани утратят свою упругость, разрыв начинает давать о себе знать и заставляет женщину искать врачебной помощи.

Кроме обыкновенных разрывов промежности, изредка встречаются в гинекологической практике т. наз. центральные разрывы ее, при которых и задняя спайка, и sphincter ani оказываются целыми, в середине же промежности находится отверстие, ведущее в рукав. Клиническое значение этих разрывов сравнительно невелико: во-первых, и встречаются они, как уже было сказано сейчас, по сравнению с обыкновенными разрывами очень редко, а во вторых, и растройства при них обыкновенно незначительны.

Свищи полового канала. Родовая травма является наиболее частою причиною и свищей полового канала, т. е. отверстий, соединяющих просвет последнего с просветами соседних каналов, мочевого и кишечного. Главную роль в происхождении таких родовых свищей играет несоответствие между величиною подлежащей части плода и размерами таза: при подобном несоответствии подлежащая часть—большою частию головка—долго стоит над входом в таз, не имея возможности вколотиться в него под действием изгоняющих сил, и производит длительное прижатие мягких частей как родового, так и соседних с ним каналов к стенкам таза; в прижатых частях развивается сначала ишемия, потом омертвление, и в послеродовом периоде они отпадают, причем получается свищ. Причина несоответствия может лежать или в плоде (чрезмерная величина его головки, поперечное положение), или в организме матери (узкий таз), но последнее имеет место гораздо чаще первого; особенно предрасполагает к образованию родовых свищей плоский таз. Акушерские операции в происхождении родовых свищей далеко не играют такой роли, как это можно было бы думать с первого взгляда. Правда, анамнез фистулезных больных указывает, что в большом проценте случаев свищи возникают после родов, оконченных операциями, но здесь в происхождении их виноваты не эти последние сами по себе, а запоздалое их применение: наблюдения показывают, что сильное, но кратковременное сдавливание, имеющее место при оперативном извлечении плода, переносится мягкими тканями гораздо лучше, чем менее сильное, но длительное придавливание, которому мягкие части подвергаются со стороны изгоняющих сил. Лишь в очень редких случаях акушерские операции сами по себе обуславливают образование свищей; но в этих случаях дело идет уже о травме, непосредственно наносимой употребляемыми при операциях инструментами мягким частям (шипцы, напр., соскользнув, могут разор-

звать последние, неосторожно введенный перфоратор—пробуривать их
и т. п.

Чаще, повидимому, являются причинами возникновения свищей
полового канала гинекологические операции, при современном широ-
ком применении их, причем опять-таки и здесь свищи лишь очень
редко бывают результатами непосредственного повреждения стенок
полового и соседних каналов колющими и режущими инструментами,
служащими для операции. В большем проценте случаев образование
свищей в зависимости от гинекологических операций происходит иным
путем, а именно, мягкие ткани ставятся оперативными воздействиями
в такие условия, что питание их нарушается, они омертвевают, и таким
образом получается свищ. Так, при расширенной абдоминальной экстир-
пации матки по поводу рака шейки приходится зачастую на значи-
тельном протяжении отсепаровывать пузырную стенку, сильно притом
травматизируя ее, отчего стенка эта потом омертвевает, и получается
пузырная фистула. При той же операции мочеточники изолируются от
окружающих тканей, почему питание их стенок нарушается, они некро-
тизируются, и в результате опять-таки получаются свищи. Такого же
происхождения бывают обычно и кишечные свищи, образующиеся
после операций, особенно сопряженных с применением дренажа. От-
того-то послеоперационные свищи и возникают в большинстве случаев
не тотчас после операционного вмешательства,—как и родовые свищи
не тотчас после родов,—а несколько дней спустя.

Как уже было указано выше, и другие травмы, помимо родовой
и операционной, могут иметь своим последствием образование свищей
полового канала: травмы *sub coitu*, травмы при попытках прервать
беременность, травмы от внедрения инородных тел, травмы благодаря
несчастным случайностям и пр.

Особняком от свищей травматического происхождения стоят, по
своему генезу, свищи женского полового канала, возникающие на
почве разрушения его стенок злокачественными новообразованиями
(„свищи неопластического происхождения“). Обыкновенно их причи-
ною является рак шейки, который в своих дальнейших стадиях пере-
ходит на стенку мочевого пузыря—с одной стороны и на стенку пря-
мой кишки—с другой, причем, распадаясь, ведет к образованию моче-
вых и кишечных фистул. Могут впрочем последние образоваться и при
других злокачественных новообразованиях полового канала, мочевого
пузыря и кишек.

В русской медицинской литературе я встретил и один случай, где
причиной образования фистулы послужила доброкачественная опухоль,
именно, фибромиома матки (случай этот описан Эберманом). Свищ
здесь возник вследствие сдавливания, которому подверглась стенка
мочевого пузыря со стороны фиброматозного узла.

К неопластическим свищам близко стоят, по своей этиологии,
свищи воспалительного происхождения, возникающие на почве тубер-

кулезных (и люпозных) изъязвлений, одновременного вскрытия в половой и соседние каналы гнойников, гуммозных узлов и т. п.

Каково-бы ни было происхождение свищей полового канала, среди них резко различаются свищи, сообщающие этот последний с мочевым каналом, и свищи, сообщающие его с просветом кишек. Среди мочевых свищей, далее, можно различать (рис. 153) свищи нижнего отдела мочевого канала, т. е. уретральные, — среднего отдела, т. е. пузырные, и верхнего отдела, т. е. мочеточниковые, а среди кишечных — толстокишечные (преимущественно ректальные) и тонкокишечные. И среди мочевых, и среди кишечных свищей полового канала следует, затем, различать маточные (большею частью цервикальные) и влагалищные, а также, пожалуй, вестибулярные. Наконец, у некоторых больных мы находим сочетанные свищи, напр., уретро-пузырно-влагалищные, пузырно-влагалищно-цервикальные и пр., а у других сложные, т. е. множественные



Рис. 153. Схема свищей женского полового канала (по Ауварг'у и Даву, с некоторыми дополнениями). I—прямокишечно-маточный свищ, II и III—прямокишечно-влагалищные свищи, IV—пузырно-маточный свищ, V—пузырно-влагалищный свищ, VI—пузырно-уретрально-влагалищный свищ, VII и VIII—уретрально-влагалищные свищи.

свищи различного рода, напр., у одной и той же больной пузырно-влагалищный и прямокишечно-влагалищный и т. п.

Как часто встречаются в практике эти разновидности свищей женского полового канала, — о том можно судить по следующим данным Малиновского, разработавшего фистулезный материал Казанской клиники за время с 1909/1 по 1914/5 уч. гг. За эти 15 лет в амбулаторию клиники явилось 448 (2,1% общего числа) больных с фистулами полового канала, в том числе 301 (67,2%) с пузырно-влагалищными свищами, 50 (11,2%) — с уретро-пузырно-влагалищными (включая сюда и случаи отрывов уретры, а также кольцевидного омертвления ее), 17 (3,8%) — с уретро-влагалищными (включая сюда случаи эписпадии и разрывов уретры), 17 же — с мочеточниково-влагалищными, 15 (3,4%) — с прямокишечно-влагалищными, 14 — с пузырно-влагалищными и прямокишечно-влагалищными одновременно, 12 — с пузырно-маточными, 7 — с уретро-пузырно-влагалищными и прямкишечно-влагалищными одновременно, 6 — с пузырно-влагалищно-маточными, 4 — с мочеточниково-пузырно-влагалищными, 2 — с тонкокишечно-влагалищными и по 1 — с мочеточниково-маточным, уретро-пузырно-влагалищно-маточным и пузырно-мочеточниково-влагалищным совместно с прямокишечно-влагалищным свищами.

Клиническое значение свищей женского полового канала слишком хорошо понятно для всякого, чтобы на нем нужно было подробно

останавливаться. Уже тот факт, что ни одна категория гинекологических больных так охотно не соглашается на всевозможные, не исключая и самых рискованных, операции, лишь-бы избавиться от своей болезни, достаточно красноречиво свидетельствует о невыносимом положении несчастных фистулезных больных. Тяжесть этого положения усугубляется тем, что фистулы в большинстве случаев составляют удел молодых женщин, перед которыми еще вся жизнь впереди.

В частности, при мочевых свищах чрезвычайно тягостным является сопровождающее их недержание мочи. Постоянно выделяясь непроизвольно, последняя раз'едаёт кожу наружных половых частей, промежности и внутренней поверхности бедер, и кожные покровы этих областей краснеют, воспаляются, покрываются экзематозными ссадинами и струпьями, становясь при этом чрезвычайно чувствительными. Стенки влагалища представляют обычно резкие признаки вагинита,—слизистая рукава выглядит покрасневшею, припухшею, покрытую ссадинами и отложениями мочекислых солей. В пузыре,—по крайней мере при пузырных свищах,—почти как правило, наблюдается сильный цистит. Нередко,—как при пузырных, так и особенно при мочеточниковых фистулах,—воспалительный процесс распространяется и на верхние отделы мочевого аппарата, именно, на мочеточники, почечные лоханки и паренхиму самих почек. Нечего и говорить, что непроизвольно выделяющаяся моча постоянно смачивает белье и вообще одежду больных, причем, разлагаясь, издает резкий аммиачный запах, который делает фистулезных больных крайне неприятными для окружающих.

Приведенная общая картина в отдельных случаях несколько варьирует в зависимости от величины фистул и особенно от их местоположения. При уретральных свищах, если особенно они локализируются не в задней части мочеиспускательного протока, где расположен сфинктер уретры, задержание мочи и произвольное мочеиспускание у больных часто сохраняются, и они не в состоянии бывают только переносить переполнения пузыря; при мочеиспускании моча у них иногда выходит двумя струями—через свищ и через наружное отверстие уретры; всего тяжелее для подобных больных бывает то, что моча у них, выделяясь, попадает в рукав, откуда затем и может вытекать каплями, смачивая кожу окружающих половую щель участков и платье больных.

При пузырных свищах более значительного объёма моча в пузыре совершенно не задерживается. Нередко при них или весь пузырь, или часть его выворачивается и в виде опухоли ярко-красного цвета лежит в рукаве. Если, однако, пузырный свищ невелик, то больные иногда до известной степени сохраняют способность задерживать мочу, и последняя вытекает непроизвольно лишь при скоплении ее в пузыре, или при определенном положении больных (некоторые из подобных больных, напр., теряют мочу, лишь когда стоят, в лежачем же положении моча у них задерживается, другие—как раз наоборот; иногда

как я убедился, больным с маленькими пузырными свищами удается задерживать мочу, если они сильно сдвигают бедра).

Для мочеточниковых свищей характерным является то, что больные с этими свищами и теряют мочу произвольно (из поврежденного мочеточника), и мочатся нормально, так как через здоровый мочеточник моча обычным порядком попадает в пузырь. При этих свищах, далее, у больных особенно легко развиваются гидронефрозы, пиелиты и пиелонефриты.

Каннегиссер, произведя ряд опытов с искусственным образованием мочеточниковых свищей у собак, нашел даже, что такие свищи всегда ведут к последовательному развитию гидронефроза и атрофии почек.

Различаясь в патолого-анатомическом и клиническом отношении, перечисленные разновидности мочевых свищей несколько разнятся и в отношении их происхождения. Пузырные свищи, напр., относительно часто развиваются, благодаря родовой травме, тогда как в происхождении мочеточниковых свищей гораздо большую роль играет операционная травма и т. д.

Не менее,—если не более,—тягостным, чем положение женщин с мочевыми свищами, оказывается и состояние больных с кишечными, особенно толстокишечными, фистулами полового канала. Постоянно перепачканные в кале, испуская нестерпимое зловоние, они являются предметом отвращения не только для посторонних, но и в собственной семье. При тонкокишечных свищах испускаемый больными запах менее противен, но зато общее питание их оказывается обычно сильно подорванным, так как значительное количество питательных веществ, содержащихся в пищевой кашнице, пропадает при этого сорта свищах бесполезно для организма, не успевая всосаться.

Особую форму свищей женского полового канала представляют т. наз. *fistulae cervico-vaginales laqueaticae*,—свищи, локализирующиеся в нижнем отделе маточной шейки и соединяющие цервикальный канал с просветом рукава в области влагалистных сводов. Свищи этого рода довольно редко встречаются в практике. Савинов, напр., в 1910 г. мог найти в литературе лишь 17 случаев их, а Матвеев, спустя 4 г.,—18. Возникают они или самопроизвольно, при срочных родах, обыкновенно осложненных ригидностью наружного зева (Савинов), или будучи результатом операционной травмы, большею частью при попытках удалить плодное яйцо пальцем или инструментами (так, повидимому, и возникли подобные свищи в 2 случаях, которые мне пришлось наблюдать в своей практике). Особенно серьезного клинического значения *fistulae cervico-vaginales* не имеют.

Эберман. Два зам. случая пузырно-влаг. свищей. В.-М. Ж. 1862.—Сутугин. К. в. о произвольном излечении мочеполовых свищей. М.-В. 1878.—Заянцкий. К. в. о. об этиологии и терапии мочеточниково-влаг. свищей. Хир. Лет. 1891.—Ануфриев. К. в. о. о пузырно-церв. фистулах и пр. Ж. А. 1891.—Лидервальд. К. в. о. о мочеполовых свищах у женщины и их опер. лечению. Дисс. СПб. 1894.—Любимов. Бакт. исследование налетов, разв. во влагалище и пузыре в нек. случаях при моч. фистулах.

Ж. А. 1898.—Каннегиссер. К вопр. о свищах мочеточников. II С. Р. А.—Гейн.
Свищи и повреждения мочеточников. Ж. А. 1906.—Матвеев. *Fistula cervico-vaginali
haequeatica*. Отч. Моск. А. Кл. 1909—1913.—Савинов. К вопр. о происхождении шееч-
но-влаж. свищей. Ж. А. 1910.

Гематомы и haematocoele. Кровяные опухоли, являющиеся резуль-
татом внутритканевых кровоизлияний, или гематомы, и осумкованные
кровоизлияния в полость брюшины, или haematocoele, возникают боль-
шей частью в связи с беременностью и родовым актом, а именно,
гематомы вульвы и рукава—в зависимости от родовой травмы, гема-
томы широких маточных связок и haematocoele (см. рис. 18)—на почве
внематочной беременности, почему образования эти и разбираются
обычно в курсах акушерства. Иногда, однако, гематомы и haematocoele воз-
никают и независимо от беременности и родов, будучи результатом,
напр., травмы *sub coitu*, операционной травмы и т. п. При этом гема-
томы могут локализоваться или в клетчатке больших половых губ,
или в околослагалищной клетчатке, или в различных отделах подбрю-
шинной клетчатки, или, наконец, в ткани яичников, haematocoele же
большею частью—в заднем *Douglas*'овом кармане (*haematocoele retro-
uterina*).

Выше я уже упоминал об одном, наблюдавшемся мною, случае,
где гематома вульвы была последствием полового сношения. Львов
наблюдал 2 случая кровяных опухолей вульвы, где последние воз-
никли после того, как больные поскользнулись, а Гиммельфарб—
редкий случай, где haematoma vulvae произошла оттого, что мужчина
в состоянии полового возбуждения укусил у женщины большую поло-
вую губу. Подбрюшинные гематомы в различных отделах клетчатки
малого таза, при современном развитии у гинекологов оперативной
деятельности, чаще всего бывают результатом операционной травмы
и, в частности, недостаточно тщательной перевязки сосудов при раз-
личных гинекологических операциях. Наконец, яичниковые гематомы
в тесном смысле этого слова, т. е. не кровяные кисты фолликулов и
желтых тел, а кровоизлияния в строму яичников (то, что прежде было
известно под названием апоплексии яичников) в резкой форме наблю-
дались мною на почве торзии яичниковых связок. Как показывает слу-
чай, описанный Львовым, такая апоплексия яичника может иногда
вести и к свободным кровоизлияниям в полость брюшины, результа-
том которых является образование заматочной кровяной опухоли
(*haematocoele retrouterina*), совершенно подобной тем haematocoele, какие
имеют место при перерыве внематочной беременности; иногда же haema-
tocoele может возникнуть и непосредственно на почве разрыва под-
брюшинно лежащих кровеносных сосудов, вместе с покрывающей их
брюшиной, вследствие какой-либо травмы.

Некоторые авторы высказывают мнение, что к свободным кро-
воизлияниям в брюшную полость, с последующим образованием haema-
tocoele, может повести выпадение желтых тел яичника. Личные мои
наблюдения, однако, заставляют меня думать, что *prolapsus corporis
luei*, представляющий в общем далеко нередкое явление, обыкновенно
ни к каким более или менее значительным кровоизлияниям не ведет

Что касается значения разбираемых образований для организма, то оно зависит отчасти от местоположения их, отчасти оттого, останется ли содержимое гэматом (resp. haematocoele) стерильным, или затем инфицируется, главным же образом оттого, насколько велики сосуды, послужившие источником кровоизлияния. С этой точки зрения подбрюшинные гэматомы, образовавшиеся после операций вследствие, напр., соскальзывания лигатур с таких сосудов, как art. uterina, art. spermatica int. и т. п., являются обыкновенно в высокой степени опасными,—при продолжающемся кровотечении из них брюшинный покров гэматом лопается, происходит свободное кровоизлияние в брюшную полость, и оперированная может погибнуть от острого малокровия, если ей своевременно не будет оказана соответствующая помощь.

Львов. Два сл. кровяной опухоли б. пол. губ. (haematoma vulvae) травм. происхождения. М. В. 1880.—Гиммельфарб, К каз. гэматом vulvae вне пуэрперия. М. Об. 1887.—Львов. Апоплексия пр. яичника, поведшая к заматочной кр. опухоли и пр. Вр. 1897.—Львов. К вопр. о выпадении желтых тел яичника и пр. Р. Вр. 1911.

Рубцовые изменения женских половых частей. Травматические повреждения женского полового аппарата неоперационного происхождения редко заживают так, как заживают обычно резаные хирургические ранения, проведенные притом асептически, т. е. per primam intentionem. Имея характер рваных ран, сопровождаясь большею частью значительным разможжением и омертвлением тканей, подвергаясь, наконец, часто инфекции, они обыкновенно заживают per secundam, с образованием значительных рубцов. Рубцы эти, сморщиваясь, производят затем значительные деформации различных отделов полового канала. На первом месте среди таких деформаций могут быть поставлены, по их практическому значению, стенозы и атрезии рукава и цервикального канала.

Стенозы и атрезии женского полового канала иногда бывают, как мы уже видели, прирожденными, причем такие прирожденные аномалии данного рода у некоторых женщин, но далеко не всегда,—являются результатами порочного развития полового аппарата. В других случаях стенозы и атрезии полового канала, как врожденные, так и приобретенные во внеутробной жизни, возникают в связи с воспалительными процессами в половой сфере. Наконец, иногда травма, особенно родовая при узком тазе, может повести к настолько значительному рубцовому изменению стенок цервикального канала и рукава, что результатом его могут быть сужения и даже полные зарощения этих отделов полового тракта.

Уже сужения последнего могут серьезно отзываться на здоровье больных. На почве стенозов цервикального канала могут развиваться—механическая дисменоррея, замедленное раскрытие зева при родах и т. п., на почве сужений влагалища—болезненность и даже невозможность coitus'a, затруднение изгнания плода во время родов и т. д. К.

еще более серьезным последствиям могут вести полные зарощения рукава и матки,—помимо указанных сейчас растройств, последствием их может быть скопление менструальной крови, отделимого маточных желез и пр. выше места атрезии с образованием гидрометры, гэматометры, гэматосальпинксов, гэматокольпоса и т. п.

Если даже рубцы, образовавшиеся на месте травматических повреждений полового аппарата, и не ведут к развитию стенозов и атрезий, они все же могут нарушать нормальное состояние различных частей последнего, вызывая, напр., неправильные положения матки. Особенно часто последние возникают на почве рубцовых изменений влагалишных сводов и *portionis vaginalis*. Надрывы наружного зева, которые так часто имеют место при родах, сравнительно нередко бывают настолько значительны, что распространяются не только на всю *portio vaginalis*, но и на рукавные своды—обыкновенно боковые. Как уже было сказано выше, тот отдел этих надрывов, местом которого является стенка шейки, обыкновенно не сростается, оставаясь зияющим, латеральная же часть разрыва, захватывающая стенку рукава, сростается, причем в своде образуется рубец. Рубец этот, сморщиваясь, смещает нижнюю часть маточного рычага, т. е. *portio vaginalis*, в ту сторону, где он лежит, верхнее же плечо маточного рычага, т. е. *corpus uteri* с надвлагалишной частью шейки, отклоняется в противоположную сторону, и таким образом развивается *lateroversio uteri*. Подобным же образом на почве рубцовых изменений в переднем своде влагалища развивается *retroversio uteri*, на почве рубцов в заднем своде—патологическая антеверзия матки и т. д.

Эб е р л и н. К вопросу о стенозах и атрезиях влагалища и их лечении. Дисс. М. 1895-

III. Общая терапия гинекологических заболеваний.

Александров. О совр. консервативном направлении в гинекологии. Ж. А. 1896—
Юрлов. Курс по общей терапии женских болезней. СПб, 1903.—Чернявский. Совр.
основы лечения женских болезней. Отч. Р. Вр. 1903.—Снегирев. Краткая терапия
ж. болезней. М. 1911.—Мусатов. Краткий очерк прогресса гин. терапии за последние
10-летия. Отч. Вр. Г. 1915.

Профилактика женских болезней. Из того, что выше было ска-
зано об этиологии женских болезней, ясно, какое огромное значение
в деле борьбы с ними может иметь рациональная профилактика. Из
всех пяти главных групп гинекологических заболеваний лишь пороки
развития, да и то далеко не все, являются недоступными для профи-
лактических мероприятий, по отношению же к остальным заболевани-
ям профилактикой нередко можно бывает достичь гораздо большего,
чем терапией.

Что касается, в частности, воспалительных заболеваний неинфек-
ционного характера, включая сюда и т. наз. функциональные рас-
стройства половой сферы, то женщина всего вернее может оберечь се-
бя от них соблюдением общих гигиенических правил для всего орга-
низма. Правильный образ жизни, регулярная смена труда и отдыха
при отсутствии чрезмерных физических и душевных напруг, до-
статочный сон, гигиеническое жилище, моцион на свежем воздухе, ра-
циональное питание, регулярный стул, согласная с требованиями гиги-
ены одежда и обувь, чистота тела, уберегание себя от простуды, травм
и всякой инфекции—вот те средства, при помощи которых женщина
надежнее всего может обеспечить здоровое состояние всего своего ор-
ганизма вообще и половой сферы в частности. Особенно важно для
женщины, в профилактическом отношении, соблюдение общих гиги-
енических правил в известные периоды ее жизни, а именно, в возрасте
полового созревания и в климактерическом возрасте, а также во время
каждых месячных.) Наряду с этими общими гигиеническими правилами
важное профилактическое значение имеет здесь и соблюдение правил
половой гигиены, погрешности против которых, как мастурбация,
coitus во время регул, злоупотребление половыми сношениями и в ос-
тальное время и пр.—очень вредно отзываются на состоянии женской
половой сферы.

Из инфекционных воспалительных процессов в половой сфере жен-
щины чаще всего, как известно, наблюдаются процессы гонорройного

и септического происхождения. Относительно гонорреи гинекологи давно уже пришли к убеждению, что единственно-надежным средством против распространения этого бича женского организма является введение в законодательство требования, чтобы каждый мужчина, желающий вступить в брак, предварительно подвергался тщательному медицинскому освидетельствованию и не прежде мог получить разрешение на женитьбу, как представив удостоверение от компетентного врача в том, что его мочеполовой аппарат свободен от гонококков. Из мер личной профилактики против гонорреи можно указать на влагалищные спринцевания раствором сулемы 1:1000, к которым женщина должна прибегать тотчас же после полового сношения с подозрительным, в смысле заболевания триппером, мужчиной. Наконец, для предохранения малолетних девочек от заражения гонорреей родители должны быть уверены в отсутствии гонорройных белей у ухаживающих за ребенком нянь, бонн и пр., при наличии же гонорройного заболевания у самой матери, последняя должна принимать предосторожности, чтобы гонорройный яд не попал от нее в половые пути ребенка чрез посредство губок, полотенец, тряпок и т. п. предметов, употребляемых для очищения наружных половых частей у девочки.

Для предупреждения септических воспалений женского полового аппарата наиболее целесообразным следует признать меры, обеспечивающие население рациональной акушерской помощью при родах, — такую помощь, при которой-бы можно было гарантировать асептическое ведение их.

Из встречающихся в половом аппарате женщин новообразований некоторые, именно, ретенционные опухоли, развиваются на почве воспаления; стало быть, указанные выше профилактические мероприятия против воспалительных заболеваний вместе с тем являются и предохранительными мерами против развития опухолей этого рода. Что касается остальных новообразований, пролиферирующих, то, повидимому, профилактикой можно многого достигнуть для предохранения женщины от самого губительного из них, именно, рака матки. Так как в этиологии последнего, несомненно, важную роль играют воспалительные процессы в слизистой оболочке матки, эндометриты с сопутствующими им эрозиями *p. vaginalis*, то лечебные меры против этих заболеваний, особенно у женщин, находящихся в климактерическом возрасте, *eo ipso* являются, до известной степени, и предохранительными средствами против рака матки. Так как, далее, исходным пунктом развития рака маточной шейки часто служат эктропионы слизистой оболочки цервикального канала, в свою очередь развивающиеся обыкновенно при значительных надрывах наружного зева, то своевременное устранение этих разрывов оперативным путем, как справедливо указал *Bossi*, должно в известной мере гарантировать женщину и от рака. Наконец, проф. Снегирев в качестве средства против

этой болезни предлагает полное уничтожение маточной мукозы у женщин, вступивших в климактерий, при помощи 2-минутной вапоризации матки.

Обращаясь далее к профилактике следующей группы заболеваний женского полового аппарата, неправильностей положения различных частей последнего, остановимся на предупредительных мерах против развития наиболее важных, в практическом отношении, заболеваний этого рода, именно, опущений и выпадений матки и рукава. Так как непосредственным толчком к возникновению этих смещений матки и рукава бывает обыкновенно сильное повышение внутрибрюшного давления при тяжелой работе, анатомические же условия, создающие почву для их развития, бывают особенно выражены после родов, то на первом плане среди этих мер должен стоять соответствующий режим родильницы,—в первые дни после родов она не должна позволять себе сильных напряжений брюшного пресса, напр., поднимать тяжести и т. п. Вместе с тем надо, однако, иметь в виду, что и продолжительное покойное лежание родильницы на спине может повести к наклонениям и перегибам пуэрперальной матки кзади, а *retroversion-flexio uteri* является одним из моментов, благоприятствующих развитию проляпса. Так как, наконец, в этиологии последнего важную роль играют нарушения целостности тазового дна, т. е. разрывы промежности, то предупредительные меры против этих разрывов,—мы разумеем рациональное поддерживание промежности при родах,—являются и профилактическими мерами против проляпса, а если разрыв промежности все-таки произошел, он должен быть немедленно зашит.

В профилактике другой важной аномалии, относящейся к данной группе, именно, выворота матки, наиболее важное значение имеет правильное ведение последового периода родов. Врачи и акушерки должны помнить, что никогда не следует приступать к выжиманию последа по *Сгедé* прежде, чем послед отделится от маточной стенки; кроме того раньше, чем выжимать послед, лицо, ведущее роды, должно убедиться, путем ощупывания, что матка хорошо сокращена; наконец, никогда не следует пытаться выводить послед, особенно не отделившийся, путем энергичного потягивания за пуповину.

Профилактика гинекологических заболеваний, принадлежащих к группе травматических повреждений, слишком понятна для всякого, чтобы на ней нужно было подробно останавливаться. Так как заболевания эти в большинстве случаев возникают на почве родовой травмы, то, очевидно, своевременная подача правильной акушерской помощи роженицам и будет лучше всего гарантировать от них женщину. Здесь не мешает разве еще раз подчеркнуть, что в происхождении наиболее тягостных заболеваний данного сорта, именно, свищей полового канала, виноватыми являются не акушерские операции, как таковые, а слишком запоздалое их применение. Оттого-то, чем куль-

турнее страна, и чем, стало быть, лучшее ее население обеспечено акушерскою помощью, тем реже в ней попадают и больные, страдающие мочевыми и кишечными фистулами.

Бобр. Общие причины ж. болезней и задачи профилактики. Ж. А. 1902.—
Добронравов. К вопр. о задачах профилактики ж. болезней. Там же.—Губарев. Профилактика ж. болезней, связанных с родовым актом. Пр. В. 1902.—Грейфе. К вопр. о профилактике перелоя. Ж. А. 1902.—Гентер. Неск. слов о задачах гинекологии. Вр. Г. 1912.

Режим гинекологических больных. Насколько важен соответствующий жизненный режим для предупреждения гинекологических заболеваний, настолько же—и даже еще более—важное значение имеет он и в деле лечения уже развившихся болезней женской половой сферы. По крайней мере относительно некоторых из них, и притом как раз таких, которые чаще всего встречаются в практике (воспалительные заболевания различных половых частей и неправильности их положения), можно с уверенностью сказать, что в их терапии подходящий режим является более важным, чем даже собственно-лечебные меры.

В чем же, спрашивается, должен заключаться этот режим?

Основным правилом его является предоставление больным частям полового аппарата возможного покоя. Гинекологические больные должны воздерживаться от всяких чрезмерных физических напряжений, тяжелых работ, поднятия тяжестей и пр., должны уберечь себя от чрезчур продолжительной ходьбы, ушибов, падений и т. п. Мы знаем, что центральный орган женской половой сферы, матка, обладает известною подвижностью,—при значительных колебаниях внутрибрюшного давления, стоящих, в свою очередь, в связи с сокращениями и расслаблениями брюшного пресса, она смещается, причем эти смещения передаются как ее связкам, так и связанным с нею яичникам и яйцепроводам. Раз это так, то при каждом значительном напряжении, сопровождаемом сокращениями брюшного пресса, патологически измененные под влиянием, напр., воспаления внутренние половые части женщины чисто механически травмируются, что, конечно, не может не отражаться на их состоянии, обостряя воспалительный процесс. Еще резче сказывается, по весьма понятным причинам, вредное влияние значительных колебаний внутрибрюшного давления на таких заболеваниях, как *retroflexio uteri*, *descensus uteri* и др. неправильности положения матки, ее придатков и рукава.

В силу тех же соображений гинекологические больные должны по возможности воздерживаться от половых сношений. Мы не говорим уже о тех случаях, где *coitus*,—как это бывает, напр., при заболевании женщины триппером,—связан с новыми поступлениями инфекционных начал в половой канал женщины,—даже и сношение с совершенно здоровым мужчиной нередко является для женщин с различ-

ными заболеваниями половой сферы безусловно-вредным: во-первых, при нем может иметь место чисто-механическое раздражение больных органов, во-вторых, он всегда сопровождается приливом крови к половым частям, что также не может не отражаться вредно на ходе, напр., воспалительных процессов в женской половой сфере.

Нежелательным, с чисто-медицинской точки зрения, является для многих гинекологических больных и наступление зачатия. Мы отметили уже в курсе акушерства, что, напр., припадки, которыми проявляется воспаление яичников и труб, с наступлением беременности всегда усиливаются, так как, с одной стороны, тут играет роль резкая гиперэмия, всегда имеющая место в половой сфере женщины при беременности, с другой — те чисто-механические влияния, которые являются результатом значительного увеличения объема беременной матки. Мы знаем, далее, что, напр., при фибромиомах матки наступление беременности резко сказывается усиленным ростом опухолей, — что при ретрофлексии этого органа легко могут развиться грозные признаки ущемления, — что при эндометрите беременность легко прерывается выкидышами, которые в свою очередь могут неблагоприятно отражаться на состоянии матки, — что зашитые свищи у женщин с узким тазом при новых родах могут опять возникнуть и т. д., и т. д. Правда, на некоторые патологические состояния половой сферы беременность оказывает, наоборот, благоприятное влияние, — укажем, напр., на инфантилизм, на рубцовые сморщивания маточных связок, обуславливающие неправильное положение матки, и пр., — но такие случаи составляют меньшинство, в большинстве же влияние беременности на половую сферу гинекологических больных оказывается безусловно неблагоприятным, и поэтому врачу-гинекологу приходится думать об ограждении своих пациенток от возможности зачатия.

Наиболее верным и, повидимому, наименее вредным из средств достигнуть этого является полное воздержание от половых сношений. К сожалению, эта радикальная мера у замужних женщин далеко не всегда может быть проведена в жизнь, и им приходится прибегать к другим средствам, предупреждающим зачатие. Средства эти довольно разнообразны, причем их можно разделить на несколько групп.

В одну группу могут быть отнесены те средства, которые имеют своею ближайшею целью не допустить сперматозоидов до проникновения или в рукав, или в более глубокие отделы женского полового канала. Сюда принадлежат: *coitus interruptus*, применение мужчиною кондомов и применение женщиною т. наз. *pessaria occlusiva*. *Coitus interruptus*, при котором мужчина прерывает половой акт до момента эякуляции семени, извлекая свой член из полового канала женщины, надежно достигает своей цели, но из всех средств, предупреждающих зачатие, является наиболее вредным, тяжело отражаясь на нервной системе обоих супругов. Употребление мужчиною кондомов, т. е. мешочков из непроницаемой ткани, надеваемых на половой член пресовокуплением, является в этом отношении менее вредным, но за те кондомы во время *coitus'a* нередко рвутся, и тогда, понятно, у жен:

щины может наступить зачатие. Употребляемые для предупреждения зачатия пессарии, из которых наибольшим распространением пользуются пессарии *Mensinga*, *Hassse*, *Kafka* и др., представляя собою, в общем, колпачки из различного материала (рис. 154), напр., из тонкой резины, натянутой на пружинящее стальное кольцо,—эбонита, алюминия, серебра и пр., надеваемые на влагалищную часть. Всем им присуще то неудобство, что для введения их женщине приходится прибегать к посторонней помощи, которая нужна и для периодического снятия колпачков на время регул. Некоторые из окклюзивных пессариев требуют, далее, для своего введения особых инструментов (пессарий *Mensinga*), а другие могут быть изготовлены лишь по мерке, и для изготовления их должен быть сначала доставлен в мастерскую гипсовый слепок с влагалищной части данной женщины (пессарий *Kafka*).



Рис. 154. Pessarium occlusivum, модель *Hassse*.

Другую группу средств, предохраняющих женщину от зачатия, составляют средства, имеющие своею целью отчасти умерщвление сперматозоидов, отчасти механическое удаление их из рукава прежде, чем они попадут в матку и дальше. Сюда относятся влагалищные шарики и губки, вводимые женщиною в рукав перед актом полового сношения, и влагалищные спринцевания, производимые точно *post coitum*. Влагалищные шарики содержат в себе вещества с одной стороны ядовитые для сперматозоидов, напр., сулему, с другой—вызывающие свертывание богатыми белками эякулята и этим путем мешающие передвижению семенных нитей, напр., хинин. Я обыкновенно назначаю для данной цели шарики следующего состава: *Chinini muratici* 0,2, *Hydrargiri sublimati corrosivi* 0,002, *Butyri cacao* 2,0, *M. f. globuli vaginales*. Вместо шариков можно взять грецкую губку, величиною приблизительно с детский кулачек, поместить ее в шелковую сетку или просто привязать к ней нитку, смочить в каком-нибудь убивающем сперматозоиды растворе (я рекомендую обыкновенно, простой столовый уксус, разведенный пополам водою) и ввести перед половым актом в рукав; после сношения женщина вытягивает губку за нитку из влагалища и промывает ее. Для спринцеваний *post coitum* можно употреблять или обыкновенную теплую воду, причем сперматозоиды вымываются ею из рукава, или, еще лучше, раствор какого-нибудь ядовитого для них вещества, напр., сулемы (1:1000), тимола, салициловой кислоты, уксуса (2 стол. ложки на кружку) и т. п.,—при употреблении таких растворов семенные нити не только механически удаляются, но и убиваются, или, по крайней мере, теряют способность передвигаться. Перечисленные средства являются относительно менее вредными, чем, напр., *coitus interruptus*, но за то они не всегда достигают своей основной цели. Впрочем в тех случаях, где мои пациентки перед каждым сношением вводили себе губку, смоченную в уксусе, а *post coitum* спринцевались или раствором сулемы, или раствором уксуса, комбинируя таким образом два средства данной группы, я ни разу не наблюдал неверного результата.

К следующей категории средств, предупреждающих зачатие, могут быть отнесены средства, имеющие целью или убить оплодотворенное яйцо, когда оно достигнет маточной полости, или помешать его прививке в этой последней. Сюда относятся внутриматочные впрыски-

вания таких жидкостей, как иодная настойка, или смесь иодной настойки с винным спиртом и алюмолом (жидкость Грамматикати), периодически производимые у женщины в то время, когда в полости матки можно встретить поступившее сюда яйцо. Применяя эти средства, надо иметь в виду, что, как показывают современные исследования, лопание созревших Гаафовых пузырьков и выхождение из них способных к оплодотворению яиц чаще всего происходит как раз около середины межменструального промежутка; кроме того, яйцу нужно несколько дней для того, чтобы пройти канал трубы; таким образом временем его поступления в матку является, вернее всего, последняя неделя перед приходом регул, когда и нужно делать впрыскивания. При соблюдении этого условия внутриматочные впрыскивания представляют собою, по видимому, довольно надежное средство предупредить зачатие, но этому средству нечужды и крупные невыгоды: помимо того, что женщина периодически должна подвергаться впрыскиваниям, они должны быть производимы опытной рукой и непременно с соблюдением известных правил, о которых речь будет ниже, при разборе применения этого средства с лечебными целями; в противном случае внутриматочные впрыскивания могут оказаться далеко небезопасными для подвергающейся им женщины. Не могу, кстати, не упомянуть при этом, что в своей практике я наблюдал несколько случаев развития внематочной беременности у женщин, подвергавшихся предохранительным впрыскиваниям, и очень вероятно, что последние играли здесь известную этиологическую роль.

Предохранить женщину от зачатия можно и вызвав непроходимость яйцепроводов. В прежнее время для этого прибегали к простой перевязке последних. Однако опыт показывает, что простая перевязка труб вызывает их непроходимость лишь на очень короткое время. В курсе акушерства, именно, в главе, посвященной кесарскому сечению, нами было приведено наблюдение Писемского, где у женщины при кесарском сечении были перевязаны обе трубы, и тем не менее уже через 4 месяца после того пациентка вновь оказалась беременною, причем, как показало микроскопическое исследование иссеченных при повторной операции труб, проходимость трубных каналов у ней совершенно восстановилась. В параллель с этим наблюдением можно поставить результаты, полученные некоторыми авторами (Рачинский, Судаков) при экспериментальных работах с перевязкою маточных рогов у кроликов и собак. Лишь резекция труб после отсепаровки брюшины с закрытием последнею трубных культей дает, по опытам Зарецкого, стойкие результаты в смысле длительной непроходимости яйцепроводов.

Операцию эту, — если только она не производится попутно, напр., при кесарском лечении, — лучше всего выполнять, как я убедился, чрез паховые каналы. Техника ее вначале такова же, как и техника операции Alexander'a-Adam's'a, о которой будет сказано ниже. Сделав разрез в области наружного пахового кольца (*annulus externus canalis inguinalis*) и вскрывши, или оставив не вскрытою, переднюю стенку пахового канала, оперирующий вытягивает круглую маточную связку, пока не покажется т. наз. брюшинный конус. Надрезав последний и продолжая тянуть за связку, оперирующий подтягивает к сделанному отверстию в брюшине угол матки, захватывает пинцетом отходящую от него Fallopi'еву трубу, выводит перешейковую часть ее наружу,

надрезывает, на расстоянии сант. 2 от маточного угла, брюшинный покров этой части, отсепаровывает его в каждую сторону приблизительно на $1-1\frac{1}{2}$ сант., перевязывает трубу с той и другой стороны у того места, где кончается брюшинная манжетка, затем разецирует часть трубы между лигатурами и закрывает каждую культю брюшиной, фиксируя последнюю швами. После того труба опускается на место, дистальная часть вытянутой круглой связки отрезается, и паховой канал (вскрытая передняя его стенка вместе с наружным отверстием, или только это последнее, если канал не был вскрыт) закрывается несколькими узловатыми швами, захватывающими и ближайшую к матке часть *lig. rotundi*. В заключение подкожная клетчатка в области разреза соединяется двумя—тремя швами из тонкого кэтгута, а кожный разрез закрывается несколькими скобками *Michel'я*. Прodelав это на одной стороне, оперирующий прodelывает затем то же самое и на другой,—и операция окончена.

Ми р о н о в предложил, для предохранения женщины от возможности зачатия, после иссечения труб вшивать их культю в передний свод влагалища; но эта операция сопряжена с большей травмой, чем только что описанная, да, кроме того, остатки трубных каналов после нее легко могут подвергнуться инфекции из рукава.

Наконец, Лебедев, по сообщению Прудникова, с успехом вызвал стойкую непроходимость труб путем электрокоагуляции их слизистой оболочки в области маточных устьев при помощи так наз. термофлюкса *Reiniger'a*. В 2 случаях после такой операции матка была удалена и подвергнута тщательному микроскопическому исследованию, причем в устьях труб была найдена свежая рубцовая ткань, остальная же *mucosa uteri* оказалась без изменений. Однако и этот способ едва ли имеет какие-либо преимущества пред подбрюшинной резекцией яйцепроводов; напротив, уже одна необходимость для гинеколога располагать приборами для электрокоагуляции представляет его существованию невыгодную.

Прежние гинекологи в целях обеспечения женщины от наступления беременности нередко прибегали к удалению яичников, т. е. к кастрации. Достижение цели этим путем покупалось, однако, слишком дорогою ценою: мы знаем в настоящее время, какое важное значение для отправления всего организма женщины имеют половые железы, и какими тяжелыми расстройствами сопровождается их удаление. Уж гораздо рациональнее, в случае необходимости, производить лишь временную кастрацию женщины бескровным путем, при помощи рентгенизации яичников. Исследования *Зарецкого* и др. авторов показали, что, чем более зрелы фолликулы, тем скорее и сильнее реагируют их эпителий на рентгенизацию; соответствующим образом дозируя *x-лучи*, мы можем достигнуть того, что все созревающие и зрелые *Graafovy* пузырьки будут уничтожены ими, примордиальные же фолликулы останутся в целости, и таким образом яичники у женщины перестанут функционировать,—между прочим, и продуцировать способные к оплодотворению яйца,—лишь временно, пока из примордиальных фолликулов вновь не разовьются зрелые *Graafovy* пузырьки.

Заканчивая обзор способов вызывать „стерилизацию“ женщины, упомянем, в заключение, о попытках иммунизировать женский организм против зачатия по тем же принципам, по каким достигается иммунитет против заразных болезней. Попытки эти, правда, еще не

вышли за пределы лабораторных опытов, но в будущем они обещают многое. Первая из них, по времени, принадлежит у нас Студенскому, старания которого получить токсины для яичников и яиц оказались, однако, безуспешными. Вскоре после того Скробанский, экспериментируя на кроликах и морских свинках, нашел, что, если впрыскивать морским свинкам вытяжки из яичников и желтых тел кроличих, а затем сыворотку первых вводить последним, то она проявляет сильные токсические свойства по отношению к яйцам, обуславливая их гибель; то же самое происходит и при иммунизации кроличих вытяжками из яичников морских свинок. Результаты этих опытов были впоследствии вполне подтверждены Алексеевым. Наконец, Тушинов при своих экспериментальных исследованиях убедился, что живые сперматозоиды известных животных, будучи многократно вводимы в кровеносную систему или брюшную полость самок тех же животных в определенной последовательности и определенных дозах, вызывают у последних сравнительно продолжительный иммунитет против зачатия, не причиняя никакого вреда их организму; бесплодие при этом достигается, по Тушинову, переменой хими таксиса яйца по отношению к сперматозоидам самца из положительного на отрицательный.

Говоря о режиме гинекологических больных, особенно страдающих различными воспалительными процессами в половой сфере, я должен обратить внимание еще на одну, по моему, очень важную сторону дела, именно, на заботы о регулярном опорожнении кишечника. Выше мною уже было указано, что больные этого рода в громадном большинстве случаев страдают запорами; с другой стороны значительное скопление каловых масс в нижних отрезках кишечника весьма вредно действует на больные половые части женщины, отчасти механически раздражая их, отчасти способствуя застою крови в тазовых органах. Поэтому меры для своевременного опорожнения толстых кишек должны обязательно входить в круг режима гинекологических больных. Среди этих мер на первом месте должен стоять соответствующий подбор пищи, затем клизмы, наконец, внутренние слабительные, но отнюдь не сильно действующие, ибо слабительные из категории *drastica* могут, напротив, оказать крайне вредное влияние на состояние внутренних половых частей женщины, вызывая их гиперэмию и раздражение.

Рачинский. Последствия част. резекции и перерезки мат. рогов у кроликов. Арх. Биол. Н. 1893.—**Писемский** И. Отч. Ж. А. 1897.—**Мионов**. Вшивание бр. концов ф. труб в передний свод влагалища и пр. М. Об. 1900.—**Студенский**. К вопр. о цитотоксинах. Изв. В.-М. А. 1902.—**Судаков**. Об изменениях в рогах матки кроликов и собак под влиянием нек. механич. воздействий. Дисс. СПб. 1902.—**Скробанский**. Опыт иммунизации животных яичниками животных др. вида. Ж. А. 1904.—**Зарецкий** И. Экспер. х-атрофия яичников и ее результаты Ж. А. 1908.—**Зарецкий** И. К вопр. о подбрюш. усечении ф. труб. Изв. В.-М. Ак. XVII.—**Тушинов**. Действие спермотоксинов на организм самки и яйцо. Каз. Дисс. 1911.—**Прудников**. К вопр. об искусств. обеспложивании женщин. Р. Вр. 1911. Дисс. СПб. 1912.—**Алексеев**. О спермо- и овариолизинах и их влиянии на зачатие животного. Р. Вр. 1913.

Классификация методов лечения женских болезней и их относительное значение в современной гинекологии. Переходя от режима гинекологических больных к обзору собственно-лечебных методов, применяемых в гинекологической практике, мы можем разделить их на две больших группы: на методы неоперативной терапии и оперативные.

Относительное значение и круг применения тех и других методов за сравнительно-непродолжительное время неоднократно менялись. Первоначально в гинекологии господствовали почти исключительно неоперативные методы, и даже там, где оперативное вмешательство было до очевидности незаменимым, напр., при свищах полового канала, гинекологи устранились от него, передавая больных в руки хирургов. Удачные попытки овариотомий были едва-ли не первыми серьезными шагами гинекологов в деле применения хирургических, кровавых методов к лечению заболеваний женского полового аппарата. Ободренные успехом этих попыток, представители оперативной гинекологии быстро расширили круг своих действий, особенно после того, как гениальные работы Lister'a, Pasteur'a и их продолжателей дали хирургам в руки надежные средства для борьбы с раневой инфекцией. В короткое время оперативные методы лечения заняли первенствующее положение в гинекологической практике, причем, как это всегда водится, де о не обошлось без крайностей: некоторые гинекологи стали совершенно игнорировать неоперативную терапию женских болезней, присвоив оперативному вмешательству не только преобладающую, но даже исключительную роль в лечении последних и прибегая к ножу даже и там, где он приносил больше вреда, чем пользы. Многие гинекологические клиники, по справедливому замечанию проф. Снегирева, из учреждений для изучения женских болезней превратились в хирургические препараточные, вся деятельность которых свелась к удалению маток, их придатков, новообразований и т. п.

Этот период почти безраздельного господства в гинекологии оперативного направления в настоящее время, однако, можно считать миновавшим. С обогащением гинекологии такими лечебными методами, как рентгенотерапия, радиотерапия и пр., нож стал мало по малу уступать место этим последним, и уже в наше время даже такие заболевания женского полового аппарата, как фибромиомы и особенно раки матки, против которых операция еще недавно считалась единственно-надежным средством, начинают становиться объектами бескровной терапии, а в будущем это вытеснение оперативных способов лечения женских болезней неоперативными обещает идти еще более быстрыми шагами.

Лебедев. Увлечение в совр. гинекологии оперативным лечением. Вр. 1896.

А. Неоперативные методы гинекологической терапии.

Влагалищные спринцевания и обмывания вульвы. Обзор неоперативных методов лечения, применяемых в гинекологической практике, мы начнем с наиболее употребительного из них, влагалищных промываний, или спринцеваний, и обмываний наружных половых частей женщины. Для этих целей в различное время были предложены разнообразные приборы, но в настоящее время все они вытеснены ирригатором Es m a r c h'a, более известным в обыденной речи под названием Es m a r c h'овской кружки.

Главную составную часть этого нехитрого прибора действительно составляет кружка (рис. 155), которая бывает сделана из различного материала (стекла, фаянса, металла), имеет различную вместимость (литр, два и даже больше) и разную форму (цилиндрическую, полуцилиндрическую и пр.). Металлические кружки, конечно, всего прочнее, но стенки их легко ржавеют; кроме того, металл, из которого они сделаны, может вступать в химические реакции с некоторыми веществами, употребляемыми для спринцеваний, причем образуются соединения, с одной стороны портящие самую кружку, а с другой—примешивающиеся к промывной жидкости и нежелательным образом изменяющие ее состав; наконец, благодаря непрозрачности стенок, в металлических кружках незаметно накапливается масса комнатной пыли

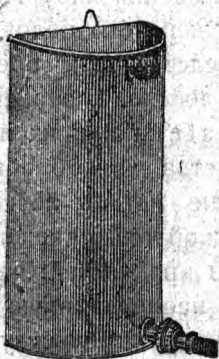


Рис. 155. Ирригатор Es m a r c h'a.

и всякой грязи. Этот последний недостаток присущ и фаянсовым кружкам, почему всего лучше рекомендовать больным пользоваться стеклянными кружками,—они, правда, легче бьются, но за то чрез их прозрачные стенки сразу можно бывает видеть, есть в них грязь, или нет. Практичнее, далее, пользоваться кружками, которые, во избежание загрязнения воздушною пылью, снабжены крышками. Что касается вместимости Es m a r c h'овских кружек, то наибольшим распространением у частных лиц пользуются кружки в 1 литр емкостью, но, разумеется, будет еще лучше, если кружка вмещает 2 и даже 3 литра жидкости. Наконец, полуцилиндрические кружки, у которых одна сторона—плоская, другая же—выпуклая, более практичны, чем цилиндрические, так как их удобнее вешать на стену. Для этой последней цели плоская стенка Es m a r c h'овских ирригаторов бывает обыкновенно снабжена сверху отверстием, через которое можно продеть петлю, и за нее вешать кружку на гвоздь; другое отверстие, для выпуска жидкости, находится на передней, выпуклой стенке кружки, около ее дна.

Вторую составную часть Es march'овского прибора представляет отводная резиновая трубка, в палец толщиной и $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ арш. длиною, одним концом соединенная с выпускным отверстием кружки (для чего последнее окружено особым горлышком, на которое и надевается трубка), а другим—с наконечником. Трубка эта снабжена запирательным приспособлением, в качестве которого может служить или обыкновенный зажим Mohr'a, употребляемый в лабораториях (рис. 156), или кран из твердого каучука, вставленный в трубку где-либо по ее протяжению (рис. 157). Иногда запирательным приспособлением бывает снабжен наконечник трубки (рис. 158).



Рис. 156.
Зажим
Mohr'a.

Этот последний, составляющий третью и последнюю часть прибора Es march'a, бывает различного устройства. В простейшем виде наконечник, употребляемый для спринцевания у замужних, представляет собою стеклянную трубку,

потолще карандаша и потоньше мизинца, прямую или слегка изогнутую под углом. На конце трубка эта обычно бывает снабжена оливообразным расширением с несколькими мелкими отверстиями в стенках, чрез каковые отверстия промывная жидкость и вытекает отдельными струйками. Подобного рода наконечники непрактичны, однако, в том отношении, что легко бьются, и именно как раз в месте расширения, где их стенка является значительно истонченной.

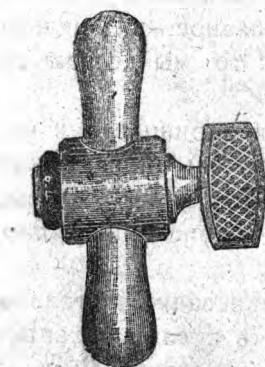


Рис. 157. Кран из твердого каучука для отводной трубки ирригатора.

Обыкновенно пользующиеся кружкою женщины, окончив спринцевание, опускают наконечник в кружку, расширенным концом его книзу; при этом опускании последний, стукнувшись о твердое дно кружки, легко разбивается, причем это иногда остается не замеченным; при следующем спринцевании больная может, не поглядев, ввести себе разбитый наконечник в половой канал и поранить мягкие части его зубцами стекла.



Рис. 158. Наконечник Leitera с краном.

Модестов описал случай, где произведенный таким образом порез влагалищной стенки имел около 3 сант. в длину и дал сильное кровотечение, потребовавшее для своей остановки наложения швов. Мне также однажды пришлось наблюдать поранение рукава, в области одного из боковых сводов, подобного же проис-

хождения, но очень небольшое. В другом известном мне случае осколки разбитого наконечника, оставшись в рукаве, вызвали значительные повреждения полового члена у мужа пациентки.

В виду указанной невыгоды я обыкновенно рекомендую своим пациенткам пользоваться, в качестве наконечников для спринцевания, обыкновенными стеклянными трубками, прямыми или изогнутыми, с оплавленным концом и одним большим отверстием (рис. 159).



Рис. 159. Стеклянные наконечники для спринцевания, прямой и изогнутый.

Кроме стеклянных наконечников, в большем ходу для влагалищных спринцеваний наконечники из твердого каучука, которые опять-таки бывают различной формы и снабжены то одним большим, то несколькими маленькими отверстиями на конце; особенно удобным, по крайней мере для больничного употребления, является гуттаперчевый наконечник Leiter'a с краном (см. выше рис. 158). Все эти наконечники прочнее стеклянных, но зато и дороже последних, а главное—их нельзя стерилизовать кипячением, как то мы делаем со стеклянными наконечниками.

Для девиц, у которых при спринцевании наконечник приходится вводить в очень иногда узкое отверстие неповрежденной девственной плевы, существуют в продаже особые наконечники, более тонкие, чем обыкновенно.

Техника влагалищных спринцеваний настолько проста, что их могут производить и сами больные, без посторонней помощи. Наполнив кружку соответствующей жидкостью, женщина вешает ее, на той или другой высоте (приблизительно около 2 аршин), на стену или на особую стойку, садится около нее на биде или просто становится на корточки над тазом (либо подкладным судном), вводит в половую щель, сантиметров на 6, наконечник и открывает кран, после чего содержащаяся в кружке жидкость начинает течь, через наконечник, в рукав, откуда выливается в биде, таз или судно. Разумеется, таким образом могут спринцеваться лишь женщины, которых болезнь не удерживает постоянно в постели; что касается этих последних, т. е. более тяжело больных, то им приходится спринцеваться в лежачем положении, именно, лежа на спине с несколько согнутыми и разведенными ногами, причем под таз больной подкладывается судно, и спринцевание производится не самою больной, а другим лицом. Впрочем и для женщин, которые могут вставать с постели, лучше спринцеваться в лежачем, чем в сидячем положении, так как в первом случае промывная жидкость лучше орошает стенки рукава, и, кроме того часть ее остается в рукаве и по окончании спринцевания.

В указанном виде влагалищные спринцевания являются совершенно безопасными для больных. Лишь в исключительных случаях, где цервикальный канал у женщины раскрыт, а спринцевание производится под значительным давлением, особенно же—если наконечник случайно будет введен не только в рукав, но и в матку, промывная жидкость может попасть в *sacum uteri*, в каналы труб и, наконец, в полость брюшины, причем этим путем в брюшину могут быть занесены инфекционные начала. Так, повидимому, надо объяснять описанные в литературе (у нас, напр., Лабенским) случаи, где у женщин после спринцевания развивался острый перитонит. Во избежание подобных случаев лучше, пожалуй, и влагалищные спринцевания, подобно внутриматочным промываниям, производить наконечником, который бы обеспечивал свободный обратный отток промывной жидкости,—вроде, напр., предложенного в свое время Рейном. Впрочем в громадном большинстве случаев и спринцевания при помощи обыкновенных наконечников являются, повторяем, совершенно безопасными.

Лечебный эффект влагалищных спринцеваний бывает различен в зависимости, во-первых, от температуры употребляемой для них жидкости, во-вторых, от ее состава.

По своей температуре влагалищные спринцевания делятся обыкновенно на холодные (ниже $27-28^{\circ} R.$), теплые ($30-32^{\circ} R.$) и горячие ($38-40^{\circ} R.$).

Снегирев классифицирует влагалищные спринцевания по их t° несколько более детально, именно, он различает 1) холодные спринцевания—от 0° до $9^{\circ} R.$, 2) прохладные—ниже $27^{\circ} R.$, 3) индифферентные—от 27° до $30^{\circ} R.$, 4) тепловатые—от 31° до $35^{\circ} R.$, 5) горячие—от 35° до $40^{\circ} R.$, между тем как Флоринский t° холодных спринцеваний определяет не выше $15^{\circ} R.$, прохладных—от 15° до $22^{\circ} R.$, тепловатых—от 22° до $26^{\circ} R.$, теплых—от 26° до $32^{\circ} R.$ и горячих—от 32° до $40^{\circ} R.$

Холодные спринцевания более низких температур сравнительно редко применяются в гинекологической практике, так как они производят сильное раздражающее действие на половую сферу женщины, вызывая сначала ишемию, а затем сильный прилив крови к половым частям. Я лично их никогда не назначаю, да и холдные спринцевания более высокой t° , т. е. прохладные, назначаю сравнительно редко,—в тех именно случаях, где является желательным поднять ослабленный тонус стенок полового канала, напр., в начальных стадиях опущения рукава. При этом я обыкновенно рекомендую больным ограничиваться такой температурой, чтобы при спринцевании они получали ощущение прохлады в половом канале.

Теплые спринцевания оказывают безусловно успокаивающее действие на женскую половую сферу, почему и применяются при таких заболеваниях последней, которые сопровождаются сильным раздражением половых частей, напр., при острых и подострых воспалениях их. При этом, чем сильнее раздражение, тем ниже, т. е. ближе к индифферентной точке, должна быть t° этих спринцеваний, и тем под мень-

шим давлением надо производить их, т. е. тем ниже надо помещать при них кружку, чтобы механическое влияние вытекающей чрез наконечник струи было возможно слабее.

В противоположность холодным, горячие спринцевания чрезвычайно широко применяются мною в практике. Я назначаю их почти всем больным, у которых имеют место хронические воспаления половой сферы или их последствия (а такие больные составляют, как известно, главный контингент пациенток всякого врача-гинеколога). Я утилизирую при этом, главным образом, резорбирующее действие названных спринцеваний; кроме того, последние дают, при хронических воспалительных заболеваниях женских половых частей, и прекрасный обезболивающий эффект, а иногда, и притом нередко, оказываются и надежным кровоостанавливающим средством, уменьшающим, вследствие вызываемых ими сокращений маточной мышцы, маточные кровотечения атонического характера. Словом, по отношению к хроническим воспалительным заболеваниям женской половой сферы я готов присоединиться к заявлению Снегирева, что „из всех противувоспалительных средств горячие спринцевания в гинекологической практике—почти самое лучшее“.

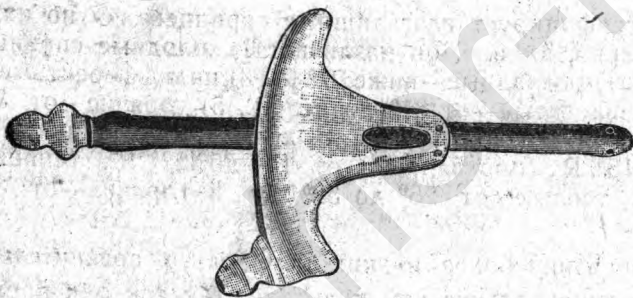


Рис. 160. Наконечник с приспособлением для горячих влагалитических спринцеваний.

Чтобы защитить их, следует производить горячие спринцевания или при помощи особого рукавного наконечника с приспособлением для оттока горячей жидкости (рис. 160), или просто предварительно смазывать окружность половой щели густо вазелином.

Различаясь по своей температуре, влагалитические спринцевания могут быть разделены, далее, на несколько групп по своему составу и вместе—лечебному действию употребляемых для них веществ. С этой последней точки зрения среди них можно различать: 1) дезинфицирующие спринцевания, 2) вяжущие, 3) дезодорирующие, 4) обезболивающие, 5) резорбирующие, 6) кровоостанавливающие, 7) нейтрализующие слишком кислую реакцию влагалитического секрета и др.

Так как значительное большинство больных, являющихся за советом в амбулаторию врача-гинеколога, оказывается страдающим различными воспалительными заболеваниями половой сферы, а воспа-

Применя горячие спринцевания более высоких температур, мы должны, однако, считаться с тем обстоятельством, что кожные покровы окружающих половую щель частей гораздо более чувствительны к термическим влияниям, чем стенки рукава, и,

лительные процессы в последней бывают большею частью микробного происхождения, то совершенно естественно, что из всех спринцеваний гинекологам чаще всего, пожалуй, приходится назначать дезинфицирующие спринцевания, т. е. спринцевания растворами бактерицидных веществ. Особенно показанными бывают они в тех случаях, где в рукаве и цервикальном канале можно подозревать наличие таких микробов, как, напр., гонококки. Наиболее действительными из бактерицидных веществ, употребляемых для спринцеваний данного рода, считается сулема (*hydrargirum sublimatum corrosivum*), которую лучше всего выписывать в виде лепешек (*in trochiscis compressis*), содержащих по 1,0 сулемы; одна такая лепешка берется на литр отварной воды, и этим раствором 1:1000 производится спринцевание; можно также выписывать сулему в 2% растворе, причем на литр воды берется 1 столовая ложка его, или в порошке. В последнее время я охотно заменяю сулему субламином в таком же растворе, т. е. 1:1000 (повидимому, вещество это, химически представляющее собою смесь сернокислой ртути с этилен-диамином, столь же действительно, как и сулема, но менее ядовито и менее раздражает ткани полового канала). Далее, для дезинфицирующих спринцеваний могут быть употребляемы: карболовая кислота (*ac. carbolicum liquefactum*, берется обыкновенно в количестве 1 стол. ложки на литр воды, причем получается раствор немного крепче 1%), салициловая кислота (*ac. salicylicum crystallatum*, берется в количестве $\frac{1}{2}$ чайн. ложки на литр воды), лизол (1—2 чайн. ложки на литр), лизоформ (в таком же разведении), формалин (35% водный раствор формальдегида, берется также в количестве 1—2 чайн. ложки на литр), марганцовокислый калий (*kalium hypermanganicum*, выписывается в кристаллическом виде, для спринцевания берется такая щепотка этого вещества, чтобы вода приняла густо-фиолетовый цвет) и пр.

Назначая дезинфицирующие спринцевания, врач-гинеколог должен иметь в виду, что, с одной стороны, все бактерицидные вещества более или менее значительно ядовиты для организма, а с другой—что слизистая оболочка рукава обладает известною способностью всасывать, хотя и гораздо меньшую, чем слизистые оболочки, покрытые однослойным цилиндрическим эпителием (напр. *mucosa uteri*, *mucosa recti* и другие „настоящие“ слизистые оболочки). Опыты Смольского с иодистым калием показали, напр., что это вещество уже очень быстро поступает через слизистую рукава в кровь, и с этим фактом необходимо считаться при употреблении для рукавных спринцеваний таких средств, как, напр., сулема,—и я, и некоторые другие гинекологи наблюдали при долговременном применении сулемовых спринцеваний такие припадки, которые могут быть объяснены лишь ртутным отравлением.

Необходимо, кроме того, иметь в виду, что приготовление растворов для спринцеваний требует иногда известных предосторожностей. В прежнее время, когда карболовые спринцевания были в

большом ходу, сравнительно нередки были случаи ожогов влагалища и вульвы карболовой кислотой. Ожоги эти происходили вследствие того, что, приготовляя раствор, женщины сначала брали ложку чистой кислоты, выливали ее в кружку, потом наполняли последнюю водой, причем карболовая кислота, в силу своего большего удельного веса, скоплялась в отводной трубке или на дне кружки, вода же—над нею; затем, когда начиналось спринцевание, сначала через наконечник шла чистая кислота, которая и производила ожоги. Во избежание этого следует растворы для спринцевания готовить не в кружке, а в каком-нибудь другом сосуде, и уже в готовом виде вливать в кружку.

Легко понятно и широкое применение в гинекологической практике вяжущих спринцеваний: как известно, вяжущие средства считаются специфическими при катаррах слизистых оболочек, а среди гинекологических больных весьма большой процент составляют женщины, страдающие именно катарральными воспалениями рукава и матки. Из вяжущих средств я особенно охотно применяю в своей практике раствор таннина в древесном уксусе (Rp. Aceti pyrolignosi 180,0, tannini 10,0, MDS. по 1 стол. ложке на литр отварной воды) и смесь сернокислого динка с квасцами (Rp. Zinci sulphurici, aluminis usti aa 50,0, M. f. pulvis, DS. по 1 чайной ложке на литровую кружку). Кроме того, для приготовления вяжущих спринцеваний можно употреблять *aluminium aceticum* (по 2 чайн. ложки на литр воды), *aluminium* (в таком же разведении), *plumbum aceticum* (1 чайн. ложку на кружку), отвар дубовой коры и пр.

Дезодорирующие спринцевания применяются при тех заболеваниях женской половой сферы, которые сопровождаются гнилостными процессами. Особенно часто их приходится употреблять при запущенных раках маточной шейки, которые сопровождаются, как уже выше было сказано, резким зловонием, тягостным как для самих больных, так и особенно для лиц, их окружающих. Так как в основе гнилостных процессов лежит жизнедеятельность микробов, разлагающих мертвые ткани, то дезодорирующие средства являются вместе и дезинфицирующими. С целью дезодоризации особенно часто употребляются в гинекологической практике растворы *kali hypermanganici*, формалина (дозировку этих средств см. выше), тимола (выписывается в виде 10% спиртового раствора, которого берется 1 стол. ложка на литр воды), перекиси водорода (*hydrogenium hyperoxydatum med.*, несколько стол. ложек на кружку), хлориновой извести и т. п.

Иногда дезодорирующие спринцевания и обмывания приходится применять и у здоровых женщин, именно у тех, у которых каждая менструация сопровождается зловонием вследствие разложения отдельного железного полового аппарата.

Некоторые гинекологи назначают своим больным и спринцевания с обезболивающими веществами, напр., с *t-ra opii* (обыкновенно при этом употребляются *t-ra opii crocata* в количестве 1 чайн. ложки на литр воды), хлорал-гидратом (1 ч. на 16 ч. воды) и пр. Я, однако,

считаю применение таких спринцеваний нецелесообразным в виду слабой всасывающей способности стенок влагалища—с одной стороны и дороговизны обезболивающих веществ—с другой. Обезболивающие вещества, в случае нужды, лучше вводить в организм другими путями (напр., *per os*, *per rectum* и пр.), при которых вещества эти утилизируются более совершенно.

Применяя влагалищные спринцевания в видах резорбции,—напр., при выпотах в тазовой клетчатке и брюшине,—лучше пользоваться, как уже было сказано, температурой спринцеваний, а не их составом. Впрочем не мешает в подобных случаях обращать внимание и на состав жидкости для спринцеваний, прибавляя к ней вещества, повышающие резорбцию. Во главе этих веществ стоит, как известно, иод, который и может быть назначаем в таких случаях проще всего в виде *t-gra jodi*, в количестве 20 кап. на кружку (*resp.* литр) горячей воды.

Уже старые гинекологи рекомендовали также для целей рассасывания патологических продуктов пользоваться спринцеваниями с поваренной солью,—средством, на которое обратили внимание и в новейшее время. Так, К и к о д з е рекомендует применять рукавные спринцевания 8% раствором поваренной соли (для которого, стало быть, надо брать 4—5 стол. ложек соли на литр. воды).

Если влагалищные спринцевания применяются с целью остановки кровотечений из женского полового канала, то для этого также лучше пользоваться их температурой, напр., при маточных кровотечениях назначать горячие спринцевания, которые вызывают сокращения маточной мышцы и этим путем останавливают кровотечение из сосудов маточной стенки. В некоторых случаях, однако, пользоваться горячими спринцеваниями для остановки кровотечений из полового канала не имеет смысла. Так бывает, напр., при кровотечениях, исходным пунктом которых служит рак маточной шейки или рукава,—высокая t° здесь не может повлиять благотворно в смысле остановки кровотечения, так как мышечные элементы в стенках полового канала и *muscularis* сосудов являются разрушенными раковым новообразованием. Чтобы прекратить кровотечение, здесь надо применить средства, которые бы действовали чисто-механически, закупоривая кровоточащие отверстия в стенках разрушенных сосудов. К числу таких средств относятся, между прочим, вещества, вызывающие образование плотных кровяных сгустков на кровоточащей поверхности, и прежде всего — полуторохлористое железо (*ferrum sesquichloratum*), растворы которого и употребляются в подобных случаях для влагалищных спринцеваний (обыкновенно выписывается *liquor ferri sesquichlorati s. oleum Martis t. e.* раствор полуторохлористого железа в одинаковом количестве воды, причем 1 чайная ложка его берется на литровую кружку).

Говоря выше о причинах бесплодия у женщин, я указал, между прочим, что иногда последнее зависит от чрезчур кислой реакции влагалищного секрета, вредно действующей на жизнедеятельность сперматозоидов. В таких случаях является показанным применение рукавных спринцеваний с веществами, нейтрализующими влагалищный секрет, т. е. со щелочами,—обыкновенно или с содой (1 чайн. ложка *patriti carbonici* на кружку воды), или с двууглекислой содой (2 чайн. ложки *patriti bicarbonici* на кружку); спринцевания эти женщина должна производить незадолго до полового сношения.

Заканчивая обзор различных спринцеваний, применяемых в гинекологической практике, заметим, что ежедневное число их, а равно и количество жидкости, употребляемой для каждого спринцевания, варьируют в зависимости от особенностей каждого отдельного случая. Большею частью спринцевания производятся два раза в сутки, утром и вечером, но иногда бывает достаточно и одного раза, а иногда, наоборот, их надо производить чаще. На каждое спринцевание в большинстве случаев бывает достаточно одного литра жидкости, но у некоторых больных приходится расходовать и несколько литров. На время *menpes* спринцевания обыкновенно прекращаются, и больные ограничиваются одними обмываниями наружных половых частей, хотя и это правило может представлять исключения: иногда спринцевания (горячие) приходится делать как раз во время регул, чтобы ограничить слишком обильные истери крови у больных (страдающих меноррагиями).

Заметим также, что влагалищные спринцевания и обмывания вульвы заслуживают применения не у одних только гинекологических больных,—некоторые женские врачи-практики не без основания думают, что не только наружные обмывания, но и спринцевания рукава должны входить в туалет и здоровых замужних женщин, особенно в известные периоды, напр., после месячных. В этих случаях лучше делать тепловатые спринцевания или чистою прокипяченою водою, или прибавляя к ней 1—2 чайных ложечки борной кислоты. Подобные спринцевания всякая женщина может делать раза 2—3 в неделю.

Флоринский И. О θεραπ. употреблении мат. душей. Пр. О. Р. В. 1859—60.—
Смольский И. О всасывании iod. калия влагалищем. СПб. 1878—Лабенский Сл. острого перитонита у женщины, происш. от простого спринцевания водою во влагалище. Пр. Ставро. М. О. 1885.—Махшеев. Сиф. трубка для врач. и гигиен. целей. Тр. О. Р. В. 1887.—Рейн. Дем. двойного стекл. наконечника для промыв. матки и влагалища. Пр. Киев. А. О. I.—Муратов. К вопр. о применении креолина в гинекологии и акушерстве. М. Об. 1888.—Модестов. К каз. поврежденной стенок влагалища вне акта родов. Ж. А. 1900.—Калабин. О прим. *phobrol'a* в акуш. и гинек. практике. Пр. В. 1913.—Кикодзе. О применении пов. соли и ее гипертон. растворов при лечении ж. болезней. Ж. А. 1916.

Постоянное орошение. Обыкновенные влагалищные спринцевания, производимые при помощи Esmaeh'овского ирригатора, при всех своих достоинствах, представляют ту невыгоду, что промывная жидкость при них орошает стенки полости канала слишком непродолжительное время, и оттого как термический, так и лекарственный эффект их является относительно-незначительным. Чтобы устранить эту невыгоду, Снегирев предложил особую форму влагалищных промываний, при которой соприкосновение промывной жидкости со стенками полового канала имеет место целыми часами, и которая поэтому известна под названием непрерывного или постоянного орошения.

Для постоянного орошения некоторыми гинекологами (напр., Артемьевым) придуманы сложные аппараты, в которых регулировка оттока жидкости производится при помощи электричества. При проведении этого метода на практике можно, однако, обойтись и без таких приборов, воспользовавшись любым более или менее объемистым сосудом, напр. стеклянную бутылку с отверстием у дна, ведром или боченком с таким же отверстием, даже Esmaeh'овского кружкою, но не в 1, а в несколько литров вместимостью. Сосуд этот ставится на известной высоте (1 аршин и более) над уровнем кровати больной,—или на полке, прибитой к стене, у которой стоит кровать, или на какой-нибудь подставке,—и наполняется тою или иной жидкостью, которая через отверстие, расположенное у дна его, поступает в отводную резиновую трубку, причем величина ее струи регулируется находящимся на протяжении трубки краном, а затем через особый наконечник,—в рукав больной.

Из наконечников, предложенных для постоянного орошения, наибольшим распространением пользуется придуманный Морозовым. Он представляет собою (рис. 161) довольно толстую стеклянную трубку, на одном конце открытую, причем в стенке трубки на этом конце находится несколько круглых отверстий, а на другом—закрытую, причем в этот последний конец впаяны две коротких трубочки—одна для притока жидкости, другая для оттока. Соединивши одну из трубочек с резиновой трубкой, отходящей от резервуара с жидкостью, врач вводит наконечник в рукав больной, лежащей в горизонтальном положении на кровати, так, чтобы открытый конец его упирался в *portio vaginalis*, а закрытый выдавался из половой щели, затем, отвернувши кран, пускает жидкость. Жидкость эта с известною

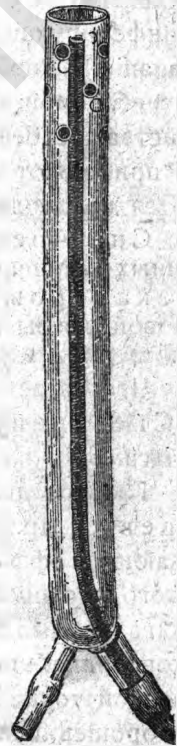


Рис. 161. Морозовский наконечник для постоянного орошения.

201

скоростью поступает сначала в наконечник и отчасти, через отверстие его, в рукав, а затем вытекает обратно через отводную трубочку, находящуюся в закрытом конце и снабженную резиновой трубкой, которая опускается в стоящий под кроватью больной таз.

Во избежание смачивания постели больной промывною жидкостью, вытекающею из рукава, постоянное орошение лучше производить на специальной кровати, матрац которой, равно как и расположенная под ним сетка (или настил кровати), имеет сквозное отверстие. Как поверхность матраца вокруг этой дыры, так и края последней обшиты резиновым полотном. Больная ложится на кровать так, чтобы половая щель ее приходилась как раз над этим отверстием, причем отводящая трубка свешивается сквозь последнее в поставленный под кроватью приемник для жидкости.

В качестве жидкости для постоянного орошения можно пользоваться или просто кипяченою водою, или каким-нибудь индифферентным раствором (физиологическим раствором псваренной соли, жидкостью Лоске'a и т. п.), или, наконец, каким-либо слабым дезинфицирующим раствором (напр., слабым раствором калий гиперманганісі). Вообще при этом методе лечения важен не столько состав употребляемой для орошения жидкости, сколько ее физические свойства, особенно температура. Обыкновенно для постоянных орошений применяют жидкости высокой t° , но некоторые гинекологи пользуются и холодными орошениями.

Снегирев особенно рекомендует брать для постоянных влагалищных орошений жидкость в $35-37^{\circ} R.$, Мордвинов—в $30-33^{\circ} R.$, Александров, видевший при некоторых заболеваниях женской половой сферы хороший эффект от холодных орошений, определяет t° последних в $10-25^{\circ} R.$

Что касается продолжительности каждого сеанса орошения, то, по Снегиреву, она варьирует, для горячих орошений, между 2 и 12 часами,

Главное действие постоянных влагалищных орошений, по Снегиреву и др. авторам,—аспирирующие, присасывающее. Что присасывающий эффект орошений действительно значителен,—видно уже из того, что после более или менее продолжительного орошения стенки рукава оказываются втянутыми в боковые отверстия Марозовского наконечника, края которых, поэтому, должны быть облавлены. С практической точки зрения крайне важно, что сфера аспирирующего действия орошений не ограничивается одним рукавом, но распространяется и на полость матки. Многие описывают случаи, где этим путем удавалось достигать отхождения из матки задержавшихся кусков плаценты. Как ушкин наблюдал случай, где при постоянном орошении вышел из матки застрявший там кусок ламинарии. Еще легче, конечно, достигается при этом способе высасывание из матки крови, гноя, от-

делимого желез и пр., а вместе с ними—и инфекционных начал. Оттого Снегирев не без основания называет постоянное орошение „наилучшим и самым могущественным средством против послеродовой септицемии“ (точнее—против септического пuerперального эндометрита). Вообще несомненный аспирирующий эффект постоянных орошений заставляет считать их показанными при всех заболеваниях, причина которых кроется в присутствии патогенных микробов внутри полового канала.

Гомимо этого чисто механического эффекта постоянное влагалищное орошение, если оно производится жидкостями высокой t° , оказывает энергичное резорбирующее влияние, почему дает прекрасные результаты при выпотных воспалительных процессах в тазовой брюшине и клетчатке.

Холодные же орошения, как экспериментально убедился Александров, вызывают сокращение маточных сосудов, почему и рекомендуются этим автором при маточных кровотечениях атонического характера, а равно в случаях расслабления связок матки.

Феокистов. По пов. техники прод. орошения влагалища и матки. Вр. 1884.—Мордвинов. К вопр. о лечении parametritis и paraoophoritis при пом. пост. орошения водою в 30—33° R. Тр. М. О. Р. В. 1885.—Крузенштерн. Заметка о Морозовском аппарате для влаг. непр. горячих орошений. Н. Б. 1887.—Мордвинов. О лечении выпотов в области ж. пол. органов пост. влаг. орошением. Пир. С. Отч. Вр. 1887.—Артемьев. Аутем. влаг. ороситель. Вр. 1888.—Голоушев. К вопр. о пост. влаг. орошении. М. Об. 1889.—Недзведский. Видоизменение Мороз. аппарата для пост. влаг. орошения. М. Об. 1890.—Какушкин. О присас. силе пост. влаг. орошения. М. Об. 1891.—Александров. О хол. влаг. орошениях. Вр. Г. 1908.

Влагалищные впрыскивания и вливания. Как уже было сказано сейчас, при влагалищных спринцеваниях и орошениях в рукав вводится значительное количество жидкости, причем терапевтическое действие этих способов основывается не столько на составе последней, сколько на ее физических свойствах. При впрыскиваниях и вливаниях количество вводимой в рукав жидкости, напротив, бывает небольшим, причем лечебный эффект ее зависит исключительно от ее состава.

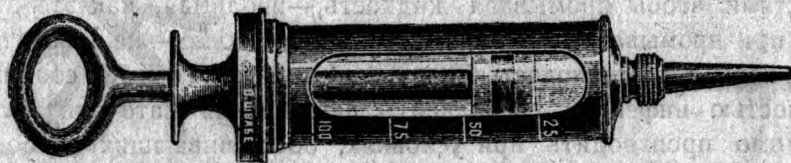


Рис. 162. Шприц Leiter'a в 100.0 емкостью для впрыскиваний в мочевой пузырь и рукав.

Влагалищные впрыскивания производятся или при помощи обыкновенной, т. наз. „ушной“ спринцовки (резинового баллона с костяным наконечником), или при помощи достаточной величины шприца с коротким, обыкновенно металлическим наконечником (рис. 162).

230

Применяются они чаще всего при острых воспалениях рукава, особенно гонорройных, причем в качестве жидкости для них обычно берутся растворы различных солей серебра.

Фон-Валь горячо рекомендует при острой гоноррее женского полового канала 3 раза в день впрыскивать в рукав 100 куб. сант. раствора альбаргина (1 чайн. ложку $2\frac{1}{2}$ —5% раствора на стакан воды) или ихтаргана ($\frac{1}{2}$ чайн. ложки 2% раствора на стакан). После впрыскивания жидкость задерживается в рукаве на 5—30 мин. Если гонорройный процесс ограничивается нижними отделами полового канала, то через 4—5 недель наступает выздоровление, при гоноррее же верхних отделов результат, конечно, бывает менее успешный.

Вливания в рукав довольно часто применялись прежними гинекологами при воспалительных заболеваниях маточной шейки, — цервикальном катарре и эрозиях влагалищной части. Техника их очень проста: уложив больную на спине, с несколько приподнятым крестцом, врач вводит ей в рукав соответствующей величины цилиндрическое зеркало, — лучше из стекла или фарфора, — так, чтобы края его упирались в своды, а влагалищная часть смотрела в просвет зеркала, затем наливает в последнее 1—2 столовых ложки той или другой лекарственной жидкости, оставляет ее на 3—10 минут, затем вычерпывает кусками гигроскопической ваты. Для таких вливаний в прежнее время чаще всего употреблялись: древесный уксус (*acetum pyrolignosum*), слабые растворы квасцов, таннина, ляписа, полуторохлористого железа (1—2 чайн. ложки на стакан воды), смесь таннина с глицерином (1:8) и т. п. (Флоринский).

Фон-Валь. Опыт лечения острой гонорреи у женщины по образцу лечения гонорреи у мужчин. Ж. А. 1915.

Внутриматочные промывания. Между тем, как промывания рукава, особенно в форме влагалищных спринцеваний, принадлежат к числу обыкновенных способов лечения женских болезней, промывания полости матки, в акушерской практике, как мы уже видели, применяемые довольно часто, в гинекологической, напротив, применяются очень редко. Объясняется это прежде всего их техническими трудностями: чтобы промывная жидкость, — вводимая, как это всегда бывает при промываниях, в значительном количестве, — не попала через Fallopiевы трубы в полость брюшины (что всегда бывает сопряжено с опасностью инфекции последней), промывания маточной полости необходимо производить при условиях, обеспечивающих свободный отток жидкости, т. е. при широко раскрытом цервикальном канале; а такое раскрытие канала шейки, обычно имеющее место у рожениц и родильниц, у гинекологических больных наблюдается чрезвычайно редко (при „рождении“ сумбукозных опухолей и пр.) Чтобы свободный отток промывной жидкости из полости матки был, далее, обеспечен, необходимо производить промывания матки катетером с двойным током, а даже самые тонкие катетеры этого рода все же имеют

толщину карандаша, т. е. у громадного большинства женщин не могут быть проведены через канал шейки без предварительного расширения его—операции болезненной, требующей большою частью общего наркоза и притом дающей раскрытие канала шейки лишь на короткое время. Самое главное, однако,—что результаты внутриматочных промываний не искупают трудностей и даже опасностей данного метода.

В виду всего сказанного внутриматочные промывания у гинекологических больных применяются, повторяем, крайне редко,—обыкновенно при наличии в матке гнилостных веществ, которые следует удалить, по возможности щадя демаркационный слой маточной стенки (я, напр., с успехом пользовался этим методом у больных, подвергшихся 2-минутной вапоризации матки, у которых обваренный внутренний слой маточной стенки подвергся гнилостному разложению при симптомах общей гнилостной интоксикации). В качестве промывной жидкости и здесь, как и в акушерской практике, лучше пользоваться или простой кипяченой водой, или индифферентными растворами (напр., физиологическим раствором поваренной соли), или слабыми растворами бактерицидных веществ; правда, опасность отравления последними здесь гораздо меньше, чем при промываниях матки у родильниц, в виду сравнительной незначительности всасывающей поверхности, но все же употребления крепких растворов таких ядовитых веществ, как, напр., сулема, и здесь лучше избегать.—тем более, что главная цель внутриматочных промываний—чисто-механическое удаление содержимого маточной полости.

Производить внутриматочные промывания можно при помощи обыкновенной Es m a r c h 'овской кружки, причем, как уже упоминалось сейчас, необходимо пользоваться наконечником с двойным током; только наконечник этот у гинекологических больных должен быть гораздо тоньше, чем употребляемый в подобных случаях у родильниц.

Для промываний матки у гинекологических больных можно рекомендовать, напр., катетер З а я и ц к о г о, устроенный по типу F r i t s c h . . V o z e t a п'овского, но гораздо более тонкий, или тонкий катетер Б о р я к о в с к о г о, или, всего лучше, катетер того типа, какой обыкновенно употребляется для катетеризации женского мочевого пузыря, но только с двойным каналом (рис. 163).

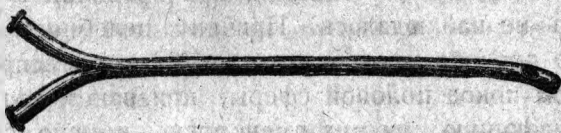


Рис. 163. Катетер с двойным током для промывания мочевого пузыря и матки.

Боряковский. Внутриматочные наконечники нового устройства. Вр. 1890.

Внутриматочные вспрыскивания. Гораздо более широким применением в гинекологической практике, чем внутриматочные промывания, пользуются внутриматочные вспрыскивания, при которых в полость

матки вводятся, — обыкновенно при помощи шприца Вгауп'а с длинным наконечником из твердого каучука (рис. 164), — лишь незначительное количество жидкости (не более 1, максимум 2 граммов). Особенно широкое распространение получило у нас, в России, методическое применение, при воспалениях матки и ее придатков, иодистых впрыскиваний.

Своим введением в широкую практику и разработкою этот метод

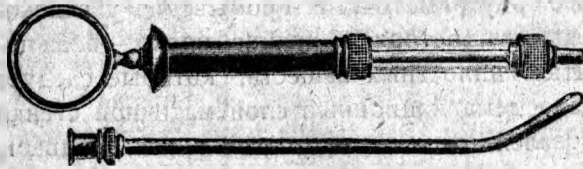


Рис. 164. Шприц Вгауп'а.

обязан покойному Томскому профессору Грамматикати, который обратил внимание отечественных врачей на прекрасные резуль-

таты, получаемые при систематическом применении иодистых внутриматочных впрыскиваний у больных с разнообразными воспалительными процессами в женской половой сфере, выработал технику этого метода лечения, установил показания для него и, кроме целой массы клинических, произвел несколько ценных патолого-анатомических наблюдений, объясняющих терапевтический эффект данного способа, — так, что последний по справедливости известен под названием „способа Грамматикати“.

Для внутриматочных впрыскиваний Грамматикати рекомендовал смесь иодной настойки и алюмола по следующей формуле: Rr. Trae jodi, spiriti vini aa 50,0, alumnoli 5,0. Смесь эта впрыскивалась им ежедневно, в количестве 1 грамма, причем число впрыскиваний в отдельных случаях значительно колебалось, иногда превышая 100. Применялись впрыскивания в указанной форме как в острых, так и в хронических стадиях воспалений матки и ее придатков различного происхождения, в том числе и гонорройных, причем результатом их было в большинстве случаев полное выздоровление. Каких-либо неблагоприятных последствий, при правильном применении способа, никогда не наблюдалось. Причину целебного эффекта впрыскиваний автор способа усматривал в вызываемом впрыскиваниями физиологическом покое половой сферы, признаком которого он считал обычно наступающую при них аменоррею, в свою очередь зависящую, — как показало исследование яичников, удаленных у одной больной, получившей 115 впрыскиваний, — или от прекращения созревания фолликулов, или даже от их уничтожения.

После появления в свет первых же трудов Грамматикати, посвященных данному методу, последний был на обширном материале испытан многими русскими гинекологами, причем в его оценке произошло некоторое разногласие: между тем, как одни, — и притом большин-

ство,—испытав этот метод, пришли к весьма благоприятным для него заключениям, другие, напротив, признали его бесполезным и даже опасным.

В частности Лебедев, рекомендуя всprыскивания по Грамматикати особенно при гонорройных воспалительных процессах в женской половой сфере,—как известно, наиболее трудно поддающихся терапии,—нашел, что, применяя этот способ, мы значительно сокращаем продолжительность острого стадия гонорройных заболеваний; он же отметил, что, если производить внутриматочные всprыскивания иод-алюмнола при соблюдении известных правил, то они являются совершенно безопасными. Букоемский, испытав этот способ при остром гонорройном эндометрите, нашел в нем настоящий *specificum* против данной болезни: по его наблюдениям достаточно 7—8 всprыскиваний, чтобы гонококки исчезли из маточного секрета; этот же автор нашел, что, применяя всprыскивания по Грамматикати при *endometritis gonorrhoeica*, можно предупредить распространение гонорреи на придатки. Очень хорошие результаты от разбираемого метода получили также Потеевко, Стризовер, Быховский, Фукс, Парышев (применявший его в сочетании с грязелечением), Владимиров (при эндометрите), Георгиевский (наблюдавший от всprыскиваний по Грамматикати „затихание“ гнойного параметрита) и др.

Напротив, Каценеленбоген, Либов, Отт, Губарев, Мусатов и Конаржевский выступили противниками этого способа, причем Отт отметил, что всprыскивания по Грамматикати могут совершенно разрушить маточную мукозу, превратив ее ткань в рубцовую,—могут вызвать атрофию половых желез у женщины и пр., Губарев,—что они являются опасными при гнойных воспалениях придатков, а Мусатов,—что в литературе описано около 20 случаев, где всprыскивания иодной настойки в полость матки повели к смерти больных.

Применяя данный метод в течении нескольких десятков лет и испытав его на весьма большом материале, обнимающем многие сотни больных, я пришел к убеждению, что истина,—как, впрочем, это бывает почти всегда,—лежит посредине. С одной стороны нельзя смотреть на методическое применение всprыскиваний по Грамматикати, как на какую то панацею, при помощи которой можно в любом случае воспалительного заболевания матки и ее придатков достигнуть полного выздоровления больных, с другой—этот метод в подходящих случаях и при известных условиях действительно в состоянии дать прекрасные результаты.

Какие же случаи можно считать подходящими для этого способа лечения? Я считаю таковыми все случаи хронических воспалений матки, яичников и труб, какого-бы происхождения эти воспаления не были. т. е. гонорройного, септического и пр. При этом наличие старых, более или менее прочно осумкованных гнойников в трубах и яичниках, по моему, не противопоказует всprыскиваний по Грамматикати. Напротив, в острых стадиях воспалений, особенно инфекционных, притом распространившихся уже на маточные придатки и тазо-

вую брюшину, я обыкновенно избегаю впрыскиваний. Осторожным надо быть с применением последних, особенно в большом числе, и у женщин с инфантильной половой сферой,—у них я нередко наблюдал после длительного применения способа Грамматикати стойкое прекращение физиологических функций яичников и матки, т. е. *climacterium graesoh.* Наконец, есть больные, которые совершенно не переносят внутриматочных впрыскиваний по Грамматикати,—у которых каждое впрыскивание вызывает жестокие, долго не утихающие боли, обмороки и т. п.; у таких больных данный метод также надо считать противопоказанным.

В громадном большинстве случаев, однако, внутриматочные иодистые впрыскивания хорошо переносятся больными и являются вполне безопасными,—если, однако, они будут производиться с соблюдением известных предосторожностей. Прежде всего и важнее всего—производить впрыскивания по возможности асептично; для этого нужно перед и после каждого впрыскивания тщательно вытирать наконечник Вгаип'овского шприца куском ваты, смоченным в спирте, хранить наконечник надо в стеклянном цилиндре, наполненном раствором сулемы 1:1000, перед впрыскиванием надо дезинфицировать влагалищную часть, особенно, окружность наружного зева, смазывая их через зеркало иодной настойкой. Далее, нужно, чтобы цервикальный канал у больной был достаточно широк,—так, чтобы между его стенками и периферией наконечника оставался промежуток, через который мог-бы оттекать излишек впрыскиваемой жидкости; если цервикальный канал у больной, которую предполагается лечить впрыскиваниями, слишком узок, то его надо предварительно расширить дилататорами (в противном случае, если наконечник шприца будет вплотную закупоривать просвет цервикального канала, излишек впрыснутой жидкости, не находя себе оттока в рукав, может попасть в каналы труб и затем в брюшину, что может повести к шоку). Чтобы впрыскиваемая жидкость не попала в трубы и брюшину, надо, затем, каждое впрыскивание производить под небольшим давлением, медленно двигая поршень шприца. Наконец, количество жидкости при каждом впрыскивании надо увеличивать постепенно,—начиная с нескольких капель, вводимых притом в цервикальный канал, и постепенно доходя до полного шприца, т. е. одного, максимум двух куб. сантиметров.

Насколько легко впрыскиваемая жидкость может попасть в трубы,—относительно этого экспериментальные данные разногласят: между тем, как Соловьев, производя впрыскивания у животных, нашел, что жидкость при этом иногда попадает в каналы труб, Горвиц и Михневский, производя аналогичные опыты, получили отрицательный результат. Повидимому, тут многое зависит от таких условий, как величина полости матки, ширина маточных отверстий, яйцепроводов, количество впрыскиваемой жидкости, быстрота ее впрыскивания, возможность оттока через цервикальный канал и пр.

Внутриматочные впрыскивания можно производить или через створчатое зеркало Суссо, при лежачем положении больной на спине, с согнутыми и разведенными ногами, или—раскрыв влагалище ложкообразными зеркалами, причем пациентка кладется на край стола, а согнутые и разведенные ноги ее удерживаются помощниками. При достаточно широком цервикальном канале, у многорожавших женщин, вводить наконечник шприца можно и без фиксации влагалищной части; если же цервикальный канал узок, то приходится предварительно накладывать на portio vaginalis пулевые щипцы. Захватив их левою рукою, правую врач берет наполненный иодистой жидкостью шприц с надетым на него наконечником—так, что большой палец помещается в кольцо поршня, а средний и указательный удерживают цилиндр шприца, вводит наконечник до самого дна матки и медленно начинает двигать поршень, одновременно выводя наконечник из матки. Такого рода впрыскивания повторяются ежедневно 30—40 дней подряд, причем появление менструации не служит препятствием к продолжению впрыскиваний; впрочем, если впрыскивания начаты задолго до времени обычного прихода регул (напр., недели за 2), то удастся совершенно предотвратить появление последних. В отдельных случаях, однако,—если особенно курс впрыскиваний был начат в конце межменструального промежутка,—menses у лечащихся по способу Грамматикати больных не только приходят, но под влиянием впрыскиваний даже значительно усиливаются, принимая характер меноррагий; в подобных случаях лучше прервать лечение на время менструального периода.

Некоторые гинекологи,—как это делал и сам автор способа,—доводят число впрыскиваний до сотни и больше, без всякого перерыва. Я считаю более рациональным ограничивать курс ежедневных впрыскиваний 30-ю или 40, в случае недостаточного эффекта повторяя этот курс через 1—3 месяца,—если нужно, несколько раз.

Иногда внутриматочные впрыскивания удается производить и у девушек с целой девственной плевой,—если отверстие последней настолько широко, что чрез него можно провести хотя-бы узкое створчатое зеркало (прямокишечное).

В описанном виде лечение по Грамматикати дает, повторяю, прекрасные результаты у большинства больных с хроническими воспалительными процессами в матке, трубах, яичниках, а также тазовой клетчатке и брюшине. Правда, здесь большею частью нельзя бывает говорить о полном излечении в анатомическом смысле слова, т. е. о restitutio ad integrum больных частей,—если Fallopi'евы трубы, напр., у зараженной гонорреей женщины зарощены, то никакие впрыскивания, конечно, не восстановят их проходимости. Но клинически у большей части больных действительно наблюдается полное выздоров-

вление, а у многих—стойкое улучшение: боли проходят, больные делаются работоспособными, бели исчезают, менструации приобретают нормальный тип, объективно же—матка и воспаленные придатки уменьшаются в объеме, выпоты в брюшину и клетчатку рассасываются и т. д.

Именно о таком клиническом выздоровлении говорит, повидимому, Захарьевский, когда определяет процент выздоровлений больных, пользовавшихся по Грамматикати, в 59,5, а стойких улучшений—в 15,2,—цифры, которые, по моему, близки к истине.

Стойкость целебного эффекта впрыскиваний в дальнейшем зависит от тех условий, в которых будет находиться пациентка по окончании курса лечения,—в состоянии-ли она будет доставить себе необходимый покой в смысле воздержания от тяжелых физических работ, будет, или нет, подвергаться новому заражению и пр.

Оценивая значение метода Грамматикати в деле терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы, надо иметь в виду еще две крайне выгодных его стороны: во-первых, лечение по этому методу можно проводить амбулаторно, причем больные не теряют возможности заниматься своими домашними делами; во-вторых, впрыскивания дают хороший эффект даже и в тех случаях, где только ими одними и ограничивается все лечение, хотя, конечно, эффект этот бывает еще значительнее, если комбинировать их с другими лечебными мероприятиями, применяемыми обыкновенно при воспалительных заболеваниях женских половых частей, каковы: горячие спринцевания, тампонация, гинекологический массаж, водолечение и т. п.

В чем кроется суть благотворного влияния методических внутриматочных впрыскиваний смеси Грамматикати на пораженные воспалительным процессом половые части женщины? Как уже упоминалось выше, сам Грамматикати видел ее в покое половой сферы, понимая под ним приостановку овуляции в яичниках и менструации—со стороны матки. С современной точки зрения центр тяжести этого влияния надо усматривать в ослаблении внутренней секреции половых желез. Если мы вспомним, какое огромное значение приписывают современные гинекологи повышенной внутренней секреции яичников в этиологии именно таких заболеваний женской половой сферы, которые, по своей клинической картине, квалифицируются, как хронические воспаления, то уже с одной этой точки зрения эффект способа Грамматикати будет вполне понятен. В свою очередь причина указанного влияния впрыскиваний на внутренне-секреторную деятельность половых желез лежит, как показали уже цитированные нами исследования Грамматикати, объектом которых были яичники женщины, лечившейся по его методу, в разрушающем и резорбирующем действии впрыскиваний на эпителий фолликулов. Едва-ли можно сомневаться, что главную роль в этом действии из различных составных частей смеси Грамматикати играет иод: с одной стороны вековой опыт врачей учит, что иод и его соединения принадлежат к числу наиболее действительных рассасывающих средств, какими только располагает медицина, с другой—опыты

самого Грамматикати показывают, что уже через 15—30 мин. после впрыскивания в матку иод может быть обнаружен в слюне, а тем более, надобно думать, значительные количества его должны оказаться в яичниках, лимфатические пути которых находятся в такой тесной связи с лимфатической системой матки. Очень важно, при этом, что действие иода на эпителий фолликулов, подобно действию других агентов, напр. Röntgen'овских лучей, является избирательным: созревающие и зрелые фолликулы подвергаются ему скорее и в гораздо большей степени, чем примордиальные фолликулы.

Но этого мало,—в целебном эффекте внутриматочных впрыскиваний важную роль несомненно играет и непосредственное действие составных частей впрыскиваемой жидкости, особенно иода, на маточную мукозу, а может быть, также и на мукозу труб. Исследования Лебедева свидетельствуют, что слизистая оболочка матки под влиянием впрыскиваний по Грамматикати сначала некротизируется, потом, через 1—1½ месяца, постепенно регенерируется. Кроме того, впрыскиваемая жидкость оказывает, несомненно, бактерицидное действие на содержащихся в маточной полости (а может быть, и в трубах) и в толще мукозы микробов, в частности—гонококков.

Помимо воспалительных заболеваний в женской половой сфере, внутриматочные впрыскивания по Грамматикати заслуживают применения и при других страданиях последней. Я охотно применяю их, напр., в видах более быстрого рассасывания патологических образований, возникших на почве прерывания внематочной беременности,—заматочных кровяных опухолей и гématом широких связок. Орлов и др. видели от них хорошие результаты при климактерических кровотечениях. Напротив, применяя их при кровотечениях у больных с фибромиомами матки, этот автор и Потеев получили отрицательный результат, а я видел от применения внутриматочных впрыскиваний при фибромиомах, расположенных близко к маточной мукозе, даже опасные последствия,—некроз опухолей, гнилостное их распадение и общий сепсис.

Внутриматочные впрыскивания применяются гинекологами и в других формах кроме предложенной и разработанной Грамматикати. Так, Мионов с успехом применял впрыскивания в матку смеси иодной настойки пополам с карболовой кислотой при меноррагиях у девиц, гонорройном эндометрите и *endometritis dolorosa*. Орлов получил хорошие результаты при гонорройном эндометрите от методических впрыскиваний в матку 1—3% раствора протаргола через 2 дня на 3-й. Рудский, также с успехом, лечил гонорройный эндометрит впрыскиваниями 2—4% раствора протаргола. Одно время гинекологи широко применяли для внутриматочных впрыскиваний при эндометритах крепкие растворы хлористого цинка, но наблюдавшиеся после таких впрыскиваний случаи внезапной смерти больных заставили их отказаться от этого опасного способа.

Соловьев. О введении лек. веществ в полость матки. Кав. 1872.—Лебедев. О лечении гонор. страданий придатков матки и таз. брюшины. Томск. 1895.—Райнес.

О применении хлор. цинка в гинекологии. Вр. 1895.—Грамматикати. Внутриматочные впрыскивания, как способ лечения восп. состояний матки, ее придатков и тазбрюшины. Вр. 1896.—Орлов. К леч. климактер. кровотечений. Вр. 1897.—Потеенко. Алумнол в гинекологии. Ж. А. 1897.—Лебедев. О леч. воспалений придатков матки метод. внутрим. впрыскиваниями. Дисс. СПб. 1898.—Лебедев. Об изменениях воспал. слизи оболочки матки под влиянием метод. внутрим. впрыскиваний. Вр. 1898.—Стризовер. О внутрим. впрыскиваниях при болезнях матки и ее придатков. Ж. А. 1898.—Быховский. Внутрим. впрыскивания по Гр. в неск. случаях страдания ж. п. сферы. Тр. О. Киев. В. V.—Грамматикати. Внутриматочные впрыскивания. 1 изд. Томск. 1898. 2 изд. СПб. 1899.—Грамматикати. Об изменениях яичников под влиянием внутрим. впрыскиваний. Вр. 1898.—Липинский. Лечение заболеваний пол. сферы женщины внутрим. впрыскиваниями. Пр. О. Вр. Мог. г. 1898.—Фукс. К вопросу о внутрим. впрыскиваниях при лечении нек. форм восп. заболеваний матки и ее придатков. Тр. О. Херс. В. 1898—9.—Парышев. Внутрим. впрыскивания при гряз. лечении ж. болезней. Ж. А. 1900.—Каценеленбоген. Киев. А. О. 1900.—Букоемский. К вопросу о внутрим. впрыскиваниях. Арх. Подв. 1901.—Либов. К уч. о внутрим. впрыскиваниях. Вр. 1901.—Лебедев. К вопросу о внутрим. впрыскиваниях. Вр. 1901.—Грамматикати. Систем. внутрим. впрыскивания и пр. Вр. Г. 1902.—Губарев. К вопросу о лечении воспалений придатков матки внутрим. впрыскиваниями. Р. Вр. 1902.—Чернеховский. О неск. сл. восп. заболеваний ж. п. органов. кор. обр. излеченных внутрим. впрыскиваниями по сп. проф. Г. Отч. Р. Вр. 1902.—Захарьевский. К вопросу о значении внутрим. впрыскиваний йода при лечении восп. ж. болезней. Ж. А. 1903.—Либов. К вопросу о нек. совр. конс. способах лечения в гинекологии. Вр. Г. 1903.—Орлов. Лечение протарголом перел. заболеваний слизи оболочки шейки и тела матки. Р. Вр. 1903.—Конаржевский. Неск. слов по вопросу о целесообразности и пригодности внутрим. впрыскиваний смеси, предл. пр. Г. Ж. А. 1904.—Рудский. К вопросу о леч. перел. воспаления сл. оболочки шейки и тела матки препаратами серебра. Р. Вр. 1904.—Владимиров. К вопросу о леч. эндометритов. Вр. Г. 1909.—Миرونюв. К вопросу о лечении мат. кровотечений у девушек и девочек. Ж. А. 1911.—Альбицкий. О внутр. впрыскиваниях. Отч. Вр. Г. 1912.—Георгиевский. Внутрим. впрыскивания при нагноит. процессах в околomat. клетчатке. Там же.—Прейсман. Внутрим. впрыскивания при опухолевидн. изменениях придатков матки. Отч. Вр. Г. 1912.—Прейсман. Внутр. впрыскивания при хрон. заболеваниях матки. СПб. Вр. Г. 1912.

Смазывания стенок полового канала. Кроме перечисленных выше форм жидкие лекарственные вещества могут быть вводимы в половой канал женщины в форме смазываний его стенок. Смазывания стенок рукава и поверхности влагалищной части можно производить просто при помощи ватного шарика, захваченного пинцетом или корнцангом и смоченного в той или другой жидкости. Что же касается смазываний цервикального канала и полости тела матки, то для них приходится прибегать к маточному зонду, конец которого обматывается тонким, ровным слоем гигроскопической ваты, смачивается в лекарстве и вводится в цервикальный канал (resp. в полость маточного тела)—или после предварительного расширения его, или без такового. Вводить зонд надо под контролем зрения, раскрыв влагалище или створчатými, или ложкообразными зеркалами, причем portio vaginalis фиксируется пулевыми щипцами, наложенными на переднюю ее губу. Для того, чтобы вата, которою обмотан конец

зонда, не сбивалась при проведении его через цервикальный канал и особенно через область внутреннего зева, Playfair предложил весьма практичную модель маточного зонда (рис. 165), снабженную на конце винтообразными нарезками. Весьма удобными именно для смазыва-



Рис. 165. Зонды Playfair'a (прямой и изогнутый).

ния стенок маточной полости являются также, по моим наблюдениям, гуттаперчевые зонды Menge (рис. 166). Напротив, зонд Замшина, с пуговкою на конце, оказался для данной цели малоудобным.



Рис. 166. Гуттаперчевый зонд Menge.

Смазывания стенок полового канала применяются обыкновенно при воспалениях выстилающей последней слизистой оболочки, особенно при воспалениях микробного происхождения, чаще всего—при гонорройном. В качестве жидкостей для них берутся обыкновенно крепкие растворы дезинфицирующих и вместе прижигающих слизистую оболочку веществ, напр., *t-ta jodi*, 20% раствор хлористого цинка, 5—20% растворы ляписа, протаргола и др. солей серебра, насыщенный раствор метиленовой синьки, 30—50% растворы формалина, полуторохлористое железо в крепком растворе, растворы молочной кислоты и т. п.

Обращаясь к русской гинекологической литературе, мы встретим здесь целый ряд способов лечения эндометритов, их спутников—эрозий влагалищной части, а также вагинитов при помощи смазываний.

Так, Шлапоберский получил хорошие результаты от смазывания эрозий влагалищной части матки и катаррально измененной маточной мукозы 20% раствором хлористого цинка.

Снегирев, исходя из того факта, что защитные микробы (палочки *Döderlein'a*), являющиеся главными обитателями рукава у здоровых женщин, вырабатывают молочную кислоту, присутствие которой в рукавном секрете и обуславливает кислую реакцию последнего, предложил для смазываний маточной мукозы при эндометритах пользоваться 25—50% растворами *ac. lactici* (2—3 раза в неделю вместе с рукавными спринцеваниями 3% раствором той же кислоты). Произведенные, по его указанию, Илькевичем исследования показали, что такие спринцевания действительно убивают патогенных микробов, встречающихся в рукаве, смазывания же обуславливают некроз поверхностной трети маточной мукозы.

Орлов и Рудский, работы которых были уже цитированы нами выше, кроме впрыскиваний в матку растворов протаргола, ре-

комендуют лечить гонорройный эндометрит и смазываниями маточной мукозы протарговыми растворами—Орлов 5—20%-ным, а Рудский 5—15%; Рудский с успехом употреблял также в подобных случаях смазывания раствором ихтаргана от 0.2% до 3%.

Букоемский горячо советует у женщин, зараженных гонорреей, применять смазывания рукава, цервикального канала и уретры насыщенным (4,45%) водным раствором метиленовой синьки. По его исследованиям, последняя по своему бактерицидному действию на гонококков является настоящим *specificum* против гонорреи. Применять эти смазывания, по Букоемскому, можно и в острой стадии болезни, и это даже лучше, потому что таким образом можно предупредить распространение гонорройного процесса на более глубокие отделы полового канала—*cavum uteri* и трубные каналы. Техника лечения такова: обмыв вульву и рукав раствором формалина 1:2000, врач берет тонкий зонд, обмотанный на конце ватой, опускает его в раствор метиленовой синьки и последовательно смазывает уретру, поверхность р. *vaginalis*, цервикальный канал и рукав, повторяя эти смазывания 3 раза в неделю; при распространении гонорреи на полость тела матки смазываются и ее стенки, без предварительного расширения цервикального канала. Уже после 3-го смазывания, по наблюдениям Букоемского, гнойное отделяемое мукозы сменяется прозрачным, краснота и припухлость проходят, гонококки исчезают. Испробовав в нескольких случаях этот способ при свежей гоноррее, я лично получил вполне удовлетворительные результаты; неприятно при нем только загрязнение краской белья пациентки, рук врача и проч.

Очень недурные результаты при эндометритах пришлось мне наблюдать и от применения способа *Me n g'e*, состоящего в прижигании маточной мукозы 30—50% раствором формалина, в котором смачивается конец гуттаперчевого зонда, обмотанный на протяжении около 8 сант. ватой; зонд этот вводится в полость матки и оставляется на несколько секунд, после чего заменяется другим; затем боковая матка оставляется в покое 3-4 дня, после чего прижигания в указанной форме повторяются еще 1—3 раза, каждый раз с 3- или 4-дневным промежутком времени.

В общем, однако, я редко пользуюсь смазываниями для лечения эндометритов, так как они оказывают лишь местное действие на слизистую оболочку матки, не влияя на яичники; между тем в практике эндометрит встречается в сочетании с сальпинго-оофоритом, да и сам нередко имеет оофорогенное происхождение; в таких случаях осложненного эндометрита гораздо более показанным является лечение внутриматочными впрыскиваниями по Грамматикати. лечебный эффект которых, не ограничиваясь одной маткой, распространяется и на яичники.

Соколов. Практ. замечания отл. лечения бленнорей у женщины. Пр. О. Р. Вр. 1859—60.—Мансуров. О прижиганиях полости матки. М. М. Г. 1861.—Мансуров. Вяжущие и едкие средства при болезнях матки. М. В. 1863.—Шлапоберский. К вопр. о гигиен. употреблении хл. цинка. Вр. 1897.—Зобестинский. К технике внутрим. прижиганий. Пр. Кавк. М. О. 1897—8.—Замшин. Видоизм. зонд *Playfair's*. Вр. 1899.—Илькевич. О применении мол. кислоты при заболеваниях матки и влагалища. Дисс. М. 1902.—Букоемский. О лечении гонорреи у женщин метил. синькой. Р. Вр. 1906.—Ненадович. К леч. эндометритов формалин-глицерином и пр. П. С. Р. А.

Введение лекарственных веществ в женский половой канал в твердом виде. Лекарственные вещества могут быть вводимы в раз-

личные стделы женского полового канала не только в жидком, но и в твердом виде, в разных формах. В частности, что касается более узких отделов этого канала, особенно канала шейки, то лекарственные вещества могут быть вводимы туда в форме палочек (*bacilli*), которые под влиянием отчасти t^0 , отчасти жидкого отделимого цервикальной мукозы после введения плавятся, причем содержащиеся в них лекарственные вещества оказывает местное действие на слизистую. В качестве *constituens* для них употребляются *gummi arabicum*, *gummi tragacantha*, молочный сахар и пр., иногда в смеси с глицерином, яичным белком, какаовым маслом etc., в качестве действующего средства—коллоидальное серебро, серебряные соли (напр., ляпис, протаргол и пр.), иодоформ, хлористый цинк (известные палочки *Dumontpallier* состоят, напр., из смеси муки и хлористого цинка или в равных частях, или в пропорции 2:1) и т. д. В цервикальный канал палочки вводятся или просто при помощи корнцанга, которым врач захватывает за конец палочки, проталкивает ее, через створчатое зеркало, в наружный зев и укрепляет в таком положении при помощи прижатого к последнему ватного тампона, или при помощи особого прибора, состоящего из металлической гильзы, которая вводится в цервикальный канал, и из которой палочка выталкивается посредством поршня.

Некоторые гинекологи при помощи такого же прибора вводят в цервикальный канал и полость тела матки и жидкие лекарственные вещества, пропитывая ими кусочки ваты, укрепленные на конце поршня.

Львов в одном из лучших способов лечения цервикального катарра считал введение в канал шейки палочек из сплава сернистого цинка с квасцами.

В форме палочек удобно вводить различные лекарственные вещества и в женскую уретру.

Довольно удобною формою введения лекарственных веществ в цервикальный канал и полость тела матки, а также уретру, являются еще т. наз. антрофоры, состоящие из тонкой латунной проволоки, на которую наплавлен слой желатины, содержащей те или другие лекарственные вещества. Если предварительно опустить антрофор в теплую воду, то наружная поверхность его, вследствие расплавления желатины, делается скользкою, и антрофор легко вводится даже и в узкий ход, где и оставляется; остальные слои желатины при этом, под влиянием t^0 тела, плавятся, и содержащееся в них лекарственное вещество действует на больную мукозу.

Я особенно охотно применяю этот способ при заболеваниях женской уретры, причем употребляю антрофоры с ихтиолом (3—10%), кокаином (2—5%), *argentum colloidalе* (2%) и т. п.

Можно вводить даже в цервикальный канал и полость тела матки твердые лекарственные вещества и в порошкообразном виде, пользуясь для этого инсуфляторами (вдувателями), состоящими из

резинового баллона и длинного наконечника (рис. 167); однако этот способ представляет такие опасности, которые далеко не искупают его выгодных сторон,—струей воздуха, поступающей в матку при инсуфляции, можно вогнать в каналы труб и даже в брюшину жидкое содержимое маточной полости, которое может оказаться инфицированным, почему его поступление в состоянии повести к сальпингиту и даже перитониту.

Напротив, инсуфляция порошкообразных веществ в рукав является совершенно безопасною, почему некоторые гинекологи (у нас, напр.,



Рис. 167. Инсуфлятор.

Шпиндлер) и рекомендуют, при катарах матки и рукава, применять ее взамен спринцеваний, вдвая ксероформ, дерматол и т. п. дезин-

фицирующие вещества. Впрочем в рукав порошкообразные лекарственные вещества можно вводить и без помощи инсуфляторов, захватив порошок ложечкой или шпателью и присыпая им стенку рукава, а также поверхность влагалищной части,—разумеется, через рукавное зеркало.

Мацон в свое время рекомендовал для таких присыпаний, при кольпитах, порошок квасцов, а Са мой л о в—порошок ксеразы, смеси из пивных дрожжей, виноградного сахара, белой глины и питательных солей (действующее начало этой смеси—дрожжи, клетки которых, размножаясь в рукаве, благодаря наличности в ксеразе сахара и солей, вытесняют находящиеся здесь патогенных микробов, напр., гонококков).

Благодаря значительной ширине влагалищного просвета, твердые лекарственные вещества удобно вводить в рукав не только в виде порошков, но и в виде более или менее об'емистых кусочков, а также шариков (*globuli vaginales*). В виде кусочков различной величины и формы вводится, напр., в рукав кальций-карбид, о применении которого при раках маточной шейки будет речь ниже. Что касается шариков, то чаще всего в гинекологической практике употребляются шарики с ихтиолом (*Rp. Ammonii s. patrii sulfo-ichthyolici 0,2, extr. opii 0,015, butyri cacao 2,0, m. f. globuli vaginales*), применяемые у тех больных с воспалительными процессами в половой сфере, у которых почему-либо нельзя применять тампонов с ихтиол-глицерином; вместо ихтиола в состав шариков могут входить, в такой же дозе, *thigenol*, *thiol* и пр.

Какаовое масло входит, в качестве *constituens*, и в шарики, обычно употребляемые для предохранения женщин от зачатия, о которых уже говорилось выше. Кроме того гинекологами иногда назначаются *globuli vaginales*, состоящие из желатины с каким-либо лекарственным веществом; я, напр., нередко назначаю против кровотечений

у больных с запущенными раками шейки желатинные шарики с 10% или 20% содержанием ферропирина (соединение антипирина с полуторохлористым железом, обладающее свойствами обоих этих веществ и в частности—способностью свертывать кровь).

Говоря о введении в женский половой канал твердых лекарственных веществ, упомянем кстати о практиковавшемся некоторыми гинекологами введении в рукав кусочков льда. По Снегиреву это—довольно действенное средство против маточных кровотечений; к сожалению, применение его сопровождается обычно появлением нестерпимых ломящих болей.

Якимович. О вдувании в полость матки порошкообразных тел. Пр. О. Киев. В 1871—2.—Мазон. Употребление квасцов *in substantia* при леч. хрон. катарров слиз. оболочки влагалища. Там же. 1873—4.—Львов. Сравн. наблюдения над лечением катара шейки матки. М. Об. 1886.—Недородов. Новый катетер-инсуфлятор и пр. М. Об. 1895.—Самойлов. Xerase в гинекологии. Тер. Об. 1910.—Шпидлер. К вопр. о сухом лечении влагалища и влаг. части. Нов. М. 1911.—Мусатов. О лечении хрон. эндометрита. Отч. Вр. Г. 1913.

Вапоризация. Кроме жидкого и твердого состояния, были попытки вводить, с лечебными целями, различные вещества в половой канал женщины и в газообразном (гесп. парообразном) состоянии. Так, одно время гинекологами применялось при дисменоррее, воспалительных процессах в половой сфере, сопровождавшихся сильною болезненностью, и пр. введение в половой канал паров хлороформа; некоторыми авторами рекомендовалось, при эндометритах, вдувание в матку паров брома и т. п.; но все эти попытки, по понятным причинам, не имели успеха. Более прочное место в гинекологической практике сохранило предложенное в 1888 году Снегиревым введение в полость матки водяного пара или вапоризация.

Сам автор этого способа рекомендовал, при вапоризации, применять пар не ниже 100° R, для получения которого им был сконструирован прибор типа автоклава, могущий в 5 минут дать пар от 100° до 110° R. под давлением от 2 до 4 атмосфер (рис. 168). Выработываемый аппаратом пар отводится по толстостенной трубке из прочной прорезиненной ткани. В матку он поступает через особый наконечник, состоящий из металлического катетера с деревянной рукояткой и несколькими мелкими отверстиями на конце, внутри которого проходит приводящая пар трубка.

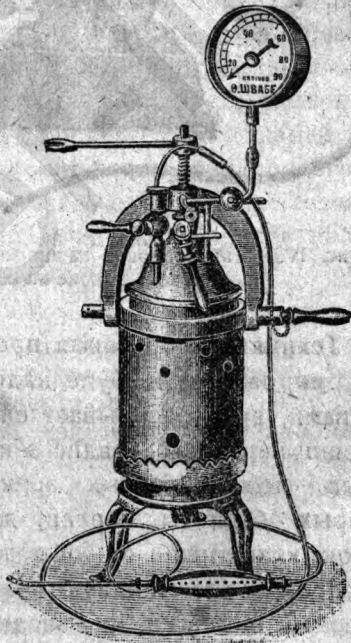


Рис. 168. Вапоризатор Снегирева.

Кроме этого прибора, vaporизация может быть производима при помощи текучепаровых аппаратов; довольно удобная модель такого vaporизатора, работающего керосином, принадлежит Ш в а б е (рис. 169).

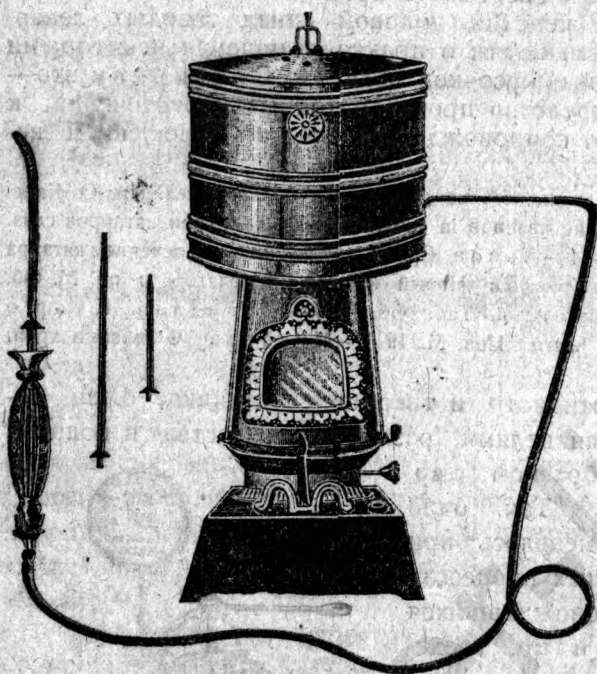


Рис. 169. Текучепаровой vaporизатор Ш в а б е с отводной трубкой, наконечником и лампою.

Я в последние годы произвожу обыкновенно vaporизацию при помощи весьма портативного и удобного прибора, сконструированного Pincus'ом (рис. 170). Как и все другие vaporизаторы, он состоит из небольшого котелка для воды (пара), снабженного термометром и предохранительным клапаном и нагреваемого спиртовой лампой. Образовавшийся в котелке пар идет по резиновой трубке и выходит через снабженный краном наконечник, к которому приделана, кроме приводящей, отводящая трубка для оттока конденсационной воды.

Техника vaporизации проста: взяв больную на край стола, захлопформировав ее и, буде надо, расширив цервикальный канал дилататорами, врач раскрывает ей рукав при помощи переднего, заднего и двух боковых ложкообразных зеркал, ложки которых обернуты марлей, для защиты стенок влагалища от ожогов; затем, фиксировав влагалищную часть двумя пулевыми щипцами, он вводит в матку наконечник и открывает кран приводящей пар трубки; одновременно с этим один из ассистентов пускает в раскрытый рукав струю холодной воды, каковое орошение и продолжается во все время vaporизации. Главною задачею производящего последнюю врача является—добиться того, чтобы пар равномерно обварил внутреннюю поверхность матки и, всем протяжении этого органа, т. е. как цервикальный канал, так и

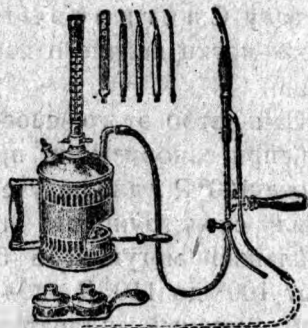


Рис. 170. Vaporизатор Pincus'a.

полость тела матки; чтобы достигнуть этого, надо во все время вапоризации передвигать наконечник, то вводя его глубже в матку, то несколько выводя по направлению к наружному зеву.

Хотя само по себе ошпаривание полости матки безболезненно, тем не менее я почти всегда произвожу вапоризацию под наркозом, — дело в том, что в большинстве случаев перед нею приходится расширять цервикальный канал бужами, а это расширение бывает сопряжено с значительною болезненностью.

Эффект вапоризации находится в зависимости, кроме t^0 пара и отчасти анатомических особенностей матки, еще—и, конечно, главным образом—от продолжительности ошпаривания. Наблюдения показывают, что при вапоризации, длящейся от 20 до 30 сек., ошпариваются лишь поверхностные слои маточной мукозы (по Снегиреву—приблизительно на $\frac{1}{3}$ ее толщины); если, далее, вапоризация продолжается от 40 до 50 сек., то слизистая оболочка матки сваривается на половину ее толщи; наконец, при вапоризации, длящейся до 2 мин., действие ошпаривания распространяется на всю толщу слизистой матки вплоть до миометрия.

Ошпаренные ткани маточной мукозы, разумеется, омертвевают и затем отторгаются или мелкими кусочками, или, иногда, целыми лоскутами. По наблюдениям Снегирева, в тех случаях, где была ошпарена лишь $\frac{1}{3}$ слизистой, процесс отторжения ее мертвых тканей начинается с 6-го дня после вапоризации и заканчивается к концу 8-го или 9-го дня, при обваривании мукозы на половину ее толщины—ошпаренные ткани отторгаются к концу 12-го или 14-го дня, а при сваривании всей мукозы процесс этот заканчивается лишь к концу от 14-до 20-дневного срока.

Как я убедился, иногда отторжение ошпаренной мукозы сопровождается кровотечениями, обыкновенно, однако, небольшими. Иногда, далее, омертвевшие ткани слизистой подвергаются гнилостному разложению, причем у больных наблюдаются некоторые признаки общей путридной интоксикации (лихорадочная t^0) и сильно вонючие выделения из матки. В подобных случаях полезно прибегать к внутриматочным промываниям.

Дальнейшая судьба подвергшихся вапоризации больных является различною в зависимости оттого, ошпарены у них лишь поверхностные слои маточной мукозы, или вся толща последней. В случаях первого рода после отторжения омертвевших тканей затем происходит регенерация слизистой из сохранившихся, более глубоких слоев, каковая регенерация, по Новикову, заканчивается уже через 2—3 недели после вапоризации. При полном же ошпаривании мукозы во всю ее толщу, после отторжения ее внутренняя поверхность маточных стенок оказывается покрытою грануляционной тканью; затем передняя стенка срастается с задней, грануляционная ткань постепенно превращается в рубцовую, и полость матки прочно облитерируется. Разумеется, в

случаях первого рода с регенерацией мукозы возобновляются, у женщин с функционирующими яичниками, и menses, в случаях же второго рода матка навсегда утрачивает свои обычные функции.

К сожалению, нередко случается, что, как-бы ни заботился врач, при производстве вапоризации, о равномерном ошпаривании слизистой на всем протяжении матки,—эффект вапоризации оказывается неодинаковым: в более узких частях, т. е. в цервикальном канале, особенно же в области внутреннего зева, мукоза (конечно, после 2-минутного применения пара) сваривается во всю свою толщу, в полости же маточного тела некоторые ее участки могут свариться неполно; в дальнейшем цервикальный канал в подобных случаях облитерируется, уцелевшие же участки слизистой *corporis uteri* регенерируются, и, если женщина еще не достигла климактерического возраста, начинают отделять менструальную кровь, которая, скопясь выше места атрезии, ведет к образованию гэматометры (с гэматосальпинксами или безтаковых), а если у женщины яичники уже не функционируют,—уцелевшие участки мукозы отделяют лишь слизь, скопление которой ведет к развитию гидрометры.

Из сказанного выше ясно, что $\frac{1}{2}$ -минутная вапоризация действует, как выскабливание матки, 2-минутная же может до известной степени заменить собою экстирпацию последней. Этим определяются и показания к ней. Снегирев, отмечая кровоостанавливающий, дезинфицирующий, дезодорирующий и анестезирующий эффект ошпаривания, находит, что оно является полезным и верным средством при следующих страданиях матки: 1) при климактерических кровотечениях, 2) при старческом эндометрите, 3) при эндометритах гиперпластическом, гонорройном и пуэрперальном (включая сюда и *endometritis post abortum*), 4) при дисменоррее, 5) при миомах. Кроме того Феноменов видит в вапоризации хорошее средство привести матку в асептическое состояние пред ее удалением *per vaginam* или *per abdomen*, а другие авторы—полезное паллиативное средство при запущенных, недоступных уже радикальной операции раках маточной полости, где вапоризация уничтожает запах, кровотечения и отчасти облегчает боли. Наконец, нужно упомянуть о 2-минутной вапоризации, как о профилактическом средстве против развития рака матки.

Будучи применяемо *lege artis*, ошпаривание является, по Снегиреву, способом совершенно безопасным: применив его в 400—500 случаях, он ни разу не наблюдал после него никаких неблагоприятных последствий или осложнений, хотя применял его и при подвижных матках, и при неподвижных, и при наличности в придатках воспалительных процессов, и при новообразованиях в них.

Мой опыт, равно как и опыт некоторых других авторов, заставляет, однако, думать, что это не совсем так,—что выпаривание матки представляет собою операцию довольно серьезную и не всегда безопасную. Выше я уже упомянул о возможности развития после него гэматометры, гэматосальпинксов и гидрометры. Кроме того во время

самой вапоризации можно наконечником вапоризатора перфорировать матку, причем пар, конечно, попадает в брюшную полость и причиняет смертельные повреждения кишечных стенок. У Снегирева сообщается об одном таком случае, опубликованном Treub'ом, в Амстердаме, а мне лично пришлось наблюдать другой аналогичный случай. Особенно осторожным следует быть с вапоризацией у глубоких старух с атрофированными, тонкостенными матками, а также у женщин с пороками развития матки (в том случае, о котором я сейчас упомянул, имела место именно раздвоенная матка). Легко может произойти перфорация и в тех случаях, где стенки подвергающейся вапоризации матки глубоко раз'едены раковым процессом.

Говоря о перфорациях матки при выпаривании, упомяну кстати еще об одном, наблюдавшемся мною, загадочном случае смерти вскоре после вапоризации, где, при вскрытии, матка была найдена совершенно целой, и трубы—выглядевшими вполне нормально, а между тем стенки тонких кишек в нескольких местах оказались омертвевшими, и сосуды брыжжейки—сплошь затромбированными.

Большой осторожности требует, далее, применение вапоризации при фибромиомах матки, особенно таких, которые лежат близко к маточной мукозе: последствием выпаривания здесь легко может быть омертвение не только этой последней, но и самих опухолей, с последующим гнилостным их распадением и общим сепсисом.

Наконец, я вполне присоединяюсь к тем авторам, которые предостерегают против применения вапоризации у больных с воспалительными опухолями придатков, особенно гнойными. Еще недавно я наблюдал случай, где после вапоризации у одной такой больной развился гнойный тазовый перитонит, потребовавший длительного клинического лечения.

Оленин. Пар, как кровоостанавливающее средство в гинек. практике. Пр. Тамб. М. О. 1895.—Кан. Терап. применение пара при эндометритах после родов. Пр. Вил. М. О. 1896.—Снегирев. О применении пара. XII Межд. С. Вр. Отч. Ж. А. 1897.—Козленко. К вопр. о применении пара при страдании ж. пол. органов. Дисс. М. 1901.—Новиков. О вапоризации. Ж. А. 1902.—Козленко. Совр. состояние вопроса о применении пара в гинекологии и хирургии. Р. Вр. 1903.

Сухой душ. При обыкновенной вапоризации—*atmckauisis*, по терминологии Pincus'a,—пар, вводимый в женский половой канал, непосредственно действует на стенки последнего прижигающим образом. Наряду с этой формой вапоризации, предложенной Снегиревым, Pincus'ом была предложена другая, при которой термическое действие на стенки матки производится не непосредственно паром, а нагретыми стенками проводящего пар катетера,—т. наз. *zestokauisis*. Еще ранее Pincus'a, однако, такой способ термического воздействия на женскую половую сферу был использован Heitzmann'ом, Kisch'em и др. гинекологами,—только эти авторы пользовались не паром, а горячею (или холодною) водой, заставляя ее циркулировать

в замкнутых полых приборах, введенных в половой канал женщины, именно, в рукав. Способ этот получил в гинекологии название „сухого влагалищного душа“.

Конструкция приборов для сухого влагалищного душа очень проста,—прибор Kisch'a, напр., представляет собою (рис. 171) металлическую трубку или небольшую цилиндрическую коробку, один конец которой закрыт наглухо, а другой снабжен двумя тонкими, короткими трубочками: одна из них соединена с резервуаром, содержащим воду той или другой t^0 , и служит для притока последней, другая же, на которую также надета резиновая трубка, но опущенная в таз, предназначена для оттока. Металлическая коробка вводится в рукав больной,—находящейся, конечно, как и при постоянном орошении, в лежащем положении на кровати,—и вода из резервуара пускается в нее по приводящей трубке, оттекая по отводящей. Циркулируя та-



Рис. 171. Прибор Kisch'a для сухого влагалищного душа.

ким образом, горячая вода отдает свое тепло, через стенки металлической коробки, тканям полового канала, чем и обуславливается известной терапевтический эффект. Петров, изучивший у нас действие сухого душа у гинекологических больных, нашел, что, при t^0 в 40^0 R.

и при ежедневном применении его в течении $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ часов, он быстро проявляет значительное резорбирующее влияние, почему и может быть с успехом применяем особенно при таких страданиях женской половой сферы, при которых имеются воспалительные выпоты в малом тазу.

Значительно позже Петрова способ этот был у нас изучен Мансветовым, который несколько изменил аппарат Heitzmanp'a-Kisch'a, заменив металлическую коробку кольпейринтером из тонкой резины, снабженным приводящею и отводящею резиновыми трубками; кроме того, этот автор употреблял резервуар для горячей воды, снабженный терморегулятором. Воду Мансветов брал в 40 — 50^0 C., скорость ее истечения была около $\frac{1}{2}$ -ведра в час, а продолжительность каждого сеанса лечения колебалась от 1 до 2 часов, причем сеансы повторялись ежедневно или через день. При такой постановке дела Мансветов мог констатировать, что сухой душ устраняет боли, имеющие обычно место при воспалительных заболеваниях матки, ее придатков, тазовой брюшины и клетчатки, регулирует menses, обуславливает безболезненное рассасывание воспалительных продуктов и резко повышает выделения из матки.

Чтобы иметь возможность подействовать сухим горячим душем непосредственно на внутреннюю поверхность маточных стенок, Хоменко устроил для этой цели особый прибор из катетера с двой-

ным током, на который надет резиновый баллон с диаметром около $2\frac{1}{2}$ сант. Катетер этот вводился им в полость матки, причем один из каналов его соединялся с резервуаром для горячей воды, а другой—с отводной трубкой. Т° душей колебалась у этого автора от 70 до 85° С., продолжительность каждого сеанса—от $\frac{1}{2}$ до $1\frac{1}{2}$ часов, промежутки между сеансами равнялись 2—8 дням, а общее число сеансов было от 1 до 16. Как и в приборе Мансветова, скорость циркуляции воды у Хоменко определялась $\frac{1}{2}$ -ведром в час. Испытав этот способ лечения у нескольких гинекологических больных, названный автор нашел, что бывшие у больных кровотечения под влиянием душей во всех случаях без исключения исчезли, боли и бели—также, из 4 случаев аменорреи в одном появились регулы, неблагоприятных последствий не наблюдалось никаких. Матка, как подметил Хоменко, при этом лечении становилась сначала болезненной, увеличенной в объеме, тестоватой наощупь, потом уменьшалась, делалась плотною и безболезненною; мукоза ее сначала с поверхности разрушалась, потом регенерировалась; микробы убивались; воспалительные опухоли придатков быстро уменьшались и, наконец, совершенно исчезали. Основываясь на своих наблюдениях, Хоменко думает, что сухой внутриматочный горячий душ является показанным: 1) при доброкачественных заболеваниях слизистой оболочки матки, где является желательным удалить патологическую мукозу, 2) при аменоррее, зависящей от местных причин, 3) при порочной инволюции матки после родов и выкидышей, 4) при воспалительных заболеваниях матки, ее придатков и околоматочной клетчатки, 5) при бесплодии на почве местных причин.

Особую форму сухого душа представляет та, при которой в половые пути женщины,—в частности в рукав,—вводится нагретый воздух. Дубинчик, испробовав такой горячевоздушный душ у 39 гинекологических больных, убедился, что стенки полового канала переносят его гораздо лучше, чем водяной душ, а именно, горячий воздух даже при 100° С. не производит ожогов рукавной мукозы. Вследствие этого и лечебный эффект воздушного душа, по Дубинчику, оказывается значительно более эффективным, чем водяного душа,—при его применении выпоты в малом тазу быстро рассасываются, сращения растягиваются, боли исчезают. К сожалению, этот метод лечения требует особого, довольно сложного аппарата, изобретенного Нанном и состоящего из приводимого в действие электромотором вентилятора, который гонит воздух через нагреваемую электричеством камеру, где воздух может достигать t° 125° С. Самим Дубинчиком для этого способа лечения женских болезней придумано особое рукавное зеркало с двойными стенками. Прекрасные результаты от применения сухого горячевоздушного душа в гинекологии получил и Нурик.

Петров. Об употреблении в гинекологии „сухого“ рукавного душа помощью аппарата Heitzmann'a. Еж. Кл. Г. 1885.—Мансветов. Сухой горячий влаг. душ и применение его в гин. терапии. Дисс. СПб. 1900. Предв. сообщ. Вр. 1900.—Хоменко. Сухой внутримат. горячий душ и его применения. Дисс. СПб. 1906.—Дубинчик. К вопросу лечения горячевозд. душем в гин. практике. Вр. Г. 1911.—Нурик. О применении сухого горячевозд. душа в гинекологии. Р. Вр. 1911.—Дубинчик. Новое влаг. зеркало для лечения горячевозд. душем в гинекологии и пр. Вр. Г. 1912.

Прижигания. Уже применяя некоторые из разобранных выше методов, гинекологи стремятся использовать прижигающее (resp. разрушающее ткани) действие различных агентов—или химических (при смазываниях, внутриматочных впрыскиваниях и пр.), или термических (при вапоризации, иногда—при горячем сухом душе). Но при всех этих способах прижигающее действие упомянутых агентов является ограниченным, более или менее поверхностным. Между тем иногда,—напр., при раках маточной шейки,—гинекологу нужно бывает выжечь ткани на значительную глубину. В подобных случаях приходится прибегать к более энергичным прижигающим средствам—опять-таки или химическим, или термическим.

Из средств первой категории упомяну прежде всего о бrome, который обыкновенно употребляется в 10—20% спиртовом растворе. Раскрыв влагалище больной ложкообразными зеркалами, врач берет длинным пинцетом кусок гигроскопической ваты, свернутый в той или иной форме соответственно форме раковой поверхности (т. е. в форме шарика с грецкий орех величиною, в форме лепешки или в форме конуса), пропитывает его раствором брома и вводит в раковую язву (resp. кладет на ее поверхность), после чего тотчас же выполняет верхний отдел рукава ватными шариками, смоченными в растворе соды и отжатыми,—для того, чтобы стекающий избыток брома не повредил стенок влагалища. По окончании этой процедуры больная оставляется в покое на несколько часов (до суток), затем снова берется на стол, ватные шарики из рукава удаляются, и рукав про-спринцовывается, причем вместе с спринцеванием отходят куски омертвевшей опухоли.

Применяя этот способ, надо иметь в виду, что бром—чрезвычайно сильное прижигающее средство. Мне известен случай, где после энергичного прижигания этим веществом у больной с запущенным раком шейки получились свищи—пузырно-рукавный и прямокишечно-рукавный; но за то результатом прижигания было радикальное излечение больной от рака.

Гораздо более безопасным, хотя также очень действительным, средством является прижигание углекальцием или кальций-карбидом,—тем веществом, которое так хорошо знакомо всякому велосипедисту, будучи источником света в велосипедных лампочках. Вещество это в соединении с водою разлагается, давая с одной стороны едкую

известь, с другой—ацетилен. Как та, так и другой оказывают существенное влияние на раковые опухоли: известь разрушает ткани последних, ацетилен же, по видимому, действует дезодорирующим, кровоостанавливающим и обезболивающим образом, почему углекальций, как я убедился, и может быть с успехом применяем как при неоперабельных раках матки, так и при доступных оперативному вмешательству—в видах подготовки опухоли к операции.

Техника применения углекальция такова: раскрыв рукав больной зеркалами, врач по возможности очищает раковую поверхность от крови, распада и пр. ватными шариками, затем совершенно сухим линцетом берет из склянки (во избежание быстрого разложения углекальций должен храниться в склянках с притертыми пробками, в виде кусочков различной величины и формы) подходящий кусок этого вещества и прикладывает его к раковой поверхности или вводит в раковую язву. Обыкновенно, едва кальций-карбид придет в соприкосновение с раковой поверхностью,—около него тотчас появляются пузырьки ацетилена; фиксируя кусочек на избранном месте при помощи тампона (лучше употреблять для этого т. наз. тампон платочком, т. е. квадратный кусок марли, набитый внутри ватными шариками), врач оставляет его на сутки, по истечении которых вновь берет больную на стол, извлекает тампон и промывает рукав больной, причем обычно отходит значительное количество отпавших кусков опухоли вместе с инкрустированными в них кусочками извести. Если нужно, применение кальций-карбида повторяется через тот или иной промежуток времени. В результате этого лечения раковая поверхность очищается, становится гладкою и перестает кровоточить, зловонные боли проходят, а иногда исчезают и боли. Конечно, такой эффект бывает лишь временным, потом присущие раку припадки возобновляются, и выступает нужда в новых прижиганиях углекальцем.

Из едких химических веществ для глубоких прижиганий старыми гинекологами применялись также: едкое кали (*kali causticum*)—в чистом виде или в смеси с едкой известью (т. наз. „венское тесто“), хлористый цинк (в смеси с пшеничною мукою и небольшим количеством воды) и пр.

Среди наиболее энергичных прижигающих средств термического характера, употребляемых в гинекологической практике, упомянем еще о термокаутеризации аппаратом Раquélip'a и о каленом железе. Хотя в современной хирургической практике это последнее и вытеснено первым из названных способов, однако некоторые из современных гинекологов (Столыпинский, Губарев) не без основания считают его более пригодным для выжигания, напр., раковых масс при раке маточной шейки, чем Раquélip'изацию. Лучше всего для этой цели употреблять прижигатели с оливообразным или круглым наконечником. Прижигатели эти, в количестве нескольких штук, накаливаются до белокалийного жара (по Флоринскому, а по Губареву—лишь до красного

каления) на обыкновенной жаровне с угольями (лучше—раздуваемыми мехом) или на бензиновой паяльной лампе. Когда они будут готовы, врач раскрывает рукав больной при помощи или деревянных зеркал, или обыкновенных металлических ложкообразных зеркал, обернутых кусками смоченной в холодной воде марли, берет один из прижигателей и выжигает раковую опухоль; когда конец прижигателя охладится, берется другой прижигатель, а первый вновь накаливается и т. д. В виду незначительной болезненности описанной процедуры производить ее можно, по Флоринскому, без всякого наркоза,—как, впрочем, и прижигания раковых масс едкими химическими веществами.

Архангельский. О каустич. средствах, употребляемых при лечении нек. болезней. Дисс. СПб. 1862.—Шевелева. О лечении рака мат. шейки раствором брома. В.-М. Ж. 1878.—Столыпинский. Каленое железо в гинекологии. Ж. А. 1891.—Груздев. К вопр. о применении углекальция в гинек. практике. Ежен. 1899.

Тампонация. До сих пор мы рассматривали такие методы неоперативной терапии женских болезней, в основе которых лежит, главным образом, термическое действие различных агентов непосредственно на половые части женщины и отчасти—лекарственное, в гораздо меньшей степени—механическое. Переходя теперь к методам, которые могут быть названы, наоборот, механотерапевтическими по преимуществу, остановимся прежде всего на том из них, который имеет наибольшее применение в обыденной практике врача-гинеколога,—на тампонацию рукава и матки.

У гинекологических больных применяются различные виды тампонов. Чаще всего здесь употребляются тампоны в виде шариков из гигроскопической ваты, от грецкого ореха до детского кулачка и более величиною, перевязанные крест-на-крест прочною ниткой с длинными концами. Такие тампоны обсыпаются тем или иным лекарственным веществом, приведенным предварительно в порошкообразное состояние, или смачиваются в жидком растворе лекарственного вещества и вводятся в верхний отдел рукава или самими больными, или, лучше, другим лицом, через влагалищное зеркало. В рукаве они остаются несколько часов, после чего удаляются самими больными, за концы нитки, выступающие из половой щели. Чаще всего они вводятся на ночь, с вечера до утра, но иногда,—напр. при опущениях матки,—их выгоднее бывает вводить на дневное время, с утра до наступления ночи.

Уже в этой форме влагалищной тампонации присущ известный механотерапевтический эффект,—ватный тампон поддерживает матку с ее придатками, доставляя этим органам столь важный для них, особенно при воспалительных заболеваниях, покой, а также производит известное давление на стенки рукава, устраняя тем венозный застой и отеки в них. Главною целью такой тампонации является, однако, введение в половой канал женщины различных лекарственных веществ

на гораздо более продолжительное время, чем это бывает, напр., при спринцеваниях.

Из таких веществ особенно часто применяется современными гинекологами ихтиол. Ихтиол или, точнее, *ammonium sulfo-ichthyolicum*,— получивший свое название (от греческого *ichthys*—рыба) оттого, что он добывается путем сухой перегонки битуминозных сланцев, содержащих в себе остатки рыб первобытного моря,—представляет собою растворимую в воде красно-бурую жидкость, содержащую до 10% серы. Для смачивания ватных тампонов я обыкновенно употребляю 10% раствор ихтиола в глицерине, с примесью некоторого количества опия (Rp. *Ammonii sulfo-ichthyolici* 10,0, *t-rae opii simpl.* 3,0, *glycerini* 100,0). Как установлено точными наблюдениями, ихтиол представляет собою, несомненно, дезинфецирующее, бактерицидное вещество и притом,— что для гинеколога крайне важно,—особенно сильно действующее, по видимому, на гонококков; кроме того, ему присущи резорбирующие и обезболивающие свойства. В виду всего этого применение тампонов с ихтиолом дает весьма благотворные результаты у женщин с хроническими воспалительными процессами в половой сфере, составляющих, как уже было сказано нераз выше, главный контингент гинекологических больных.

В острых стадиях воспалительных процессов, особенно у женщин не рожавших, с узким рукавом, ватные тампоны с ихтиолом не переносятся больными, так как механически оказывают слишком сильное раздражающее действие на стенки полового канала, а некоторые больные, как я убедился, не могут выучиться вставлять себе такого рода тампоны; в подобных случаях ватные тампоны с ихтиол-глицерином могут быть заменяемы шариками, содержащими ихтиол (Rp. *Ichthyoli* 0,2, *extr. opii* 0,015, *butyri cacao* 2,0, *M. f. globuli vaginales*).

Почти такими же свойствами, как ихтиол, т. е. *ammonium sulfo-ichthyolicum*, обладает *sodium sulfo-ichthyolicum*, глицериновый раствор которого и употребляется для смачивания ватных тампонов наравне с раствором первого из названных веществ.

Некоторые гинекологи предпочитают ихтиолу тигенол (*thigenol*)—натронную соль сульфокислоты, столь же богатую серою, как и ихтиол, но лишенную запаха и более дешевую, чем последний, а другие—тиол (*ammonium thiolicum*). Оба эти вещества обладают приблизительно такими же лечебными свойствами, как и ихтиол, применяются поэтому там же, где и он, и в таких же растворах.

Для смачивания ватных тампонов употребляются также глицериновые растворы и эмульсии созоидоловых солей (*sozoidolum*—диодпарафенол-сульфоновая кислота, содержащая около 42% иода), иодоформа (Rp. *Jodoformii* 4,0, *ac. carbolic* conc. 1,0, *glycerini* 75,0; Толочинов), иода с иодистым калием (Rp. *T-rae jodi* 4,0, *kalii jodati* 4,0, *ac. carbolic* 1,0, *aq. destillatae* 15,0, *glycerini* 75,0; Толочинов), таннина (Rp. *Tannini* 10,0, *t-rae opii simpl.* 3,0, *glycerini* 100,0);

и пр. Подобно ихтиолу все перечисленные вещества, в случае нужды, могут быть вводимы и в шариках (*globuli vaginales*) из 2,0 butyri casea или из смеси 3 ч. глицерина, 3 ч. воды и 1 ч. желатины (Толочинов).

Вместо смачивания ватных тампонов глицериновыми растворами (resp. эмульсиями) различных лекарственных веществ некоторые гинекологи считают более рациональным смазывать их мазями из вазелина с примесью тех же самых веществ. Наконец, ватные тампоны— или в сухом виде, или смазанные вазелином—можно предварительно посыпать различными порошкообразными веществами и в этом виде вводить в рукав. Я, напр., при раках шейки, для остановки кровотечений, охотно применяю ватные тампоны, посыпанные ферропирином; Тубарев для лечения эрозий влагалищной части рекомендует прикладывать к ним тампоны из ваты, смазанные вазелином и посыпанные марганцевокислым калием в порошке, и т. д.

Вторую форму тампонации полового канала представляет собою применение т. наз. тампонов платочком. Как уже было упомянуто выше, эта форма тампонации производится следующим образом: взяв больную на край стола, врач раскрывает у ней рукав ложкообразными зеркалами, затем вводит в него кусок стерильной марли с дамский носовой платок величиною и туго набивает его шариками из гигроскопической ваты. В этой форме тампонация применяется почти исключительно, как средство, действующее чисто-механически,—она употребляется, напр., для того, чтобы остановить кровотечение из матки при выкидышах, раках этого органа и т. п.,—для того, чтобы произвести длительное давление на вывороченную матку и таким путем вызвать ее вправление и т. д.

Третья форма тампонации женского полового канала, применяемая в практике,—это тампонация полосой марли. Для нее употребляются марлевые полосы в 2, 3, 4 и даже более пальцев шириною, из стерильной или иодоформированной, ксероформированной и пр. марли, причем стерильная марля берется или сухой, или предварительно смоченною в растворе какого-либо лекарственного вещества (напр., в иодной настойке, растворе полуторохлористого железа, скипидаре — по Линевичу и т. п.). Полосы эти вводятся или в матку, или в рукав, при помощи длинного анатомического (без зубцов) пинцета или корнцанга. Цель такой тампонации бывает различна: иногда марлевая полоса вводится в матку, раневую полость, полости гнойников и пр. с целями дренирования (конечно, марлю тогда лучше брать сухую), иногда, вводя ее, мы стремимся использовать действие смачивающего ее лекарственного раствора (напр., кровоостанавливающее действие полуторохлористого железа при кровотечениях), иногда и здесь стараемся использовать главным образом механический эффект тампонации, а иногда, наконец, преследуем при этом сразу несколько из этих целей.

Эрбштейн. О дезинфекции влаг. тампонов. Пр. Вил. М. О. 1887.—Массен-Ихтиол, как леч. средство в гинекологии. Отч. Ж. А. 1891.—Лапин. К вопр. о тер. применении солей созоиодола в гинекологии. Ж. А. 1891.—Бухштаб. О применении ихтиола в гинекологии. Пр. О. Симф. В. 1891—2.—Немировский. О значении ихтиола в терапии ж. болезней. М. Об. 1891.—Доброурахов. Наблюдения над действием ихтиола в ж. практике. Ю. М. Г. 1892.—Ильинский. Об употреблении ихтиола в терапии, хирургии, дерматологии и гинекологии. Дисс. М. 1892.—Линевич. Скипидар при мат. кровотечениях. М. Об. 1902.—Козленко. О применении тиола при нек. заболеваниях ж. пол. сферы. Пр. В. 1902.—Звиняцкий. Неск. случаев применения тиге-нола Roche в ж. практике. Вр. Г. 1905.

Колюмнизация и кольпейриз. Как особые формы тампонации рукава, в гинекологии различаются т. наз. колюмнизация и кольпейриз. Первая в сущности мало чем отличается от уже описанных выше форм тампонации,—разве только влагалище выполняется при ней более тщательно и систематично. Употребляются для нее, опять-таки, или ватные шарики, или полосы марли, те и другие или сухие, или смоченные в глицерине (resp. ихтиол-глицерине) и затем отжатые. Производится колюмнизация или в коленно-локтевом положении больной, или в лежа-чем на спине, лучше с приподнятым тазом. Раскрыв влагалище боль-ной зеркалами (лучше—ложкообразными, хотя некоторые гинекологи производят колюмнизацию и через трубчатое зеркало), врач сначала плотно укладывает ватные шарики или марлевую полосу кругом вла-галищной части, туго выполняя ими рукавные своды, а затем столь же тщательно выполняет ими и все остальное влагалище. Шарики или марля оставляются в рукаве на известное время, которое в практике различных гинекологов колеблется в значительных пределах—от не-скольких часов до нескольких дней, а затем извлекаются, после чего, через некоторое время, колюмнизация опять может быть повторяема.

В описанной форме колюмнизация, по наблюдениям целого ряда авторов, дает прекрасные результаты при застарелых пара-и пери-метритах с их последствиями—сморщиванием маточных связок, сраще-ниями и смещениями матки: выпоты при этом способе быстро рассасываются, сращения и рубцы—растягиваются. Противопоказаниями к этому способу лечения,—как, впрочем, и к другим методам, осно-ванным на чисто-механическом воздействии на половую сферу жен-щины,—считаются: беременность, острые стадии воспалительных про-цессов и наличие вирусного гноя в трубах, яичниках и пр.

Из русских авторов Букоемский, получивший от колюмниза-ции очень хорошие результаты при метритах, фиксированной ретро-флексии матки, тазовых экссудатах и воспалении маточных придатков, применял ее в следующем виде: больная укладывалась на край стола, задняя стенка рукава оттягивалась зеркалом Sims'a, и в рукав вводилась полоса марли около 1½ арш. длиною и 10 верш. шириною, смоченная в 10% растворе ихтиола в глицерине и отжатая; марля остав-лялась на 2 суток, потом извлекалась, больной делалось торачее сприн-цевание, и производилась новая колюмнизация. Митрофанов, так-

же с успехом применявший колюмнизацию, брал для нее смоченную в глицерине марлеву ю полосу в 7—8 метр. длины и 8—10 сант. ширины, оставляя ее в рукаве на 5—48 часов; кроме того этот автор клал больным на нижнюю часть живота мешок с дробью весом в 500—1500 грм., т. е. применял одновременно и лечение тяжестью.

Что касается кольпейриза, то он в гинекологической практике применяется, в общем, так же, как и в акушерской; только в этой последней кольпейринтер большею частью приходится вводить в матку (метрейриз), тогда как у гинекологических больных обычно применяется кольпейриз в буквальном смысле слова, т. е. кольпейринтер вводится в рукав. Соответственно этому для гинекологической практики оказываются неподходящими баллоны, напр., *Champetier de Ribes'a*, *Bagnes'a* и пр.,—здесь обычно употребляется грушевидный кольпейринтер *Grain'a*, размер которого должен соответствовать величине рукава у данной больной. Вводя его во влагалище пустым, врач затем наполняет его *ad maximum* водою при помощи большого шприца или кружки *Esmaich'a*, закрывает кран или зажимает трубку кольпейринтера зажимом и оставляет последний на некоторое время. В таком виде кольпейринтер действует, как туго-эластический тампон, выполняющий весь просвет влагалища и равномерно давящий как на его стенки, так и на вдающуюся в этот просвет часть матки, почему его с успехом можно применять при маточных кровотечениях, при рубцовых стенозах рукава, особенно же—при выворотах матки, с целью добиться безкровного вправления последней.

Брудняк. К вопр. о применении кольпейриза при лечении выворота матки. Дисс. СПб. 1895.—Неелов. К вопр. о сохраняющем лечении выворота матки. Дисс. Киев. 1898.—Букоемский. О колюмнизации влагалища при лечении нек. женских болезней. Ж. А. 1903.—Митрофанов. О лечении колюмнизацией и давлением через брюшную стенку. Ж. А. 1904.

Лечение тяжестью. Еще более значительный механотерапевтический эффект, чем различные виды тампонации женского полового канала, дает т. наз. лечение тяжестью, суть которого заключается в том, что в рукав больной вводится—при помощи цилиндрического зеркала или ложкообразных зеркал—мешок из тонкой резины, туго наполняемый дробью (в количестве до 1½ килогр.), или кольпейринтер, наливаемый ртутью (в таком же количестве), а на нижнюю часть живота кладется, в мешке, или опять-таки дробь, или песок (1—2 килогр.). С этими тяжестями больная остается лежать в постели в течении нескольких часов—лучше с несколько приподнятым тазом.

При подобном лечении внутренние части женского полового аппарата и находящиеся в тазу выпоты оказываются сдавленными и, по выражению одного автора, выжимаются, как губка, причем сначала резко усиливается отток как крови, так и лимфы, когда же больная будет освобождена от тяжестей,—наступает реактивная гиперемия. Все это ведет к рассасыванию патологических продуктов,

почему данный метод и рекомендуется особенно при хронических выпотных формах пара-и периметрита. Кроме того лечение тяжестью дает благоприятные результаты в смысле растяжения брюшинных сращений и рубцовых сморщиваний, благодаря чему при нем достигается исправление патологических положений матки.

Из своей практики я помню особенно один случай, где разбираемый метод дал мне прекрасные результаты у больной с огромным, существовавшим несколько лет, оплотнелым параметритическим выпотом, не поддававшимся никаким другим лечебным способам, не исключая и грязевых ванн; в случае этом я впрочем применил комбинацию лечения тяжестью с лечением теплом,—в рукав я вводил нагретую дробь, а на живот больной клал мешок с горячим песком. С очень хорошим успехом применял данный способ и Глядко в при послеродовых экссудативных параметритах.

Глядко в. О лечении послерод. параметритов тяжестью. Ж. А. 1901.

М а с с а ж. Заслуга введения в гинекологическую практику массажа, занимающего ныне одно из первых мест среди механотерапевтических методов лечения женских болезней, принадлежит не гинекологу и даже не врачу, а майору шведской службы Thure Grandt'y. Не владея специальными познаниями, он достиг, однако, при помощи этого метода таких результатов, что слава об них разнеслась по всему культурному миру, и из всех стран,—в том числе и из России,—десятки гинекологов-специалистов направились в Швецию, чтобы на месте овладеть приемами Grandt'a. Вернувшись затем к себе на родину, они широко распространили применение массажа при женских болезнях. При этом, как водится, дело не обошлось без значительных преувеличений, и некоторые гинекологи, возводя данный метод чуть не в панацею, стали рекомендовать его, напр., при фибромиомах матки, при эндометритах, при эрозиях и т. п. Подобное увлечение вызвало затем естественную реакцию, и некоторые другие представители гинекологии, испробовав новое средство, стали, напротив, резко суживать область его применения, ограничивая ее почти исключительно случаями рубцового параметрита.

Истина, как это почти всегда бывает, лежит в промежутке между этими двумя крайностями. Несомненно, массаж представляет собою чрезвычайно ценный вклад в гинекологическую терапию,—этим путем мы можем придавать смещенным органам нормальное положение и таким образом восстанавливать в них правильное кровообращение; массаж повышает, далее, жизнедеятельность тканей, улучшает обмен, ускоряет циркуляцию крови и лимфы. С другой стороны, однако, при некоторых заболеваниях женской половой сферы мы бессильны достигнуть чего-нибудь посредством этого метода; описанные, напр., в литературе случаи яко-бы полного исчезновения фибромиом матки под влиянием массажа объясняются, по всей вероятности, просто диагностическими ошибками. Наконец, при целом ряде забо-

леваний массаж является не только бесполезным, но и безусловно вредным, даже весьма опасным.

Принимая во внимание как данные личного опыта, так и заявления, имеющиеся в обширной литературе, посвященной разбираемому методу, я считал-бы гинекологический массаж показанным при следующих заболеваниях женской половой сферы: 1) при патологических смещениях матки в стороны, т. е. флексиях, верзиях и позициях, как зависящих от порочного развития матки и ее связок, так и возникших на почве периметритических сроснений и рубцовых сморщиваний околоматочной клетчатки, притом как фиксированных, так и подвижных; 2) в некоторых случаях смещения и приращения маточных придатков, особенно яичников; 3) при субинволюции матки после родов и выкидышей; 4) при атрофии матки, сопровождающейся аменорреей; 5) при не поддающихся рассасыванию под влиянием таких средств, как горячие спринцевания, согревающие компрессы и т. п., брюшинных выпотах и особенно оплотнелых воспалительных инфильтратах тазовой клетчатки; 6) при начальных степенях опущения матки и рукава.

Рекомендуемое некоторыми авторами применение массажа при хронических метритах, гипертрофиях маточной шейки, хронических оофоритах и далеко зашедших выпадениях матки и рукава (не говоря уже о фибромиомах матки, эндометритах, эрозиях и пр.) я считаю бесполезным.

Противопоказаниями к применению массажа следует считать: 1) острые воспалительные процессы в матке, трубах, яичниках, тазовой клетчатке и брюшине, 2) такие хронические воспаления женской половой сферы, при которых можно подозревать наличие инфекционных начал, особенно гонококков и бугорчатых палочек, в воспаленных органах, 3) злокачественные новообразования, 4) беременность, особенно внематочную, 5) вагинизм и вообще чрезмерную чувствительность женских половых частей к механическим раздражениям.

Подострые стадии экссудативных пери- и параметритов не противопоказывают лечения массажем; напротив, чем свежее экссудат, тем скорее он рассасывается под влиянием этого лечения; но вместе с тем, приступая в этих случаях к массажу, врач должен быть уверен, что в воспалительных фокусах нет уже вирулентных микроорганизмов.

Особенно осторожным следует быть с применением массажа у гонорройных больных, — необходимо помнить, что, при наличии у них в половой сфере жизнеспособных гонококков, все лечебные средства, соединенные с известной травмой, приносят больше вреда, чем пользы.

Доброкачественные новообразования, собственно говоря, также не противопоказывают вполне лечения массажем; но так как, с одной стороны, последний является при них в лучшем случае бесполезным, а с другой — доброкачественные новообразования легко смешать с зло-

качественными, то лучше при всех новообразованиях половой сферы воздерживаться от этого метода лечения. Мне известен случай, где врач применил массаж у больной с опухолью, принятой им за доброкачественную; между тем опухоль оказалась саркоматозной, и результатом лечения были множественные метастазы саркомы.

При маточной беременности, осложненной, напр., наличием брюшинных срощений, обуславливающих неправильные положения матки, массаж иногда оказывает ценные услуги и потому является показанным, но производить его надо с большою осторожностью.

Разбирая различные противопоказания к гинекологическому массажу, не мешает упомянуть, что у некоторых женщин он оказывает настолько неблагоприятное влияние на общее состояние нервной системы, что от него приходится отказываться. Прекращать массаж совершенно или на время заставляют иногда гинеколога и постоянно возобновляющиеся при попытках его применения маточные кровотечения.

Переходя теперь к технике гинекологического массажа, заметим, что она представляет значительное разнообразие приемов в зависимости главным образом оттого, при каком заболевании применяется данный способ.

В большинстве случаев при последнем можно бывает обходиться без помощи каких-либо инструментов — обыкновенный или ручной массаж. Больная, — лучше после предварительного опорожнения кишечника и во всяком случае мочевого пузыря, — за-

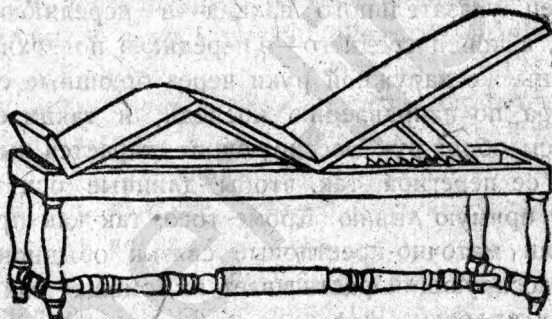


Рис. 172. Кушетка для гинекологического массажа.

нимает такое же положение, как и при бимануальном исследовании, т.е. ложится на спину, на кушетке (рис. 172) или столе для исследования, с несколько приподнятым тазом, согнутыми и разведенными ногами (лишь при некоторых видах массажа ей нужно принимать другое положение), затем врач, сидя или стоя сбоку от нее, вводит ей в рукав указательный и средний пальцы одной своей руки, другую же кладет на нижнюю часть живота пациентки и начинает производить массирующие движения.

Если массаж применяется при недостаточной обратной инволюции или атрофии матки, то пальцы, введенные во влагалище, остаются неподвижными, — их роль ограничивается лишь приподнятием матки, массирующие же движения производятся наружной рукой, пальцы которой кругообразно растирают заднюю стенку маточного тела. Таким же образом выполняется массаж и при пара-или периметритических экссудатах, — введенные в соответствующий свод (большею частью задний — при экссудативном периметрите и один из боковых — при выпотном параметрите) пальцы внутренней руки подпирают экс-

судат снизу, пальцы же наружной руки растирают его сверху кругообразными движениями по направлению от периферии к центру.

Массаж при смещениях матки в ту или другую сторону, зависящих от укорочения ее связок или воспалительного, или врожденного происхождения, производится так, что пальцы внутренней руки вводятся в свод, соответствующий положению укороченных связок (задний—при укорочении маточно-крестцовых связок, правый или левый—при укорочении широких связок), и захватывают влагалищную часть со стороны этого свода, пальцы же наружной руки соответственно захватывают верхнюю часть маточного тела, и усилиями обеих рук метка то смещается к центру таза, то отпускаяется в сторону смещения, причем укороченные связки то натягиваются, то расслабляются.

При патологической антефлексии матки, являющейся обыкновенно спутником инфантилизма, концы разведенных на подобие циркуля пальцев внутренней руки упираются в переднюю поверхность матки (конец указательного пальца—в переднюю поверхность маточного тела, а конец среднего—в переднюю поверхность влагалищной части), пальцы же наружной руки через брюшные стенки давят на место перегиба по направлению кпереди, и таким образом совместным действием обеих рук массирующий старается выпрямить матку, разогнуть угол ее перегиба так, чтобы длинные оси тела и шейки составляли одну прямую линию. Кроме того, так как при патологической антефлексии маточно-крестцовые связки обыкновенно бывают укорочены, то массирующий растягивает их, смещая захваченную обоими руками матку кпереди.

В случаях, где показанием к массажу служат фиксированная ретроверзия и ретрофлексия матки, пальцы внутренней руки сначала помещаются в задний свод и приподнимают тело матки кверху, а также оттягивают его кпереди, между тем, как пальцами наружной руки массирующий стремится проникнуть между запрокинутым кзади телом матки и передней поверхностью крестца, производя их концами пилообразные движения вправо и влево. Когда это удастся настолько, что пальцы наружной руки войдут в соприкосновение с концами пальцев, введенных в задний свод, последние перемещаются в передний свод и, давя на влагалищную часть, стараются отодвинуть ее кзади, пальцами же наружной руки массирующий стремится наклонить тело матки кпереди.

При смещениях и приращениях яичников пальцы внутренней руки, добравшись до яичника, приподнимают его кверху, а пальцами наружной руки мы стараемся достигнуть его через брюшные покровы; затем пальцами обеих рук мы стремимся сместить приращенный яичник в ту или другую сторону, а иногда—как-бы выдавить его из сращения.

При опущении влагалищных стенок массирующие движения производятся исключительно пальцами внутренней руки, ладонными поверхностями которых отвисающая стенка рукава растирается кругообразно.

При выпадениях матки Brandt усиленно рекомендовал приподнимание матки, которое он производил при помощи ассистента, захватывавшего приподнятую матку обоими руками через брюшные стенки и оттягивавшего ее вверх, тогда как сам Brandt манипулировал главным образом внутренней рукой. Впрочем такое же приподнимание матки при ее выпадении может быть выполняемо и одним лицом. Целебный эффект этого приема, по всей вероятности, основывается на достигаемом при этом укреплении levator'a ani.

У девиц с узким отверстием девственной плевы и вообще у женщин, у которых введение даже одного пальца в рукав почему-либо является невозможным, гинекологический массаж можно производить, как и бимануальное исследование, per rectum. И при массаже, далее, как и при гинекологическом исследовании, иногда выгодно бывает помещать один палец внутренней руки в рукав, а другой—в прямую кишку.

Каковы-бы ни были приемы, применяемые при гинекологическом массаже,—врач должен следить, чтобы последний не вызывал у больной полового возбуждения, т. е. не переходил в мастурбацию; для этого прежде всего надо избегать при массаже всякого раздражения области клитора со стороны пальцев внутренней руки.

Наряду с различными формами бимануального ручного массажа в гинекологической практике находит себе широкую область применения и исключительно-наружный ручной массаж; так, напр., у гинекологических больных, страдающих аномалиями положения матки, гинекологу часто приходится бороться с чрезмерным растяжением брюшных стенок (*venter propendens*), применяя массаж их; при опущениях и выпадениях рукава и матки приносит пользу поколачивание кулаками обеих рук крестцовой и поясничной областей у больной, стоящей в наклонном положении, с руками, опирающимися на стол, (Ремизов) и пр.

Описанные выше формы гинекологического массажа, при всем разнообразии, имеют между собою то общее, что при всех их массаж производится просто руками, без помощи каких-либо приборов. Но в гинекологической практике нашел себе широкое применение и т. наз. вибрационный массаж, выполняемый особыми приборами, имеющими форму стержней с шаровидными, полушаровидными и др. наконечниками (рис. 173). Стержни эти приводятся в быстрое вращательное движение или электромотором, или ручной (*resp.* ножной) машиной (рис. 174), причем во время вращения они сотрясаются и вызывают соответственные сотрясения тех тканей, к которым приложены. Подобно ручному массажу и вибрационный может быть производим, у гине-

кологических больных, или со стороны брюшных стенок (причем вращающийся стержень прикладывается своим шаровидным, полукруглым

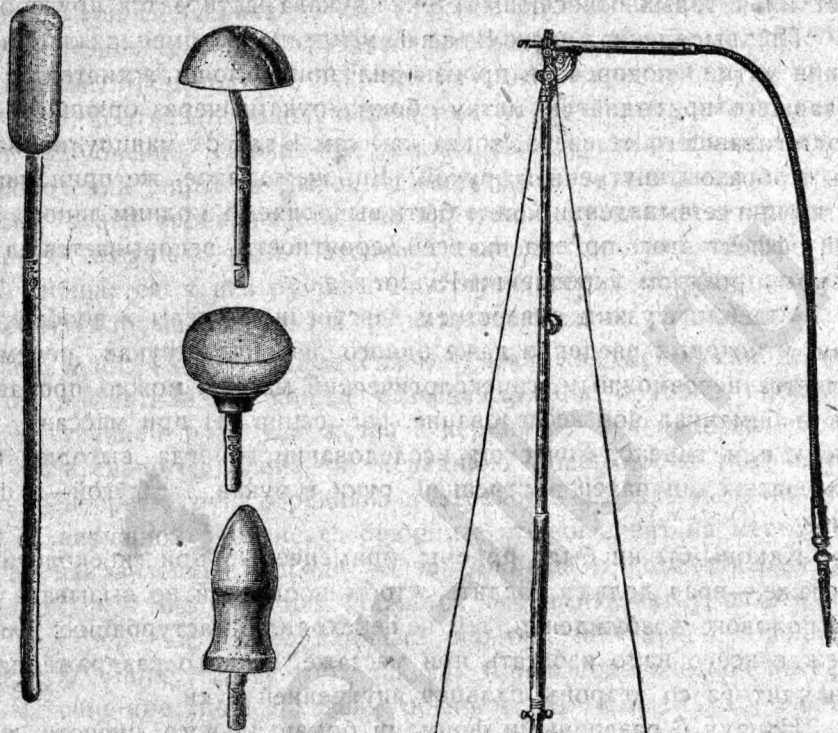


Рис. 173. Наконечники для вибрационного гинекологического массажа (закругленно-цилиндрический на длинном стержне— для рукава, полукруглый и шаровидный— для брюшных стенок, неправильно-конический — для прямой кишки).

и пр. окончанием к тому месту брюшных стенок, которое соответствует, напр., местоположению срощений матки), или со стороны рукава (при *retroflexio fixata*, напр., стержень вводится в этот последний и упирается своим шаровидным окончанием в задний свод, где лежит фиксированное тело матки). Вибрационный массаж действует быстрее ручного, и, по некоторым авторам (Проскуракова), растяжение рубцов и срощений является при нем менее болезненным. Во мно-

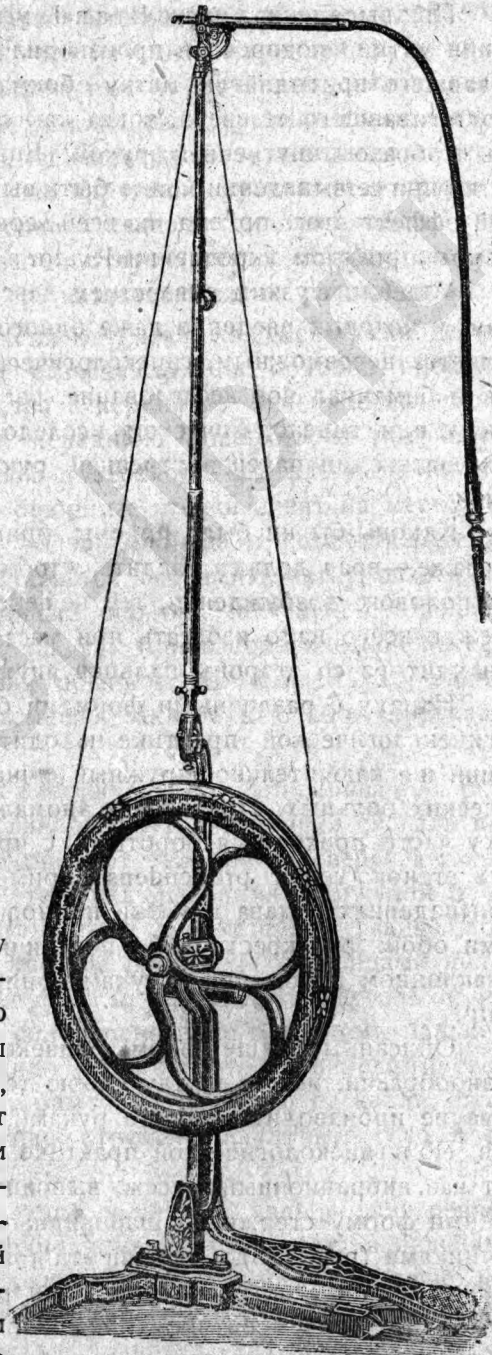


Рис. 174. Ножная машина Ewe'га для вибрационного массажа.

гих случаях, как я убедился, практично бывает комбинировать обе эти формы массажа, именно, начинать курс лечения с ручного массажа, а потом переходить на вибрационный.

Мне остается сказать, что продолжительность каждого сеанса массажа колеблется обычно в пределах от 5 до 15 минут—в зависимости от выносливости больных, чувствительности массируемых органов и др. условий. Повторяются сеансы или ежедневно, или через день, два и более—в зависимости опять-таки от особенностей каждого случая, весь же курс лечения может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев. На время регул сеансы массажа лучше прекращать, хотя некоторые гинекологи и не соблюдают этого правила. Приостанавливать лечение массажем следует и при обострении болей у пациенток, при появлении у них лихорадки, маточных кровотечений и т. п.

Никольская. Лечение ж. болезней массажем по сп. Brand'ta. Вр. 1888.—Смянников. О применении массажа в гинекологии. Ж. А. 1888.—Яхонтов. Доклад комиссии о применении массажа к лечению ж. болезней. Пр. Киев. А. О. II.—Ремизов. Массаж в гинекологии. М. 1889 и 1891.—Отт. Массаж и гимнастика, как лечебный способ при болезнях ж. п. сферы. Вр. 1889.—Боряковский. Заключение Ак.-Г. Общ. в Киеве по вопросу о применении массажа к лечению ж. болезней. Отч. Вр. 1889.—Беневоленский. Сл. prolapsus uteri, излеч. массажем. М. Об. 1889.—Загонский. Массаж при флексиях и хронич. воспалении матки и при выпадении влагалища. М. Об. 1889.—Никольская. Шведская гимнастика и массаж при лечении ж. болезней. В. О. Гиг. 1889.—Паргамин. Prolapsus uteri et vaginae, излеч. в. быстро по неск. измененному сп. Brand'ta. Р. Мед. 1889.—Гальберштам. О применении массажа и гимнастики в гинекологии. Вр. 1889.—Виноградова-Лукирская. Лечение ж. болезней по сп. Brand'ta. М. Об. 1890.—Залесова. Массаж и гимнастика в гинекологии. Б. Г. 1891.—Оленин. Сл. выпадения матки, излеч. по сп. Brand'ta. Пр. Тамб. М. О. 1891.—Рачинский. Массаж и гимнастика при ж. болезнях. СПб. 1895 и 1905.—Рубинштейн. Леч. значение гин. массажа при амб. его применении. Дисс. СПб. 1895.—Пономарев. По пов. применения массажа при ж. болезнях. Зап. Ур. М. О. 1895.—Шамраев. Мат. коценке сп. Th. Brand'ta, как леч. метода при заболеваниях ж. пол. сферы. Ж. А. 1896.—Сандберг-Дебеле. Brand'tовский сп. лечения ж. болезней и нек. его особенности. Вр. 1901.—Брюль. О вибрац. массаже в гинекологии. Сб. Отта. II.—Волкова. К вопросу о сохран. лечении ж. болезней. Вр. 1911.—Проскурякова. Массаж в гинекологии. Р. Вр. 1911.—Лепехин. К вопросу о применении гин. массажа в земск. практике. Вр. Г. 1911.

Насильственное разрывание сращений по Schultze. Вместо того, чтобы методически растягивать брюшинные сращения путем массажа и таким образом постепенно освобождать от них матку и ее придатки, Schultze предложил производить это в один прием, применяя большую силу или разрывая сращения. Способ этот, однако, отнюдь не может быть рекомендован для широкого практического применения. Прежде всего он черезчур болезнен и потому требует глубокого общего наркоза. Кроме того, если насильственно разрывать свежие сращения, то в силу своей сосудистости они могут дать при разрыве значительное кровотечение, старые же, уже бессосудистые

сращения иногда настолько интимно и прочно спаивают матку и ее придатки с соседними полыми органами, напр. кишками, что при попытках насильственно разорвать их можно серьезно повредить эти последние. Мне известен один, бывший в Кильской клинике проф. Werth'a. случай, где попытка разорвать сращения ретрофлексированной матки по Schultze повела к сквозному разрыву стенки прямой кишки, потребовавшему серьезной операции.

Врачебная гимнастика. Кроме массажа мы обязаны Thüге Brandt'у и введением в гинекологическую практику врачебной гимнастики, которая в состоянии оказать весьма ценные услуги при некоторых аномалиях положения женских половых частей, особенно при опущениях и выпадениях матки и рукава, а также при наклонах и перегибах матки кзади.

При опущениях и выпадениях матки и влагалища могут быть рекомендованы следующие гимнастические приемы: 1) женщина ложится на спину с несколько согнутыми в тазобедренных и коленных сочленениях ногами и старается возможно теснее прижать их одну к другой, а врач, напротив, старается раздвинуть их; 2) больная, наоборот, употребляет возможные усилия, чтобы раздвинуть ноги, между тем как врач старается сблизить их; 3) больная, сидя на краю стула с вытянутыми ногами, поднимает последние, сгибая их лишь в тазобедренных суставах и опираясь руками на сиденье стула; 4) больная то втягивает, то опускает задний проход. Все эти приемы ведут к укреплению мышц тазового дна, особенно *m. levatoris ani*, расслабление которого играет, по современным воззрениям, такую важную роль в этиологии проляпса.

При ретроверзиях и ретрофлексиях матки, особенно не осложненных сращениями, хорошие результаты дает методическое применение коленно-локтевого (или коленно-грудного) положения.

Наконец, так как у гинекологических больных, особенно с аномалиями положения внутренних половых частей, нередко наблюдается расслабление брюшных стенок, то в гинекологической практике заслуживает широкого применения гимнастический прием, состоящий в том, что женщина ложится горизонтально на спину и затем старается подняться в сидячее положение без помощи рук. Этим приемом упражняются мышцы брюшного пресса и отчасти тазового дна.

Лавринович. О лечении трудно-вправимых и невправимых задних смещений матки методической коленно-грудной гимнастикой. Дисс. СПб. 1902.

См. также литературу массажа.

Пессарии и гистерофоры. Пессариями называются в гинекологии те приборы, целью которых служит—удерживать матку в нормальном положении. Форма и действие их бывают различны в зависимости от тех неправильностей положения матки, при которых они применяются. С этой точки зрения среди них можно различать: 1) пессарии,

применяемые при наклонениях и перегибах матки кзади (*retroversio et retroflexio uteri*), 2) пессарии, употребляемые при опущениях и выпадениях этого органа (*descensus et prolapsus uteri*), и 3) пессарии против патологических перегибов матки кпереди (*anteflexio uteri pathologica*).

Ретроверзия и ретрофлексия матки представляют собою наиболее благодарное поле для применения пессариев, причем для устранения их различными гинекологами было предложено много моделей последних, отличающихся друг от друга формой и отчасти материалом, из которого они сделаны. Все эти пессарии, однако, имеют между собою то общее, что они сделаны в виде колец; отсюда и название „маточное кольцо“, употребляемое некоторыми авторами в качестве синонима слова „пессарий“. Наибольшим распространением из них пользуются пессарии *Hodge'a*, *Thomas'a* и *Schultze*.

Пессарий *Hodge'a* (рис. 175) представляет собою вытянутое в виде овала кольцо из твердого каучука, слегка изогнутое S-образно; он вводится во влагалище таким образом (рис. 176), что один узкий конец его помещается в заднем своде, будучи кривизной обращен кпереди, а другой лежит близ *introitus vaginae*, причем кривизна этой части обращена кзади. *Thomas'овский* пессарий (рис. 177), изготов-



Рис. 175. Пессарий *Hodge'a*.



Рис. 177. Пессарий *Thomas'a*.

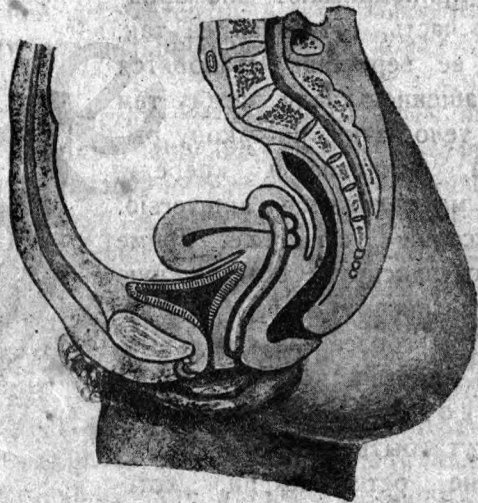


Рис. 176. Пессарий *Hodge'a* in situ (по *Schultze*).

ляемый обычно также из твердого каучука, несколько похож на *Hodge'овский*; но S-образное искривление выражено в нем гораздо резче; кроме того кольцо *Hodge'a* на всем своём протяжении имеет одинаковую толщину, тогда как в пессарии *Thomas'a* часть, вставляемая в задний свод (рис. 178), гораздо толще передней. Наконец, пессарий *Schultze* (рис. 179), материалом для которого слу-

жит большею частью целлулоид или медная проволока, обтянутая мягкой резиной, имеет форму цифры 8, опять-таки изогнутой S-об-



Рис. 178. Пессарий Thomas'a in situ.

Все эти пессарии действуют таким образом, что они верхней своей частью растягивают задний свод влагалища с *ligg. recto-uterina* и вместе приподнимают влагалищную часть, оттягивая ее так, что ее верхушка становится обращенною кзади, между тем как тело матки, по закону рычага, наклоняется кпереди, т. е. матка ложится в *anteversio*. Пессарий *Schultze*, кроме того, фиксирует влагалищную часть, почему эффект его является более значительным, чем действие колец *Hodge'a* и *Thomas'a*, — при помощи его могут быть исправляемы и такие ретрофлексии, которые не поддаются последним. Выгодная сторона *Schultze'*вского пессария заключается еще в том, что при помощи его удастся исправлять и комбинированные смещения матки, т. е. одновременные смещения и кзади (*retroversio s. retroflexio*), и вбок (*lateroversio s. lateroflexio*); для этого *Schultze'*вскому пессарию придается асимметрическая форма. Что касается пессариев *Hodge'a*

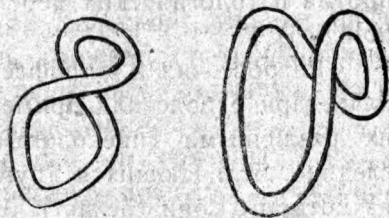


Рис. 179. Симметрическая и асимметрическая формы пессария *Schultze* (по *Küstner'y*).

разно, причем одна из половин восьмерки, меньшая, служит для фиксирования влагалищной части, которая в нее вставляется (рис. 180).



Рис. 180. Пессарий *Schultze* in situ (по *Schultze*).

и Thomas'a, то из них второй является безусловно действующим более значительным, в смысле исправления ретроверзии-флексии, чем первый.

Подобно многим другим гинекологам,—с Schultze во главе,—я, имея дело с больными, страдающими наклоном или перегибом матки кзади, не прописываю им пессария того или иного определенного типа, т. е. Hodge'вского, Thomas'овского или Schultze'вского, а рекомендую приобрести просто целлулоидное круглое кольцо того или иного размера и затем уже сам, в зависимости от особенностей каждого данного случая, придаю ему форму или пессария Hodge'a, или пессария Thomas'a, или пессария Schultze.

Такие кольца имеются в каждой аптеке, различаясь по №№, вытисненным на каждом кольце, причем №№ эти определяют диаметр кольца в сантиметрах,—№ 8 обозначает, напр., что кольцо имеет в диаметре 8 сант. Тот или другой № кольца назначается в зависимости прежде всего от величины влагалища resp. от растяжения его стенок, а это, в свою очередь, зависит обыкновенно оттого, рожала ли данная женщина, или нет, и, если рожала, то сколько раз. У нерожавших женщин большею частью приходится употреблять кольца от № 7 до № 8^{1/2}, у рожавших—от № 8 до № 10 и выше. Важное значение при этом имеет также то, насколько легко матка у данной больной выводится из ретроверзии или ретрофлексии в нормальное положение (чем легче это происходит, тем меньший № кольца может быть назначаем больной, и наоборот).

Взяв целлулоидное кольцо соответствующего размера, врач опускает его на несколько минут в кипящую воду, под влиянием которой целлулоид размягчается и становится пластичным. Размягченное кольцо сжимается рукою в поперечном направлении так, что оно принимает форму неправильного эллипсиса—с одним более широким концом и другим—более узким. После того широкий конец удлиненного кольца изгибается более или менее значительно в одном направлении, а узкий в другом, противоположном—так, что в профиль кольцо оказывается изогнутым в виде буквы S, изогнутым менее значительно, по типу пессария Hodge'a, или более значительно, по типу пессария Thomas'a. Если же врач намерен придать кольцу форму пессария Schultze, то он перекручивает его в виде восьмерки, несколько сплющивает место перекреста крепким корнцангом, затем опять-таки изгибает оба узких конца его в разные стороны S-образно. Когда кольцу придана та или другая, подходящая для данного случая, форма, его опускают на несколько секунд в холодную воду, после чего приданная кольцу форма стойко удерживается им вследствие уплотнения целлулоида.

Кроме целлулоидных колец в продаже имеются кольца из других материалов, напр., из олова, медной проволоки, обтянутой резиной,

гуттаперчи и пр. Современные гинекологи, однако, предпочитают целлулоид, в качестве материала для пессариев, всем остальным, так как, помимо пластичности при нагревании и способности оплотнеть по охлаждению, целлулоид сравнительно мало изменяется под влиянием выделений женского полового канала, недорог и пр.

Чтобы ввести кольцо, гинеколог укладывает больную на стол в обычном положении для бимануального исследования, выправляет ретрофлектированную (resp. ретровертированную) матку, захватывает приготовленное кольцо крючкообразно согнутым указательным пальцем правой руки—за узкий конец, если кольцу придана форма пессариев *Hodge'a* или *Thomas'a*, и за большую половину—если кольцу придана 8-образная форма пессария *Schultze*, смазывает поверхность кольца вазелином и, раскрыв левой рукой полсвую шель больной, вводит в нее пессарий, держа последний наискось и стараясь отдавлять им заднюю спайку. Когда кольцо войдет в рукав на половину, врач поворачивает его так, чтобы кольцо легло плашмя, и в этом положении доканчивает его введение. Если кольцу придана форма пессария *Hodge'a* или *Thomas'a*, то, повторяю, широкая дужка его должна лежать в заднем своде, как-бы отталкивая своею верхушкой тело матки кпереди, узкая же—лежать в *introitus vaginae*, а *portio vaginalis* должна смотреть в просвет кольца. У 8-образного пессария в заднем своде должна лежать меньшая его половина, причем влагалищная часть должна охватываться ею более или менее плотно.



Рис. 181. Запрокидывание матки при пессарии *Hodge'a* (по *Schultze*).

положении,—матка наклоняется или запрокидывается кзади через заднюю дужку пессария (рис. 181); в таких случаях надо или заменить кольцо другим, более высокого номера, или придать ему другой изгиб. В других случаях кольцо, оказывается, держит матку

После того, как кольцо введено, и врач-гинеколог убедится, что оно лежит правильно, он оставляет больную на некоторое время под наблюдением. Дело в том, что подобрать подходящее кольцо далеко не так-то легко: *Olsen* совершенно справедливо замечает, что сделать это иногда бывает труднее, чем произвести несложное чревосечение. Иногда, осматривая пациентку через несколько дней после введения кольца, гинеколог убеждается, что оно не держит матки в нормальном

хорошо, но вызывает у пациентки боли; это служит признаком или того, что оно слишком велико, и его надо заменить меньшим номером, или просто случай является неподходящим для лечения пессариями.

Для такого лечения подходят лишь случаи совершенно подвижной ретроверзии и ретрофлексии (*retroversio-flexio uteri mobilis*). Если у больной имеются периметритические сращения, удерживающие матку в неправильном положении,—их надо предварительно устранить при помощи массажа и только после этого вводить пессарий, иначе последний не принесет больной ничего кроме вреда. Неподходящими для лечения пессариями являются и случаи ретроверзии-флексии, осложненные воспалениями маточных придатков и, в частности, яичников, особенно такие, где яичники—один или оба—смещены (как это часто бывает именно с воспаленными яичниками) в нижнюю часть заднего Douglas'ова кармана: тогда задняя дужка кольца чисто-механически раздражает эти органы, вызывая иногда нестерпимые боли. Следует помнить, далее, что пессарий держится в рукаве, благодаря эластичности его стенок, и отнюдь не надо добиваться, чтобы нижняя дужка их упиралась в симфиз или заднюю спайку; раз эта эластичность в значительной степени утрачена,—кольцо у больной будет выпадать, и случай является неподходящим для лечения пессариями.

Хорошо подобранный пессарий, удерживая матку в нормальном положении, должен совершенно не ощущаться женщиной, которая с ним должна быть в состоянии ходить, исполнять нетяжелые домашние работы, продолжать половую жизнь, испражняться и пр., причем пессарий не должен ни вызывать у ней болей, ни слишком выпячиваться из *introitus vaginae* и выпадать.

Сколько времени женщина с ретроверзией-флексией должна носить пессарий? На этот счет у женщин существуют неправильные представления: обыкновенно думают, что пессарий достаточно носить 2—3 месяца. На самом деле больные должны носить пессарий,—если, конечно, иметь в виду полное восстановление нормального положения матки этим путем,—до тех пор, пока матка, как говорится, не привыкнет лежать правильно, а это требует промежутка времени не менее года. В течение этого срока не мешает раза 2—3 менять номера пессариев и, наконец, после того, как врач убедится, что и при этом матка продолжает сохранять нормальное положение,—совершенно освобождать женщину от кольца. Лишь если у пациентки наступит беременность, то, как уже сказано было в курсе акушерства, пессарий можно извлечь и раньше,—тогда именно, когда об'ем матки увеличится настолько, что перегиб или наклонение ее кзади сделаются невозможными, т. е. на V месяце беременности.

Все время, пока женщина носит пессарий, она должна, по моему, хоть раз в день спринцеваться (лишь во время регул спринцевания могут

быть оставляемы). Спринцевания при пессариях лучше делать теплые, прибавляя к ним дезинфицирующие вещества (я обыкновенно назначаю таким больным лизол или лизоформ, по 1 чайн. ложке на литр, ибо они делают поверхность пессария скользкою). Если не соблюдать этого правила, то маточные выделения (менструальная кровь, секрет желез) отлагаются на поверхности кольца, делая ее шероховатою и легко травмирующею стенки рукава, на которых в месте соприкосновения с кольцом развиваются пролежни. В литературе описаны случаи, где долгое время носимые пессарии у неособенно чистоплотных женщин совершенно вросли в толщу рукавных стенок, а иногда перфорировали *septum vesico-vaginale* и *septum recto-vaginale*, ведя к образованию свищей—мочевых и каловых (см. литературу травматических повреждений женской половой сферы инородными телами). Нужно, затем, иметь в виду, что отлагающиеся на поверхности пессариев маточные секреты могут, у нечистоплотных женщин, загнивать и издавать отвратительное зловоние. Особенно резко бывает выражено последнее у женщин, носящих кольца из мягкой резины, которая и сама разлагается при несоблюдении женщиною правил чистоты, а также у женщин с самодельными пессариями из коры, мочалы, тряпок и пр.

Кроме спринцеваний я обыкновенно рекомендую пациенткам, носящим пессарии, не производить слишком тяжелых физических работ, неслишком злоупотреблять половыми сношениями, время от времени принимать коленно-локтевое положение и 2 раза в день, утром и вечером, поправлять лежащее в рукаве кольцо, надавливая указательным пальцем ближайшую к *rima pudendi* дужку последнего по направлению от уретры (спереди) к заднепроходному отверстию (кзади).

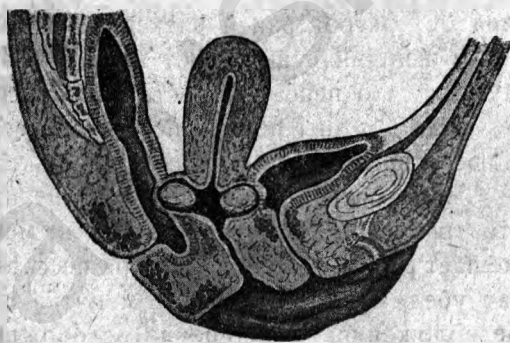


Рис. 182. Положение круглого пессария при проляпсе.

Если при ретроверзии и ретрофлексии матки лечение пессариями заслуживает более или менее широкого применения даже и в настоящее время, когда в распоряжении гинекологов имеются более надежные и, вместе с тем, безопасные оперативные средства для устранения названных аномалий, то далеко нельзя сказать того же о применении пессариев при проляпсе. Правда, даже и при полном проляпсе пессарий,— в виде, напр., круглого кольца, расположенного поперечно к длиннику рукава в верхнем отделе последнего, между маткою и *hiatus genitalis* (рис. 182),— может удерживать матку от выпадения (если, разумеется,

размеры кольца будут больше размеров hiatus genitalis). Но это происходит, во-первых, насчет растяжения стенок рукава кольцом, а такое растяжение, как уже упоминалось выше, является моментом, благоприятствующим развитию проляпса. Кроме того, постоянное давление, производимое кольцом на рукавные стенки, питание которых при данном заболевании, особенно у старух, оставляет желать очень многого,—ведет к развитию пролежней и язв. Чтобы по возможности уменьшить это неблагоприятное влияние кольца, я обыкновенно употребляю при проляпсе кольца не из твердого материала, а из мягкой резины, и лучше не сплошные, а полые, притом не тонкие, а возможно толстые (рис. 183). К сожалению мягкая резина под влиянием секретов полового канала легко разлагается, и больные начинают страдать вонючими выделениями,—если, особенно, они мало заботятся о чистоте своих половых частей и редко прибегают к дезинфицирующим и дезодорирующим спринцеваниям.



Рис. 183. Полое кольцо из мягкой резины для устранения проляпса.

Самая главная невыгода лечения проляпса pessариями заключается, однако, в том, что их терапевтический эффект является лишь временным. Кольцо известной величины сначала держит матку; потом, производя постоянное давление сверху на hiatus genitalis, оно постепенно расширяет его отверстие и, наконец, вместе с маткой выпадает через него, причем проляпс оказывается после того обыкновенно гораздо значительнее, чем он был до применения pessария. Чтобы удержать матку, приходится теперь ввести больное кольцо большего размера и т. д., пока, в конце концов, даже самое большое кольцо не в состоянии будет устранять проляпс. Таким образом pessарий при проляпсе можно сравнить с кредитором, дающим деньги под большие проценты: он, правда, на время выручает должника, но в дальнейшем последнему приходится с лихвою расплачиваться со своим заимодавцем. В виду этого на лечение проляпса pessариями надо смотреть, как на необходимое зло, прибегая к нему лишь там, где более надежные способы устранения данной аномалии,—именно, оперативные,—являются почему-либо неприменимыми.

В тех случаях, где кольца самых больших размеров не в состоянии удержать матки, а оперативное вмешательство почему-либо не может быть применено, больным не остается ничего другого, как прибегнуть к ношению т. наз. гистерофоров,—приборов, поддерживающих матку, конструкция и способ действия которых понятны из прилагаемого рисунка, изображающего гистерофор Добрынина (рис. 184).

Еще меньше, чем при проляпсе, заслуживает лечение pessариями применения при патологической (resp. остроугольной) антефлексии матки, являющейся обычным спутником инфантилизма. Применяемые

при этой аномалии пессарии (рис. 185) состоят из более или менее изогнутых полых штифтов,—обыкновенно серебряных, иногда каучуковых, стеклянных и пр.,—утвержденных на круглой пластинке. Штифты эти вводятся в матку, а пластинка прилежит к верхушке влагалищной части. Сначала женщины с остроугольной антефлексией носят пессарии с более значительно изогнутыми штифтами, потом, когда перегиб матки несколько уменьшится,—с менее изогнутыми и т. д. В современной гинекологии подобные пессарии почти совершенно оставлены, так как, с одной стороны, ношение их сопровождается обычно сильным



Рис. 184. Гистерофор Добрынина.

раздражением эндометрия, а с другой—мы имеем в своем распоряжении гораздо более безопасные и надежные способы исправлять патологическую антефлексию (массаж, дилатация цервикального канала бужами и пр.).



Рис. 185. Внутриматочный пессарий Втраупа.

Дазаревич. Маточные винты или дренажные выпрямители. Пр. О. Р. В. 1868—9.—Тарновский. О механических маточных снарядах. В.-М. Ж. 1869.—Горелейченко. Значение мех. терапии при разл. вида отклонениях матки. М. М. Г. 1876.—Попель. О механич. терапии болезней матки. М. М. Г. 1877.—Ямпольский. Самодельный деревенский пессарий Ж. А. 1900.

Электротерапия. Еще не так давно можно было думать, что применение электричества в форме гальванизации и фарадизации займет одно из первых мест среди способов лечения женских болезней. Это было тогда, когда Apostoli указал на возможность для гинекологов, применяя токи значительной силы, добиваться существенных лечебных результатов от электротерапии не только при функциональных расстройствах женской половой сферы, воспалительных заболеваниях последней и т. п., но и при новообразованиях ее, именно, фибромиомах. Указания Apostoli нашли себе живейший отклик в среде русских гинекологов, которые разработали этот метод на весьма большом материале и внесли значительные усовершенствования в его технику. Особенно много сделал в этом последнем отношении Александров, придуманный которым способ электризации гинекологических больных, как я убедился, действительно заслуживает серьезного внимания.

Не взирая на то, электротерапия в указанных формах как у нас, в России, так и в Западной Европе вместо того, чтобы расширить круг своего применения, именно в гинекологической практике отошла на задний план. В значительной степени тут, несомненно, было виновато то обстоятельство, что в прежнее время для нее были не-

обходимы довольно сложные, громоздкие и дорогие приспособления, располагать которыми мог далеко не всякий врач (я разумею аппараты для гальванизации с батареями из большого числа гальванических элементов и т. п.). Современная техника, однако, обошла эти затруднения,—в настоящее время существуют недорогие по цене и далеко негромоздкие приборы, при помощи которых врач, имеющий в своей квартире или больнице, где он работает, электрическое освещение, может располагать различными видами тока для медицинских целей.

Один из таких приборов, имеющийся в заведомой мною клинике и весьма пригодный не только для больничных учреждений, но и для частных кабинетов врачей-гинекологов, изображен на прилагаемом рисунке (рис. 186). Это—так наз. „пантостат“, могущий служить для гальванизации, электролиза, катафореза, синусоидальной фарадизации, эндоскопии, гальванокаустики и, наконец, для вибрационного массажа.

При всем том и теперь лишь немногие врачи-гинекологи более или менее широко применяют гальванизацию и фарадизацию в своей практике, о чем нельзя не пожалеть, ибо, несомненно, при целом ряде весьма часто встречающихся и с трудом поддающихся другим методам лечения заболеваний женской половой сферы эти способы лечения в руках опытного специалиста могут дать весьма ценные результаты. Особенно следовало бы обратить на них внимание именно русским гинекологам: надо считаться, при этом, с тем важным фактом, что, если принимаемая современным правительством „электрофикация России“ из области предположений перейдет в область действительности, то всякий земский врач, не исключая и обитателей глухой деревни, будет иметь в своем распоряжении главное *conditio sine qua* по электротерапии—электрическую энергию.

Для лечения женских болезней обыкновенно применялся в прежнее время постоянный ток, и притом весьма значительной силы,—до 200 миллиамперов и более.

Сила тока, применявшегося у гинекологических больных, представляла впрочем у разных авторов значительные колебания в зависимости, во-первых, от характера болезненных процессов, при кото-

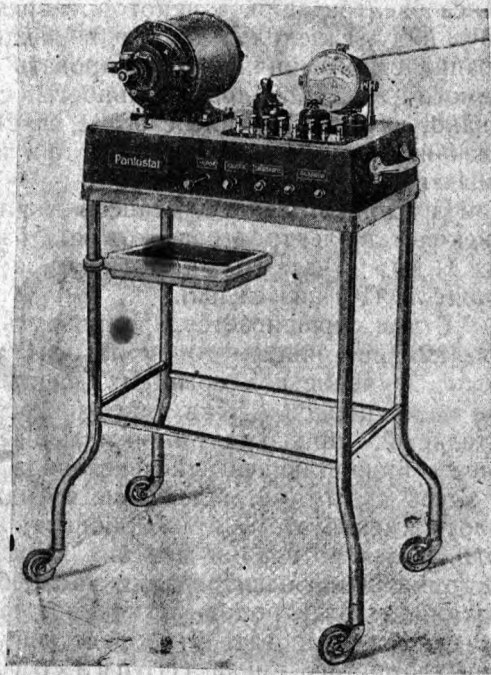


Рис. 186. Пантостат Reiniger'a.

рых применялась электротерапия, во-вторых,—от техники ее применения. Между тем, как Попялковский при эндометритах получал весьма хорошие результаты от тока в 30—70 МА, Новицкий при аменорее—от 20 до 35 МА, Калабин при воспалениях маточных придатков—около 30 МА,—Затонский, при воспалениях матки и ее придатков, а также при фибромиомах матки, употреблял ток до 280 МА силою. Принадлежащий Александрову метод электризации, о котором речь будет ниже, тем, далее, и ценен, что при нем мы можем пользоваться весьма сильными токами (свыше 100 МА), не причиняя боли пациенткам. Во всяком случае, применяя электротерапию, следует помнить, что 1) чувствительность к электрическому раздражению у различных женщин индивидуально-различна; 2)—что в общем наиболее сильное раздражение получается, *caeteris paribus*, при замыкании катода, потом—при замыкании анода, при размыкании анода и, наконец, при размыкании катода; 3)—что нередко боли у женщин, пользующихся электричеством, появляются не во время самого сеанса электризации, а некоторое время спустя после него. Имея все это в виду, гинеколог должен в каждом отдельном случае электротерапии строго индивидуализировать свое лечение, т. е. силу применяемого тока, продолжительность сеансов и их частоту, всегда, однако, начиная лечение с более слабых токов и постепенно увеличивая их силу, а также избегая, при известной силе тока, катодного замыкания.

Продолжительность сеансов электризации в практике русских гинекологов-электротерапевтов колебалась от 3 минут (Попялковский) до $\frac{1}{2}$ часа (Рачинский), а частота их—от 2 до 6 сеансов в неделю (Рачинский).

В чем, спрашивается, кроется суть терапевтического эффекта электризации постоянным током на половую сферу женщины? Гистологическое изучение подвергнутых электризации тканей показало, что, при известной силе тока, оба электрода,—и положительный, и отрицательный,—производят прижигающее действие на эти последние, причем прижигающее действие анода обуславливается образующимися здесь кислотами, а действие катода—щелочами. Некоторые гинекологи именно этому прижигающему действию и отводят главную роль в электротерапии женских болезней, рекомендуя, напр., для внутриматочной электризации употреблять, вместо неокисляющихся платиновых электродов, легко окисляющиеся цинковые электроды, дабы эксплуатировать непосредственное действие на маточную мукозу хлористого цинка (Попялковский). Александров, однако, совершенно справедливо замечает, что не эти цели,—гораздо проще, к стати сказать, достигаемые другими путями, напр., путем смазывания полости матки растворами хоть-бы того же хлористого цинка,—нужно преследовать, применяя электризацию, а надо иметь в виду динамическое и биолого-химическое действие последней на живые ткани. С этой точки зрения важно помнить, что катод развивает более энергичное действие, чем анод, а именно, он вызывает прилив крови, почему и обладает резорбирующею силою; напротив, в месте действия анода сосуды суживаются, мышцы сокращаются, болевые припадки стихают. Впрочем, мне кажется, ничто не мешает гинекологу в подходящих случаях утилизировать и то, и другое действие электризации, равно как и т. наз. катафорез, соответствующим образом изменяя ее технику.

Судя по имевшимся в литературе наблюдениям, электризация постоянным током с успехом может быть применяема при подострых и хронических воспалениях матки (как эндометритах, так и метритах), ее придатков, тазовсй брюшины и тазовой клетчатки,—воспалениях как неинфекционных, так и инфекционных и в частности гонорройных, затем—при *subinvolutio uteri* после родов и выкидышей, при атрофии этого органа, при аменоррее и зуде вульвы (о лечении электричеством фибромиом матки, на котором особенно настаивает *Apostoli*, мы говорить не будем, ибо против этих опухолей мы в настоящее время имеем более надежные средства).

Противопоказанным этот способ лечения считается при беременности, острых воспалительных процессах и идиосинкразиях (Снегирев), а также при наличии гнойных скоплений в женской половой сфере (Быховский).

Перечисляя показания и противопоказания к применению электротерапии, отметим, что Илларионов считает электризацию по Алехсандрову наилучшим способом лечения гонорреи женского полового аппарата, некоторые же другие авторы признают наличие всяких воспалительных изменений в маточных придатках исключающе применение электротерапии.

Что касается, наконец, техники электризации постоянным током, то она представляет у различных гинекологов большое разнообразие. В техническом отношении мы должны здесь прежде всего различать,



Рис. 187. Электроды-зонды для внутриматочной электризации Engelmann'a из алюминия.

с одной стороны, внутриматочную электризацию, с другой—рукавную. При первой один электрод, именно активный, вводится в полость матки (разумеется, с возможно строгим соблюдением правил асептики). второй же, индифферентный, прикладывается к передней брюшной стенке в надлобковой ее области. Активный электрод соединяется с положительным или отрицательным полюсом, т. е. является анодом или катодом в зависимости оттого, какой терапевтический эффект желателен в данном случае. Обыкновенно он имеет форму маточного зонда, или без пуговки на конце (рис. 187), или груговчатого (рис. 188),—или непосредственно соединяющегося с проводником электричества, или вставляемого для этого в особую рукоятку (рис. 189). Лучше, если зонд этот изготовлен из неокисляющегося металла, напр., платины; некоторые гинекологи, однако, имея в виду, как уже упоминалось выше, местное прижигающее действие на слизистую оболочку матки таких

веществ, как хлористый цинк и др. соли, предпочитают—по крайней мере при эндометритах—употреблять для внутриматочной электризации зонды из цинка, серебра, алюминия и т. п. Что касается индифферентного электрода, то в качестве его обыкновенно берется широ-



Рис. 188. Пугочатый зонд-электрод для внутриматочной электризации.

кая цинковая или свинцовая пластинка (рис. 190), обтянутая материей (холстом, фланелью), смачиваемой в растворе поваренной соли. В такой форме авторы рекомендуют применять электризацию постоянным током при эндометрите, метрите, атрофии матки и пр. заболеваниях, локализирующихся именно в этом органе.



Рис. 189. Рукоятка для внутриматочных зондов-электродов.

Говоря об электродах, применяемых при внутриматочной электризации, не мешает упомянуть, что в гинекологической практике находят себе применение, кроме монополярных, и биполярные внутриматочные электроды, т. е. соединяющиеся не с одним, а с обоими проводниками электричества (рис. 191).

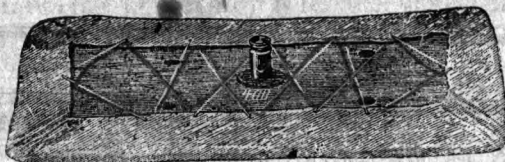


Рис. 190. Электрод для брюшной стенки в виде обтянутой материей пластинки.

При влагалищной электризации активный электрод,—опять-таки положительный или отрицательный, в зависимости от желательного терапевтического эффекта,—вводится в рукав, индифферентный же,

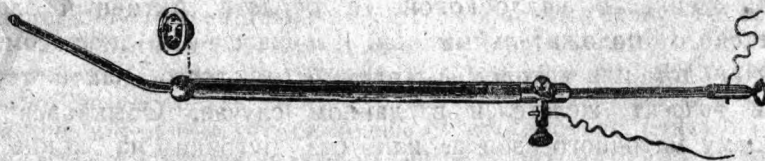


Рис. 191. Биполярный внутриматочный электрод Швабе.

как и при внутриматочной электризации, прикладывается к брюшной стенке. При этом в качестве рукавного электрода можно употреблять или тот же платиновый зонд, обмотанный смоченною в растворе по-

варенной соли гигроскопической ватой (Калабин), или угольный цилиндр, или металлический стержень с металлическим же шариком на конце (рис. 192), или медный стержень с коксовым цилиндром на



Рис. 192. Металлический влагалищный электрод.

конце и т. п., или, наконец, согласно предложению Александрова,—стеклянную трубку, внутри которой находится соединенная с источником электричества угольная палочка, и к одному концу которой приделаны 2 трубочки—для впуска и выпуска солевого раствора, а на другой конец надеет пузырь, наполненный 3% раствором поваренной соли (рис. 193).

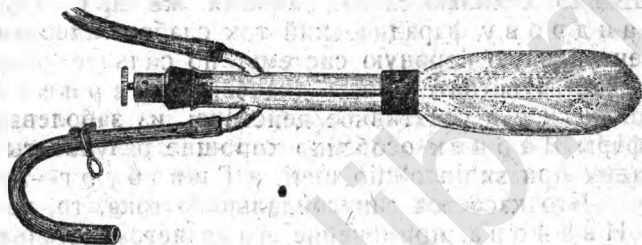


Рис. 193. Пузырный влагалищный электрод Александрова.

Выгодная сторона электрода Александрова заключается в том, что здесь полезная сила тока не тратится на местные явления, а весь орган (рукав, матка) становится анатомическим электродом и полюсом цепи (Федоров), а также в том, что, благодаря большей активной поверхности электрода, здесь достигается более равномерное распределение токов и отсутствие местного раздражения и болей, вследствие чего при нем можно пользоваться токами большей силы и продолжительности. В качестве индифферентного электрода Александров советует пользоваться каким-либо не поляризующимся электродом, напр., пластинкой из амальгамированного цинка. В такой форме электризация может быть с успехом применяема при воспалительных процессах, локализирующихся не только в стенках полового канала, но и по соседству с ним (сальпинго-оофориты, пери- и параметриты), причем в лечебном влиянии ее на инфекционные воспалительные процессы Александров особенно важную роль приписывает бактерицидному действию хлора *in statu nascendi*. У девиц электризация по Александрову может быть произведена *per rectum*. Наконец, в подходящих случаях местом приложения ее может быть и мочевого пузырь.

Модификации, внесенные в технику электризации по Александрову Рачинским (пузырь-электрод вместо солевого раствора наполняется воздухом) и Строкиным (сочетание электризации с постоянным орошением), едва-ли могут быть признаны удачными.

В свое время *Apostoli* при фибромиомах рекомендовал вводить активный электрод (платиновую иглу) в самую толщу опухолей,—т. наз. гальванопунктура. Прием этот, однако, теперь совершенно оставлен, как влекущий за собою серьезные опасности; да и вообще лечение фибромиом матки электричеством, в виду его малой действительности, в настоящее время практикуется лишь немногими гинекологами.

Гораздо меньшее применение в гинекологии, чем гальванизация, и раньше имела, и теперь имеет фарадизация—как обыкновенная, так и синусоидальная.

И это опять-таки, по моему мнению, основанному впрочем не столько на личном опыте, сколько на данных, имеющихся в литературе, вряд ли основательно. Правда, некоторые гинекологи (Быховский) должны были отказаться от фарадизации в виду вызываемых ею неприятных ощущений и болей, но другие (Снегирев, Варнек) пришли в этом отношении к совершенно противоположному заключению. Вернее всего, что здесь все зависит от техники, причем именно здесь методика Александрова оказывается, повидимому, особенно выгодной. Так или иначе,—и физиологический эффект фарадизации, и терапевтическое действие ее, по всем вероятностям, существенно отличаются от таковых же при гальванизации: по Александрову фарадический ток слабее гальванического действует на центральную нервную систему, но сильнее раздражает мышцы и понижает чувствительность тканей; по Варнеку он оказывает более тоническое и седативное действие; из заболеваний женской половой сферы Варнек особенно хорошие результаты получил от фарадизации при *subinvolutio uteri*, а Гинзбург—при дисменоррее.

Что касается синусоидального тока, то, по мнению Слетова и Иванова, применение его является идеальнейшей формой электротерапии именно в области заболеваний женской половой сферы. Ток этот не вызывает ни болей, ни сокращений поперечно-полосатых мышц, вызывая, однако, сокращения гладкой мускулатуры. По Снегиреву применение его показано при дисменоррее, маточных кровотечениях на почве субинволюции матки, белях и воспалительных экссудатах.

Львов. Фарадизация в гинекологии. Вр. 1835.—Варнек. Электричество в гинекологии. М. Об. 1888.—Затонский. О лечении фибромом и параметритах по сп. *Apostoli*. М. Об. 1888.—Снегирев. Об электризации в гинекологии. Тр. М. А. О. 1888.—Сыромятников. Об электризации в гинекологии и показаниях к употреблению разл. токов. Там же.—Успенский. Неск. клин. наблюдений применения электричества в гинекологии. М. Об. 1898.—Добронравов. О нервных страданиях женщин и о показаниях к употреблению электричества в гинекологии. Ж. А. 1888.—Нольчини. Случаи применения электричества на стац. больных в кл. пр. Снегирева. Тр. М. А. О. 1888.—Галактионов. Нек. данные, дол. от приложения электричества при лечении ж. болезней Тр. М. А. О. 1898 и 1890.—Массен. Метод *Apostoli*. Ж. А. 1889.—Затонский. Электричество в гинекологии по методу А. М. Об. 1889.—Клейф. Зонд-электрод. Ж. А. 1889.—Ханутин. Электричество в гинекологии. Мед. 1889.—Массен. Применение электричества к ж. болезням. Ж. А. 1890.—Попляковский. Лечение эндометрита ионами. М. Об. 1890.—Массен. Сп. *Apostoli* и пр. Дисс. СПб. 1890.—Гиммельфарб. К электротерапии в гинекологии. Отч. Вр. 1890.—Оленин. Электричество в гинекологии. Пр. Тамб. М. О. 1890.—Неелов. К вопр. о прим. электричества в акушерстве и гинекологии. Пр. Киев. А. О. 1891.—Дыский. О леч. электричеством в гин. отд. Голиц. Б. в 1891 г. Отч. Больн. за 1891 г.—Новицкий. Применение гальв. тока при отсутствии месячных. Вр. 1893.—Оленин. Результаты применения сп. *Apostoli*. Хир. Лет. 1893.—Александров и Федоров. К вопр. о прим. электричества в гинекологии по мет. д-ра А. Сб. Слав. II.—Федоров. Электризация по мет. д-ра Александрова при леч. *gonorrhoea ascendens*. Ж. А. 1894.—Рагинский. Видоизм. электрод. для влагалища д-ра Александрова. Отч. Вр. 1895.—Слетов. Электричество, как средство для диагностики

из гинекологии. Тр. М. О. Р. В. 1895.—Розенцвейг. Влаг. электрод. проф. Рачинского. Вр. 1896.—Недородов. О прим. электричества для полного излечения *gr. exhaunt. tubariae* и ее последствий. Библ. Вр. 1897.—Быховский. К вопросу о лечении электричеством нек. болезней ж. пол. органов. Ж. А. 1897.—Александров. Неск. слов о посл. образцах тампонно-влаж. электропроводника и пр. Ж. А. 1898.—Калабин. Мат. к вопросу о лечении восп. заболеваний придатков матки гальв. и фарад. током. Дисс. М. 1899.—Александров. Вн.-наружные пузырьно-тампонные влаг. электризации при ж. болезнях. Ж. А. 1900.—Строкин. Нов. влаг. термогидроэлектрод. Вр. 1900.—Лившиц. Влаг.-прямокиш. электрод. Ежен. 1900.—Александров. Вн.-наружн. пуз.-тампонные прямокиш. электризации при ж. болезнях у девиц. Ж. А. 1901.—Александров. Лечение ж. болезней электричеством. Отч. Ж. А. 1901.—Слетов и Иванов. О трехфазном токе и его применении в гинекологии. М. Об. 1901.—Гинзбург. О лечении дисменореи. Вр. Г. 1903.—Александров. Электротерапия при заболеваниях ж. пол. сферы. I С. Р. А. 1905.—Матвеев. К вопросу об электротерапии при заболеваниях ж. пол. сферы. Там же.—Александров. К вопросу о диагн. и прогн. значении и о месте электротерапии среди др. методов лечения ж. болезней. II С. Р. А.—Александров. Научные основы электротерапии ж. болезней. Там же.—Соловьев. Мат. к вопросу об электротерапии в гинекологии по сп. Александрова. Дисс. Харьк. 1908.—Матвеев. Пуз.-кожный электрод. Ж. А. 1913.—Мишин. О лечении амеворреи. Отч. Вр. Г. 1913.—Илларионов. Применение электричества по мет. д-ра Александрова при перелойных заболеваниях у женщин. Ж. А. 1915.

Термопенетрация (диатермия), фульгурация и электрокоагуляция.

Как известно, переменный ток тем лучше переносится организмом, чем выше число его колебаний: между тем, как ток с числом перемен от 30 до 150 в секунду уже при напряжении в 200 вольт является смертельным для человека,—а при известных условиях даже ток в 50—100 вольт может быть опасным,—при значительной частоте колебаний и 100.000 вольт без вреда переносятся организмом человека. Имея это в виду, многие пытались применить токи высокой частоты для лечебных целей,—между прочим и при заболеваниях половой сферы у женщин.

Одну из форм такого терапевтического применения токов большой частоты представляет собою т. наз. термопенетрация или, лучше сказать, диатермия. Из физики мы знаем, что энергия тока, не теряющаяся на механические процессы, электролиз и т. п., целиком превращается в тепловую энергию, причем количество вырабатываемой таким образом теплоты прямо-пропорционально сопротивлению, которое встречает ток. Ткани человеческого тела представляют току большое сопротивление. Отсюда, если мы включим известный участок тела в цепь, т. е. расположим его между двумя электродами, то при пропускании тока участок этот более или менее значительно,—в зависимости от силы тока,—нагреется. При известной дозировке тока нагревание это может быть настолько значительно, что высокая t° , не нарушая жизнедеятельности тканей, в то же время окажется губельной для гнездящихся в них микробов (по отношению к гонококкам для этого достаточно нагревания до 40° С.), вызовет рассасывание патологических продуктов и пр. Пользоваться, однако, для данной цели мы можем лишь переменным током большой частоты, ибо, если бы мы столь же значительного термического эффекта вздумали достигнуть путем постоянного тока или переменного с малым числом колебаний, то нам пришлось бы употребить такие токи, которые были бы смертельны для организма.

Применение этого метода в гинекологии пока не выходит еще из пределов попыток, но и те результаты, которые были получены при этих попытках, позволяют думать, что мы имеем в нем весьма ценное приобретение. Особенно важно с практической точки зрения то обстоятельство, что этим путем мы можем повышать t^0 отдельных органов или участков тканей, между тем как даже ближайшие к нагреваемому органу (геср. участки) или вовсе не изменяют своей t^0 , или нагреваются лишь незначительно. По Брюлю диатермия оказывает поразительный болеутоляющий и резорбирующий эффект. Как о в с к и й считает ее наилучшим средством для быстрого и радикального излечения гонорреи. Хорошие результаты получил от нее при заболеваниях женской половой сферы также А м ч и с л а в с к и й, придумавший для этого способа особые рукавные электроды в виде раздвигающихся лопаток, с одетыми резиной рукоятками, а равно и др. гинекологи.

Далеко нельзя того же сказать, судя по имеющимся в литературе данным, о другой форме применения токов большой частоты, — о т. наз. фульгурации или сидерации. Суть этого способа, предложенного в 1907 г. Keating-Hartom, заключается в том, что, пользуясь токами высокого напряжения и большой частоты, через металлический электрод направляют на пораженную болезненным процессом ткань пучки сильных электрических искр с расстояния в 2—4 сант., продолжая эту процедуру 25—40 мин. Одно время думали этим путем бороться с раком, и действительно, наблюдения, напр., Д о б р я н с к о г о свидетельствуют, что при лечении фульгурацией бели, кровотечения и боли у раковых больных проходят, рост опухоли замедляется, происходит разрастание и рубцованье соединительной ткани, а Ш м и д т г о ф получил от этого способа хорошие результаты при растройствах месячных, воспалениях матки и рукава и др. заболеваниях. Однако при раках лечебный эффект способа Keating-Harta является лишь паллиативным, — по Ш м и д т г о ф у он простирается лишь на глубину 3—5 милл. (кроме того опыты Л у р ь е показывают, что клетки злокачественных новообразований более устойчивы против фульгурации, чем, напр., клетки паринхиматозных органов); а для лечения воспалений матки и влагалища и т. п. гинекологических заболеваний мы имеем в своем распоряжении более удобные и менее сложные способы.

Имея в виду неудовлетворительные результаты, полученные при злокачественных новообразованиях от фульгурации, Доуен предложил для лечения их электрокоагуляцию, состоящую в применении токов невысокого напряжения; но короткой волны и очень частых колебаний (до 1.000.000 в секунду), с целью использовать их термическое действие. Употребляя ток в 10—20 А. силою, можно при этой форме диатермии поднять t^0 тканей до 100^0 и выше, в чем и лежит суть лечебного эффекта данного способа. Электрокоагуляция действует на гораздо большую глубину, чем фульгурация, — по Ш м и д т г о ф у на глубину 4—5 сант., а по Л у р и е — даже 8 сант., — и потому этим путем можно действительно выжечь рак, напр., маточной шейки. Но, с другой стороны, этому способу, по наблюдениям Л у р ь е, присущи и крупные невыгоды: он очень сложен по технике, вследствие сильной болезненности его применение требует глубокого наркоза, избирательного действия на клетки злокачественных новообразований электрокоагуляция не оказывает, а разрушает и клетки нормальных тканей, точная

дозировка теплового действия ее фактически бывает невозможна и т. д. В виду всего этого данному способу едва-ли можно предсказать более или менее широкое применение в гинекологической практике.

Попова. Ток выс. напряжения в лечении ж. б-лезней. Р. Вр. 1904.—Шмидтгоф. Токи большой частоты и выс. напряжения в гинекологии. Отч. Ж. А. 1908.—Добрянский. О применении фульгурации при лечении рак. заболеваний. Отч. Ж. А. 1909.—Лурье. О гистол. изменениях в тканях норм. и поражен. рак. новообразованием под влиянием фульгурации. Ж. А. 1909.—Брюль. Термопенетрация в гинекологии. Р. Вр. 1910.—Шмидтгоф. О применении методов Keating-Harta и Doueпа в гинекологии. Отч. Вр. Г. 1910.—Лурье. Действие радия, лучей х и фульгурации на опухоли у мышей. V Межд. С. А. Отч. Ж. А. 1910.—Шмидтгоф. Электрокоагуляция Doueпа. Отч. Вр. Г. 1910.—Лурье. Влияние электрокоагуляции на ткани организма. Отч. Ж. А. 1911.—Бруштейн. Диатермия. Нов. М. 1912.—Мыкертчьянц. Горячий воздух и термопенетрация в гинекологии. Вр. Г. 1913.—Каковский. Тер. применение токов большой частоты в форме диатермии и цр. Вр. Г. 1913.

Рентгенотерапия. Между тем, как разобранные выше формы электризации не находят себе широкого применения в современной гинекологической практике, рентгенизация уже и теперь завоевала себе здесь значительное поле применения, а в будущем это поле обещает быть еще более обширным.

Для современной науки лучи Roentgen'a уже не являются собственно х-лучами, как их продолжают называть по старой привычке: и способ происхождения, и природа, и свойства этих лучей в настоящее время нам хорошо известны. Если взять герметически-запаивную стеклянную трубку, сквозь концы которой проведены две платиновых проволоки,—одна, снабженная алюминиевым кружком на конце, для катода, другая для анода,—выкачать из нее воздух и включить в цепь большого напряжения, то служащий катодом кружок из алюминия будет отбрасывать от своей поверхности в перпендикулярном к ней направлении прямолинейные лучи—т. наз. катодные лучи. Распространяясь в этом направлении совершенно независимо от положения анода, с громадною скоростью, равную 0,1—0,5 скорости света, лучи эти вызывают флюоресценцию и нагревание того участка трубки, на который они падают, т. е. противоположного катода. Как выяснили точные исследования, катодные лучи представляют собою потоки отрицательно заряженных мельчайших (в 2000 раз меньше атома водорода) частиц—т. наз. электронов. Всюду, где последние ударяются о какое-либо твердое тело, возникают колебания эфира, образующие лучи невидимые для глаза, но способные вызывать флюоресценцию и действовать на фотографическую пластинку,—это и есть х-лучи. Существенно отличаясь от катодных лучей тем, что они не отклоняются ни магнитным, ни электрическим полем, х-лучи обладают еще большею скоростью распространения, чем катодные лучи.—именно, скоростью света,—и необычайно малую длину своих волн (0,0000001). Благодаря этому последнему обстоятельству, лучи Röntgen'a в состоянии проникать через непрозрачные для световых лучей твердые

тела, и тем легче, чем меньше атомный вес последних,—свойство, на котором и основано практическое применение этих лучей в медицине вообще и в гинекологии в частности.

Для того, чтобы получить х-лучи в достаточном для практических целей количестве и достаточной концентрации, пользуются приборами, известными под общим названием Röntgen'овских трубок. Трубки эти бывают различных типов, но в общем они представляют собою (рис. 194) стеклянные баллоны шарообразной формы, из которых выкачан воздух. В одном месте в стенку баллона вляян анод, в другом, противоположном,—катод в виде сферического зеркала из алюминия. Если пропускать чрез трубку ток высокого напряжения,

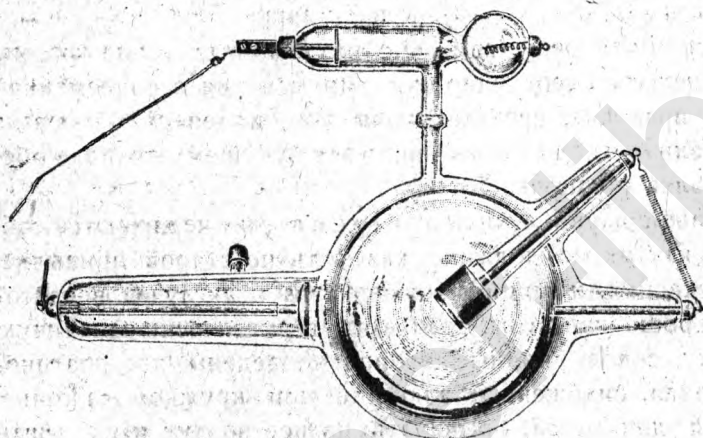


Рис. 194. Röntgen'овская трубка.

получаемый от индуктора или трансформатора, то от катода, начнут исходить катодные лучи, которые благодаря сферической форме алюминиевого зеркала, будут концентрироваться в одной точке внутри баллона. Как раз в этой точке в баллоне находится т. наз. антикатод—в виде пластинки из твердого металла (платины или тантала). Падая на поверхность пластинки и ударяясь об нее, электроны, из потоков которых состоят катодные лучи, вызывают здесь образование х-лучей, которые и отходят от антикатада веерообразно расходящимся пучком. Так как при этом удары электронов об антикатод обуславливают сильное его нагревание, то антикатод в Röntgen'овских трубках обыкновенно утверждается на толстом стержне из тугоплавкого металла и притом еще охлаждается водой или маслом.

Если приблизить включенную в цепь трубку Röntgen'a к поверхности какой-либо части человеческого тела так, чтобы х-лучи падали на эту поверхность (а количество падающих на единицу поверхности лучей, конечно, зависит оттого, на каком расстоянии находится поверхность от антикатада), то лучи эти будут проникать через ткани тела, но не везде в одинаковой степени: там, где на пути их окажутся, напр., кости скелета, они будут задержаны в большей степени, чем в местах, где костей нет. Поэтому, поместив на их дальнейшем пути по выходе из тела экран, покрытый каким-нибудь способным к

получаемый от индуктора или трансформатора, то от катода, начнут исходить катодные лучи, которые благодаря сферической форме алюминиевого зеркала, будут концентрироваться в одной точке внут-

флюоресценции веществем (обыкновенно—платиносинеродистым барием), мы увидим на нем тени костей, еще более резкие тени—металлических предметов, случайно попавших в ткани (напр., пуль), менее резкие тени—мягких внутренних органов и пр. В этом и состоит т. наз. рентгеноскопия, играющая ныне столь важную роль в медицинской, особенно хирургической, практике. Заменив экран фотографической пластинкой, мы получим те же изображения костей, металлических предметов и пр. фиксированными;—т. наз. рентгенография.

Способность х-лучей проникать через твердые тела (resp. животные ткани) и поглощаться ими варьирует в зависимости не только от атомного веса этих тел (resp. строения тканей), но и от физической природы самих лучей. С этой точки зрения среди них обыкновенно различают более жесткие и более мягкие лучи. Первые обладают меньшей длиной волн, в связи с чем они легче проникают через ткани и в меньшей степени поглощаются ими; вырабатываются эти лучи т. наз. жесткими трубками, т. е. такими, в которых разрежение (вакуум) доведено до значительной степени, и потому образующиеся здесь катодные лучи обладают весьма большою скоростью. Мягкие х-лучи, напротив, получаются при меньшей скорости катодных лучей, в трубках, содержащих слишком много воздуха; волны их имеют большую длину, почему лучи эти обладают меньшею проникающею способностью и в большей степени поглощаются тканями. По Perthes'у, из мягких лучей лишь 50% проникают на глубину 1 сант., 35—45%—на глубину 2 сант. и лишь 25%—на глубину 3 сант., из жестких же лучей даже на глубину 4 сант. проникает 40%, а 25%—на глубину 5 сант.

И рентгеноскопия, и рентгенография могут служить в медицине, понятно, лишь целям диагностики, причем именно в области гинекологии эти методы, как уже было упомянуто выше, не нашли себе широкого применения. За то современные гинекологи широко использовали другую способность х-лучей, а именно, их способность, поглощаясь тканями животного организма, производить известное биологическое действие на тканевые элементы, т. е. живые клетки. Действие это является различным в зависимости, прежде всего, от дозы х-лучей. В общем при менее значительных дозах последние оказывают раздражающее действие на клетки, при более же значительных—разрушающее, вызывая в них дегенеративные процессы, атрофию и, наконец, полный некроз.

В чем кроются причина и сущность указанного биологического действия лучей Röntgen'a на живые ткани и клетки,—на этот счет существуют различные предположения: одни авторы думают, что это действие притом самим х-лучам, как таковым, по мнению же других (Müller) главную роль здесь играют вторичные, более мягкие лучи, возникающие при прохождении первичных х-лучей через ткани; одни исследователи (Holzknecht) предполагают, далее, что

х-лучи обуславливают разложение плазмы по такому же типу, по какому они вызывают разложение серебряных солей в светочувствительном слое фотографической пластинки, другие (Wegner) думают, что лучи эти выделяют из лецитипа клеток холин, который уже и производит известное биологическое действие, и т. д.

На биологическом действии х-лучей основана и принятая в медицинской практике дозиметрия их, причем в основу измерения кладется та доза их, которая вызывает покраснение кожи,—т. наз. эритем-доза; доза эта условно делится на 10 измерительных единиц, обозначаемых буквою х (предложены, впрочем, и другие методы дозиметрии Röntgen'овских лучей).

Помимо большей или меньшей жесткости х-лучей (определяемой различными приборами, из которых упомянем о квалиметре Ваггера), расстояния освещаемой части организма от антикатада и глубины положения тканей, получаемая последними доза этих лучей и, стало быть, их биологическое действие зависят, конечно, от т. наз. нагрузки трубок, т. е. силы тока, протекающего через них, а также продолжительности освещения.

С практической точки зрения в высшей степени важным является то обстоятельство, что биологический эффект х-лучей имеет селективный, избирательный характер, т. е. на известные ткани лучи эти caetigis paribus производят гораздо более сильное действие, чем на другие. Особенно восприимчиво к их действию является, повидимому, эпителиальная ткань, причем и среди эпителиальных элементов далеко не все в одинаковой степени легко подвергаются влиянию рентгенизации: в яичниках, напр., эпителий созревающих и зрелых фолликулов реагирует на нее гораздо скорее и сильнее, чем эпителий примордиальных фолликулов, а главное—патологическая эпителиальная ткань подвергается действию х-лучей в гораздо большей степени, чем нормальная, и те дозы х-лучей, которые губительно влияют на нее, могут, повидимому, без вреда переноситься нормальным эпителием. На этом-то и основано применение рентгенизации для лечения раков вообще и рака матки в частности.

Целый ряд авторов (у нас, напр., Гамбаров, Калмыков и др.), применив рентгенизацию,—в чистом виде или в сочетании с радиотерапией,—при раковых поражениях женской половой сферы, получили весьма ободряющие результаты, а в дальнейшем, когда методика этого лечения будет более разработана, можно надеяться, что они будут еще лучше, и гинекологи получают в рентгенизации надежное оружие для борьбы с такою губительною болезнью, какою до сих пор является рак матки. Опыт Казанской клиники в данной области,— правда небольшой,—заставляет меня также с надеждою смотреть на будущую роль рентгенотерапии в лечении раков женской половой сферы вообще и рака матки в частности. Важнее всего здесь то, что посредством рентгенотерапии мы можем добиться улучшения и даже полного излечения и в таких случаях рака, которые оказываются уже недоступными для хирургического вмешательства.

Каких-бы, однако, успехов ни достигла в будущем рентгенотерапия при раке,—на этот способ, конечно, никогда нельзя будет смотреть, как на панацею в данной области, т. е. нельзя думать, что всякий рак, положим матки, как-бы запущен и распространен он не был, может быть радикально излечен х-лучами. Необходимо помнить, во-первых, что до слишком глубоко сидящих раковых разрастаний достигает лишь небольшая часть этих лучей, в небольших же дозах последние действуют на раковые элементы не разрушающим, а раздражающим, стимулирующим образом. Далее, уничтожение разбросанных в тканях раковых клеток х-лучами не проходит бесследно для организма: при разрушении этих клеток образуются ядовитые продукты распада,—быть может, специфические для х-лучей, т. наз. рентгенотоксины,—которые, всасываясь, обуславливают общую интоксикацию; если раковый процесс зашел слишком далеко, то продуктов этих может образоваться черезчур много, и отравление ими организма больных может принять опасные размеры. Наконец, как показывает опыт, для лечения запущенных раков матки приходится употреблять слишком большие дозы х-лучей, а в таких дозах последние действуют разрушающим образом не только на раковую ткань, но и на соседние здоровые ткани, и на этой почве при рентгенизации раков матки могут, напр., возникать мочевые и кишечные свищи и т. п.

Чтобы предотвратить вредное действие х-лучей на здоровые ткани, последние защищают при помощи непроницаемых для этих лучей веществ,—при рукавной рентгенизации раков маточной шейки применяют, напр., цилиндрические зеркала из свинцового стекла, защищающие стенки рукава. Кроме того, так как действие это особенно присуще мягким лучам, то их отфильтровывают от жестких при помощи различных фильтров. Соответствующие меры, напр., применение диафрагм и пр., принимаются при рентгенизации и для устранения вторичных лучей, вследствие своей мягкости также вредно действующих на здоровые ткани.

Еще более успешные, в полном смысле слова блестящие результаты были получены гинекологами от применения рентгенотерапии при фибромиомах матки. По заявлениям некоторых современных авторов (König, у нас Гамбаров и др.) технически правильная рентгенизация дает здесь 100% излечений.

Чем объясняется такой благоприятный эффект лечения х-лучами фибромиом матки,—на этот счет между авторами не существует полного согласия. Одни из них главную причину его усматривают в том влиянии, которое х-лучи оказывают на яичники фиброматозных больных. Как известно, по современным воззрениям развитие фибромиом матки находится в непосредственной зависимости от деятельности яичников, именно, от внутренней их секреции. Оттого с увяданием яичников в климактерическом возрасте рост этих опухолей обычно прекращается, а нередко они подвергаются и обратному развитию; к таким же последствиям ведет и кастрация, одно время поэтому широко применявшаяся при фибромиомах матки. Опыты Окинчица, Зарецкого и др. исследователей показывают, далее, что х-лучи вызывают в яичниках полное уничтожение фолликулярного аппарата, причем одновременно клеточная строма их замещается волокнистою соединительною тканью, и в конце концов яичники под влиянием

рентгенизации превращаются в рубцовые тела, совершенно неспособные к присущим им в норме функциям. Этой-то „бескровной кастрации“ многие авторы и отводят главную роль в терапевтическом влиянии рентгенизации на фибромиомы матки. Другие склонны объяснять эффект рентгенизации при этих опухолях непосредственным влиянием х-лучей на элементы фибромиом, причем и в пользу такого объяснения имеется много данных. Кривский, напр., удалив фиброматозную матку у больной, лечившейся до того х-лучами, мог констатировать в ней резкое увеличение соединительной ткани, гиалиновое перерождение соединительнотканых волокон и стенок сосудов и атрофию мышц; Александров в одном аналогичном случае наблюдал в миоме возникновение объемистой полости на почве распада опухольных элементов и пр. Наконец, некоторые гинекологи объясняют лечебное влияние рентгенизации при фибромиомах матки также воздействием х-лучей на сосуды, железы маточной мукозы и т. п.

Чтобы выяснить этот вопрос, Козлов, по моему предложению, произвел ряд опытов с изолированной рентгенизацией одного из рогов матки у кроличих. Сравнивая затем, под микроскопом, строение подвергавшегося рентгенизации рога с не подвергавшимся, у тех же животных, этот автор убедился, что изолированное освещение лучами Röntgen'a кроличьей матки прежде всего ведет к изменениям эпителия маточной мукозы, именно, к его атрофии и к замене его соединительной тканью (рис. 195); рука об руку с этими процессами в эпителии происходят изменения в сосудах маточной мукозы, которые сначала бывают расширены и переполнены кровью, а затем, по мере разрастания заменяющей эпителий соединительной ткани, суживаются, стенки их утолщаются, и просвет закупоривается разрастающимся эндотелием; заменяющая погибший эпителий соединительная ткань с течением времени уплотняется, гиалиново перерождается и рубцово сморщивается, что ведет сначала к сужению, а в конце концов, к облитерации маточного просвета; влияния х-лучей на миометрий при тех дозах, какие употреблялись в опытах (наибольшая—132 х), автору с несомненностью установить не удалось, но некоторые опыты давали ему основание думать, что рентгенизация может повести к изменениям и в этом слое маточной стенки—в форме атрофии мышечных клеток с одновременным разрастанием соединительной ткани.

Отчего-бы не зависело благотворное влияние х-лучей на фибромиомы матки, во всяком случае оно представляет собою факт, не подлежащий сомнению, и немудрено, что некоторые выдающиеся представители современной гинекологии, с Ктöpig'ом во главе, принципиально отказались от оперативного лечения этих опухолей, заменяя его рентгенизацией. Особенно поддаются воздействию х-лучей, по Александрову, фибромиомы с преобладанием мышечной ткани и резким отеком. Впрочем другие гинекологи полагают,—и, мне кажется, совершенно основательно,—что в некоторых случаях фибромиом матки лечение х-лучами является противопоказанным, и ему следует предпочесть оперативное вмешательство. Так, неподходящими для этого лечения являются субмукозные и объемистые субсерозные опухоли, а также миомы с саркоматозным перерождением; далее, так как рентгенизация при фибромиомах в начале лечения нередко ведет к уси-

лению маточных кровотечений и лишь затем—к прекращению их, то этот метод лечения противопоказуется у слишком обескровленных больных; наконец, в числе противопоказаний к лечению х-лучами следует упомянуть о беременности, так как опыты Зарецкого показали, что даже изолированная рентгенизация яичников, по крайней мере в первой половине беременности, ведет к прерыванию последней.

Кроме фибромиом матки, рентгенизация дает прекрасные результаты при климактерических кровотечениях и гѐморрагических метропатиях (*metro-endometritis haemorrhagica*); с надеждою на успех ее можно также применять при хроническом оофорите, дисменоррее, остеомаляции, зуде вульвы, бугорчатке вульвы, раках и саркомах маточной шейки, рукава и наружных половых частей, в целях „стерилизации“ женщины и в целях предупреждения возвратов рака после экстирпации раковой матки.

Что касается технических деталей рентгенотерапии при всех перечисленных выше заболеваниях женского полового аппарата, то изложение их завело бы нас слишком далеко. Отсылая поэтому читателей за справками на этот счет к руководствам по рентгенологии вообще *) и специальным трудам по гинекологической рентгенотерапии, заметим только, что при названных болезнях освещение х-лучами можно производить, в зависимости от локализации болезненного процесса, или со стороны передней брюшной стенки (абдоминальный путь рентгенизации), или сбоку (латеральный путь), или со стороны спины (дорзальный путь), или через рукав (вагинальный путь), или, наконец, направлять х-лучи на наружные половые части (вульварный путь). При абдоминальной и дорзальной рентгенизации освещать можно или сразу всю нижнюю часть живота (*resp.* спины)—„однополюсная рентгенизация“, или же можно предварительно разделить ее на несколько, —от 2 до 28 (Гамбаров),—участков и затем последовательно освещать эти участки один за другим—„многополюсная рентгенизация“. Лучи при этом можно направлять под таким углом, чтобы, падая на различные участки кожи, они на известной глубине, перекрещиваясь, освещали одно и то же место,—„перекрестное освещение“. Для защиты кожи от мягких лучей употребляются, как уже упоминалось выше, различные фильтры,—обычно в виде алюминиевых пластинок от 1 милл. (по *Albers-Schönberg*'у) до 3 милл. (по *Gauss*'у) толщиной, а для устранения вторичных лучей, кроме применения уже упомянутых компрессионных диафрагм или бленд, прибавляют к металлическим фильтрам слой замши и т. п. Доза х-лучей, даваемая на каждое поле, в практике различных рентгенотерапевтов является неодинаковою,—одни предпочитают довольствоваться малыми дозами (при фибромиомах матки, напр.,—от 6 до 8 х), другие, наоборот, дают большие дозы (50 х и больше), а третьи являются сторонниками золотой середины (25 х). В общем раньше пользовалась предпочтением методика гамбургской школы (*Albers-Schönberg*'а), применявшей менее интенсивную рентгенизацию, в настоящее же время гинекологи перешли к более интенсивной рентгенизации по *Gauss*'у и *Krönig*'у (фрейбургская

*) На русском языке отметим, между прочим, руководство по рентгенологии Лазарева и Мезерницкого „Рентгенодиагностика и рентгенотерапия“, Петр. 1916.

школа), в связи с чем теперь освещение производится с более близкого расстояния (15 сант. от антикатада), чем раньше (27 сант.). Различными являются также нагрузка трубок (1—5 МА), продолжительность сеансов, частота их и пр.

Окинчиц. К вопросу о рентгенизации яичников. Ж. А. 1906.—Зарецкий. Рентгенизация яичников и пр. Дисс. СПб. 1908.—Зарецкий. Опыт лечебной рентгенизации яичников. Ж. А. 1909.—Неменов. К технике лечения лучами Röntgen'a гинекол. заболеваний. Р. Вр. 1909.—Зарецкий. Рентгенотерапия в гинекологии и акушерстве. СПб. 1912.—Неменов. О лечении фибриомом и мат. кровотечений лучами Röntgen'a. Р. Вр. 1912.—Зарецкий. Кр. очерк. совр. состояния гин. рентгенотерапии. Р. Вр. 1912.—Зарецкий. О путях гин. рентгенизации. Ж. А. 1913.—Кривский. Дем. препаратов фибром. матки, подв. раньше рентгенизации. Отч. Ж. А. 1913.—Неменов. Лучи Röntgen'a в гинекологии. XII Пир. С.—Карлин. Соврем. состояние рентгенотерапии в гинекологии. М. Об. 1913.—Фрумина. Глубокая рентгенотерапия в гинекологии. Вопрос. Н. Мед. 1913.—Александров. О рентгенотерапии в гинекологии. Отч. Ж. А. 1914.—Калмыков. О лечении рака матки рентгеновскими лучами. Ж. А. 1914.—Александров. Новые пути в лечении гин. заболеваний. Нов. М. 1914.—Зандукели. О технике гинек. рентгенотерапии. Отч. Вр. Г. 1914.—Либерзон. К вопросу о прим. лучей Röntgen'a в гинекологии. Там же.—Неменов. Лечение злок. новообразований лучами Röntgen'a. I Рак. С.—Гамбаров. Рентгенотерапия доброк. и злок. опухолей. Там же.—Водлосович и Зарецкий. Наблюдения в области гинек. рентгенотерапии. Ж. А. 1915.—Бонштедт. Рентгенотерапия фибриомом матки и климакт. кровотечений. Ж. А. 1916.—Козлов. О влиянии рентгеновских лучей на матку животных. Сб. Грузд. Дисс. Каз. 1920.

Радиотерапия. Наряду с рентгенотерапией к числу наиболее ценных приобретений современной медицины вообще и гинекологии в частности принадлежит радиотерапия, т. е. применение с лечебною целью т. наз. радиоактивных веществ или веществ, испускающих лучи, впервые открытые Весцугет'ем.

Таких веществ известно в настоящее время довольно много, причем большинство из них принадлежит к трем семействам: семейству урана, семейству тория и семейству актиния (впрочем весьма вероятно, что это последнее семейство представляет собою лишь ветвь семейства урана). Каждое семейство состоит из ряда членов, среди которых, по теории Rutherford'a и Soddy, каждый последующий член является продуктом атомного распада предыдущего члена. Так, в семействе урана родоначальником является уран I; распадаясь, он дает уран X_1 , этот—уран X_2 или брейвий, затем идут: уран II, ионий, радий, нитон или эманация радия, радий А, радий В, радий С, радий C_1 , радий Д, радий Е, радий F или полоний, и, наконец, последним членом семейства оказывается, повидимому, обыкновенный свинец. Семейство тория состоит из тория, мезотория I, мезотория II, радиотория, тория X, эманации тория, тория А, тория В, тория С и тория C_2 . К семейству актиния принадлежат: актиний, радиоактиний, актиний X, эманация актиния, актиний А, актиний В, актиний С и актиний Д. Время, потребное для распада и превращения одного члена в другой, т. е. долговечность радиоактивных веществ, представляет громадные колебания—от многих миллионов лет

(для урана I и тория) до нескольких долей секунды (для тория А и актиния А).

Физическая природа лучей, испускаемых радиоактивными веществами, в настоящее время представляется довольно хорошо изученной. Среди них различают три вида: α -лучи, β -лучи и γ -лучи, причем некоторые радиоактивные вещества излучают лучи всех этих трех видов, другие же — лишь отдельные виды.

Альфа-лучи состоят из положительно заряженных атомов гелия, — элемента, впервые открытого на солнце, — которые движутся со скоростью, равной $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$ скорости световых лучей.

Бета-лучи идентичны, повидимому, с катодными лучами, о которых уже говорилось выше, т. е. они также представляют собою потоки отрицательно-заряженных электронов. Только скорость их значительно больше, чем скорость обыкновенных катодных лучей, — она доходит до 270.000 кило в секунду. В новейшее время среди них различают более жесткие собственно β -лучи и более мягкие, обладающие меньшею скоростью δ -лучи.

Наконец, гамма-лучи, представляющие собою не потоки материальных частиц, как α и β -лучи, а колебания эфира, тождественны, повидимому, с лучами Röntgen'a.

Из радиоактивных веществ в гинекологической практике применяются в настоящее время главным образом радий и мезоторий I.

Радий в чистом виде представляет собою металл белого цвета, атомный вес которого равняется 226, — плавящийся при 700° С., легко окисляющийся на воздухе, почему для медицинских целей и употребляются обыкновенно его соли — хлористая и бромистая. В природе радий встречается главным образом в урановых рудах, особенно в настуране или урановой смоляной обманке, из которой он и был впервые добыт m-me Curie. Но и в этой богатейшей по содержанию радия руде он содержится в ничтожных количествах: по Чугаеву из тонны этой руды можно получить не более 0,1—0,2 грм. радиевой соли, а Curie, чтобы добыть 0,35 миллигр. этого драгоценного вещества, должна была переработать 1000 килогр. отбросов, оставшихся после добывания урана из Иохимсталльской смоляной обманки. Немудрено, что, по данным Вернадского, ежегодная добыча радия до войны во всем мире не превышала 5—6 грм., а общее количество его, находившееся в распоряжении всего человечества, равнялось к 1916 г. 200 граммам.

Сам по себе радий испускает лишь α -лучи и в небольшом количестве — β -лучи; но, так как в нем постоянно происходят процессы атомного распада, результатом которых является образование нитона и др. радиоактивных веществ, то, благодаря примеси последних, употребляемые в практике радиевые соли и оказываются излучающими все 3 сорта Becquerel'евских лучей, т. е. и α -лучи, и β -лучи

(жесткие и мягкие), и γ -лучи, причем относительное количество их обыкновенно определяется в 90% для первых, в 9%—для вторых и в 1%—для третьих. Кинетическая энергия, развиваемая при этом излучении, определяется 132 малыми калориями в час на грамм радия, т. е., другими словами, если-бы энергия, развиваемая 1 миллиграммом радия в течении 1000 лет, могла освободиться моментально,—она дала-бы взрыв, равный по действию взрыву 60 пудов динамита. Между тем долговечность радия—гораздо более 1000 лет, именно, для полного своего распада радий требует, повидимому, около 3500 лет.

Второе радиоактивное вещество, обычно употребляемое в медицинской практике, мезоторий I, добывается преимущественно из монацитового песка, находимого в Бразилии и др. странах. Сравнительно быстро подвергаясь атомному распаду и превращаясь в мезоторий II, радиоторий и т. д., мезоторий выделяет α , β и γ -лучи в большем количестве, чем радий, но, так как его долговечность гораздо короче долговечности радия, равняясь всего 11 годам, то для практического применения препараты его являются гораздо менее выгодными, чем препараты радия, и потому ценятся дешевле. Если продажные препараты мезотория и по истечении 11 лет сохраняют еще часть своей радиоактивности, то только потому, что они содержат обычно примесь более стойкого радия (по Гейнацу в них содержится около 25% радия и лишь 1/4% собственно-мезотория).

Как радий, так и мезоторий применяются в гинекологической практике исключительно для лечения злокачественных новообразований матки, рукава и вульвы, особенно раков маточной шейки. Испускаемые ими лучи, подобно лучам Röntgen'a, проникая через ткани пораженных органов и абсорбируясь на той или другой глубине, оказывают, повидимому, до известной степени элективное (хотя и неспецифическое) разрушающее действие преимущественно на раковые клетки,—или, по некоторым авторам (Браунштейн), на всякую патологическую ткань,—и таким образом вызывают уничтожение новообразований.

Впрочем вопрос об элективности действия Вессуегацевских лучей—вопрос еще спорный. Улезко-Строганова на основании микроскопического исследования пораженных раком тканей после лечения радием пришла, напр., к заключению, что об избирательном действии здесь говорить не приходится, и что радий действует на все клетки и ткани. Произведенные в лаборатории Казанской клиники Софотеровым подобные же исследования также свидетельствуют, что лучи радия оказывают энергичное действие, наряду с эпителиальными и в частности раковыми клетками, и на мышечные клетки, вызывая жировое перерождение их протоплазмы. Повидимому, живые клетки тем легче подвергаются действию радия, чем они моложе и менее дифференцированы, а так как клетки новообразований обыкновенно и являются таковыми, то этим и объясняется элективность действия радия, все же признаваемая большинством наблю-

дателей - клиницистов. Есть основание думать, далее, что биологический эффект радийных лучей на различные ткани прямо пропорционален абсорбционной способности последних, а так как патологические ткани поглощают эти лучи вдвое энергичнее, чем нормальные, то и в этом лежит причина элективности воздействия на них радия (Б р а у н ш т е й н).

Указанное элективное разрушающее действие лучей радия на раковые клетки большинством авторов приписывается лишь γ -лучам и жестким β -лучам, которые, кроме того, обладают еще драгоценною способностью проникать в глубину тканей и таким образом действовать не только на поверхностно лежащие раковые разрошения, но и на гнезда рака, расположенные вдали от поверхности. Что касается α -лучей и мягких β -лучей (δ -лучей), то, по существующим воззрениям, они одинаково действуют и на здоровые, и на патологические ткани, причем действие их ограничивается лишь самыми поверхностными слоями последних (по приводимым Браунштейном данным, если проникающую способность γ -лучей определить в 10.000 единиц, то для β -лучей она будет равняться лишь 100, а для α -лучей—только 1). На этом основана вся техника современной радиотерапии. Кроме того элективное разрушающее действие радия на раковые клетки находится в зависимости от густоты, или дозы проникающих до известного слоя ткани лучей: если густота эта слишком велика, то лучи разрушают не только раковые клетки, но и элементы нормальных тканей; если, напротив, она слишком мала,—и на раковые клетки лучи оказывают не разрушающий, а стимулирующий эффект. Густота же лучей зависит, конечно, прежде всего от количества применяемого радия, а затем оттого, насколько далеко лежит данный слой ткани, с одной стороны, от источника лучей, т. е. радия, являясь обратно пропорционально квадрату этого расстояния, а с другой—от поверхности (чем дальше от поверхности лежит этот слой, тем меньшее количество лучей доходит до него, так как они поглощаются более поверхностно лежащими слоями, причем, по G i g a n d, каждый сантиметр ткани абсорбирует около 9% проходящих чрез него γ -лучей радия).

Необходимо, однако, оговориться, что приведенный сейчас взгляд на биологическое действие различных лучей, испускаемых радиоактивными веществами, разделяется не всеми. В а с и л ь е в указал, что, по наблюдениям Кагге¹ над влиянием радия на выращенные *in vitro* клетки, целебный эффект радиотерапии должен быть отнесен насчет разрушительного влияния β -лучей, γ же лучи оказываются лишь возбудителями роста. Сам В а с и л ь е в, повторив эти опыты с культурами клеток злокачественных новообразований, нашел, что разрушающее действие на клетки оказывают лишь α и β -лучи радия, лучи же γ обнаруживают возбуждающее действие. В связи с этим некоторые авторы думают, что благотворное действие радия при раке зависит не от первичного разрушающего действия его лучей на раковые клетки, а оттого, что лучи оказывают стимулирующий эффект на окружающую раковые гнезда соединительную ткань, которая, пышно разрастаясь, замуровывает последние. Большинство, однако, склонно объяснять этот эффект воздействием лучей на саму раковую ткань, причем A l b e r s - S c h ö n b e r g и W a l t e r приписывают это воздействие не самим жестким лучам, т. е. γ -лучам и жестким β -лучам, а вторичным лучам, возникающим при встрече γ и β -лучей с раковыми клетками.

В чем кроется биологическая и химическая сущность разрушающего действия лучей радия и мезотория на клетки вообще и раковые в частности,—на этот счет взгляды авторов столь же разнообразны, как и относительно действия Röntgen'овских лучей.

По Schwarz'у, напр., вся суть здесь лежит в том, что лучи радия разлагают лецитин клеточной протоплазмы и ведут к образованию ядовитого холина. По Чахоткину они изменяют состояние коллоидных веществ оболочки клеток и делают последние доступными для внедрения ядовитых ионов. Neuberg основную причину разрушающего действия лучей радия на клетки усматривает в том, что они уничтожают ферменты, вследствие чего и происходит аутолиз клеток, Lazarus—в том, что они действуют, как катализатор, обуславливая нуклеолитическое самоотравление клеток, а Wasserthaus—что они влияют на хроматин ядер, уничтожая воспроизводительную способность клеток. К этому последнему взгляду примыкает, на основании своих исследований, и Улезко-Строганова.

Отчего-бы ни зависело биологическое действие лучей, испускаемых радием и мезоторием, во всяком случае факт целебного действия их на злокачественные новообразования вообще и злокачественные опухоли женской половой сферы в частности—не подлежит сомнению; он твердо установлен сотнями наблюдателей на тысячах больных. Убедился в нем и я, применив радиотерапию у целого ряда больных женщин (около 130 к 1921 году) с раковым поражением различных отделов полового аппарата (вульвы, рукава и маточной шейки). Действие это настолько очевидно, что некоторые гинекологи, как Kögig, принципиально отказались от оперативного лечения раков маточной шейки, заменив его радиотерапией. К такому образу действий в последнее время начинаю склоняться и я. Удастся ли радию совершенно вытеснить нож при раковых поражениях женского полового аппарата,—сказать трудно. В начальных стадиях рака вульвы, рукава и маточной шейки лучше, по моему, применять операцию: с одной стороны она в подобных случаях является сравнительно нетрудною и безопасною (при раках шейки можно, напр., ограничиваться влагалищной экстирпацией матки), с другой—результаты ее и в дальнейшем являются достаточно стойкими; впрочем и здесь, во избежание рецидивов, не мешает уже после операции применять профилактическую радиотерапию. Оперативное вмешательство должно сохранить свои права и при раковых поражениях глубоко лежащих частей женской половой сферы, недоступных влиянию радиевых лучей, а именно, при раках тела матки, Fallor'евых труб и яичников. Но при далеко зашедших раках вульвы, рукава и маточной шейки выгоднее, по видимому, заменять оперативное лечение радиотерапией: в смысле стойкости результаты последней являются в подобных случаях, по видимому, не хуже, чем при самых радикальных операциях, а главное—мы избегаем при ней той огромной первичной смертности, которая имеет место при расширенной абдоминальной экстирпации раковой матки по Wertheim'у, операции Граммати-

кати-Тихова и т. п. Еще лучше, повидимому, применять в подобных случаях одновременно и радиотерапию, и рентгенизацию через брюшные стенки, так как, хотя, по Rutherfordy, жесткость γ -лучей радия и относится к жесткости x -лучей, как 40 к 1, но клинические наблюдения свидетельствуют, что разрушающее действие Röntgenовских лучей простирается на гораздо большую глубину, чем таковое же лучей радия, эффект которых, при обычных дозах в 50—100 миллигр., ограничивается слоем тканей в 4, максимум в 5 сант.

Во всяком случае, если на рентгенизацию при раках нельзя смотреть, как на панацею, то тем более это надо сказать относительно радиотерапии. Наиболее запущенные случаи рака, положим, маточной шейки, и притом не только такие, где новообразование успело уже дать метастазы в отдаленные органы, но и такие, где зона местного его распространения является слишком широкою, оказываются неподходящими для лечения радием. Более того—последний приносит здесь не столько пользу, сколько вред,—по тем же причинам, какие выше были указаны для x -лучей.

Что касается, наконец, техники радиотерапии, то в настоящее время большинством гинекологов принят т. наз. метод ультрапентрирующего освещения Dornipisi, при котором мы пользуемся из всех лучей, испускаемых радием, лишь γ и жесткими β -лучами, лучи же α и особенно мягкие β -лучи (δ -лучи) тщательно отфильтровываем, в виду их поверхностного и притом распространяющегося не только на больные, но и на здоровые ткани,—словом, вредного действия. Отфильтровать α -лучи очень просто: наблюдения показывают, что уже слой воздуха в 7,1 сант. поглощает их, а что касается пластинки, напр., алюминия, то для задержки их вполне достаточно, если она будет иметь лишь 0,0024 сант. Труднее отфильтровать вредные β -лучи: для этого приходится употреблять более толстые металлические фильтры, а последние представляют ту невыгоду, что поглощают и значительную часть полезных лучей. В этом отношении гинеколог-рептенотерапевту следует помнить, что, с одной стороны, для полного поглощения мягких β -лучей алюминиевый фильтр должен иметь 3—4 милл. толщины, латунный—от 1 до 1,5 милл., серебряный—тоже, свинцовый—от 0,8 до 1 милл., золотой—от 0,6 до 0,8 милл., а платиновый—от 0,5 до 0,6 милл., с другой же,—что 1 милл. латуни поглощает 3% γ -лучей радия, 1 милл. серебра—7%, 1 милл. свинца—12%, 1 милл. золота—14% и 1 милл. платины—17%. Отсюда следует, что наиболее выгодными фильтрами являются латунные, затем—серебряные. Я обыкновенно пользуюсь двойными фильтрами: имеющийся в моем распоряжении радий (бромистая соль $\text{RaBr}_2\text{H}_2\text{O}$) заключен в герметически закрытые гильзы из платины в 0,4 милл. толщиной, задерживающие около 4% γ -лучей; гильзы эти перед

употреблением вставляются в цилиндрики из серебра, со стенками от 0,53 до 0,56 милл. толщиной, крышки которых плотно завинчиваются.

При радиотерапии мы стараемся, далее, устранить вторичные лучи, оказывающие вредное влияние на здоровые ткани. С этой целью металлические фильтры или капсулы, заключающие радий, окружаются снаружи тонкой резиной, марлей и т. п.

Для лечения раков маточной шейки в настоящее время принято употреблять неслишком малые и неслишком большие количества радия, ибо первые дают слишком малое количество жестких лучей, которые уже на незначительной глубине производят на опухолевые клетки не разрушающее, а возбуждающее действие, при вторых же—лучи падают настолько густо, что может произойти повреждение стенок соседних органов, напр., мочевого пузыря и прямой кишки с последующим образованием свищей. Наиболее употребительными дозами являются дозы от 50 до 100 милл. Такие именно количества радия употребляю и я. Взяв то или другое количество его в нескольких (от 3 до 6) платиновых гильзах, я помещаю последние в серебряные (или латунные) фильтры, а фильтры кладу в резиновый чехол („палец“ от старых резиновых перчаток, сделанных из резины в 0,46 милл. толщиной), который прочно завязываю ниткой, чтобы отделимое раковой язвы не портило фильтров, или обертываю их куском резинового полотна в 0,51 милл. толщиной и потом обматываю ниткой. В том и другом случае я стараюсь расположить трубки с радием так, чтобы получился сверток, соответствующий конфигурации раковой язвы,—при раках влагалищной части с плоскою поверхностью,—в виде плоской пластинки, при раках же цервикального канала, образующих коническую язву,—в виде цилиндра. Раскрыв затем влагалище больной ложкообразными зеркалами, я захватываю сверток с радием длинным пинцетом и прикладываю его к раковой поверхности, или ввожу в раковую язву, после чего фиксирую его несколькими шариками из скомканной марли, причем последними защищаются от вторичных лучей и здоровые стенки рукава.

Радий оставляется в половом канале больной на различное время,—обыкновенно на сутки,—причем все это время, во избежание смещения свертка с ним, больной рекомендуется лежать в постели. Затем марлевые тампоны и сверток извлекаются, и больная несколько дней пользуется отдыхом, применяя лишь влагалищные спринцевания из чистой воды, после чего сеанс радиотерапии повторяется.

Обыкновенно принято дозировку радийных лучей определять миллиграмм-часами, помножая количество взятого радия (в миллиграммах) на число часов, в течении которых он остается в половом канале (если, напр., 50 милл. радия лежало здесь сутки, то мы говорим, что больная получила 1200 миллигр.-часов). Полный курс лечения радием

рака шейки обыкновенно требует около 18,000 милл.—часов, причем его делят на 2 или 3 серии, разделяемые промежутками в 2 недели.

Из технических приемов, предложенных с целью добиться более сильного разрушающего действия радийных лучей на раковую ткань, следует упомянуть о перекрестном освещении и т. наз. шпиговании. Первое состоит в том, что трубки с радием размещаются в разных местах по периферии опухоли—так, чтобы исходящие из них лучи перекрещивались в центре последней. При шпиговании в опухоли делаются, в разных местах, более или менее глубокие уколы, в которые и вставляются фильтры с радием. Понятно, этот последний прием сопряжен с известными опасностями.

Как-бы тщательно при радиотерапии ни соблюдались предосторожности, имеющие целью защитить здоровые части полового канала и особенно стенки трубава от мягких и вторичных лучей, все же сравнительно не так редко у больных, подвергавшихся этому лечению, наблюдаются т. наз. радийные ожоги, отличающиеся сильной болезненностью, а при объективном исследовании закончивших лечение больных могущие симулировать картину рака (ожоги эти иногда обруживаются впервые более или менее долгое время спустя после окончания лечения радием).

Относительно сравнительной пригодности радия и мезотория для лечебных целей нужно заметить, что, по Lazarus'y, лучи радия обладают способностью проникать через ткани в большей степени, чем лучи, испускаемые мезоторием, хотя другие исследователи (Walter) и оспаривают это. Заметим еще, что, между тем как Giraud определил коэффициент абсорбции γ -лучей радия для 1 сант. тканей в 90%, для таковых же лучей мезотория этот коэффициент Keetman'ом и Mauger'ом определен лишь в 40%.

Горвиц-Калитеевская. Радиактивные тела и их применение в гинекологии. Ж. А. 1914.—Брауде. К техн. лечения злокач. опухолей мезоторием. Ж. А. 1914.—Горвиц-Калитеевская. Радий и мезоторий в гинекологии. Нов. М. 1914.—Касогледов. Ближ. результаты комб. лечения радием и рентгеновскими лучами неопер. форм рака матки и пр. Тр. I Рак. С.—Ильин. Первые опыты лечения радием Там же.—Браунштейн. Радий при лечении опухолей. Там же.—Улезко-Строганова. Злокач. опухоли матки под действием радия. Там же.—Васильев. К вопр. о выращивании вне организма клеток злок. новообразований животных и человека. Там же.—Гейнац. Радиотерапия злокачественных новообразований. Там же.—Еремич. Обзорение 100 случаев применения радия. Отч. Вр. Г. 1916.—Доберт. Два года радиотерапии. Ж. А. 1916.

Светолечение. Лучистая энергия применяется, с лечебными целями, в гинекологической практике также в форме световых лучей. Иногда при этом пользуются электрическим светом, или вводя источник последнего, напр., лампочку накаливания, в самые половые пути женщины, или освещая тазовую область снаружи, со стороны передней брюшной стенки, спины и промежности.

Так, Орлов, вводя лампочку накаливания, в 5-16 свечей, в рукав при помощи особого рукавного зеркала (photospeculum), придуманного Макавеевым, получил очень хорошие результаты при воспалительных заболеваниях матки и ее придатков, притом не только хронических, но и острых. Белый свет, по этому автору, оказывает при названных заболеваниях прежде всего обезболивающее действие,

а затем рассасывающее. Относительно техники светолечения заметим еще, что Орлов применял освещение со стороны рукава, в указанной форме, в течение 10—20 мин., причем сеансы повторялись ежедневно. Хорошие результаты получил от этого способа и Братков, наблюдавший при подобном лечении у гинекологических больных исчезновение болей и белей, а также быстрое заживление эрозий.



Рис. 197. Лампа для освещения электрическим светом с параболическим рефлектором.

Освещение снаружи может быть производимо или дуговой лампой, или обыкновенной лампой накаливания с параболическим рефлектором (рис. 197), причем можно пользоваться или белым светом, или, еще лучше, синим, поразительное обезболивающее действие которого мне неоднократно приходилось наблюдать на практике.

Очень удобным способом применения светолечения у гинекологических больных является также местная электросветовая ванна, устройство которой понятно из прилагаемого рисунка (рис. 198).

Техника применения этой ванны очень проста: больная ложится в постель, ванна ставится так, чтобы нижняя часть туловища пациентки и верхняя часть ее бедер оказались внутри ванны, затем открытые стороны последней закрываются полотняными занавесками, и зажигаются лампочки накаливания, в том или ином числе прикрепленные к внутренней поверхности свода ванны. Действующими при этом агентами являются и свет, и тепло. По наблюдениям Шмидтгофа главными результатами лечения при помощи электросветовой ванны оказываются, у гинекологических больных, исчезновение болей и восстановление нормальных функций половой сферы.

Кроме электрического света, в гинекологической практике заслуживает широкого применения и лечение солнечным светом. Снегирев горячо рекомендует солнечные ванны при хронических воспалениях матки и ее придатков, особенно в воспалениях, сопровождающихся расстройствами пищеварения, атонией кишек и истерическими явлениями. Пользующаяся этими ваннами больная должна быть одета так, чтобы живот и нижние конечности ее были в черном, а голова и грудь — в белом. Одета таким образом женщина ложится на кушетку на самом солнечном припеке, причем в головах у ней ставится раскры-

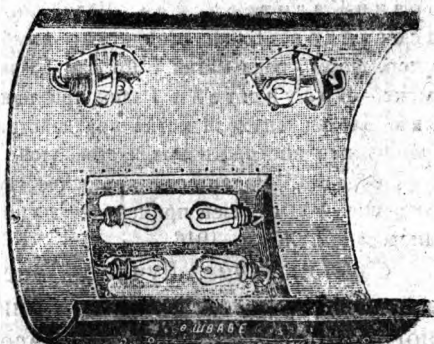


Рис. 198. Электросветовая ванна для туловища.

тый зонт, а от ветра ее защищают ширмы, и лежит от 1 до 4 часов. Весь курс лечения обнимает от 20 до 60 ванн. Menses не противопоказуют применения последних.

Орлов. О лечеб. влиянии белого электр. света (лампочек накаливания) при нек. воспалениях матки и придатков. Р. Вр. 1903.—Макавеев. Photospecium для применения светолечения в гинекологии. Там же.—Братков. К вопросу о применении электр. света в гинекологии. Отч. Вр. Г. 1904.—Шмидтгоф. Местная электросвет. ванна для лечения гинеколог. заболеваний. Там же.

Местные кровоизвлечения из маточной шейки (пиявки и скарификации). Широко применявшийся в прежнее время этот способ лечения заболеваний женской половой сферы современными гинекологами почти совершенно заброшен, о чем нельзя не пожалеть: как я убедился из личного опыта, он может в некоторых случаях оказать весьма ценные услуги, особенно у больных с функциональной аменореей и хроническими воспалениями матки и ее придатков, сопровождающимися сильной гиперемией первого из этих органов (оофорогенный метро-эндометрит).

Старые гинекологи пользовались обыкновенно для местных кровоизвлечений из маточной шейки пиявками: плотно вставив влагалищную часть в цилиндрическое зеркало и заткнув цервикальный канал куском ваты, они вводили в зеркало от 3 до 5 пиявок, которые быстро присасывались к окружности наружного зева и оставались до тех пор, пока не отваливались. В современной гинекологической практике пиявки обычно заменяются скарификациями, производство которых гораздо менее хлопотливо, чем возня с пиявками: вставив опять-таки цилиндрическое зеркало, врач дезинфицирует поверхность *portionis vaginalis*, смазывая ее, напр., иодной настойкой, и либо копьевидным скарификатором (рис. 199) делает вокруг наружного зева несколько уколов, либо скарификатором с закругленным лезвием (см. тот же рис.) проводит несколько радиальных надрезов. Этим путем из матки выпускается около столовой ложки крови, причем для усиления кровотока в зеркало можно налить какого-либо теплого стерильного раствора или просто теплой кипяченой воды. По окончании кровоизвлечения кровь удаляется из зеркала ватными шариками, к поверхности влагалищной части приставляется ватный тампон, присыпанный ферропирином или смоченный в растворе полуторохлористого железа, и зеркало вынимается.

В исключительных случаях даже неглубокие уколы (resp. надрезы) могут дать обильное кровотечение, требующее более энергичных мер для своей остановки. В громадном большинстве случаев, однако, путем скарификаций удается извлечь гораздо меньше крови, чем путем приставления пиявок.



Рис. 199.
Скарификаторы с копьевидным и закругленным лезвиями.

Снегирев при задержке месячных получил очень хорошие результаты от приставления 4-5 пиявок не к влагалищной части, а к копчиковой области.

Кошкарев. О кровоост. действии уколов влаг. части матки. Р. Мед. 1884.— Муратов. Сл. чрезмерного кровотечения всл. скарификации влаг. части матки. М. Об. 1884.—Снегирев. К вопр. о назначении пиявок в гин. практике. Вр. Г. 1906.— Снегирев. Дальн. наблюдение над применением пиявок в гин. практике. Вр. Г. 1908.

Лечение застойной гиперемией по Bier'sy. Полную противоположность предыдущему методу, основанному на обескровливании тканей, представляет способ Bier'a, при котором мы, напротив, стремимся к тому, чтобы вызвать в больших органах сильную застойную гиперемию. Способ этот, в короткое время получивший, как известно, широкое распространение в различных отраслях практической медицины, был испробован и в гинекологической практике, для чего некоторыми авторами были придуманы специальные приборы. На прилагаемом рисунке (рис. 200) изображен один из таких приборов. Как видно из

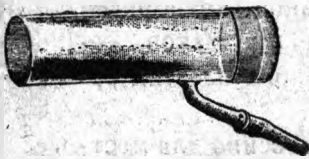


Рис. 200. Прибор для лечения гинекологических больных застойной гиперемией по Bier'sy.

рисунка, он представляет собою стеклянное цилиндрическое зеркало или просто короткую стеклянную трубку, один конец которой открыт, а другой закрыт крышкой с пришлифованными краями, и которая сообщается, через посредство отводной трубочки и резиновой трубки, с присасывающим аппаратом. Вставив это зеркало в рукав больной, врач высасывает из него воздух, причем маточная шейка втягивается в открытый внутренний конец зеркала, широкие связки и параметрии напрягаются, влагалищная часть набухает и принимает резко-синюшную окраску, находящаяся в матке секреты выступают наружу через os externum. После этого кран, соединяющий зеркало с аспирирующим прибором, закрывается (или резиновая трубка зажимается), и застой продолжается около 5 минут, после чего кран снова открывается (resp. зажим снимается), и воздух входит в просвет зеркала.

Ненадович, испробовавший лечение по Bier'sy при заболеваниях женского полового аппарата, горячо рекомендовал его русским гинекологам на II их С'езде. Однако предложение его, насколько мне известно, не встретило особенного сочувствия. Мне кажется, способом Bier'a можно еще пользоваться при некоторых формах инфекционного, особенно пупридного, эндометрита, с целью удалить из полости матки гнилостные продукты, а также при аменоррее; но чтобы он с пользою мог быть применяем в большинстве случаев воспалительных заболеваний матки, где последняя и без того бывает переполнена кровью,—это мне кажется весьма сомнительным, а при метро-эндометритах, сопровождающихся, как это зачастую бывает, воспалением придатков, особенно таким, где в трубах содержатся инфекционные начала, данный способ может быть прямо опасным.

Ненадович. Способ лечения Bier'a в гинекологии. Тр. II С. Р. А.

Клизмы, яливания в rectum и суппозитории. До сих пор нами разбирались такие способы неоперативного лечения заболеваний женской половой сферы, при которых различные части женского полового аппарата являются об'ектом преимущественно непосредственного

воздействия со стороны тех или других терапевтических агентов. Но последние могут оказывать свое целебное влияние на половую сферу и в тех случаях, где местом их непосредственного применения служит не сам половой канал, а соседние с ним органы, особенно прямая кишка. Выше уже было указано, что, напр., таким путем может быть производима, с лечебными целями, электризация женской половой сферы. Этот же путь может служить и для воздействия на последнюю термических агентов. Снегирев рекомендует горячие (35° R.) клизмы в 1—3—5 стаканов у женщин, страдающих выпотным тазовым перитонитом, адгезивным периметритом и т. п., причем советует делать их в положении пациентки à la vache, а у девиц ими можно заменять горячие влагалищные спринцевания и при других заболеваниях, требующих применения высокой t°. Разумеется, применяя горячие клизмы взамен рукавных спринцеваний, необходимо иметь в виду то обстоятельство, что всасывательная способность стенок прямой кишки стоит гораздо выше таковой же способности влагалища, и потому для клизм нельзя употреблять тех веществ,—вроде, напр., сулемы,—которые мы с полною безопасностью употребляем для спринцеваний.

Заслуживают применения при воспалительных процессах в женской половой сфере,—притом не только хронических, но и острых,—и т. п. наз. капельные вливания в прямую кишку. Производить их можно при помощи обыкновенной Esmaich'овской кружки, повешенной на высоту 1 арш. над кроватью больной,—только по ходу резиновой трубки, идущей от кружки, надо вставить стеклянную трубочку, снабженную краном, при помощи которого можно так регулировать ток жидкости, чтобы в rectum поступало от 60 до 80 капель ее. В качестве такой жидкости может служить или физиологический раствор поваренной соли, или,—еще лучше, по моему,—Лоске'овская жидкость. Поступает жидкость в rectum через обыкновенный эластический катетер № 18—20. Температура жидкости может или равняться t° тела, или быть значительно выше—до 40° R., а продолжительность ежедневного сеанса вливаний может колебаться от 2 до 6 часов.

По Амчиславскому, горячие капельные вливания в описанном виде оказывают замечательное обезболивающее и присасывающее влияние, чем и определяется их применение при воспалительных заболеваниях тазовых органов. Кроме того, всасываясь в значительном количестве, вливаемая жидкость промывает весь организм и способствует выведению циркулирующих в нем токсинов, почему данный метод заслуживает внимания при гинекологических заболеваниях, сопровождаемых общей инфекцией и особенно интоксикацией организма.

В виду значительной всасывательной способности слизистой оболочки прямой кишки, последняя нередко служит также, во врачебной практике вообще и в гинекологической в частности, местом

введения и лекарственных веществ—как в жидкой, так и в твердой форме. Из жидких веществ этого рода, к введению которых *per rectum* приходится прибегать у гинекологических больных, упомяну о коллоидальном серебре или колларголе. В курсе акушерства было уже упомянуто, что при родильной горячке с значительною пользою могут быть применяемы клизмы из раствора колларгола. К этому же способу лечения можно прибегать и при гинекологических заболеваниях, сопровождающихся общей инфекцией организма больных, причем техника способа и дозировка здесь таковы же, как и при родильной горячке: сначала прямая кишка опоражнивается от содежимого обыкновенной клизмой, затем в *rectum* вводится 50 куб. сант. 2⁰/₀ раствора колларгола, каковой раствор и задерживается больной возможно дольше.

О применении клизм для борьбы со столь обычным у гинекологических больных запорами было сказано при описании режима этих больных.

Что касается твердых лекарственных веществ, то они обыкновенно вводятся в прямую кишку в форме суппозиториев. Чаще всего у гинекологических больных приходится употреблять суппозитории с наркотическими веществами, особенно опиумом и морфием, выписываемые по следующей формуле: *Rp. extracti opii 0,015 (resp. morphii muriatici 0,01), butyri cacao 2,0, m. f. suppositorium.*

Амчиславский. К вопр. о жрап. и диагност. значении капельных солевых вливаний *per rectum*. Пр. В. 1912.—Кускова-Усова. Капельные солевые вливания *per rectum* в гинекологии. Ж. А. 1913.

Ванны. К числу общераспространенных методов лечения болезней женской половой сферы относятся также те методы, при которых местом приложения лечебных агентов является поверхность кожи. На первом плане среди них можно поставить различные гидротерапевтические и бальнеотерапевтические методы и прежде всего—ванны.

В гинекологической практике находят себе применение ванны различной температуры,—чаще всего горячие, нередко также индифферентные и тепловатые, реже прохладные и холодные.

Определить точно в градусах, что надо понимать под холодной ванной, что—под теплой и т. д., не так-то легко. Помимо того, что восприимчивость к температурным влияниям бывает индивидуально-различна, многое здесь зависит от состава ванн: грязевые ванны высоких t° переносятся, напр., легче, чем водяные и рапные той же t° ; далее, местные ванны *caeteris paribus* переносятся легче, чем общие, и т. д. Толочин в своем руководстве определяет t° холодных ванн в 16—19⁰ R. (т. е. 20—24⁰ C.), прохладных в 20—25⁰ R (25—31⁰ C.), теплых—в 26—29⁰ R. (32,5—36⁰ C.), горячих—в 30—33⁰ R. (37,5—41⁰ C.), другие же авторы дают цифры, значительно отличающиеся от приведенных. В общем индифферентною точкою для ванн считается t° в 34⁰ C., ниже этой t° ванны относятся к прохладным и холодным, причем t° последних в практике некоторых гинекологов доходит до

10° С., выше же к теплым, причем t° горячих ванн доводится иногда до 50° С. и даже выше.

Трудно определить также и продолжительность ванн,—здесь надо считаться с такими условиями, как общее питание больных, состояние их сердечно-сосудистой системы, характер заболевания половой сферы, привычка, состав ванн и т. д. Обыкновенная продолжительность ванн колеблется от 10 до 30 мин., причем, в общем, чем дальше t° ванны отстоит, в ту или другую сторону, от индифферентной точки, тем меньше бывает и эта продолжительность.

Применяя горячие ванны, мы утилизируем главным образом их резорбирующий эффект, почему и применяем их с успехом при хронических воспалительных процессах в тазовой клетчатке, брюшине и маточных придатках, особенно процессах экссудативных. Острые стадии воспаления, наличие гнояных процессов в тазу, заболевания сердца и сосудов, беременность, сильное общее истощение—служат противопоказаниями к таким ваннам; не советует также большинство бальнеологов применять их и во время месячных. Помимо рассасывающего ванны эти зачастую оказывают и замечательное обезболивающее действие. Вследствие значительного повышения обмена питание больных во время курса этих ванн обычно падает—в том смысле, что больные худеют, но за то по окончании их курса наблюдается обратное явление.

Индифферентные и тепловатые ванны оказывают успокаивающее действие, понижают возбудимость нервной системы, регулируют месячные и пр., чем и определяется круг их применения.

Наконец, назначая прохладные ванны и купания, мы преследуем главным образом их тонизирующее действие на нервную систему и мускулатуру.

Различаясь по своей t°, применяемые в гинекологической практике ванны различаются и по своему составу. С этой точки зрения мы различаем ванны из обыкновенной пресной воды, соленые ванны, углекислые, железистые, щелочные, серные, грязевые, глиняные и пр.

Соленые ванны могут быть или натуральными, т. е. приготовляться из воды соляных источников, а также морской воды, или искусственными, причем в последнем случае к обыкновенной пресной воде прибавляется или простая поваренная соль, или, еще лучше, морская соль,—обычно в пропорции 1 фунта на ведро. Терапевтическое влияние их, несомненно, значительнее, чем ванн из пресной воды, так как, помимо t°, здесь играет важную роль и раздражающее действие соли на кожу,

Весьма сильное возбуждающее действие на весь организм вообще и на половую сферу в частности оказывают углекислые ванны которые опять-таки могут быть или натуральными, или искусственными. Последние приготовляются различным образом: можно, напр., насытить воду для ванны сгущенной углекислотой, проводимой по

трубам; чаще, однако, в ванне сначала растворяется двууглекислая сода, а потом на дно ее кладутся плитки из сернокислого натра, причем происходит реакция двойного разложения, сопровождающаяся энергичным выделением свободной углекислоты, которая в виде пузырьков покрывает всю кожу купающегося.

Иногда углекислые ванны делаются и без воды, из одного газа, причем эффект таких ванн, повидимому, бывает еще более значителен, чем водяных ванн с содержанием CO_2 .

Железистые ванны большею частью содержат железо связанным с углекислотой, и действие их зависит не столько от железа, сколько от этой последней. На некоторых курортах они впрочем приготовляются из минеральной воды, содержащей железный купорос, сернокислые щелочи и небольшое количество мышьяку.

Среди щелочных ванн обыкновенно различают ванны из минеральной воды, содержащей углекислый натр с большими количествами свободной угольной кислоты, щелочно-соляные ванны и ванны из воды, содержащей глауберову соль. Все эти минеральные воды впрочем сравнительно редко употребляются для ванн, а чаще—для питья.

Относительно серных ванн надобно заметить, что одно время они считались почти специфическим средством против сифилиса; за последнее время, однако, они все больше и больше начинают применяться и у гинекологических больных.

Еще большим распространением в гинекологической практике издавна пользовались и теперь пользуются грязевые ванны. И действительно, в грязелечении мы имеем, бесспорно, одно из самых могущественных терапевтических средств для лечения заболеваний женской половой сферы,—такое средство, которому поддаются даже самые застарелые воспалительные процессы в женском половом аппарате, не уступающие никаким другим методам неоперативного лечения. Употребляемая для этих ванн грязь состоит из органических остатков, скопляющихся на дне озер с минеральной водою, лиманов и т. п.; иногда, кроме того, она готовится из торфа, а иногда является продуктом извержения грязевых вулканов (последнего рода грязь известна под названием „фанго“). Помимо органических соединений она обыкновенно содержит в себе более или менее значительные количества поваренной соли, сернокислого натра, различных солей железа и пр. Различают обыкновенно цельные грязевые ванны и разводные, с примесью к грязи большего или меньшего количества простой или минеральной воды; особую форму первых представляют т. наз. грунтовые или медальонные ванны, применяемые, напр., на Одесских лиманах, где грязь употребляется в форме огромных лепешек или медальонов, внутри которых и помещаются больные так, что снаружи остается лишь одна голова.

В большинстве случаев для лечения женских болезней употребляются грязевые ванны высокой t° , для чего грязь предварительно нагревается или пропусканием в нее пара, или посредством прибавки к ней горячей минеральной воды. Как уже было упомянуто выше, такие горячие грязевые ванны, с t° в 50°C. , даже 54°C. , переносятся организмом больных гораздо легче, чем водяные ванны той же t° . Миронов объясняет это тем, что грязь является плохим проводником тепла, и около тела принимающего грязевую ванну больного образуется как бы пленка, имеющая t° тела и защищающая тело от обжигания. Уже эта высокая t° делает грязевые ванны могучим резорбирующим средством, действию которого нередко поддаются, повторяю, даже такие экссудаты в клетчатке, тазовой брюшине и пр., которые не уступают никаким другим терапевтическим мероприятиям; кроме того, большое значение имеет здесь и действие содержащихся в грязи веществ на кожу больных. Столь же поразительным, как рассасывающий эффект, оказывает нередко, у женщин с воспалительными заболеваниями половой сферы и обезболивающее действие грязевых ванн высокой t° .

Там, где горячие грязевые ванны почему-либо не переносятся, Амброжевич рекомендует применять охлаждающее грязелечение, при котором t° грязевых ванн не превышает $25-29^{\circ}\text{R.}$ ($31^{\circ}-32,5^{\circ}\text{C.}$). От такого лечения автор видел значительную пользу 1) при воспалительных процессах в тазовой клетчатке с наклоном к обострениям, 2) при сактосальпинксах, 3) у больных с миомами матки и кистами яичников, 4) при меноррагиях, 5) у гинекологических больных с заболеваниями сердца. Грязевые ванны указанной t° могут быть применяемы и во время *meneses*.

Чтобы заменить грязевые ванны, некоторыми авторами (Покровский, Юргелюнас) было предложено, при гинекологических заболеваниях, пользоваться глиняными ваннами. Для приготовления последних истолченная в порошок сухая глина смешивается с одинаковым количеством воды, затем к смеси прибавляется кипяток, и все это размешивается так, чтобы получилась масса густоты киселя с t° от 33° до 38°R. ($41-47,5^{\circ}\text{C.}$). Больная остается в такой ванне по пояс в течении 25 мин., а весь курс лечения обнимает от 10 до 20 ванн (Покровский).

Одно время многие выдающиеся представители медицины думали, что физиологический и терапевтический эффект искусственных минеральных ванн таков же, как и натуральных, и что ванны, напр., из глины совершенно равноценны грязевым, — лишь бы t° таких искусственных ванн была такова же, как и натуральных. Однако и тогда врачи-практики заявляли, что минеральные и грязевые ванны оказывают гораздо более значительное целебное действие, когда они принимаются на месте, притом из натуральных продуктов. Для объяснения этого факта обыкновенно указывали на то, что, отправляясь на курорты, больные отрешаются от всех хозяйственных забот, служебных занятий и пр. и специально посвящают свое время лече-

нию, а также—что на курортах они пользуются, кроме ванн, и другими лечебными средствами: употребляют минеральные воды внутрь, пользуются климатотерапией, кумысом, виноградом и т. п. Отчасти все эти факторы, конечно, имеют большое значение в относительно-большой целебности именно курортного пользования ваннами. Новейшая наука, однако, открыла еще один важный фактор, в котором кроется причина указанного обстоятельства,—это радиоактивность различных минеральных источников, грязей и пр. Как показывают точные исследования, все они в большей или меньшей степени радиоактивны, и потому натуральные минеральные воды, натуральные грязи и пр.—нельзя заменить искусственными подделками под них, хотя-бы эти подделки и имели точно такой же химический состав, как и натуральные продукты.

Отсюда—незаменимое значение курортов в деле здравоохранения вообще и в лечении болезней женской половой сферы в частности. К счастью, наша Россия чрезвычайно богата местностями, которые, по своим естественным условиям, могут быть прекрасными курортами, и остается лишь использовать природные сокровища этих местностей в целях борьбы с болезнями. Более подробные сведения об этих местностях можно найти в известной книге Бертенсона („Лечебные воды“ и пр., СПб., 1901). Здесь упомяну лишь о тех русских курортах, которые с одной стороны преимущественно посещаются гинекологическими больными, а с другой—данные о которых имеются в русской гинекологической литературе. В северной полосе России из таких курортов можно назвать Старую Руссу (соляные ванны), Полюстрово (железистые источники), в средней—Липецк (железистые источники и грязи из железисто-торфяного ила), Сергиевск (серные воды и грязи), в южной—Одесские лиманы, Саки (грязи), Тинаки (около Астрахани, грязи), Железноводск (железистые источники, грязи), Ессентуки (щелочно-соленые воды), Кисловодск (знаменитый Нарзан), Пятигорск (серные воды), Боржом (щелочно-соляные воды) и мн. др.

Говоря об отечественных курортах, упомянем попутно и об имеющихся у нас морских купаньях. Подобно прохладным ваннам, но в еще большей степени, купанья вообще оказывают тонизирующее влияние на организм и в частности—на нервную систему и мускулатуру. Влияние морских купаний оказывается гораздо более значительным, чем влияние купаний в речной воде, так как к термическому воздействию воды здесь присоединяется раздражающее действие растворенных в морской воде солей на кожу, а также механическое влияние волн. Необходимым условием для купального курорта является наличие т. наз. пляжа, т. е. песчаного побережья. На Балтийском море особенно удобные места для морских купаний имеются под Ораниенбаумом, на Каспийском—славятся морские купанья в Петровске, на Черном—в Одессе, Евпатории, Севастополе, Алушке, Ялте, Алуште, Феодосии, Новороссийске и пр.

Возвращаясь теперь специально к вопросу о ваннах, отметим, что, кроме t^0 и состава, последние разнятся еще,—если так можно выразиться,—в количественном отношении. С этой точки зрения обыкновенно различают: 1) полные ванны, при которых в воду (или грязь и пр.) погружается все тело за исключением лишь головы, 2) поясные ванны или полуванны, при которых в ванну погружаются лишь нижние конечности и нижняя половина туловища, 3) сидячие ванны, при которых в ванну погружаются лишь область таза и верхние части бедер, и, наконец, 4) ножные ванны, при которых в воду погружаются лишь ступни ног и нижние части голеней.

Частичные ванны высоких температур переносятся гораздо легче, чем полные. Кроме того приготовление их сопряжено, в условиях домашней жизни, с гораздо меньшими хлопотами, чем полных ванн. Особенно следует это сказать относительно сидячих ванн: хотя для них и существуют специальные приспособления (рис. 201), но по нужде ванны эти могут быть сделаны в любом достаточно глубоком тазу; так как они, затем, требуют не более 1—1½ ведер воды, то нагревать ее для сидячей ванны можно при помощи обыкновенного самовара; наконец, ванны эти не требуют и специального помещения. Между тем терапевтический эффект их, — резорбирующий, обезболивающий и пр.,—при заболеваниях женской половой сферы является достаточно энергичным. Ввиду всего этого я в частной практике, особенно у недостаточных больных, весьма охотно назначаю горячие сидячие ванны—или из простой воды, или соленые, причем обыкновенно рекомендую брать для них воду настолько горячую, как только может вытерпеть больная, и советую—тотчас после ванны лечь в постель.

Ножные ванны высокой t^0 , большей частью с примесью горчицы и др. раздражающих веществ, охотно применялись старыми гинекологами при аменорее, как средство для вызывания регол.

Еще легче, чем водяные и даже грязевые ванны, не только полные, но и частичные, переносятся суховоздушные ванны высоких температур: между тем, как максимум переносимой температуры составляет для воды 50°C ., а для грязи— 55°C ., в суховоздушной ванне кожа может переносить,—разумеется, при известной привычке,— t^0 до 100°C .



Рис. 201. Сидячая ванна.

и даже выше. Этим обстоятельством гинекологи и пользуются, применяя суховоздушные ванны высокой t° при тех заболеваниях женских половых частей, которые требуют энергичного рассасывания, напр., при экссудативных пара-и периметритах в хронических стадиях, при воспалительных опухолях придатков, при haematocoele retrouterina и т. п.

Прибор для суховоздушных ванн устраивается по тому же типу, как это выше было сказано относительно электросветовых ванн (см. рис. 198), т. е. он представляет собою ящик из листов азбеста или даже просто какого-либо легкого дерева, лишенный дна и двух боковых стенок, которые заменяются занавесками из плотной материи. В одной из имеющихся боковых стенок его находится отверстие, в которое вставляется железная труба, а в крышке его есть отверстие для термометра. Употребление аппарата весьма просто: больная ложится в постель на спину, нижняя часть туловища и верхняя часть бедер ее покрывается описанным ящиком, занавески опускаются так, чтобы внутри ящика образовалось замкнутое пространство, и воздух в трубе нагревается или газовой горелкой, или просто спиртовой или керосиновой лампой.

Весьма выгодную сторону таких суховоздушных ванн представляет то обстоятельство, что, оказывая, благодаря своей высокой t° , могущественное рассасывающее и пр. действие на имеющиеся в тазу выпоты и др. патологические продукты, они, в то же время, очень незначительно отражаются на общем состоянии больных: t° тела при них, по наблюдениям Замятиной, поднимается лишь на $0,2—0,6^{\circ}$, а пульс и дыхание учащаются на 2—6 в минуту.

Новицкий. О терапевт. действии Липецкого торф.-желез. ила. Пр. Тамб. М. О. 1874.—Гавронский. Железноводск, как бальнеотерап. станция для гин. больных. П. Пир С.—Пашкевич. К вопросу о значении Эссендукских щел. источников в болезнях ж. пол. сферы. Пр. Бальн. О. в Пят. 1887.—Бабанасянц. Неск. слов о влиянии Абас-Туманских мин. вод при терапии ж. болезней. Н. Бес. 1888.—Соловьев. Липецкие грязи в прим. к нек. формам заболеваний ж. пол. органов. М. Об. 1889.—Буйко. Дисс. СПб. 1890.—Грамматикати. Эссендукские мин. воды и их бальн. значение для гинекологии. В. Гиг. 1891.—Вопрос о влиянии кумыса на менструацию. Тр. М. О. Р. В. 1892.—Макавеев. Мяз. ванны во вр. норм. и пат. месячных. Вр. 1892.—Груздев. Неск. наблюдений над комбин.,—хирург. и бальн.,—лечением ж. болезней в Железноводске. Хир. В. 1893.—Савченко. Неск. слов о Старорусских мин. водах при гинек. заболеваниях. Сб. Слав. 1894.—Бурланд. К вопросу о прим. гряз. ванн (из т. наз. Цихисджварской мин. грязи) при перл-параметритах. Ежен. 1895.—Мировов. Теплые и горячие ванны во вр. менструаций. Там же.—Алексеев. К вопросу о применении Боржомской воды при нек. заболеваниях ж. пол. сферы. Там же.—Либов. К вопросу об общем и местном действии гряз. ванн (Тамбуканского озера) разл. крепости при ж. болезнях. Вр. 1895.—Либов. О грязелечении. СПб. 1897.—Галацер. Полуостровские мин. воды и их значение при лечении малокровия в завис. от ж. болезни. Дисс. СПб. 1898.—Шнее-Люстих. Лечение ж. болезней Сакскими мин. грязями. П. О. Сиф В. 1899.—Нольчини. Результаты лечения восп. заболеваний ж. пол. органов ваннами из Тамбуканской грязи на Кавказе. Ж. А. 1899.—Абедь. Лиманные грязи во вр. менструации. Тр. I С. по Клим. и пр. 1899.—Покровский. Лечение

гор. глин. ваннами. Тер. В. 1899.—Парышев. Внутрим. впрыскивания при гряз. лечении ж. болезней. Ж. А. 1900.—Ненадович. Лечение заболеваний ж. пол. области в Франценбаде. Ж. А. 1901.—Галактионов. К вопросу о лечении ж. болезней ваннами. Совр. Тер. 1902.—Гольдберг. Курорт Друскеники. Лечение ж. болезней. Варш. 1902.—Либов. Беременность в связи с кур. лечением. Отч. Вр. В. 1903.—Гольдберг. К вопросу о леч. ж. болезней на мин. водах. Ж. А. 1903.—Мионов. Лечение воспалительных заболеваний придатков матки и таз. брюшины и его результаты. Ж. А. 1904.—Ненадович. К бальнеотерапии ж. болезней. Отч. Пр. В. 1904.—Юргелюнас. К вопросу о глинолечении. Мед. Б. 1904.—Ненадович. К лечению грязями заболеваний ж. пол. области. Ж. А. 1905.—Ненадович. К кур. лечению ваннами фибромиом матки и восп. процессов в таз. клетчатке и придатках. Ж. А. 1906.—Орлов. О лечении ж. болезней на Одесских лиманах. Ж. А. 1909.—Проскурякова. Водолечение в Акад. Ак. клинике. Р. Вр. 1911.—Амброжевич. Об охлаждающем грязелечении при нек. ж. болезнях. Р. Вр. 1912.—Русакова-Львович. Сакская грязелечебница, как курорт для лечения ж. болезней. Р. Вр. 1912.—Михайлов. Магистинские источники и их значение вообще и в гинекологии. Отч. Вр. Г. 1912.—Русакова-Львович. Сакские рапные и гряз. ванны во вр. месячных. Ж. А. 1913.—Русакова-Львович. К вопросу о конс. лечении хрон. восп. заболеваний придатков матки на осн. мат. Сакской грязелечебницы. V С. Р. А.—Замятина. Лечение хрон. восп. заболеваний ж. пол. органов суховоздушными ваннами. Ж. А. 1914.

Компрессы, грелки, припарки, отвлекающие на кожу. Различными видами ванн далеко не исчерпываются те гидротерапевтические и бальнеотерапевтические мероприятия, которые находят себе применение в гинекологии. К числу употребительнейших в гинекологической практике средств принадлежат, далее, тепло-влажные обертывания или Priessnitz'евские согревающие компрессы, обычным местом приложения которых служит передняя стенка живота. Для приготовления такого компресса обыкновенно берется соответствующей величины кусок полотна, смачивается в воде комнатной t° , выжимается и раскладывается по животу, сверху покрывается соответствующей величины куском резинового полотна или клеенки, и, наконец, поверх всего живот обматывается или фланелевым бинтом, или шерстяным платком и т. п. Оставляется компресс на несколько часов. Такие компрессы производят замечательное успокаивающее действие, почему и применяются *largata* тапц при хронических воспалительных процессах в женской половой сфере, сопровождающихся значительной болезненностью, а также при дисменорее, кишечных коликах и пр. Не подлежит сомнению также и рассасывающий эффект компрессов, дающий основание применять их при столь часто встречающихся у женщин выпотных заболеваниях в тазу.

В отдельных случаях гинекологи прибегают и к общим тепло-влажным обертываниям всего тела больных.

Значительно сильнее обыкновенных, т. е. водяных, согревающих компрессов действуют спиртовые компрессы, для которых вместо воды берется винный спирт той или другой крепости. К сожалению, кожа далеко не всякой больной переносит эти компрессы: у некоторых женщин даже кратковременное применение их вызывает раздражение, эритематозную красноту, а иногда и настоящую экзему.

Если гинеколог имеет дело с острыми стадиями воспалительного процесса в женской половой сфере, сопровождающимися лихорадкой, то в подобных случаях следует, вместо согревающих компрессов, применять на живот простые компрессы из холодной воды, а еще лучше—пузырь со льдом. Холод в этих случаях действует противувоспалительно, уменьшая вместе с тем боли. В некоторых случаях,—однако, следует заметить, далеко не во всех,—пузырь со льдом оказывает ценные услуги и при маточных кровотечениях, останавливая или значительно уменьшая их.

Нередко в практике не только от лиц из публики, но и от врачей приходится слышать вопрос: можно-ли применять пузырь со льдом на живот одновременно с горячими спринцеваниями рукава? Такой опытный наблюдатель, как покойный профессор Снегирев, решает этот вопрос в положительном смысле. Во всяком случае теплые спринцевания при этом применять, по моему, можно.

Такой же эффект,—в смысле резорбции и обезболивания,—как и согревающие компрессы, но в еще более сильной степени, дают грелки и горячие припарки. Простейшую форму грелок представляют бутылки с горячей водой, которые кладутся на живот больной, будучи обернутыми в салфетку или вообще в какую-нибудь ткань. Можно в качестве грелки употреблять и резиновый пузырь с горячей водой, а также мешок с горячим песком. Далее, в практике пользуются большим распространением грелки в виде жестяных и вообще металлических, плоских коробок разной формы и величины, опять-таки наполняемых горячей водой. За последнее время получили довольно широкое распространение также термофоры,—металлические коробки, наполненные особым кристаллизованным составом, который при нагревании тает, вбирая в себя тепло, затем отдает его обратно при процессе обратной кристаллизации. Наконец, в последнее же время предложены т. наз. электрические грелки—в виде ковриков различной величины, в ткань которых, наряду с шерстяными нитями, вплетены медные проволоки, нагревающиеся при пропускании через них тока. Некоторые из этих электрических грелок бывают снабжены приспособлением, благодаря которому они могут нагреваться только до определенной t^0 , после чего ток автоматически прерывается; в других аппаратах этого рода о поднятии t^0 до высшего допустимого предела окружающие извещаются звонком. Подобные приспособления, кстати сказать, являются весьма желательными, так как в практике нередко приходится наблюдать ожоги, и довольно сильные, от употребления слишком горячих грелок.

Горячие припарки, терапевтический эффект которых в общем таков же, как и эффект грелок, делаются или из простой воды, или из льняного семени, или из глины, или из минеральной грязи того или иного состава, причем в последнем случае к термическому действию припарок присоединяется влияние химических ингредиентов:

грязи. Для приготовления первых берется кусок полотна, намачивается в горячей воде, слегка выжимается и кладется—в гинекологической практике обыкновенно на нижнюю часть живота; когда припарка остынет, она заменяется свежей. Для приготовления вторых льняное семя разваривается в воде так, что образуется более или менее густая каша, и эта каша распределяется ровным слоем на одной половине куска полотна, после чего другая половина накладывается на первую, и в этом виде припарка кладется на живот. Глиняные и грязевые припарки изготовляются таким же образом,—только вместо кашицы из льняного семени берется глина, размешанная в кипятке до густоты киселя, или горячая грязь (resp. фанго 1° 45—53° С. по Катунскому у).

Гельман, одновременно с грязевыми припарками на живот, рекомендует наполнять горячую грязью „тампон платочком“, вводимый в рукав.

Проскурякова предлагает довольно сложный, но зато и более действительный терапевтический способ применения грязевых компрессов или припарок: на кушетку кладется теплое одеяло, клеенка и простыня, на них—2 Т-образных повязки из резинового и обыкновенного полотна, а на повязки—толстая (в 5—6 сант.) толщиной лепешка из горячей грязи, 1° которой с каждым сеансом поднимается—от 35° до 50° С.; больная ложится на эту лепешку нижней частью спины, после чего живот ее, бедра и промежность обмазываются той же грязью, повязка стягивается, и все тело больной закутывается простыней, клеенкой и одеялом, причем на голову пациентки кладется пузырь с холодной водой, к ногам—с горячей, а сверху она покрывается еще двумя одеялами. В таком положении больная остается от 20 до 60 мин., причем сеансы лечения повторяются 6 раз в неделю.

Наряду с гидротерапевтическими мероприятиями старые гинекологи весьма широко пользовались, при воспалительных заболеваниях женского полового аппарата, различными отвлекающими на кожу, и действительно, при оофоритах, напр., эти средства, как я убедился, иногда дают замечательный эффект, особенно в смысле обезболивания. В качестве отвлекающих на кожу чаще всего в гинекологической практике употребляются смазывания кожи живота иодной настоеккой, горчичники и, наконец, мушки.

Сравнительно редко в гинекологической практике приходится прибегать к введению через кожу, в форме втираний, лекарственных веществ. Так, напр., вводится, при септической инфекции, коллоидальное серебро, об употреблении которого в виде мази (*unguentum colloidalе St e d e*) у больных родильною горячкой было сказано в курсе акушерства.

Гельман. Нов. способ местного применения леч. грязей и пр. Ж. А. 1899.—Катунский. О леч. применении ила фанго. Пр. В. 1909.—Галацер. К вопросу об общем действии грязевых припарок. Вр. Г. 1909.—Проскурякова. Клин. значение гряз. компрессов в лечении гин. заболеваний. IV С.Р. А.

Подкожные впрыскивания и вливания. Между тем, как введение лекарственных веществ чрез кожу практикуется у гинекологических больных весьма редко, к подкожному введению этих веществ гинекологам, напротив, приходится прибегать весьма часто. Таким путем здесь зачастую вводятся, напр., при меноррагиях, метроррагиях, фибромиомах матки и пр. различные *stuptica*: эрготин (под таким названием известны различные экстракты из спорыньи, среди которых чаще употребляется *ergotinum Bonjeani* 2,5: 10, по целому шприцу *Pravatz'a* в 1,0), секакорнин (обеспложенный раствор алколоидов спорыньи, по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу), клавин (по 1 шприцу 2⁰/₀ раствора), гидрастинин (5—10⁰/₀ расгвор *hydrastinini muriatici* по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу) и др. Далее, в гинекологической практике в видах обезболивания нередко вводятся под кожу *parcotica*: морфий (обыкновенно *morphinum muriaticum* в 1⁰/₀ растворе, по целому шприцу), пантопон (препарат опия, содержащий в растворимой форме солянокислые соли всех его алколоидов, вводится подкожно в 2⁰/₀ растворе, по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу), кодеин (*sol. codeini phosphorici* 0,3—0,5: 10,0, по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу) и др. Подкожно же применяются в гинекологии некоторые вытяжки из желез, обладающих внутренней секрецией, напр., спермин (тестикулярная вытяжка, применяется, как стимулирующее и *emepagogum*), питуитрин и питугландол (вытяжки из мозгового придатка, вызывают сокращения гладкой мускулатуры, некоторыми авторами с успехом испробованы при аменоррее) и др.—возбуждающие, напр., эфир, камфора (в виде стерильного *ol. camphorae*), стрихнин (1⁰/₀ раствор *strychnini nitrici* в количестве $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{2}$ шприца),—улучшающие питание, особенно мышьяк (в виде *solutio arsenicalis Fowleri*),—мочегонные, напр., кофеин (в количестве 0,01—0,1 *pro dosi*),—*aphrodisiaca*, напр., югимбин (2⁰/₀ раствор *johimbini muriatici* в количестве $\frac{1}{2}$ —1 шприца) и др. средства.

Иногда вводимые под кожу вещества впрыскиваются не в подкожную клетчатку, а интрамукулярно. Так, напр., рекомендуется вводить фибролизин (смесь 2 ч. тиозиамина с 1 ч. салициловокислого натра, впрыскивается в 4⁰/₀ растворе, по 1 полному шприцу, 2—3 раза в неделю), от которого Мусатов видел прок при рубцовых сморщиваниях в женской половой сфере.

От подкожных впрыскиваний, при которых под кожу вводятся обыкновенно лишь сильно действующие средства, притом в небольших количествах, надобно отличать подкожные вливания, когда под кожу вводятся, при помощи особого аппарата (рис. 202), значительные количества жидкостей—до 1—1 $\frac{1}{2}$ литров. Разумеется, в таких количествах могут быть вводимы лишь индифферентные жидкости (физиологический раствор поваренной соли, Лоске'овская жидкость и т. п. в чистом виде или с прибавкой 5—10 кап. на литр раствора адреналина 1:1000), сильно действующие же средства—только в очень большом

разведении. Такие вливания оказывают весьма ценные услуги при остром малокровии вследствие значительных кровопотерь, где этим путем восстанавливаются нормальные механические условия в сердечно-сосудистой системе, затем—при септицемии и особенно токсинемии, где этим путем происходит промывание организма (см. об этом в курсе акушерства главу о лечении родильной горячки), а Снегирев приписывает им, кроме того, значительное обезболивающее действие.

По наблюдениям этого автора, при подкожных вливаниях солевого раствора в количестве 1200—1500 куб. сант. плеторические и воспалительные боли, зависящие от страданий женского полового аппарата, в 75% исчезают. Вводить солевой раствор Снегирев советует в подкожную клетчатку брюшной стенки.



Рис. 202. Аппарат Боброва для подкожных вливаний.

Филонов. Эрготин при кровотечениях из матки. Др. З. 1845.—Сочава. О подк. вприскиваниях эрготина в гинек. практике. М. М. Г. 1873.—Горелейченко. Терап. значение эрготина в гинек. практике. Пр. Харьк. М. О. 1873.—Андреев. К лечению метроррагий. М. В. 1874.—Сочава. О разл. препаратах эрготина и их терапев. действию. Пр. Харьк. М. О. 1875.—Горелейченко. Эрготин при хронич. катарре матки и при фибромиомах ее. М. М. Г. 1876.—Хажинский. Клавин—новый препарат спорыньи. Ж. А. 1908.—Снегирев. Подкожные солевые вливания, как болеу. средство при плеторич. и воспалит. болях ж. пол. органов. П. С. Р. А.—Томсон. Клин. наблюдения над действием секакорина. Ж. А. 1908.—Мусатов. Лечение нек. форм гинек. заболеваний фибролизином. Отч. Вр. Г. 1913.—Ольдекоп. К каз. аменорреи и лечению ее pituglandol'ом. Ж. А. 1914.—Мишин. К лечению аменорреи. Ж. А. 1915.

Вакциноterapia и серотерапия. В новейшее время последнее место в ряду средств, вводимых подкожно, занимают в гинекологии вакцины и сыворотки, причем первые применяются при гоноррее, вторые—при гоноррее и сепсисе.

Подкожное введение гонококковой вакцины было предложено у гинекологических больных сначала главным образом с диагностическими целями, а потом вакцинация стала применяться и для целей терапии. В последние годы пред революцией для лечения гонорреи гинекологи пользовались различными вакцинами: Дембская, напр., наиболее поработавшая у нас в данной области, применяла вакцину собственного изготовления, содержащую 100 милл. убитых гонококков на 1 куб. сант., Слоновский пользовался вакцинами Блю-

менталя и частного Петроградского Бактериологического Института, причем 1 куб. сант. последней был также приготовлен из 100 милл. микробов; из заграничных же вакцин у нас были в ходу вакцина Reiter'a и т. наз. артигон Вгиск'а. Отчасти в связи с этим и дозировка вакцин была различна: Дембская начинала сразу с 0,5 куб. сант. и скоро переходила на 1,0, а в некоторых случаях впрыскивала и 2 куб. сант., причем впрыскивания производились или ежедневно, или через день, или 2 раза в неделю; Слоновский начинал с 0,2 и постепенно доходил до 1,0, повторяя впрыскивания с промежутками в 3—4 дня; Reiter советовал начинать также с 0,2, увеличивая дозу каждый 5-й день на 0,1 и постепенно доходя до 1 куб. сант.; наконец, весь курс лечения артигоном состоит из 4 впрыскиваний, с промежутками в 4 дня, причем в первый раз впрыскивается 0,5 куб. сант., потом 1,0, затем 1,4 и, наконец, 2,5 куб. сант.

Будучи вводимы подкожно, гонкокковая вакцина, по наблюдениям Дембской, оказывает тряскаго рода действие: местное, очаговое и общее. Первое состоит в том, что вокруг укола развиваются краснота и припухание кожи, сглаживающиеся к концу 2-х суток после впрыскивания. Очаговое действие, по Дембской, заключается в том, что пораженные гонорреей органы, напр., маточные придатки, сначала как-бы набухают и делаются чувствительными, а затем в них происходит рассасывание, и болезненность исчезает. Наконец, общее действие вакцинации сводится к повышению t° , иногда до 39°C ., наблюдающимся обычно после первых впрыскиваний.

Собственно-бактерицидными свойствами по отношению к гонкоккам вакцина не обладает,—эффект ее сводится к нейтрализации гонотоксина. Что касается клинических результатов вакцинации при гоноррее женского полового аппарата, то на этот счет авторы, работавшие в данной области, пришли к довольно противоречивым выводам. Дембская, напр., применив сначала вакцинацию у 14 больных с гонорройным сальпинго-оофоритом, пришла к благоприятным выводам относительно этого способа лечения. В дальнейшем, проведя по этому способу за 2 года 200 больных, она нашла, что здесь следует различать 2 группы случаев, а именно, во-первых, случаи, где гонорройный процесс находится в начальных, гесп. острых, стадиях (гонорройные вульвиты, уретриты и цервикальные эндометриты), во-вторых, случаи, где процесс зашел уже далеко (эндометриты, сальпинго-оофориты, параметриты, периметриты—большею частью хронические). В случаях первой группы вакцинация не дает особенных результатов; напротив, при заболеваниях, относящихся ко второй группе, эффект бывает иногда поразительным, причем в 50% действие вакцинации обнаруживалось с первых же впрыскиваний. К благоприятным заключениям относительно целебного эффекта вакцинации при гоноррее женской половой сферы пришли также Елкин, Вайнштейн и от-

части Вербов. Первый из этих авторов видел от нее полное излечение сальпинго-оофоритов и периметритов. Второй, применяя вакцину у 245 женщин и девочек, зараженных гонорреей, в 62% (в том числе в 108 случаях вульво-вагинита) получил выздоровление и в 24,5% — улучшение. По Вербову вакцинация представляет собою могущественное средство для борьбы с осумкованными гонорройными очагами, при остром же уретрите она является бесполезною. Напротив, Терebinская-Попова и Миpонов пришли относительно лечебного значения вакцинации при гоноррее к отрицательным выводам.

Разочаровавшись в действительности вакцинолтерапии при гонорройных заболеваниях женской половой сферы, Дембская решила заменить ее серотерапией (ранее испробованной здесь, из русских авторов, Полубогатовым, получившим отрицательные результаты при острой гоноррее, но весьма удовлетворительные — в хронических случаях), для чего иммунизировала, впрыскиванием под кожу живых гонококков, козла, сывороткой которого стала лечить сначала лишь 4 больных: двух взрослых женщин с гонорройными заболеваниями внутренних половых частей и двух девочек с гонорройным вульвовагинитом. Хотя при этом сыворотка не проявила резкого бактерицидного действия, но результаты в смысле исчезновения отека и инфильтрации пораженных частей, а также болей, сказались уже очень быстро. Ободренная этими первыми шагами, Дембская продолжала свою работу, причем путем опытов убедилаь, что сыворотка в состоянии купировать болезненный процесс, если только впрыскивать ее возможно раньше и возможно ближе к гонорройному очагу. Дальнейшие клинические наблюдения убедили ее, что по своему клиническому значению серотерапия гонорреи у женщин стоит значительно выше вакцинолтерапии — хотя-бы уже по одному тому, что она дает результаты и в острых, и в хронических стадиях заболевания. Подтвердится ли такой взгляд на серотерапию, и получит-ли она, вместе с тем, широкое распространение в деле лечения гонорройных заболеваний женской половой сферы, — это покажет будущее.

Кроме гонорреи серотерапия применяется, в гинекологической практике, и для лечения общего сепсиса, причем для этой цели употребляется обыкновенно антистрептококковая (поливалентная) сыворотка. На этом способе лечения мы, однако останавливаться здесь не будем, так как нам пришлось-бы повторить то же, что было сказано в курсе акушерства о лечении сывороткой родильной горячки.

Дембская. К вопp. серотерапии и вакцинолтерапии при гин. гоноррее. Нов. М. 1910. — Дембская. Дальн. наблюдения над действием спец. вакцины при гин. гоноррее. Р. Вр. 1911. — Полубогатов. Применение антигон. сыворотки при перел. заболеваниях в гинекологии. Ж. А. 1911. — Штернберг. Методика активн. иммунизации (вакцинолтерапии) при гоноррее ж. пол. органов. Ж. А. 1912. — Терebinская-Попова. Вакцинолтерапия и вакцинодиагностика гонорреи у женщин. Ж. А. 1912. — Елкин. Вакцинолтерапия при лечении гонор. поражений придатков матки. Ж. А. 1912. —

Теребинская-Попова. Сравн. изучение вакцинотерапии и местного лечения при гонорее ж. пол. тракта. Дисс. СПб. 1912.—Вайнштейн. Вакцинотерапия при неск. гинек. заболеваниях. Тер. Об. 1912.—Вербов. Вакцинотерапия при перел. заболеваниях. Нов. М. 1912.—Миرونюв. Что дало применение гинек. вакцины у кровати больных? Ж. А. 1912.—Дембская. Опыт выработки лечебной противугон. сыворотки и клинич. наблюдения над ней. Р. Вр. 1913.—Дембская. Биологическая оценка лечебных свойств противогон. сыворотки. Отч. Ж. А. 1914.—Дембская. О специф. методах лечения гонорреи. Дисс. СПб. 1915.—Слоновская. О вакцинотерапии при говор. заболеваниях ж. пол. органов. Ж. А. 1915.

Внутренние лекарственные средства, наиболее употребляемые в гинекологии. У гинекологических больных врачу приходится назначать, разумеется, самые разнообразные лекарственные средства для приема per os—в зависимости от встречающихся здесь заболеваний и отдельных припадков. Некоторые средства, однако, применяются в гинекологической практике особенно часто. Во главе таких средств можно поставить обширную группу т. наз. *styptica*, т. е. кровоостанавливающих средств, применяемых при маточных кровотечениях различного происхождения. С чисто-практической точки зрения средства эти, по вызываемому им эффекту, могут быть разделены на две категории: одни оказывают главным образом кровоостанавливающее действие, почему и применяются с целью уменьшения слишком обильных кровопотерь из матки, т. е. меноррагий и метроррагий, другие же наряду с этим действием дают обезболивающий эффект, ради которого преимущественно и назначаются, напр., при дисменоррее и т. п.

Спорынья (*secale cornutum*), занимающая бесспорно главное место среди *styptica* первой категории, представляет собою, как известно, перезимовавшую форму (склероций) грибка *claviceps purpurea*, паразитирующего на ржи. В акушерской и гинекологической практике она находит себе широкое применение, благодаря своей способности вызывать частую перистальтические, главным же образом—тетанические сокращения маточной мускулатуры, каковые сокращения одни авторы объясняют непосредственным действием спорыньи на матку, другие же—влиянием ее на центральную нервную систему и в частности—на поясничную часть спинного мозга. Благодаря такому эффекту спорыньи, в акушерстве она употребляется при атипических кровотечениях в послеродовом периоде и при *involutio uteri vitiosa*, в гинекологии же—при фибромиомах матки (где она не только уменьшает кровопотери, но и оказывает задерживающее влияние на рост опухолей), при метро-эндометритах и др. заболеваниях, сопровождающихся мено- и метроррагиями. Из фармацевтических препаратов ее чаще всего в практике применяются: 1) *pulvis secalis cornuti* в количестве 0,3—0,5 по 3 раза в день и больше, 2) *infusum secalis cornuti* из 6,0—8,0 pro 180,0, через 2 часа по столовой ложке, 3) *extractum fluidum secalis cornuti* по 10—30 капель 3—4 раза в день и 4) *t-ra secalis cornuti* по 10—30 капель 3—4 раза в день.

Пользующийся столь широким распространением в практике эрготин представляет собою не какое-либо определенное химическое тело, а просто экстракт из спорыньи, приготовляемый различными способами. Что касается химического состава спорыньи и ее действующих начал, то они до последнего времени не были еще вполне изучены. По Kobert'у и др. главными действующими началами ее являются: алколоид корнунтин, безазотистая смола сфацелотоксин и азотистый глюкозид эрготиновая кислота.

С практической точки зрения важно иметь в виду, что спорынья принадлежит к самым изменчивым лекарственным средствам. Уже спустя $\frac{1}{2}$ года после жатвы, т. е. сбора спорыньи, количество действующих веществ, содержащихся в ней, уменьшается до небольших размеров, а по истечении года оно может равняться нулю, если только собранный материал не был вскоре после сбора тщательно высушен.

Родственную спорынье по происхождению является маисовая головня (*ustilago maydis*)—продукт развития подобного же грибка, только паразитирующего на маисе. Действие ее, однако, несколько отличается от действия спорыньи: по опытам Скутула, напр, спорынья относится к средствам, вызывающим сужение периферических сосудов, маисовая же головня не обладает сосудосуживающим действием.

По своему распространению в качестве кровоостанавливающего при маточных кровотечениях со спорыньей соперничает канадский желтокорник (*hydrastis canadensis*), северо-американское растение из сем. лютиковых, корень которого служит для приготовления жидкого экстракта (*extractum fluidum hydrastis canadensis*), назначаемого обыкновенно при маточных кровотечениях по 15—40 кап. 3—4 раза в день,—тинктуры (которую Снегирев предпочитал всем другим препаратам желтокорника, назначая ее по 20—25 кап. 4 раза в день) и уже упомянутого выше гидрастинина (который вводится обыкновенно подкожно, но может быть применяем и per os, по 0,01—0,03 на прием, до 3 раз в день, в форме пилюль).

Корень *hydrastis canadensis* содержит два алколоида: берберин (предложенный некоторыми авторами против дисменорральных болей подкожно, в 1% растворе, по целому шприцу в 1,0, или per os по 0,03 на прием) и гидрастин. Последний, повидимому, и является здесь главным действующим началом. По опытам Славутинского, Живописцева и Сердцева он влияет на матку центральным путем. Путем окисления из него получается упоминавшийся выше гидрастинин, действующий еще более сильно.—притом, по Курдиновскому, независимо от центральной нервной системы, на собственный нервно-мышечный аппарат матки.

Скутул относит желтокорник к числу средств, которые, после непродолжительного сужения сосудов, вызывают их расширение, повышают всасываемое давление, усиливают маточный тонус и придают сокращениям матки тетанический характер.

Довольно значительным распространением в гинекологической практике пользуются также, в целях борьбы с маточными кровотечениями, травянистый хлопчатник (*gossypium herbaceum*),—растение

дающее всем известную вату,—и северо-американское растение *hamamelis virginica*. Из корня травянистого хлопчатника готовится или жидкая вытяжка (*extractum fluidum gossypii herbacei*), которая дается по 3—4 стол. ложки в день, или настой (из 15,0 на 180,0 по Наркевичу), употребляемый также столовыми ложками, по 1 ложке через $\frac{1}{2}$ —1 час. В виде жидкого экстракта применяется и *hamamelis*, корень и листья которого, по Догелю, содержат дубильную и галловую кислоты, а в листьях, кроме того, содержится эфирное масло; дается *extractum fluidum hamamelis virginicae* по 1—2 чайн. ложки 3 раза в день.

По исследованиям Бегуна жидкая вытяжка травянистого хлопчатника представляет собою сосудосуживающее средство, не вызывающее у беременных перерыва беременности и, в количестве 3—4 стол. ложек ежедневно, могущее быть употребляемым долгое время без всяких побочных явлений. Мионов нашел, что она не оказывает никакого влияния на сократительную деятельность матки и не приносит никакой пользы при маточных кровотечениях, зависящих от фибриомом, но может быть с успехом применяема при кровотечениях воспалительного происхождения. Этот автор предполагает, что она, действуя на нервно-мышечный аппарат матки, оказывает в то же время значительное влияние на сосуды. Что касается вытяжки из корня и листьев *hamamelis virginicae*, то по Скутулу она не оказывает влияния на матку, но вызывает сужение сосудов с повышением кровяного давления.

В новейшее время у нас в России стала широко употребляться, при маточных кровотечениях, жидкая вытяжка водяного перца (*extr. fluidum polygoni hydropiperis*), по 30—40 кап., 3—4 раза в день.

Изученное фармакологически в лаборатории Кравкова средство это, по наблюдениям Каминской, Петровой и Усковой, Чернобульского и др., дает хорошие результаты при мено- и метроррагиях различного происхождения (по Недодаеву ему не поддаются лишь кровотечения, зависящие от задержки в матке частей плодного яйца и от порочной обратной инволюции этого органа). Повидимому, в этом эффекте известную роль играет способность данного средства повышать свертываемость крови. Помимо кровоостанавливающего действия, Каминская и Недодаев подметили, что вытяжке водяного перца присущ и обезболивающий эффект,—так, что в этом отношении она стоит на границе между *styptica* первой и второй категорий.

Кроме перечисленных средств, различными авторами и в различное время были испытаны и рекомендованы многие другие средства против маточных кровотечений, частью заимствованные из народной медицины. Упомянем среди них о полевом хвоще (*equisetum arvense*), который Снегирев советует принимать в виде порошка, по 1 чайн. ложке несколько раз в день, а Ждан-Пушкин—в виде отвара (столовая ложка порошка истолченной травы заваривается чашкой кипятку, минут через 15 настой сливается и дается холодным, по целой чашке, 2—3 раза в день).—о грабельках (*erodium cicutarium*), настоем которых, из 15,0 на 180,0, через 2 часа по столовой ложке, по Коморовичу с успехом может быть употребляем при кровотечениях

из матки, зависящих от метрита, фибромиом и т. п.,—об обыкновенной крапиве (*urtica dioica*), от применения которой в виде настоя из 10,0 листьев на 200,0 воды (через 2 ч. по столовой ложке) хорошие результаты видел при маточных кровотечениях Калабин (тогда как Зюков раньше рекомендовал крапиву, напротив, при аменорее), и пр.

Применяя различные *styptica* при маточных кровотечениях, надобно иметь в виду, что, как я убедился, организм больных иногда очень быстро привыкает к ним, и средство, ранее уменьшавшее, напр., меноррагии, в дальнейшем зачастую перестает оказывать желаемый эффект; поэтому в практике полезно бывает время от времени менять их. Целесообразно также бывает иногда пользоваться смесями различных кровоостанавливающих средств.

Я, напр., охотно назначаю *secale cornutum* вместе с *hydrastis canadensis* (Rp. extr. fl. secalis cornuti 10,0, extr. fl. hydrastis canadensis 20,0, MDS. по 30 кап. 3—4 раза в сутки); Снегирев советует применять тинктуру *hydrastis* в смеси с *tinctura hamamelis virginicae*; Парсамов видел хороший эффект от применения гэмостин (в таблетках по 0,2 несколько раз в день), представляющего собою смесь экстрактов *hydrastis*, *gossypii* и *hamamelis* вместе с хинной, и т. д.

Переходя теперь ко второй категории *styptica*,—к тем средствам, которые употребляются в практике не столько ради их кровоостанавливающего эффекта, сколько из-за того, что они оказывают обезболивающее действие на женскую половую сферу, почему и применяются при дисменоррее и т. п., отметим среди них прежде всего стиптицин и стиптол.

Стиптицин представляет собою солянокислую соль катарнина (*cotharninum hydromuriaticum*) или оксиметил-гидрастинина,—вещества, получаемого из наркотина, одного из алколоидов, содержащихся в опиум. Стиптол есть фгалевокислая соль того же катарнина. Действуя приблизительно одинаково, оба эти средства употребляются в одних и тех же дозах,—по 0,05, 3 раза в день, в порошках или таблетках.

По физиологическому действию на матку и периферические сосуды Скутул относит стиптицин к той же группе средств, куда им отнесены спорынья, эрготин и т. п. Другие исследователи, однако, видят в нем средство, действующее на мозг и рефлекторно вызывающее понижение кровяного давления вместе с замедлением тока крови. По клиническим наблюдениям Недородова, стиптицин является хорошим кровоостанавливающим средством при маточных кровотечениях, не вызывающим, однако, сокращений матки; напротив, он оказывает на последнюю успокаивающее действие, а отчасти дает и спазмолитический эффект. К таким же заключениям относительно действия этого средства примыкают и я.

Отчасти кровоостанавливающее, главным же образом успокаивающее действие на матку в смысле понижения ее возбудимости оказывает, повидимому, и кора растения *viburni prunifolii*, применяемая в акушерской и гинекологической практике в виде жидкого экстракта, по 40—60 кап., 4 раза в день.

Опыты Скутула показали, что средство это вызывает сужение периферических сосудов и повышение кровяного давления, маточный же тонус понижает, а равно уменьшает частоту и силу маточных сокращений.

Далее, к разбираемой категории могут быть отнесены антипирин и особенно салипирин, от которого я получил очень хорошие результаты при меноррагиях, сопровождаемых дисменорреей воспалительного происхождения (оба эти средства назначаются в дозе 0,5—1,0 несколько раз в день), а Снегирев относит сюда индийскую коноплю (*cannabis indica*), даваемую в виде тинктуры, по 10 кап., 3—5 раз в день; надо, однако, иметь в виду, что у некоторых нервных субъектов даже и в такой дозе конопля может вызвать психические расстройства в форме галлюцинаций и пр.; такой случай описан самим Снегиревым в его руководстве, подобный же случай наблюдал однажды и я—от употребления впрочем *extracti cannabis indicae* в количестве 0,015, 3 раза в день.

В качестве главным образом обезболивающих, но отчасти и регулирующих маточные кровотечения гинекологами употребляются и другие средства: атропин, берберин и мн. др. Не останавливаясь на их обзоре, скажем лишь несколько слов о хинине, который Успенская считает лучшим болеутоляющим при гинекологических заболеваниях в вообще, а при воспалительных заболеваниях придатков, параметрите и гоноррее признает даже за *specificum*,—а именно, что с этим средством надо все-таки быть осторожным у беременных женщин, так как мне, напр., пришлось в своей практике наблюдать несколько случаев выкидыша, происшедшего несомненно от употребления больших доз хинина.

Противоположное, по сравнению с только что перечисленными средствами, действие на матку проявляют т. наз. *emepagoga*, т. е. месячногонные средства, применяемые гинекологами при функциональной аменоррее, ради вызываемого ими прилива крови к матке. К этой группе могут быть отнесены, прежде всего, почти все те средства, которые в своем месте были нами указаны в качестве *abortiva*, напр., алоэ, сабина, рута и пр.

Алоэ или сабур, сгущенный млечный сок некоторых южноафриканских растений, обычно употребляется в медицине, как слабительное. Так как, однако, средство это производит прилив крови ко всем брюшным и тазовым органам, то его издавна применяют и в качестве *emepagogum*, причем для последней цели служат обычно т. наз. итальянские пилюли (*pillulae aloëticae ferratae*), состоящие из равных частей (по 0,05 в каждой пилюле) алоэ и *ferri sulfurici* и употребляемые по 1—2 пил. 3 раза в день.

Сабина или казачий (или донской) можжевельник (*juniperus sabina*) и рута (*ruta graveolens*) содержат,--первая особенно в своих молодых ветках, вторая в листьях,—острые эфирные масла, которые также раздражающим образом действуют на кишечник, почки и половые

органы, обуславливая прилив крови к ним. Для вызывания месячных при функциональной аменоррее я обыкновенно применяю пилюли, содержащие оба эти средства в смеси с алоэ и спорынней, по следующей формуле: Rp. pulv. secalis cornuti, pulv. sabinae, pulv. rutae aa 1,5, aloës 0,6, massae pill. q. s. u. f. pill. № 30, по 3 пилюли в день.

С успехом может быть применяем, в качестве еменagogue, и kali hypermanganicum—лучше всего в пилюлях, по 0,12—0,15 на прием, 3 раза в день, после еды.

Из еменagogue, введенных в употребление в новейшее время, упомянем об eumenol'e Мерск'а, назначаемом по 1 чайн. ложке 3 раза в день, и amenyl'e (метилгидрастимиде), употребляемом в таблетках по 0,05 2 раза в день.

Иногда гинекологу приходится прибегать, при отсутствии или ослаблении полового чувства у женщины, и к т. наз. aphrodisiaca, т. е. средствам, повышающим это чувство. Издавна славою такого средства пользовались шпанские мухи (cantharides, водящиеся в средней и южной Европе жуки блестящего зеленого цвета, зоологическое название которых—*lytta vesicatoria*). Внутрь употребляется или порошок из шпанских мух (pulvis cantharidum), или добываемый из них кантаридин, ангидрид кантаридиновой кислоты,—то и другое средство лучше в виде пилюлей, первое в количестве 0,015 и не более 0,06 pro dosi второе—от 0,0003 до 0,0006, maximum 0,001 на прием. При назначении их надо иметь в виду, что и кантариды, и кантаридин—вещества в высшей степени ядовитые, неосторожное применение которых легко может повести к смертельному воспалению почек.

Из новейших средств, принадлежащих к данной группе, заслуживают упоминания: иогимбин, алколоид, содержащийся в коре южноафриканского растения *jambehou* (в медицине употребляется обыкновенно солянокислая соль его, *johimbium muriaticum*, в 1% растворе по 5—10 кап. 3 раза в день, или в таблетках, содержащих по 0,005 иогимбина),—муйрацитин, представляющий собою смесь лецитина с вытяжкой из тропического растения *muira puata* (в аптеках имеется в виде патентованных пилюль, доза—от 6 до 8 пилюль), и жидкая вытяжка из растения *damiana* (употребляется внутрь по 30—40 кап. на прием).

За последнее время, с развитием учения о внутренней секреции и с выяснением ее роли в этиологии различных заболеваний женской половой сферы, широкое применение в гинекологической практике получили т. наз. опопрепараты, т. е. препараты из эндокринных желез, особенно яичников, грудных желез, щитовидной железы, мозгового придатка и надпочечников.

Яичниковые опопрепараты, применяемые в гинекологической практике, известны под различными названиями—овариина, оофорина, оварадена, лютеина и пр. Для введения per os обыкновенно берутся

или высушенные яичники некоторых животных, напр. овец, целиком, или только части их, напр., желтые тела (лютеин). Употребляются они в виде порошка, или в форме таблеток,—в чистом виде, или в смеси с препаратами железа (я, напр., охотно назначаю порошок овариина пополам с ферратином; имеются и таблетки, заключающие в себе смесь яичниковых опопрепаратов с препаратами железа, напр. таблетки из овараден-триферрина). Назначаются эти препараты большею частью в дозе 0,3 и 0,5, 2 или 3 раза в день, причем я придерживаюсь правила, чтобы больные принимали их на тощий желудок, перед едой, так как есть основания думать, что соляная кислота желудочного сока действует на все опопрепараты разлагающим образом (в этих же видах я рекомендую обыкновенно принимать яичниковые и все другие опопрепараты вместе с содовой водой, или просто запивать их водою, в которой распушено немного соды). Показаниями к их применению служат все те патологические состояния женской половой сферы, которые, по современному взгляду, обязаны своим происхождением или недостаточной внутренней секреции яичников, или чрезмерной внутренне-секреторной работе желез, являющихся антагонистами яичников, напр., грудных желез: аменоррея, климактерические расстройства (*Ausfallserscheinungen*), инфантилизм, *tabes lactea* и т. п.

Успенский, отрицательно относясь к порошкам и таблеткам из яичниковой ткани, рекомендует для терапевтических целей применять стерильные водные или глицериновые вытяжки из яичников, вводимые подкожно, причем для приготовления этих вытяжек советует брать яичники не позже 5—6 часов после смерти животного. Опыт, однако, показывает, что и препараты из высушенных яичников, употребляемые *per os*, дают, при указанных выше заболеваниях, желаемый терапевтический эффект.

Опопрепараты из грудных желез, напр. маммин Пеля, действующие на женскую половую сферу диаметрально-противоположно яичниковым (тогда как последние усиливают кровоснабжение половых частей, первые, напротив, уменьшают его) с пользою применяются при тех патологических состояниях—преимущественно матки, происхождение которых современная наука ставит в связь с чрезмерным кровоснабжением этого органа, а именно, при меноррагиях, гиперпластических эндометритах, хронических метритах и фибромиомах матки. Что касается, в частности, этих последних, то в своей практике я наблюдал десятки случаев, где систематическое, длительное употребление маммина (в таблетках по 0,3—0,5, 2—3 раза в день) вело, параллельно с уменьшением кровотечений, к остановке роста этих опухолей, а в отдельных случаях я видел от этого средства и обратное развитие фибромиом,—хотя не до полного их исчезновения.

Одно время при фибромиомах усиленно рекомендовался, из опопрепаратов, тиреодин, получаемый из щитовидной железы и давае-

мый, в порошке или таблетках, в количестве 0,5—1,0 pro die, но в последнее время он был вытеснен маммином, в виду его неблагоприятного действия на сердце.

Из препаратов гипофиза в гинекологии, как и в акушерстве, употребляются: питуитрин, представляющий собою 20% вытяжку из задней доли мозгового придатка с прибавлением хлоретона, питугландол—10% вытяжка из инфундибулярной части гипофиза и вапорол—20% вытяжка из задней доли и pars intermedia гипофиза быков. Вводятся эти препараты чаще не per os, а подкожно, причем применяются, благодаря своей способности вызывать сокращения гладкой мускулатуры, при маточных кровотечениях атонического характера— в качестве *styptica*, при слабости мочевого пузыря, после гинекологических операций,—с целью вызвать диурез, при недостаточной перистальтике кишек, также у оперированных, как *peristalticum* и пр. Некоторые авторы наблюдали, кроме того, хорошие результаты от применения препаратов из гипофиза (в частности, питугландола) при аменорее.

Наконец, из препаратов надпочечников наибольшим употреблением пользуется в гинекологии адреналин или супраренин, представляющий собою, повидимому, гормон надпочечных желез в чистом виде. В практике применяется или сам адреналин, или солянокислая соль его (*adrenalinum hydrochloricum*), тот и другая в растворе 1:1000,— с целями обескровления тканей при гинекологических операциях (для чего операционное поле смазывается указанным раствором), в видах увеличения продолжительности местной анестезии, опять-таки при операциях (для чего раствор адреналина прибавляются к растворам кокаина и др. местных обезболивающих), в целях поднять сердечную деятельность (для чего несколько капель адреналинового раствора прибавляется к вливаемым подкожно или внутривенно солевым растворам) и т. п.

Так как заболеваниям женской половой сферы зачастую сопутствуют заболевания других органов, особенно соседних с половыми частями, т. е. мочевых органов и кишечника, то гинекологам наряду с внутренними лекарственными средствами, действующими на матку и вообще *genitalia*, приходится очень часто назначать своим больным и лекарства, действующие на эти органы. Так, при воспалительных процессах в мочевой системе, —циститах, пиелитах и т. п.,—они часто назначают средства, дезинфицирующие мочевые пути, напр., салол, уротропин, гельмитол и амфотропин (представляющий собою смесь трех предыдущих средств),—по 0,5, 3 раза в день, обыкновенно с прибавкой на каждую дозу 0,01—0,015 *extracti cannabis indicae*; при сопровождающих гинекологические заболевания запорах больным зачастую приходится назначать различные *laxantia*, а при поносах—такие средства, как таннальбин, *magisterium bismuti*, опий и т. п.

И п о е в с. Употребление хл. рожков в страданиях от уменьш. ж. очищения. Др. З. 1833.—Д а л е н и ч е н к о в. О действии хл. рожков над организмом людей. Уч. Зап. Моск. Ун. 1835.—Б р и к о в. О спорынье. Тр. О. Р. Вр. 1840.—Зюков. Крапива

при остановке менструаций. В.-М. Ж. 1842.—Гольдштауб. Употребление в леч. отп. рожков, наход. в рж. колосьях. Др. З. 1843.—Варгунин. Марг. кали при болезн. месячных. Вр. 1884.—Львов. *Millefolium*—средство пр. fluog. albus. Мед. В. 1884.—Славутинский. К вопр. о фарм. действии гидрастина. М. Об. 1884.—Ананов. К терапии мат. кровотечений. Н. Бес. 1886.—Славутинский. Фармак. действие *hydrastinini*. Дисс. СПб. 1886.—Живописцев. Мат. к изучению корня *hydrastis can.* в фармакогн., клин. и фармакол. отношениях. Дисс. СПб. 1887.—Короткевич. *Kali hypermag.*, как *sternagogum*. Р. Мед. 1887.—Бердичевская-Чернобаева. К прим. *kali hypermag.*, как *sternagogum*. Там же.—Львов. *Kali hypermag.*, как *sternagogum*. Там же.—Какушкин. Сл. отравления инд. коноплей, Пр. Тамб. М. О. 1888.—Львов. *Kali hypermag.*, как *sternagogum*. М. Об. 1888.—Самойлович. О применении салиц. кислоты при метроррагиях. Н. Бес. 1888.—Воскресенский. К вопр. о препаратах мат. рожков. Пр. Киев. А. О. П.—Степанов. Антипирин, как обезболивающее в гин. практике. М. Об. 1889.—Сердцев. Фармак. отношение гидрастина к сос. системе и матке. М. 1890.—Мокеев. О нек. сторонах физиол. действия *extr. fl. hydrastis can.*, *hydrastin'a* и *hydrastinin'a*. Тр. О. Р. В. 1892—3.—Потеенко. Жидк. вытяжка корня хлопчатника, как кровоост. средство. М. Об. 1893.—Наркевич. К действию *gossypii herbacei*. Зем. Вр. 1894.—Лапков. К вопр. о применении ферратина при метроррагиях. Ж. А. 1894.—Комарович. Грабельки (*erodium cicutarium*), как кровоост. средство. Вр. 1896.—Пель. *Orovarium Roehli*. Ж. Мед. X. 1896.—Инаев. Мат. к фармакологии стиптична и гидрастинина. Тр. О. Н. М. при Харьк. Ун. 1897.—Мосешвили. Сравн. действие ж. экстрактов спорыньи, получ. после извлечения петрольн. и этил. эфирами, на сократ. способность матки. В. О. Гиг. 1897.—Инаев. Фармакодинамика разл. средств, влияющих на сократ. матки и условия кровообращения в ней. Зап. Харьк. Ун. 1898.—Бегун. К фармакологии ж. вытяжки трав. хлопчатника. Вр. 1898.—Недородов. Новое кровоост. средство *cotharninum hydromur. s. stypticum* д-ра Fren'd'a. Библ. Вр. 1898.—Мионов. Наблюдения над действием ж. экстракта корня трав. хлопчатника. М. Об. 1898.—Либов. Совр. взгляды на лечение ж. болезней органами животных. Еж. 1900.—Калабин. Крапива (*urtica dioica*) при мат. кровотечениях. Вр. 1901.—Инаев. Мат. к фармакологии *eupenol'a*. Дисс. Харьк. 1901.—Ждан-Пушкин. Полевой хвощ (*herba equiseti arg.*), как кровоост. Вр. Г. 1902.—Реймер. К леч. выкидыша жидкой вытяжкой *viburni prunifolii*. Пр. В. 1902.—Гаврилов. Об органопрепаратах яичников и мол. желез при заболеваниях ж. пол. сферы. Ж. Мед. Хим. 1902.—Успенский. Яичник. органотерапия. Ж. А. 1904.—Выдрин. Наблюдения над действием адреналина в хир. гинекологии. Отч. Пр. В. 1905.—Мыкертчянц. О прим. маммина Пеля в гинекологии. Ж. Мед. X. 1908.—Мыкертчянц и Дегтярева. О применении овариина Пеля при аменоррее. Вр. Г. 1909.—Мыкертчянц. Маммин Пеля, как новое средство для леч. фибромиом и хрон. воспалений матки. Вр. Г. 1910.—Скутул. О действии на периф. сосуды и на матку кровоост. средств раст. происхождения, прим. в ак.-гин. практике. Ж. А. 1912.—Кравков. О прим. водяного перца (*polygonus hydropiper*) при влуг. кровотечениях. Р. Вр. 1912.—Вильямовский. Терап. значение *ovaradentriferrin'a*. Вр. Г. 1912.—Герман. Маммин Пеля при метрите, фибромиоме и аденоме матки. Вр. Г. 1913.—Парсамов. Клин. наблюдения над действием гемостина при мат. кровотечениях. Там же.—Каминская. *Extr. fl. polygони hydropiperis* при мат. кровотечениях. Там же.—Чернобульский. Неск. слов об экстракте вод. перца (*polygони hydrōpiperis*). Вр. Г. 1914.—Успенская. Хинин при воспал. заболеваниях придатков матки, таз. клетчатки и гоноррее. V С. Р. А.—Ольдекоп. К каз. аменорреи и к лечению ее *pitugiangol'ом*. Ж. А. 1914.—Петрова и Ускова. Ж. вытяжка вод. перца (*extr. fl. polygони hydropiperis*), как кровоост. средство. Вр. Газ. 1914.—Каминская. *Extr. fl. polygони hydropiperis* и его кровоост. свойства. Вр. Г. 1914.—Мишин. К леч. аменорреи. Ж. А. 1915.—Недодаев. *Extr. fl. polygони hydropiperis* при мат. кровотечениях. Ж. А. 1916.

Другие методы неоперативного лечения, применяемые в гинекологии. Как ни велик перечень разобранных нами методов, однако он не исчерпывает всех способов неоперативного лечения, находящихся себе применение в гинекологической практике. Упомянем еще, напр., о лечении внушением, которое особенно у истеричек, — а таковых среди гинекологических больных имеется весьма значительный процент, — дает иногда замечательные результаты (Кобылянский описывает случай, где ему удалось у истерички гипнотическим внушением излечить дисменоррею, а Кольский также у истерички, но страдавшей аменорреей, вызвал этим же путем месячные). Упомянем, далее, о разработанном Fliess'ом лечении болевых расстройств в области половой сферы путем анестезии слизистой оболочки носа, особенно т. наз. „половых мест“ ее, каковыми являются области нижней раковины и бугорка носовой перегородки (Либов подтвердил, что путем кокаинизации этих мест действительно можно устранить нервную дисменоррею, но не механическую и не воспалительную). И таких способов можно указать еще немало.

Кобылянский. Излечение дисменорреи у истерич. больной гипнотич. внушением. Вр 1887.—Кольский. Сл. вызывания месячных при пом. словесного внушения в сост. гипноза. М. Об. 1887.—Либов. О связи заболеваний ж. пол. органов с заболеваниями носа. Р. Вр. 1902.

Б. Оперативное лечение женских болезней.

Общие замечания. Хотя, как уже было сказано выше, царившее еще не так давно в гинекологии увлечение оперативным вмешательством в настоящее время значительно остыло, однако и теперь оперативное лечение заболеваний женской половой сферы имеет очень широкий круг применения, а при некоторых из этих заболеваний, напр., при известных новообразованиях женских половых частей, при нарушении их целости и пр. оно является единственно достигающим цели.

Общею целью оперативного вмешательства в гинекологии, как и в других отраслях медицины, служит или восстановление нарушенных каким-либо болезненным процессом нормальных анатомических отношений, или удаление из организма какого-либо органа (resp. части его), который является источником опасности для здоровья или самой жизни больной, и который нельзя привести в нормальное состояние, — анатомически и функционально, — при помощи других, разобранных нами выше, способов лечения. Таким образом операция здесь, как и в других отделах медицины, является *ultimum refugium*, — последним средством, к которому прибегают лишь тогда, когда другие средства исчерпаны или почему-либо не могут быть применены. Решаясь на нее, следует иметь в виду, что, во-первых, всякое оперативное вмешательство сопряжено с известною опасностью для жизни больных: опасности таит в себе наркоз, неизбежно требующийся при многих операциях, опасною является операционная травма, главная же

опасность кроется в возможности септического заражения оперируемых; во-вторых, при операциях, сопряженных с удалением известных частей полового аппарата, надо считаться с тем обстоятельством, что удаление это, особенно удаление половых желез у молодых женщин, далеко небезразлично для организма больных и нередко ведет к таким расстройствам, которые превышают расстройства, побудившие гинеколога прибегнуть к операции.

Другими словами говоря, относительно гинекологических операций приходится повторить то же, что в своем месте нами было сказано относительно акушерских операций, а именно, что каждая операция, как-бы незначительною она ни казалась, должна быть производима не иначе, как при наличии, с одной стороны, определенных показаний к ней, а с другой—при наличии необходимых для выполнения ее условий. Более детально показания к отдельным видам оперативного вмешательства у гинекологических больных будут разобраны ниже, при изложении частной патологии и терапии женских болезней, здесь же упомянем лишь, что среди этих показаний, в общем, можно различать две группы: жизненные или абсолютные показания (*indicaciones vitales*), при наличии которых уклонение от оперативного вмешательства ведет к смертельному исходу, и показания относительные, в интересах здоровья больной. Что касается условий, то они должны быть, в общем, таковы, чтобы в каждом отдельном случае операция могла быть выполнена с наименьшею опасностью для жизни и здоровья больных, и, во всяком случае,—чтобы опасность эта была меньше той, которая грозила-бы больным без операции. Условия эти кроются отчасти в организме самих больных, отчасти—вне его, в той обстановке, в которой производится операция, а также в умении и способностях оперирующего. Главная задача последнего и заключается в том, чтобы прежде, чем приступить к операции, а иногда уже и во время самой операции,—взвесить все эти показания и условия, причем, само собою разумеется, здесь необходима строгая индивидуализация отдельных случаев. „Врач должен лечить не болезнь, а больного“, и правило это при оперативном лечении должно быть соблюдаемо строже, чем при разных способах неоперативного лечения, ибо именно здесь несоблюдение его может вести к особенно-печальным, непоправимым последствиям.

Разумеется, многое тут зависит от знаний и опыта врача. Начинающие товарищи много ценных указаний на этот счет найдут в специальных руководствах по оперативной гинекологии, среди которых в отечественной литературе отметим капитальные труды Губарева и Отта. Постараюсь сделать более детальные указания в этом направлении, основанные на личном опыте, и я, но в последней части своего труда, посвященной частной патологии и терапии заболеваний.

женского полового аппарата. Здесь же, не касаясь отдельных видов оперативного вмешательства и отдельных заболеваний, требующих оперативной помощи, я ограничусь лишь изложением некоторых общих, основных правил оперативной гинекологии, относящихся частью к внешним условиям, при которых должны быть производимы гинекологические операции, частью—к технике последних, частью, наконец, к послеоперационному уходу.

Соловьев. Оперативная гинекология. М. 1885—87.—Липинский. О показаниях к опер. лечению при гинек. заболеваниях. Пр. О. Вр. Мог. губ. 1899.—Губарев. Оперативная гинекология. Изд. I. СПб. 1910. Изд. II. М. 1915.—Томсон. Оперативная гинекология. Од. 1913.—Отт. Оперативная гинекология. СПб. 1914.

Операционная комната. Для производства гинекологических операций в частной практике пригодна любая достаточно просторная, теплая и светлая комната. В гинекологических клиниках и больницах, где самые разнообразные операции,—„большие“, т. е. чревосечения, и „малые“, т. е. не сопряженные со вскрытием брюшины, септические и асептические,—производятся весьма часто, следует, конечно, иметь для них специально-приспособленное помещение, или, еще лучше, несколько отдельных помещений,—одно для „чистых“, т. е. асептических, случаев, другое—для „грязных“, септических.

Для какого-бы сорта операций ни служила операционная, она должна быть прежде всего достаточно просторна. Далее, она должна быть хорошо освещена, ибо всякую оперативную манипуляцию желательно производить под контролем зрения. В свое время было немало споров о преимуществах верхнего и бокового освещения для операционных. Так как в гинекологической практике весьма многие операции приходится производить через рукав, то, конечно, для гинеколога важно иметь в операционной достаточное боковое освещение; при таком освещении можно производить и брюшностеночные чревосечения, хотя специально для этих последних будет выгоднее, если свет будет падать сверху, со стороны потолка. Так как, затем, гинекологических больных нередко приходится оперировать, в экстренных случаях, не только днем, но и ночью, то операционная, кроме дневного, должна быть обеспечена и искусственным освещением—лучше всего при помощи достаточно сильных электрических ламп с рефлекторами, которые-бы бросали свет не только в направлении сверху вниз, но, на случай влагалищных операций, и в боковом направлении.

Для лучшего освещения операционного поля при влагалищных операциях, кроме электрических ламп с рефлекторами, утвержденных на штативах, можно пользоваться также лобными лампочками, опять-таки снабженными рефлектором (рис. 203), или зеркалами Отта, в которых лампочки прикрепляются к ложкам самих зеркал (см. рис. 46).

Комната для гинекологических операций должна, затем, хорошо вентилироваться и отапливаться. Так как при операциях этих значительная часть тела больной остается обнаженной, то ¹⁰ в операцион-

ной должна быть не ниже градусов 15 по R. Наиболее строго требование это надо соблюдать при длительных лапаротомиях, где брюшные внутренности долгое время остаются доступными действию воздуха,—где, притом, кожная поверхность тела больной остается про-

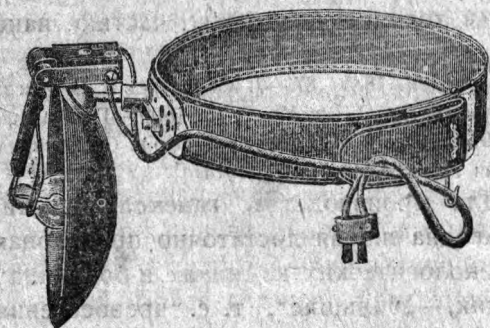


Рис. 203. Лобная лампочка с рефлектором.

должительное время смоченную дезинфицирующими растворами, содержимым кистом яичника и пр., особенно же— где операцию приходится производить у слабых, истощенных суб'ектов. Чрезмерное охлаждение тела во время операции может, в подобных случаях, повести к смертельному шоку.

Самое главное, однако,—операционная должна быть устроена так, чтобы в ней возможно было производить операции асептически. Хотя инфекция через воздух,—„Liftinfektion“ немецких авторов,—и играет, по современным воззрениям, гораздо меньшую роль в заражении ран, чем инфекция чрез соприкосновение („Kontaktinfektion“), тем не менее и ее лучше по возможности устранить. В воздух операционной комнаты, а из него—на операционные раны, микробы могут попасть вместе с пылью со стен и потолка этой комнаты, Отсюда—последняя должна быть устроена так, чтобы в ней было возможно меньше мест, где-бы могла скопиться пыль: в ней не должно быть различных глухих закоулков, углы на месте соединения стен с потолком должны быть закруглены, стены и потолок—выкрашены масляной краской, чтобы их можно было, время от времени, мыть, поступающий из вентиляторов в помещение операционной воздух должен быть профильтрован через несколько слоев марли.

Помимо этого в операционных помещениях современных клиник и больниц имеются еще специальные приспособления, позволяющие перед каждой операцией освобождать воздух помещения от носящихся в нем пыли и микробов. Одно из таких приспособлений состоит из сети водопроводных труб, расположенных на потолке операционной и снабженных массою отверстий, причем под каждым отверстием находится небольшая, плоская фарфоровая чашечка. Когда вода пускается в эту сеть, она струями льется через отверстия; струи ее, падая на чашечки, отражаются от последних мелкими брызгами, которые затем падают на пол помещения в виде мелкого, частого дождика, очищающего воздух от носящихся в нем частиц. Еще проще можно этого достигнуть, наполняя,—как то делается в заведомой мною клинике,—помещение операционной водяным паром, который,

конденсируясь и опускаясь вниз в виде тумана, увлекает с собою всю воздушную пыль.

Уже необходимость очищать воздух описанными сейчас приемами, мыть стены и потолок и пр. — требует, чтобы пол операционной был сделан из не всасывающего воды материала, напр., из стеклянных плиток, т. наз. Метлахских плиток, цемента и т. п. Это тем более нужно, что при операциях на него нередко проливаются дезинфицирующие жидкости, изливается выпускаемая у больных асцитическая жидкость, жидкое содержимое кист, гной, кровь и т. п. Чтобы жидкости эти не застаивались, далее, в операционной, — необходимо, чтобы пол ее был свободен от щелей и углублений, а также — чтобы он был снабжен сточным отверстием и был не вполне горизонтален, а несколько по направлению к этому отверстию.

В ближайшем соседстве с операционной должны располагаться, в благоустроенных больничных учреждениях, вспомогательные помещения: комната, где участники операции могли бы переодеваться в стерильные полотняные костюмы и дезинфицировать себе руки, далее — комната, где бы можно было подготавливать больную к операции и наркотизировать ее, а главное — комната для стерилизации перевязочного материала, инструментов и пр. (т. наз. стерилизационная); лучше всего, если последняя будет соединена с операционной при помощи окна, через которое и подается готовый перевязочный материал, инструменты и т. п. Что касается наркоза больных, окончательной дезинфекции брюшных стенок у них пред лапаротомией, переодевания участников операции в стерильные костюмы и дезинфекции их рук, то по нужде все это может производиться и в самой операционной, почему последняя должна быть снабжена несколькими раковинами с проведенной горячей и холодной водой; это тем более необходимо, что иногда оператору и его ассистентам приходится повторять дезинфекцию рук уже во время самой операции.

Само собою разумеется, что операционная комната не должна быть загромождена лишнею мебелью: операционный стол, несколько столиков для инструментов, лигатур и перевязочного материала, столик с принадлежностями наркоза, несколько штативов для бутылей с дезинфицирующими растворами и тазов — должны исчерпывать всю ее обстановку. Вся эта мебель должна быть такова, чтобы ее легко можно было держать в чистоте и по возможности в асептическом состоянии; лучше всего, если она будет металлическая, а столешницы у столиков для перевязочного материала — стеклянные. Шкафов с инструментами и лигатурным материалом в самой операционной лучше не держать, они должны стоять в другом помещении, по близости от нее.

Губарев. О нек. простых приспособлениях оперативной комнаты и ее обстановки. Ж. А. 1896. — Якобсон. О значении очистки воздуха в операц. помещениях. Ж. А. 1902.

Положение больных при гинекологических операциях и устройство операционного стола. Главная вещь в обстановке операционной комнаты—это, конечно, стол, на котором производятся гинекологические операции. Последние выполняются в различном положении оперируемых: при брюшностеночных чревосечениях (во время производства разреза брюшных стенок), при операции Alexander'a-Adams'a и др. больная лежит горизонтально на спине; после вскрытия брюшной полости больным, у которых производится лапаротомия, придается обыкновенно т. наз. Trendelenburg'овское положение, т. е. область таза более или менее высоко приподнимается, головной же конец тела опускается (рис. 204), благодаря чему кишечные петли



Рис. 204. Trendelenburg'овское положение больной при лапаротомии.

отходят к диафрагме, и тазовая полость делается доступною глазу оперирующего; при влагалищных операциях и операциях на вульве больная обыкновенно кладется ягодицами на край стола (рис. 205), причем согнутые как в тазобедренных, так и в коленных сочленениях, и разведенные ноги ее или удерживаются стоящими по сторонам помощниками, или кладутся на особые подставки, прикрепляемые к краю стола, или удерживаются

при помощи особых ногодержателей; иногда при этом также выгодно бывает, чтобы тазовый конец тела больной был приподнят.

Реже больным при гинекологических операциях приходится придавать другие положения, напр., коленно-локтевое, лежащее на боку и т. п.

В тех случаях, где у гинеколога, приступающего к влагалищной операции, не имеется под руками ногодержателя, Калабин рекомендует заменять последний двумя или тремя, связанными вместе, полотенцами, которые проводятся под колена больной, между тем как свободные концы их привязываются к ножкам стола.

Операционный стол для гинекологических операций должен быть устроен так, чтобы больным можно было придавать на нем все указанные положения, причем, так как нередко уже во время самой операции приходится менять их одно на другое, то устройство стола должно позволять производить эту перемену по возможности быстро и без хлопот. Этому основному требованию вполне удовлетворяет

стол Н а н п'а (рис. 206), различные модели которого и пользуются широким распространением в гинекологической практике. Стол этот, кроме того, достаточно прочен, неособенно дорог и может быть легко дезинфицирован (обыкновенно он—весь металлический). Перед операцией на столешницу его обыкновенно кладется стерильное байковое одеяло, покрытое стерильною же простынею, или войлочный, покрытый сверху резиной, матрац, снаружи также оберываемый стерильной простыней. При абдоминальных чревосечениях голени больной помещаются на особых, привинчивающихся к столу, подставках, к которым привязываются полотенцами; при влагалищных операциях подставки отвинчиваются и заменяются другими, на которые помещаются согнутые ноги оперируемой.



Рис. 205. Положение больной с приподнятым тазом при влагалищной операции.

При продолжительных и тяжелых операциях, особенно у слабых больных, крайне важно, чтобы тело оперируемой не подвергалось чрезмерному охлаждению. Для таких случаев очень выгодно иметь операционный стол с нагревающейся столешницею. Существуют, напр., Н а н п'овские столы, в которых столешница—не сплошная, а полая, причем перед операцией в нее наливается теплая вода. Можно также покрыть стол резиновым матрацем, который опять-таки наполняется перед операцией теплой водой, а сверху покрывается стерильными простынями.

При неимении Н а н п'овского и подобных ему столов усовершенствованной конструкции гинекологические операции,—не только влагалищные, но и брюшностеночные,—можно производить и на более простых деревянных столах с приспособлениями для Trendelenburg'овского положения. В течении нескольких лет я оперировал на подобном столе, который отличался от обыкновенного лишь тем, что столешница его состояла из двух неодинаковых по длине частей,

соединенных при помощи шарниров. Вследствие этого ее можно было перегибать под тем или иным углом, причем в этом положении обе части столешницы и оставались прочно, благодаря имевшимся на

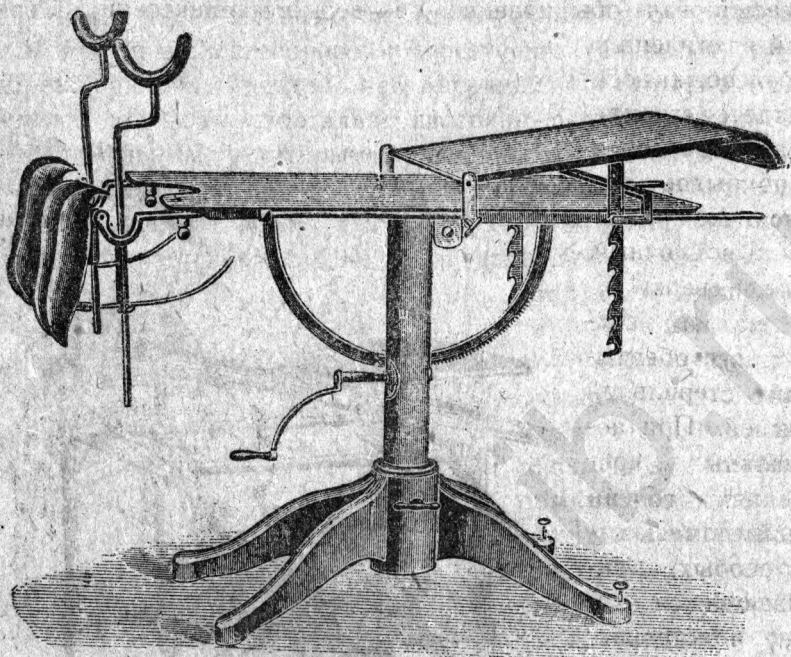


Рис. 206. Операционный стол Нанп'а.

станке стола зарубкам, в которые вставлялась более короткая часть. Последняя была снабжена, кроме того, двумя отверстиями, в которые пропускались полотенца для того, чтобы привязывать ноги больной.

Еще более удобный деревянный стол для гинекологических операций был предложен Delagenière'ом (рис. 207) и рекомендован Губаревым в его руководстве по оперативной гинекологии.

При производстве влагалищных операций к тому концу стола, на котором лежит ягодичный конец тела больной, прикрепляется кусок резинового полотна, спускающийся в таз или ведро и служащий для стока крови, дезинфицирующих жидкостей, которыми промывается рукав, и т. п. В этот же таз спускается одним углом второй кусок резинового полотна, квадратной формы, два другие угла которого прикрепляются английскими булавками или зажимами к первому куску, а четвертый пристегивается, за пуговицу, к груди оперирующего так, что образуется нечто вроде передника, защищающего одежду оператора от загрязнения.

Феноменов. К вопросу об устройстве операц. стола. Вр. 1886.—Горохов. Об операц. столе с приспособлениями положений по Trendelenburg'y. М. Бес. 1898.—Гриневич. Гинек. и операц. стол. Тер. В. 1900.—Воскресенский. К вопросу о чревосечении на

наклонной плоскости. Киев. Ун. Изв. 1900.—Калабин. Престой ногодержатель. Вр. 1900.—Коншин. Дешевый стол для гинек. и хир. операций. М. Об. 1905.

Обеззараживание рук оперирующего. Его одежда. Основным условием всякой операции вообще и всякой гинекологической операции в частности является—производить ее по возможности асептически, т. е. так, чтобы патогенные микроорганизмы и в особенности микробы, обуславливающие заражение ран, т. е. гноеродные стрептококки, стафилококки и пр., не попали откуда-либо на операционное поле. Как уже было сказано выше, многочисленные наблюдения установили, что в процессе этого заражения попадание микробов из воздуха, *Luftinfektion*, играет лишь второстепенную роль, главная же принадлежит заражению чрез соприкосновение, *Kontaktinfektion* немецких авторов, причем исходным пунктом этой инфекции прежде всего являются руки оперирующего и тех из его помощников, пальцы которых приходят в непосредственное соприкосновение с операционной раной. Отсюда—те заботы, которые гинекологи, наравне с хирургами и акушерами, давно уже прилагали, чтобы найти способ совершенно освобождать свои руки от микробов, делать их вполне стерильными.

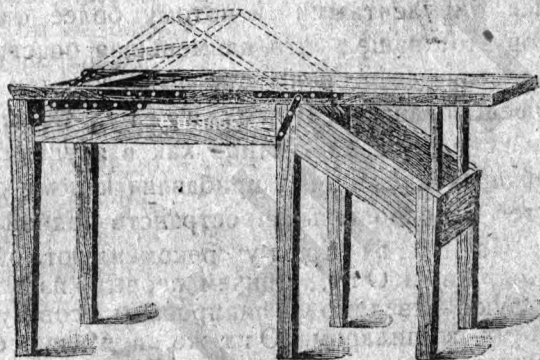


Рис. 207. Стол Delagenière'a.

Из курса акушерства,—именно, из главы об исследовании рожениц,—читатели уже знают, что указанная задача не разрешена и до сих пор, несмотря на массу способов, предложенных для этой цели. Все эти способы, как опять-таки уже знают читатели, могут быть разделены на 2 резко различающихся между собою в принципиальном отношении группы: в одних способах, более старых, мы стремимся, с одной стороны, механически удалить микробов с кожи рук, из подногтевых пространств и пр., а с другой—убить их бактерицидными веществами вроде сулемы, двуокисстой ртути и т. п.; вторая группа обнимает более новые способы, при помощи которых мы стараемся зафиксировать микробов в коже рук, употребляя дубящие средства. К первой группе относятся, напр., способы *Fürbringer's* (10-минутное мытье рук в горячей текущей воде с мылсм, щеткой и ногтечисткой, 5-минутная обработка их алкоголем и 5-минутное же мытье в растворе сулемы 1:1000), *Ahlfeld's* (5-минутное мытье водой, затем 5-минутная обработка 96-градусным спиртом) и др., во вторую группу входят способы *Neusner's* (5-минутное мытье рук в раство-

ре иода в бензине 1:750 с прибавкой 250 ч. парафинового масла), Herffa (4—5-минутная обработка рук, с помощью фланели, смесью ацетона и 95° спирта 1:1), Grossich'a (двукратное смазывание кожи 10% иодной настойкой), Заблудовского и Татаринова (2-минутное втирание в кожу 5% раствора таннина в 95° алкоголе) и др.

Как показали исследования Лидского в заведомой мною клинике, при помощи первых способов руки освобождаются от поверхностно сидящих микробов, но не от глубоко сидящих, которые уже во время операции могут выходить на поверхность и затем инфицировать операционную рану, способы же, принадлежащие ко второй группе, фиксируют глубоко сидящих микробов, но не оказывают такого же действия на поверхностных микробов, являющихся обычно более вирулентными и потому более опасными. В конечном итоге автор этот нашел, что наименьшая опасность инфекции чрез соприкосновение со стороны рук бывает в тех случаях, где последние дезинфицированы по Fürbringer'u. Оттого я и пользуюсь способом Fürbringer'a до сих пор как в акушерской, так и в гинекологической практике, иногда прибавляя к нему смазывание концов пальцев, ногтей и подногтевых пространств иодной настойкой.

По Fürbringer'u рекомендуют обеззараживать руки также Губарев и Отт, причем первый из этих авторов в тех случаях, где руки заведомо инфицированы, советует предварительно смазывать их скипидаром, Отт же, заменяя способ Fürbringer'a, сокращает мытье рук водою до 5 минут, а сулемовый раствор берет в разведении 1:2000. Аникеев, на основании своих бактериологических исследований, напротив, ставит способ Fürbringer'a ниже способа Grossich-Врупп'a (вытирание кожи в течение 3—5 мин. стерильными шариками, смоченными в бензине и 96° спирте и смазывание 10% иодной настойкой). Лучшие, чем от дезинфекции по Fürbringer'u, результаты получил от иода и иод-бензина и Бубличенко.

Так как все способы дезинфекции рук,—и старые, и новые,—не достигают, в конце концов, своей цели, то в новейшее время среди гинекологов получил широкое распространение обычай оперировать в стерильных перчатках, преимущественно из тонкой резины. Выгоды и невыгоды употребления перчаток были уже мною отмечены в соответствующем отделе курса акушерства, почему я и не буду вторично останавливаться на этом вопросе. Замечу лишь, что в течение нескольких последних лет перед революцией я усвоил себе этот обычай, особенно при чревосечениях, и остался вполне доволен полученными результатами. Если я в настоящее время,—пишу эти строки весной 1921 года,—отказался от употребления операционных перчаток, то только потому, что лишен возможности получать последние; как только, однако, я буду в состоянии иметь их,—я немедленно опять вернусь к употреблению перчаток в сочетании с предварительным обеззараживанием рук по Fürbringer'u.

При неимении перчаток их можно, до известной степени, заменить при гинекологических операциях стерильными резиновыми чехлами, надеваемыми на все пальцы обеих рук. Как мною уже было указано в курсе акушерства, употребление таких резиновых „пальцев“ в некоторых отношениях (отсутствие „перчаточного сока“ и пр.) представляется даже более выгодным, чем применение перчаток.

Из авторов наиболее солидных отечественных руководств по оперативной гинекологии Отт находит, что „неудобства и отрицательные стороны в применении во время операций перчаток не покрываются теми проблематическими выгодами, которые усматриваются их приверженцами“, а Губарев предпочитает толстые резиновые перчатки *Charut* с короткими пальцами. Ни с тем, ни с другим взглядом я не могу согласиться.

Кроме рук источниками инфекции операционной раны со стороны оперирующего и его ближайших помощников могут быть их костюм, волосы головы, усы и бороды, наконец, рот. Последнее особенно относится к операторам-преподавателям, которые во время операции должны бывают объяснять ход ее присутствующим слушателям, причем частицы слюны, вылетающие изо рта во время разговора, могут падать на операционное поле и инфицировать его (известно, какое множество микробов, в том числе и патогенных, содержит полость рта, особенно у лиц с кариозными зубами). Чтобы устранить эти источники заражения, ближайшие участники операции должны одевать поверх обычного костюма или, еще лучше, прямо на голое тело специальные стерильные костюмы из полотна (рубашки, панталоны и халаты), покрывать голову стерильными же полотняными шапочками resp. колпаками, рот же и подбородок закрывать особыми масками или мешочками из полотна (рис. 208).



Рис. 208. Стерильный полотняный костюм для „больших“ гинекологических операций (Казанская акушерско-гинекологическая клиника).

Губарев рекомендует перед операцией очищать рот у больных раствором перекиси водорода (1 чайн. ложку на стакан воды); эта мера могла бы оказаться полезною и по отношению к оперирующему.

В прежнее время перед каждой „большой“ гинекологической операцией (чревосечением) я брал общую теплую ванну, после которой уже переодевался в стерильный полотняный костюм. Мера эта, не

лишенная известного дисциплинарного значения, по существу, однако, является излишнею, почему в последние годы и оставлена мною.

Михнов. К вопросу о проникании бактерий чрез кожу при втирании. Р. Мед. 1889.—Ануфриев. О двуиодистой ртути, как antisepticum в гинекологии. Ж. А. 1897.—Сицинский. Стерилизация рук и резинов. перчаток в ак. практике. Ж. А. 1903.—Рашкес. К вопросу о пользе резинов. перчаток в ак. практике. Ж. А. 1903.—Томсон. Применение резинов. перчаток и их обеспложивание. Р. Вр. 1909.—Груздев. К вопросу о замене резинов. перчаток в ак.-гиг. практике. Нов. М. 1910.—Бубличенко. О дезинфекции кожи иодом. Отч. Вр. Г. 1910.—Аникеев. К вопросу об обеззараживании спиртом и иодом кожи операц. поля и рук. Ж. А. 1913.—Дубянская и Чистяков. О стерилизации хир. перчаток и „перчаточного сока“. Вр. Г. 1914.

См. также литературу по вопросу об исследовании рожениц в курсе акушерства.

Обеззараживание инструментов, перевязочного и лигатурного материала и пр. Источником инфекции операционных ран могут служить также употребляемые при гинекологических операциях инструменты, марля, вата и др. перевязочные материалы, материал для швов и вообще все предметы, приходящие в непосредственное соприкосновение с операционным полем, почему они и должны быть пускаемы в дело не иначе, как совершенно свободными от микробов, стерильными.

Привести в стерильное состояние большинство инструментов, служащих для гинекологических операций, очень нетрудно, для этого их сначала надо механически освободить от грязи, крови и пр., или попросту вычистить, а затем прокипятить. Первое нужно делать тотчас после того, как инструменты побывали в употреблении, т. е. тотчас после операции, второе же—непосредственно перед операцией, при которой инструменты нужно будет употреблять. Для облегчения механической чистки инструментов последние в настоящее время обыкновенно делаются с гладкою поверхностью, никкелированными и притом по возможности свободными от углублений, отверстий и т. п., где-бы могла скопляться грязь. Чтобы их можно было, затем, подвергать кипячению, их делают теперь из такого материала, который не боится кипящей воды,—обычно целиком из стали, без деревянных частей.

Кипятить инструменты достаточно в продолжении 15 минут, употребляя для этого 1% раствор Na carbonici (но не bicarbonici) или буры. По нужде можно, конечно, пользоваться для данной цели и простою водою, но при этом инструменты скорее портятся, так как простая вода не растворяет жировых и т. п. веществ, отлагающихся на их поверхности.

В благоустроенных больничных учреждениях для стерилизации инструментов служат металлические, никкелированные коробки, нагреваемые газом или паром (рис. 209). Наполнив их содовым раствором, дожидаются, пока последний не закипит ключом, после чего опускают туда инструменты (отнюдь не следует,—как совершенно

справедливо указывает в своем руководстве Губарев,—класть последние, когда раствор еще холоден, и лишь затем нагревать). По окончании кипячения простерилизованные инструменты непосредственно перед операцией вынимаются из коробок все вместе при помощи особых лотков или подносов с продырявленным дном, вставляемых в коробки, и переносятся в операционную, где и раскладываются на стеклянном столике, накрытом стерильным полотном. Можно также вынимать простерилизованные инструменты из коробок и поодиночке особыми щипцами, предназначенными специально для этой цели.

В условиях домашней обстановки можно простерилизовать необходимые для гинекологической операции инструменты, воспользовавшись обыкновенным самоваром, достаточно поместительной кастрюлей, чугуном, даже просто глиняным горшком.

Иногда, для скорости, обливают подлежащие стерилизации инструменты винным спиртом и зажигают последний. Такое опаливание, однако, отнюдь не может заменить собою кипячения, и Губарев справедливо называет его бутафорским приемом.

Режущие инструменты,—ножи, ножницы и т. п.,—от кипячения в содовом растворе быстро тупятся, почему, в целях стерилизации, можно ограничиваться тщательной механической их чисткой, а перед самой операцией,—протирать их лезвия и рукоятки стерильной марлей, смоченной в спирте.

Предметы из резины,—дренажи, катетеры, кольпейринтеры, операционные перчатки и т. п.,—портятся от действия щелочей. Поэтому их следует кипятить не в содовом растворе, а в чистой, лучше даже дистиллированной воде. Кроме того перед помещением в стерилизационную коробку их нужно завертывать в марлю,—иначе от соприкосновения с накалившимися стенками коробки они могут пригореть.

Переходя теперь к стерилизации перевязочного материала (марлевых бинтов и компрессов, ваты и пр.), а также операционного белья (халатов, рубашек, панталон, простынь, полотенец, колпаков, масок), заметим, что лучше всего производить ее паром под давлением. Для этой цели служат аппараты, известные под общим названием автоклавов. Прилагаемый рисунок (рис. 210) изображает тот тип автоклава (автоклав Chamberland'a, модель Adnet), которым я пользуюсь в клинике. Как можно видеть из рисунка, наиболее существенную часть прибора составляет цилиндрический стоячий котел, окруженный железным кожухом и нагреваемый газом (хотя его можно нагревать и керосином, при помощи т. наз. примусов). В котле находится, на

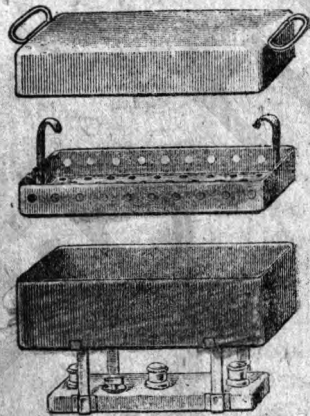


Рис. 209. Коробка для стерилизации инструментов.

небольшом расстоянии от дна, железная решетка, сверху же он герметически закрывается массивной крышкой, привинчиваемой к котлу особыми винтами. Между периферией крышки и краями котла помещается прокладка из резины, асбеста или мягкого металла, а в крышке находятся манометр, кран для выпуска пара и предохранительный клапан. Предназначенные к стерилизации вещи уклады-

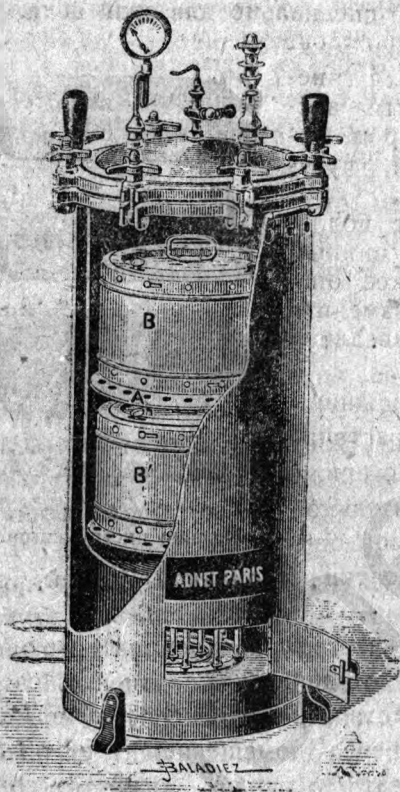


Рис. 210. Автоклав Chamberland'a, модель Adnet.

ваются в особые металлические барабаны или коробки (на рисунке отмечены буквами В и В'), в стенках которых, около крышки и дна, находятся отверстия, могущие, при помощи особого приспособления, то открываться, то закрываться. Когда все это будет готово, открывают крышку автоклава, наливают в него немного воды, лучше горячей (обыкновенно достаточно бывает 1—1½ литров, во всяком случае вода не должна стоять выше решетки), затем ставят внутрь барабаны с открытыми отверстиями, завинчивают крышку и, открыв кран, начинают нагревать котел. Когда из крана покажутся струйки пара, кран закрывают и доводят давление в котле до 1—2 атмосфер по манометру, после чего выпускают пар. Делается это с целью удалить из котла и находящихся в нем коробок остатки воздуха, что необходимо для успешности стерилизации. Когда пар перестанет выходить через кран, последний опять заворачивают и снова доводят давление пара в автоклаве до 2 атмосфер, что соответствует температуре в 134°С. Такое давление, т. е. такую t^0 , поддерживают в течение около ½-часа,—для чего, конечно, нужно значительно убавить пламя под автоклавом,—а затем, открыв кран, окончательно выпускают пар, снимают крышку автоклава, вынимают оттуда коробки со стерилизованным материалом, закрывают отверстия в них и ставят в теплое, сухое помещение до того момента, когда материал понадобится, т. е. до операции.

Свободно входя, через открытые отверстия, внутрь коробок, пар в 134°С. в течение ½-часа надежно освобождает находящийся в них

ваются в особые металлические барабаны или коробки (на рисунке отмечены буквами В и В'), в стенках которых, около крышки и дна, находятся отверстия, могущие, при помощи особого приспособления, то открываться, то закрываться. Когда все это будет готово, открывают крышку автоклава, наливают в него немного воды, лучше горячей (обыкновенно достаточно бывает 1—1½ литров, во всяком случае вода не должна стоять выше решетки), затем ставят внутрь барабаны с открытыми отверстиями, завинчивают крышку и, открыв кран, начинают нагревать котел. Когда из крана покажутся струйки пара, кран закрывают и доводят давление в котле до 1—2 атмосфер по манометру, после чего выпускают пар. Делается это с целью удалить из котла и находящихся в нем коробок остатки воздуха, что необходимо для успешности стерилизации. Когда пар перестанет выходить через кран, последний опять заворачивают и снова доводят давление пара

перевязочный материал и пр. от всех микроорганизмов, убавая последних. Лишь в тех случаях, где коробки слишком плотно набиты туго свернутым бельем, марлей и т. п., стерилизация может оказаться недостаточной. Для контроля ее надежности внутрь помещенных в коробки предметов кладут, до начала выпаривания, запаянные стеклянные трубочки с серным цветом. Если по окончании действия пара сера в трубочках окажется сплавившейся,—что происходит при 120°С.,—то, значит, содержимое коробок достаточно обеззаражено.

Помимо перевязочного материала, белья и т. п. в автоклавах можно стерилизовать паром под давлением, т. е. высокой t°, также тапки и др. вещи, употребляемые при операциях,—если только объем их таков, что они уберутся в котел автоклава.

В прежнее время в большом ходу была стерилизация перевязочного материала текучим, т. е. 100-градусным, паром, но в современных больничных учреждениях она почти совершенно оставлена, так как точные наблюдения показали, что, дабы убить не только самих микробов, но и их споры, ее надо повторять несколько раз.

В прежнее время, далее, при гинекологических операциях вообще и при лапаротомиях в частности для вытирания крови, вычерпывания из брюшины асцитической и др. жидкостей и т. п. служили обыкновенно губки, обеззараживание которых требовало больших хлопот. В Казанской клинике, при моем предшественнике, проф. Фенемове, губки, напр., сначала выколачивались колотушкой, чтобы освободить их от песка и пыли, затем мылись в горячей воде с мылом, после чего оставались на сутки в воде, эта процедура повторялась 3—4 раза, потом губки клались на сутки в 1°/00 раствор kalii hypermanganici, помещались, для обесцвечивания, на несколько секунд в смесь 1 ч. 8°/0 раствора соляной кислоты с 4 частями 1°/0 раствора patrii hyposulfurosi, мылись в дистиллированной воде и, наконец, сохранялись в 1°/00 растворе сулемы, а перед самым употреблением опять промывались в дистиллированной воде (Казембек). Теперь губки при операциях всюду заменяются скомканными компрессиками из марли, легко и надежно стерилизуемыми в автоклаве.

Из лигатурного материала при операциях различными гинекологами употребляются кэтгут, шелк, сिल्кворм, олени сухожилия, проволока (алюминиевая, бронзовая, серебряная), наконец, простые нитки—льняные, пеньковые и бумажные.

Кэтгут, приготовляемый из бараньих кишек, труднее всякого другого материала поддается стерилизации. Одно время думали даже, что надежная стерилизация его—вещь вообще вряд-ли даже возможная. Способность кэтгута рассасываться в тканях, делающая его незаменимым материалом для погружных швов, заставляла, однако, добиваться осуществления этой задачи. Долгое время я в своей оперативной деятельности пользовался кэтгутом, обеспоженным, по Субботину, сухим жаром. Техника этого способа состоит в следующем: тщательно промыв кэтгутовые нити зеленым мылом, кладут их на 2 суток в эфир, потом высушивают, наматывают в один слой на стеклянные пластинки, предварительно обернутые марлей, и, завернув в вату, подвергают в сухом стерилизаторе (рис. 211) действию

жара до 150°C , жар доводится до этой t° лишь строго-постепенно в течении 2 часов, после чего кэтгут еще 2 часа остается при указанной t° ; затем пластинки с кэтгутовыми нитями переносятся в 95° спирт, где и остаются до употребления. Как показали исследования моего бывшего ассистента Кривошеина, обработанный таким образом кэтгут, с одной стороны, является абсолютно-стерильным, а с другой—не утрачивает своих физических свойств (прочности, эластичности и пр.).

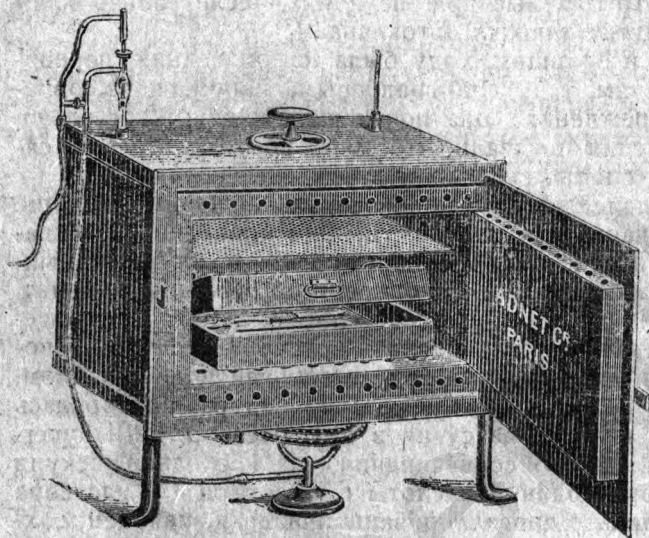


Рис. 211. Стерилизатор сухим жаром Bourinel'я.

Стерилизация кэтгута сухим жаром, однако,—вещь весьма кропотливая, требующая крайней тщательности. При малейшем недосмотре кэтгут легко „перекалить“, и тогда он становится ломким и непригодным для швов. Поэтому в последнее время я остановился на обеззараживании его химическим путем, именно, при помощи иода.

Существует несколько способов приготовления иодистого кэтгута. Так, Пяткин советует продажный кэтгут класть на 8 суток в раствор 1 ч. иода и 3 ч. иодистого калия в 100 ч. воды, предварительно намотав его на стеклянные катушки; обработанный таким образом кэтгут, по этому автору, вполне стерилен и в то же время крепок, не рвется и хорошо завязывается в узлы. Соловьев рекомендует сырой кэтгут в течении минимум 7 дней обрабатывать 1% раствором иода в спирте. По Губареву продажный кэтгут протирается, для удаления жира, ватой, смоченной в бензине, после чего в течении 2 часов просушивается на солнце и связывается в небольшие мотки; последние погружаются в раствор 10,0 иода и 10,0 иодистого калия в литре спирта, денатурированного формалином, причем на 100—150 грм. сухого кэтгута надо брать около 1000 грм. раствора; в растворе этом кэтгутовые мотки и остаются в течение 14 дней, после чего или перекалываются в пробирки с ватными пробками, стерилизуемые обычным путем в автоклаве, или сохраняются в том же растворе вплоть до употребления.

В новейшее время широкое распространение получила также стерилизация кэтгута кумолом. Для этого кэтгутовые нити свертываются предварительно в кольца, имеющие около 4 поперечных пальцев в диаметре, и от 6 до 12 часов просушиваются в сухом стерилизаторе при t° от 70 до 100 $^{\circ}$ С. Непосредственно после высушивания кольца кэтгута опускаются в химический стакан, наполненный кумолом, и стакан этот помещается в металлическую кружку, наполненную сухим песком,—так, чтобы уровень кумола в стакане соответствовал уровню песка в кружке. Затем стакан закрывается стеклянной пластинкой с отверстием для выхода кумоловых паров и для вставления термометра, а кружка ставится на газовую горелку, и песок нагревается до 160 $^{\circ}$ С. После того пламя немного уменьшается, и кэтгут остается около часу при t° от 155 до 160 $^{\circ}$, после чего переносится для сохранения в алкоголь. Применяя этот способ, надо иметь в виду, что кумол горюч, хотя и не взрывает, почему обращение с ним требует известной осторожности.

Кроме кэтгута для погружных швов можно также пользоваться нитями из оленьих сухожилий, введенными в практику Снегиревым. По моим наблюдениям нити эти рассасываются в тканях еще легче кэтгута. Обеззараживание их, по Грейфе, производится следующим образом: нити сначала 2 суток выдерживаются в эфире, потом *minimum* в течение 11 суток—в можжевелевом масле (*ol. juniperi*), после чего вновь погружаются на 2 суток в эфир, затем в течение 2 суток обрабатываются 2 $\%$ раствором сулемы в 80 $\%$ спирте и, наконец, сохраняются в обыкновенном спирте впредь до употребления. Подобным же образом можно стерилизовать и нити из сухожилий кэнгуру.

Из нерассасывающихся материалов для лигатур особенно широким применением в гинекологической практике пользуется шелк, именно, плетеный шелк различной толщины. Стерилизовать его гораздо проще, чем кэтгут: это можно сделать или в автокладе, вместе с перевязочным материалом, или путем 10-минутного кипячения в 1 $\%$ растворе сулемы, или путем выдерживания в течение 1—2 суток в 1 $\%$ спиртовом растворе йода, причем перед этими процедурами продажный шелк не мешает предварительно обезжирить, вымачивая его сначала в эфире, потом в спирте.

При недостатке шелка его можно заменить простыми нитками—льняными, пеньковыми или бумажными, причем они приводятся в стерильное состояние точно так же, как и шелк. Чтобы нитки не путались, рекомендуют (Губарев) предварительно пропитывать их коллодием.

Еще легче поддается стерилизации проволока из разных металлов и сплавов, употребляемая некоторыми гинекологами для сѐмных швов на брюшную стенку и особенно на стенку влагалища и мочевого пузыря при пузырно-влагалищных свищах,—ее можно стерилизовать кипячением вместе с инструментами.

Для с'емных швов, особенно массовых швов для зашивания брюшной раны после лапаротомий, для кожных швов и для зашивания влагалищной стенки при фистулоррафиях я охотно употребляю силькворм,—нити, получаемые из выделительных желез шелковичных червей,—стерилизовать который можно, подобно шелку, путем кипячения и выдерживания в спиртовом растворе иода.

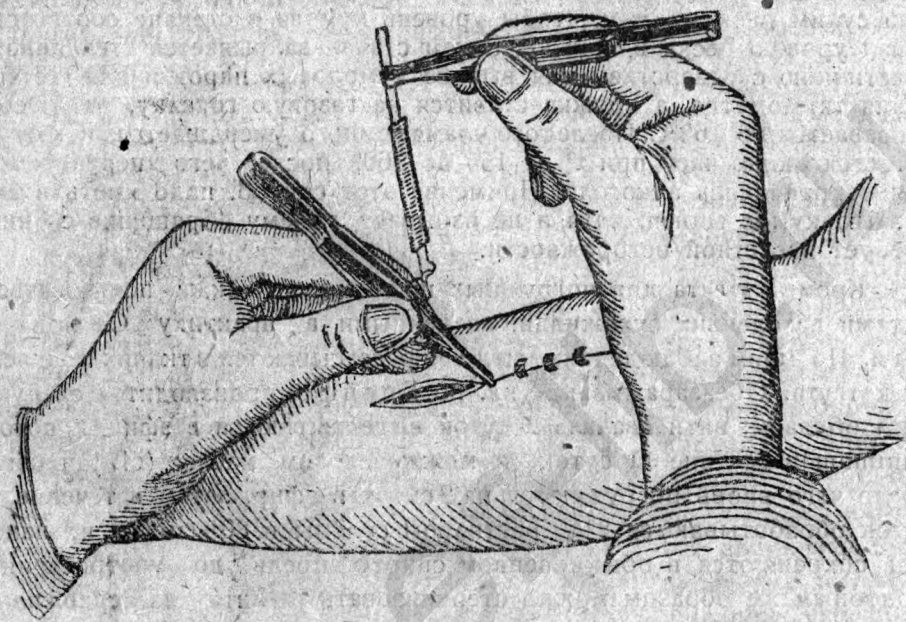


Рис. 212. Соединение краев кожной раны скобками Michel'я.

Еще лучше для соединения краев кожных ран пользоваться т. наз. серфинами Michel'я,—скобками из мягкого металла, которые накладываются на кожные разрезы при помощи особых пинцетов (рис. 212). Помимо того, что этим путем соединение краев кожной раны производится гораздо быстрее, чем путем наложения швов,—при этом лучше останавливается кровотечение из кожных сосудов, да и заживление раны идет гораздо лучше, рубец получается более линейный и ровный.

Кроме стерильного перевязочного материала и белья, стерильных инструментов и пр. гинеколог при своих операциях должен располагать достаточным количеством как антисептических (напр. 1⁰/₀₀-го сулемового), так и стерильных индифферентных растворов (напр., физиологического раствора NaCl, Locke'овской жидкости и пр.) и просто стерильной воды—для ополаскивания загрязненных инструментов и рук, для промываний брюшной полости при чревосечениях, для подкожных и внутривенных вливаний в случаях острого малокровия и т. п. Для получения стерильной воды и стерильных растворов можно пользоваться обыкновенными самоварами: исследования Строганова

показали, что после $\frac{1}{2}$ -часового кипячения в них вода делается абсолютно-стерильной; однако для того, чтобы освободить воду не только от бактерий, но и от их спор, нужно, после $\frac{1}{2}$ -часового кипячения, охладить воду и затем, через 6 часов, повторить кипячение (Губарев).

Я обыкновенно пользуюсь в своей клинической практике для получения стерильных растворов аппаратами Fritsch'a. Каждый такой аппарат (рис. 213) состоит из медного, луженого внутри цилиндра А с асбестовой обкладкой и железным кожухом В, снабженного водомерной трубкой W, крышкой Д, змеевиком С, находящимся внутри и соединенным с водопроводом посредством приводящей и отводящей трубок G и E, и выпускным краном J. Два таких прибора, по 40 литров вместимостью, нагреваемые газом, находятся в преддверии операционной, где я работаю, причем выпускные краны их проведены через стену в самую операционную. Охлаждение воды и растворов в них до желаемой t° производится весьма просто пропусканием воды из водопровода через змеевик. В одном приборе готовится обычно более горячий раствор, в другом—более охлажденный.

Само собою разумеется, что, если для споласкивания рук, инструментов и т. п. стерильная жидкость наливается в тазики, то последние должны быть предварительно также простерилизованы; в стерильные тазики лучше наливать и антисептические растворы.

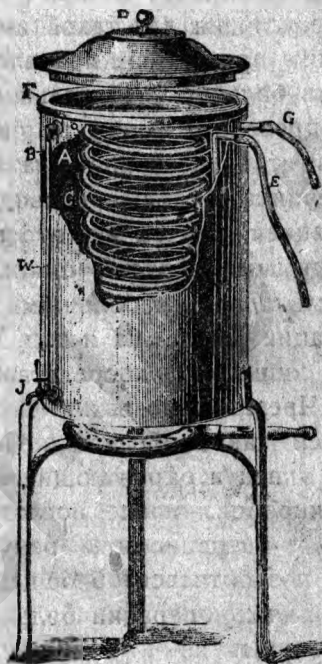


Рис. 213. Аппарат Fritsch'a для стерилизации воды и растворов.

Ми ро н о в. Об изменении струнных лигатур после наложения их на матку и кров. сосуды. Дисс. СПб. 1875.—Л а з а р е в и ч. Опыты над прочностью нек. лигатур, употр. при овариотомии. Вр. 1882.—П и с е м с к и й. Бакт. исследования шелк. лигатур и губок, употр. при чревосечениях. Пр. Киев. А. О. Ш.—К а з е м б е к. К вопр. об асептичности губок, употр. при чревосечениях. Сб. Слав. 1894.—С т р о г а н о в. Добывание поср. самовара стер. воды для асепт. операций. Ж. А. 1894.—Г у б а р е в. О выборе материала для хир. швов. Ж. А. 1897.—Г р е й ф е. О швах из оленьих сух. нитей. I С. Р. А.—Г р е й ф е. Сосуд для хранения оленьих сух. нитей и пр. М. Об. 1900.—К р и в о ш е и н. К вопр. о стерилизации кэтгута сух. жаром. Р. Вр. 1902.—П я т к и н. Применение иод-кэтгута для лигатур и швов. Тр. М. А. О. 1904.—А н у ф р и е в. Неск. замечаний об иод-кэтгута. Р. Вр. 1905.—С о л о в ъ е в. К вопросу о приготовлении и применении в хир. и гинек. иодного кэтгута. Р. Хир. Арх. 1905.—З а у с а й л о в и Т е л и ч е н к о. О хирургич. лигатурах. Пр. В. 1906.

Подготовка больных к гинекологическим операциям и дезинфекция операционного поля. Перед каждой гинекологической операцией следует позаботиться об опорожнении кишечника больной. Особенно

важно это у тех больных, которым предстоит операция, сопряженная со вскрытием брюшины (чревосечение),—уже в интересах техники подобной операции необходимо, чтобы кишечник оперируемой был освобожден от фекальных масс и газов; кроме того желательна, чтобы он был хотя до известной степени дезинфицирован, ибо инфекция из кишечника, как уже было сказано выше, играет важную роль в патологии женской половой сферы, а чревосечения, при которых кишечник всегда более или менее травмируется, создают благоприятные условия для такой инфекции. В этих видах в заведываемой мною клинике принято за правило—накануне каждой „большой операции“ давать больной слабительное (лучше—каломель) и потом, когда больную прослабит,—дозу *magisterii bismuthi*, утром же в день самой операции ставить ей промывательное; еще лучше, если такая подготовка кишечника будет производиться в течение нескольких дней перед операцией, причем все это время больная должна пользоваться удобоваримыми сортами пищи, а в день операции—совершенно ничего не есть. Перед небольшими операциями вроде выскабливания матки, операции *E m t e't'a* и т. п. можно довольствоваться лишь опорожнением кишечника посредством клизмы.

Чрезвычайно важно также перед каждой гинекологической операцией таким образом готовить больную, чтобы операционное поле у ней и окружающие его части были по возможности свободны от микробов,—иначе последние во время операции легко могут попасть в операционную рану и инфицировать ее. Прежде всего следует позаботиться об общей чистоте всего ее тела; с этою целью за 1—2 дня до операции больная моется в бане или получает 1—2 мыльных ванны.

При влагалищных операциях необходимо, кроме того, обратить особенное внимание на предварительную дезинфекцию наружных половых частей и рукава у больной. В этих видах ей еще за несколько дней до операции рекомендуется систематически применять сулемовые спринцевания рукава. Накануне операции у больной сбрасываются волосы на наружных половых частях, и как вульва, так и рукав сначала промываются теплой водой с зеленым мылом, причем стенки рукава протираются намыленным куском стерильной ваты или марли, а затем орошаются раствором сулемы 1:1000. Та же процедура повторяется непосредственно перед операцией, уже на операционном столе, после чего наружные половые части, стенки рукава и влагалищная часть смазываются иодной настойкой.

По бактериологическим исследованиям Поволоцкой, сообщаемым Оттом, если рукав в течение 5—6 мин. мыть теплой водой с мылом, протирая его стенки пальцами, а затем проспринцевать раствором сулемы 1:2000, то в 95% получается полная его стерильность. Еще лучшие результаты дала Отту дезинфекция рукава иодной настойкой.

Одним из главных источников инфекции является при влагалищных операциях, повидимому, заднепроходное отверстие, которое поэтому во время операции должно быть чем-нибудь закрыто. Некоторые гинекологи советуют затыкать его куском ваты, смоченным в каком-либо дезинфицирующем растворе; другие рекомендуют закрывать его на время операции полотняною занавеской, прикрепляемой к коже ягодиц особыми зажимами; Орлов придумал для этой цели особый прибор; проще всего, однако, употреблять,—как то делаю я,—при влагалищных операциях передник из полотна, прикрепляемый к бедрам больной завязками и снабженный посредине продольным отверстием соответственно половой щели, а еще проще перед операцией покрывать пространство между бедрами больной сложенной в несколько раз стерильною марлей, в которой соответственно половой щели простирается ножницами, в продольном направлении, дыра.

Ноги больной при этих операциях одеваются в стерильные полотняные чулки или обматываются стерильными же полотенцами, а сама больная прежде, чем лечь на операционный стол, налезает стерильную рубашку.

При лапаротомиях главное внимание следует обратить на обеззараживание передней брюшной стенки. Накануне операции волосы с нее, а равно с лобка и половых губ, удаляются путем бритья, кожа тщательно моется по Füßbringer's (теплой водой с зеленым мылом, спиртом и раствором сулемы), и на нее кладется смоченный в сулемовом растворе компресс. Непосредственно пред операцией компресс снимается, и передняя брюшная стенка сначала моется спиртом, потом смазывается иодной настойкой, после чего закрывается сверху, снизу и с боков стерильными полотенцами—за исключением области, где предполагается провести разрез, эта же область покрывается куском стерильного полотна с продольным или поперечным отверстием соответственно местоположению, направлению и величине разреза. Края этого отверстия прикрепляются к коже или, опять-таки, особыми зажимами, или просто фиксационными пинцетами.

Одно время я, по примеру некоторых германских гинекологов, применял при лапаротомиях смазывание брюшной стенки гауданином,—каучуковым раствором, образующим плотно прилегающую к коже, непроницаемую пленку. К сожалению, я убедился, что во время операции пленка эта, особенно в области разреза, нередко лупится и отстает.

У некоторых больных поле предполагаемой операции требует специальной подготовки. Так, напр., если у больной, которую предполагается подвергнуть лапаротомии, на брюшной стенке имеются фурункулы, гноящиеся язвы и т. п.,—надобно предварительно добиться их заживления; у больных с распадающимися раками маточной шейки не мешает предварительно или выскоблить и выжечь раковую язву термокаутером, или добиться ее очищения путем прижигания кальций-карбидом и др. химическими средствами.

Говоря о подготовке больных к гинекологическим операциям, упомянем, в заключение, что иногда у истощенных больных прежде, чем прибегать к операции, нужно бывает предварительно проделать курс укрепляющего лечения, больные со слабым сердцем должны некоторое время принимать сердечные средства и пр.

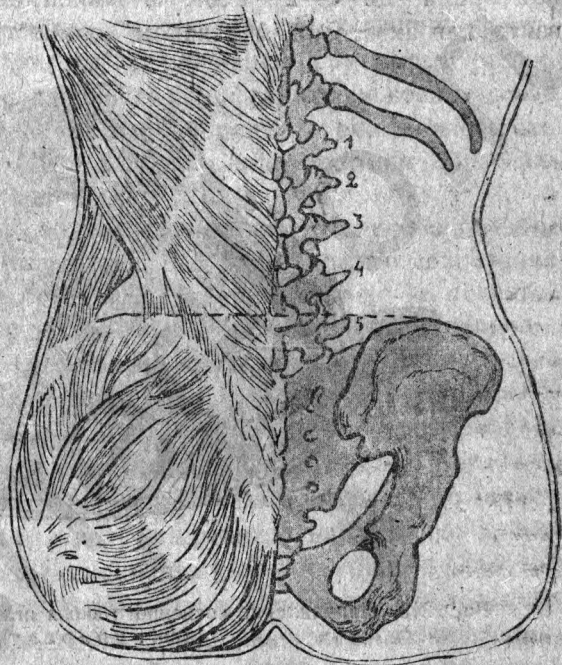
Ануфриев. О метаст. стрепток пневмониях после гинеко. операций в связи с дезинфекцией влагалища. Ж. А. 1899.—Орлов. Прибор для защиты операц. поля при влаг. операциях от загрязнения со стороны заднего прохода. Р. Вр. 1910.—Отт. О результатах бакт. исследований при влаг. чревосечениях. Р. Вр. 1912.

Обезболивание при гинекологических операциях. Некоторые гинекологические операции, напр., colporrhaphia anterior, выскабливание матки при достаточно раскрытом цервикальном канале и пр., могут быть производимы без всякого обезболивания. В других случаях неслишком сложного и продолжительного оперативного вмешательства можно бывает ограничиться впрыскиванием больной под кожу морфия (0,01), пантопона (0,02—0,04), а еще лучше того или другого вместе со скополамином (0,0004), причем в последнем случае получается „сумеречное“ состояние сознания больных; можно также ввести больной per rectum, за $\frac{1}{2}$ —2 ч до операции, 2,0—3,0 гедонала, вызывающего спячку. Далее, такие виды оперативного вмешательства, как вскрытие абсцессов Bartolin'овых желез, парацентез и т. п., можно выполнять после предварительного замораживания операционного поля путем пульверизации серного эфира или, еще лучше, хлор-этила, который кипит уже при 12,5°C. Для местной анестезии можно, затем, прибегать к подкожным spryskivaniyam кокаина (в 1—3% растворе по 1 шприцу), эйкаиина В, новакаиина (1—5 куб. сант. 1—2% раствора), алипина (0,5—1,5 куб. сант. 2—3% раствора) и т. п. средств—в чистом виде или с примесью адреналина (resp. супраренина), а также к вызыванию искусственного обезболивающего отека тканей операционного поля—анестезия по Schleich'у; для этой последней берется обыкновенно слабый (1:1000) раствор перечисленных сейчас веществ в физиологическом растворе поваренной соли, впрыскиваемый подкожно в количестве нескольких шприцев Pravatz'a, хотя опыт показывает, что при этом можно добиться достаточного обезболивания и путем впрыскивания одного физиологического раствора, причем таким образом можно производить и более сложные гинекологические операции до лапаротомий включительно.

Более стойкого и совершенного обезболивания той области, в которой производятся обыкновенно гинекологические операции, при сохранении сознания больной, мы можем достигнуть при помощи т. наз. люмбальной анестезии. При этом способе, ведением которого в практику мы обязаны Viegl'у, раствор анестезирующего вещества всpryskivается в спинномозговой канал, именно, в нижнюю его часть, дабы воздействовать как раз на ту часть спинного мозга, из которой

исходят чувствительные нервы, иннервирующие тазовые органы. Обычно местом впрыскивания служит промежуток между IV и V поясничными позвонками, но некоторые авторы избирают для этого место выше—в промежутке между III и IV позвонками и даже между II и III. В общем, чем выше производится впрыскивание, тем, по Губареву, легче его выполнить, но за то тем оно и опаснее, так как проникновение анестезирующей жидкости в верхние отделы спинномозгового канала может вызвать угрожающие явления со стороны сердца, легких и пр.

Производится впрыскивание в спинно-мозговой канал при помощи обыкновенного шприца Pravatz'a, но снабженного более длинною (не менее 8 сант.) и крепкой иглой с мандрином. Больная усаживается на край стола в сгорбленном положении, причем ей рекомендуется особенно выпятить кзади поясничную часть позвоночника, нижняя часть спины у ней тщательно дезинфицируется, затем врач отыскивает ямку между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков (най-



ти эту ямку легко, соединив поперечной линией верхние края гребней подвздошных костей, каковая линия проходит как раз чрез эту ямку (см. рис. 214), и намечает ногтем точку, где должен быть произведен вкол иглы. Некоторые авторы рекомендуют производить этот вкол как раз по средней линии, другие же советуют брать для этого точку немного сбоку от последней, т. е. от *lig. interspinosum*. Взяв иглу со вставленным в нее мандрином, врач вкалывает ее в этой точке, в несколько косвенном направлении (рис. 215), причем конец иглы проникает через кожу, подкожную клетчатку, апоневроз, длинные спинные мышцы, т. наз. желтую связку (*lig. flavum*), слой жира и, наконец, *dura mater*. Получив ощущение, что конец иглы не встречает больше сопротивления, врач вынимает мандрин, после чего через канал

Рис. 214. Отыскивание ямки между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков при производстве люмбальной пункции, по Губареву.

иглы начинает вытекать цереброспинальная жидкость. Выпустив ее столько, сколько предполагается впрыснуть анестезирующего раствора, врач вставляет в отверстие иглы конец шприца, наполненного последним, и медленным движением поршня вводит раствор в спинномозговой канал. После этого игла вынимается, ранка от укола заклеивается кусочком ваты, пропитанной коллодием, больная еще несколько минут оставляется в сидячем положении, затем кладется на спину. Через 10—20 минут у ней наступает анестезия нижней половины туловища, и можно бывает начать операцию. Продолжается обезболивание различное время—до 1—2 часов, в зависимости оттого, какое вещество взято для анестезии, и в каком количестве оно впрыснуто.

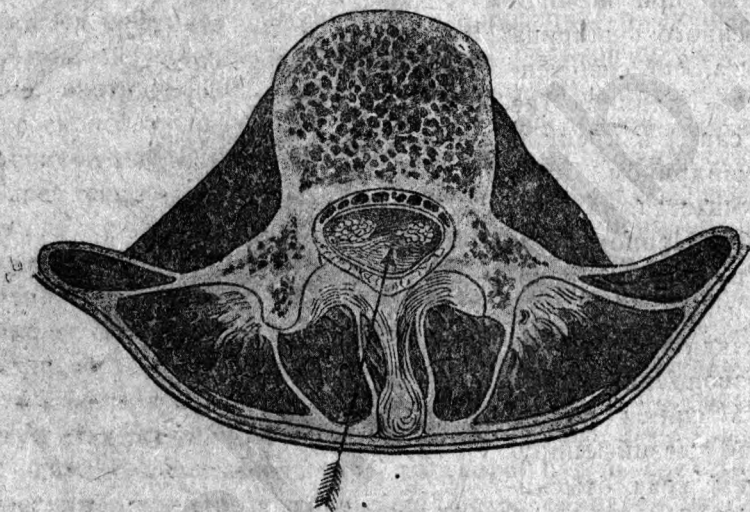


Рис. 215. Направление косвенного вкола иглы при люмбальной пункции (по Губареву).

В первое время для люмбальной анестезии применялся обыкновенно кокаин, теперь же чаще всего употребляются тропококаин (в 1% растворе, в количестве 0,06—0,1), стоваин (в 2—10% растворе, от 1 до 4 шприцев, смотря по крепости раствора) и новокаин (в 2—5% растворе, 1—3 куб. сант.),—в чистом виде или с прибавкой адреналина. Растворы этих веществ должны употребляться совершенно стерильными (в стерильном виде, в герметически запааянных трубках, они обыкновенно и имеются в продаже), да и вообще поясничная анестезия требует строгого соблюдения правил асептики, так как оболочки спинного мозга чрезвычайно восприимчивы к инфекции.

Какое из указанных сейчас средств надо считать наиболее пригодным для люмбальной анестезии,—на этот счет у авторов не существует единообразного мнения. Я в своей клинической практике имел случай применять все эти средства, но не мог подметить между ними существенной разницы. Некоторые авторы,—напр., у нас Куковеров, Федоров и Томашевский,—высказываются за тропококаин, как за наименее ядовитое вещество; Скробанский, напро-

тив, отдаёт предпочтение стовану, Полов же и Петерсон—новокаину (из 16 случаев, где они применяли тропококаин в количестве 0,1, в 1 они наблюдали спячку, в 2—психозы, в 2—клонические судороги, в 3—парезы, в 1—параплегию, в 3—herpes, в 2—отит и в 8—мучительную жажду).

Люмбальная анестезия бесспорно представляет известные выгоды пред обычно употребляемым в оперативной практике ингаляционным наркозом: при ней больные сохраняют во время операции полное сознание, для ведения наркоза не требуется специальных лиц, после операции не бывает рвоты и других неприятных последствий ингаляционного наркоза (поэтому я особенно охотно применяю ее при зашивании фистул, так как я убедился, что сильное повышение внутрибрюшного давления, являющееся неизбежным спутником рвоты, иногда ведет к прорезыванию наложенных на пузырную стенку швов и неблагоприятно влияет на результат операции), она может быть применяема там, где ингаляционный наркоз хлороформом или эфиром является противопоказанным, и т. д.

Наряду с этими выгодными сторонами данного способа обезболивания ему свойственны и свои невыгоды. Прежде всего сохранение больными сознания во время операции зачастую вовсе не является практически выгодною стороною люмбаьной анестезии, а напротив—отрицательною: многие из наших больных, соглашаясь на операцию ставят непременно условием, чтобы во время ее ничего не слышать и не сознать. Главное, однако,—при поясничном обезболивании чрезвычайно трудно заранее определить, какое количество обезболивающего вещества должно быть введено, чтобы обеспечить анестезию на все время операции. Оттого при нем сравнительно нередко приходится прибегать к дополнительному наркозу при помощи эфира или хлороформа (в моей клинической практике к такому дополнительному наркозу пришлось, напр., прибегнуть при менее сложных операциях в 5,5% всех случаев, а при чревосечениях—в 44% случаев люмбальной анестезии). Далее, рвота после люмбальной анестезии наблюдается, хотя и реже, чем после ингаляционного наркоза, но все же довольно часто. Еще чаще имеют после нее место головные боли. Наконец, и самая безопасность для жизни, которую первоначально представляли в качестве главного преимущества люмбальной анестезии перед хлороформным и эфирным наркозом, по новейшим статистическим данным является сомнительною.

По статистике, собранной Скробанским, на 10.825 случаев поясничной анестезии у разных авторов было 10 случаев смерти, большею частию от паралича дыхания. Между тем смертность от хлороформа обычно определяют в 1:10.000—1:14.000.

В виду указанных невыгод спинномозговая анестезия не получила в оперативной гинекологической практике того распространения, о котором можно было думать вначале, и для более серьезных

видов оперативного вмешательства большинством гинекологов по прежнему употребляется ингаляционный наркоз, т. е. такой, при котором пары анестезирующих веществ вдыхаются больными. В качестве таких средств обыкновенно применяются или хлороформ, или эфир.

И то, и другое средство имеют как свои выгодные, так и невыгодные стороны. При помощи хлороформа можно быстрее достигнуть полного усыпления, и он менее, чем эфир, раздражает дыхательные пути; но за то хлороформ сильнее влияет на сердце, и потому смертельные случаи от него наблюдаются, повидимому, несколько чаще, чем от эфира.

Как уже упоминалось выше, смертность от хлороформа определяют обычно в 1:10.000—1:14.000. Цифры эти относятся, однако, лишь к тем случаям, где летальный исход от хлороформа имеет место во время самого наркоза, на операционном столе. Между тем хлороформная интоксикация может, повидимому, повести к смерти и несколько дней спустя после операции, причем такие случаи не составляют редкости. За всю свою клиническую деятельность мне не пришлось наблюдать летального исхода от хлороформа на операционном столе ни разу, в послеоперационном же периоде случаи смерти, причину которой можно объяснить ничем другим, как хлороформной интоксикацией, встретились мне за 15 лет (190⁰/₁—191⁴/₅ уч. гг.) 3 раза (на 2216 случаев, где был применен хлороформ). Подобные же случаи позднего проявления хлороформной интоксикации описываются и другими авторами. В русской гинекологической литературе, напр., 2 таких случая описаны Акимовым-Перетцом, причем последний характерными признаками отравления хлороформом считает помрачение сознания, буйный бред и легкие судороги.

Чтобы по возможности уменьшить опасность от данной формы наркоза, нужно, во-первых, брать для нее свободный от посторонних примесей хлороформ, а во вторых, вести хлороформирование *lege artis*.

Химически-чистый хлороформ может быть получен или из салицилового его соединения, помощью удаления из него салициловой кислоты, по способу А n s c h ü t z'a, или кристаллизацией при t⁰ от—75°С. до—80°С., по способу P i c t e t. Сравнительно-чистый хлороформ готовится и из хлорал-гидрата. Во всяком случае хороший хлороформ, если его капнуть на пропускную бумагу, не должен оставлять после себя пятна и после высыхания бумаги—давать запаха; не должен он также давать кислой реакции с лакмусом и мутить при взбалтывании с дистиллированной водой.

Что касается техники хлороформирования, то, конечно, она должна быть такова, чтобы при наименьшей затрате хлороформа добиться наибольших результатов в смысле полной анестезии и наркоза на все время операции. Лучшее всего этому условию удовлетворяет т. наз. капельный способ хлороформирования, при котором хлороформ непрерывно льется на маску каплями, в количестве, прибли-

зительно, сначала 60—80 кап. в минуту, а потом, когда наступит глубокий наркоз, и нужно бывает лишь поддерживать его—от 30 до 40 капель.

Капельный способ представляет еще ту выгоду, что при нем хлороформ не может попасть на лицо больной и вызвать его ожоги, как это бывает иногда в тех случаях, где хлороформ выливается на маску целою струею. Впрочем тут много зависит и от самой маски, или, точнее, от той материи, которая употребляется для последней. Практичнее всего пользоваться для хлороформирования маской Schimmelbusch'a (рис. 216), состоящей из металлического каркаса, на который натягивается фланель, или, еще лучше, чулочная материя, сменяемая по мере загрязнения. На случай, далее, попадания хлороформа на лицо, лучше перед хлороформированием смазать кожу около носа и рта вазелином; кроме того, так как к особенно опасным последствиям,—по некоторым авторам, до потери зрения включительно,—может повести попадание хлороформа в глаза, их надобно при хлороформировании закрывать полотенцем.

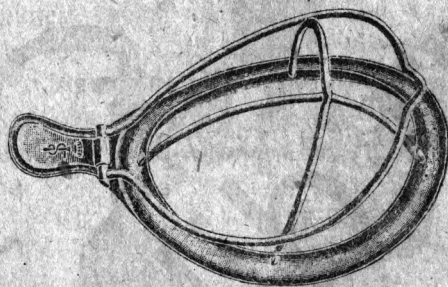


Рис. 216. Маска Schimmelbusch'a для хлороформного наркоза.

Чтобы хлороформный наркоз сопровождался возможно меньшею затратою хлороформа и, стало быть, меньшею опасностью для больных, хлороформирование комбинируется с применением других *parcotics*. Обыкновенно больным за 15—20 мин. до начала его вводится подкожно 0,01 морфия. Еще лучше, как я убедился, впрыскивать им за 1 час до начала наркоза смесь 0,03—0,04 пантопона с 0,0003—0,0004 скополамина, или вводить 3,0 гедонала *per rectum* в растворе.

Введение гедонала вызывает у больных сон, введение же пантопон-скополамина приводит их в дремотное, апатическое состояние, причем у них исчезает страх пред операцией. Брандт рекомендует скополамин в сочетании с морфием, советуя за $1\frac{1}{2}$ —2 ч. до начала ингаляционного наркоза вводить раздельно 0,0003 скополамина и 0,01 морфия, а за $\frac{1}{2}$ часа—лишь 0,0003 скополамина.

Для уменьшения опасности хлороформирования нужно, затем, чтобы пары хлороформа вдыхались при свободном доступе воздуха, хорошо смешанными с ним, а еще лучше—в смеси с кислородом, для чего Roth-Dräger'ом придуман особый аппарат (рис. 217),— правда, довольно сложный и громоздкий, но, благодаря своему целесообразному устройству, нашедший себе довольно широкое распространение в современных клиниках и больницах. При помощи этого аппарата можно производить и смешанный эфирно-хлороформный наркоз, а также вводить пары одного эфира в смеси с кислородом.

В хлороформном наркозе обыкновенно различают четыре стадии или периода.

Первый период — подготовительный, во время которого, под влиянием хлороформа, постепенно происходит потемнение сознания больных. Зачастую последние в этом периоде употребляют усилия, чтобы избавиться от вдыхания неприятных, слащавых паров хлороформа, — отворачивают голову, стараются руками сорвать маску и вр-

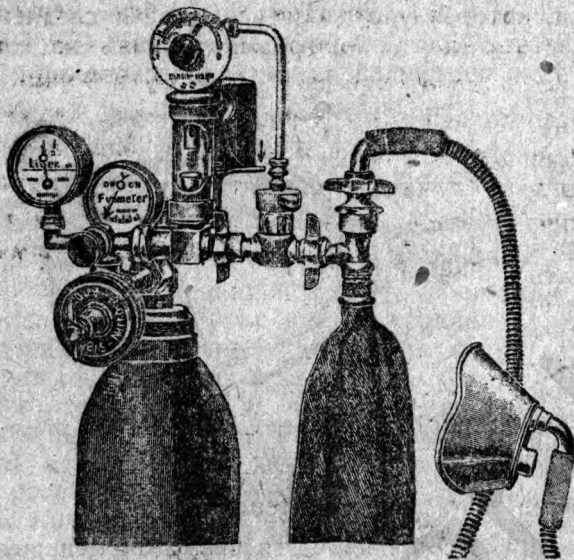


Рис. 217. Roth-Dräger'овский аппарат для наркоза хлороформом и эфиром в смеси с кислородом.

Второй период, особенно резко выраженный у поторов и нервных субъектов, — это период возбуждения. Во время его утратившие сознание больные оживленно разговаривают, поют, иногда впадают в буйный бред, причем пытаются вскакивать и вступить в борьбу с воображаемым противником. Зрачки в этом периоде расширяются, но рефлексы, — в том числе и роговичный с зрачковым, — оказываются сохранившимися. Нередко в этом периоде наблю-

дается рвота, а также судорожные сокращения мышц.

Период возбуждения сменяется третьим периодом, во время которого больные начинают дышать глубоко и спокойно, пульс их становится реже и полнее, наблюдается полное расслабление скелетных мышц, чувствительность и все рефлексы исчезают, зрачки суживаются и остаются в таком суженном состоянии. На этой ступени и следует поддерживать наркоз все время, пока длится операция, подбавляя соответственное количество хлороформа.

Если количество хлороформа, данное больным, будет для них слишком велико, то поступает четвертая стадия, характеризующаяся расширением зрачков при полном отсутствии рефлексов. Подметив этот грозный признак, наркотизатор должен немедленно прекратить дальнейшую дачу хлороформа, так как в противном случае у больных наступают расстройства дыхания и непосредственно вслед за ними — симптомы, указывающие на поражение сердца: пульс делается малым, нитевидным, потом совершенно перестает прощупываться, наконец, наступает остановка сердца.

Впрочем и во время первых трех периодов хлороформного наркоза могут наблюдаться различные расстройства, нередко ведущие за

собой серьезные опасности. К числу таких расстройств относится прежде всего рвота, — чаще всего, как уже было упомянуто выше, наблюдающаяся в периоде возбуждения, но бывающая также и в первом, и в третьем периодах наркоза. При появлении ее необходимо немедленно повернуть голову больной в сторону, — иначе рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и обусловить асфиксию, в отдельных случаях даже со смертельным исходом. В третьем периоде появление рвоты обычно указывает на пробуждение больных, и потому у последних нужно в это время повесить дачу хлороформа.

Следующим частым осложнением, встречающимся при хлороформном наркозе, является западение языка у больных, ведущее к расстройству дыхания вследствие сужения просвета гортани. Чтобы устранить его, надо запрокинуть голову больной так, как это показано на прилагаемом рисунке (рис. 218), и указательными пальцами

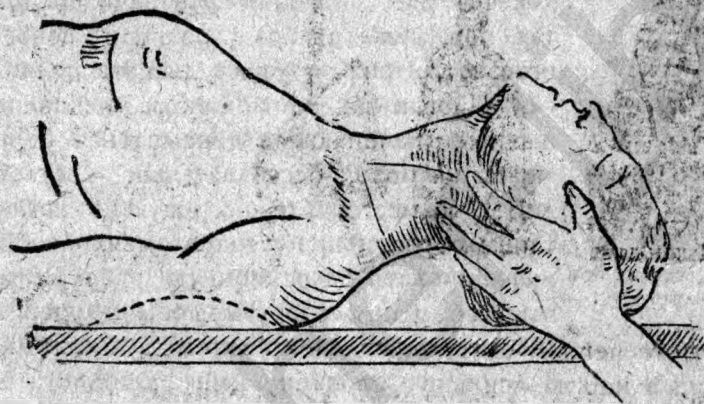


Рис. 218. Отодвигание нижней челюсти при ингаляционном наркозе (по Губареву).

одних рук, положенными на углы нижней челюсти, стараться сместить ее кпереди. Если, несмотря на это, язык все-таки продолжает западать, то нужно захватить его или особым языкодержателем (рис. 219) или пинцетом с тонкими острями, и вытянуть наружу.

Нередко как смещение нижней челюсти у наркотизируемой, так и вытягивание языка встречают затруднения вследствие судорожного сокращения дыхательных мышц (trismus). В подобных случаях больной надо раздвинуть челюсти или обернутой в полотенце рукояткой обыкновенной столовой (металлической) ложки, или шпатель, или особым роторасширителем (рис. 220), которые вводятся между стиснутыми зубами и оставляются до тех пор, пока тризм не пройдет (в противном случае, при возобновлении тризма, больная может откусить себе кончик вытянутого языка).

Еще чаще затруднение дыхания во время наркоза обуславливается затеканием в дыхательные пути содержимого ротовой полости, причем дыхание больной приобретает обыкновенно хриплый, клоко-

чуший характер. В подобных случаях необходимо освободить гортань от попавших туда масс или комком марли, захваченными при помощи корнцанга, или, как это рекомендует Губарев, указательным пальцем, обернутым полотенцем.

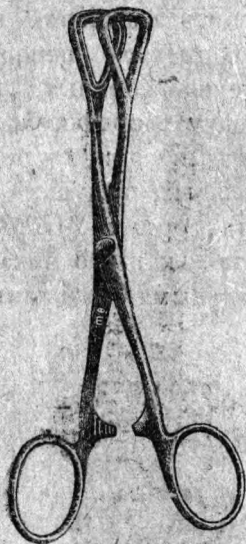


Рис. 219. Щипцы для вытягивания языка при наркозе.

Если, несмотря на проходимость дыхательных путей, дыхание у наркотизируемой все же останавливается или делается неправильным, развивается цианоз, вытекающая при разрезе кровь приобретает темный цвет и т. п., то следует немедленно приступить к искусственному дыханию, которое обыкновенно делается или по способу Laborde'a (ритмическое потягивание за язык), или, еще лучше, по способу Silverstr'a (отведение и прижимание к грудной клетке верхних конечностей). Дыхание это надо продолжать до тех пор, пока цианоз у больной совершенно не исчезнет, и она не будет дышать правильно.

Иногда во время наркоза неполно заснувшая или начинающая просыпаться больная, реагируя на боль, бессознательно хватается руками за то место, где она ощущает последнюю, и таким образом при лапаротомиях, напр., может инфицировать операционную рану. Во избежание этого обе руки оперируемой обычно удерживаются в несколько отведенном от туловища и согнутом в локтевых суставах положении, а иногда—сильно запрокинутыми за голову, тем более, что в этих положениях ведущему наркоз лицу удобнее бывает следить за пульсом больных в *a. radialis*. Необходимо, однако, иметь в виду, что значительное отведение рук, особенно же запрокидывание их может вести к развитию в послеоперационном периоде т. наз. наркозных параличей и парезов, зависящих от сдавливания *plexus brachialis* головками плечевых костей. Некоторые из современных гинекологов предпочитают поэтому, чтобы верхние конечности больных во время наркоза и операции оставались вытянутыми вдоль туловища, в каком-то положении они и удерживаются при помощи особых приспособлений, пульс же больных проверяется при этом наркотизатором по биению *a. temporalis* или *a. carotis*.

Самые грозные осложнения наблюдаются, во время хлороформного наркоза, со стороны сердца и заключаются в падении сердечной деятельности до полной остановки сердца включительно. Кроме прекращения дальнейшей дачи хлороформа, при упадке сердечной деятельности прибегают к подкожным впрыскиваниям камфоры и эфира, подкожным вливаниям физиологического раствора, Лоск'овской жидкости и т. п. При полной остановке сердца можно прибегать к элект-

тризации пп. phrenicum, механическим раздражением путем похлопывания по сердечной области, термическому раздражению последней теплом и холодом, а некоторыми авторами предложено было в таких случаях производить даже непосредственное массирование сердечной мышцы, вскрывая грудную полость и ритмически сдавливая сердце полною рукою. К сожалению, при остановке сердца все эти меры зачастую оказываются недействительными.

Из неприятных сторси посленаркозного периода при хлороформе (как и при эфире) следует особенно отметить тягостную и нередко долго не прекращающуюся рвоту.

Эфирный наркоз, по мнению большинства авторов, является гораздо более безопасным, чем хлороформный. К сожалению, кроме вызываемого эфиром раздражения дыхательных путей, он представляет еще ту невыгодную сторону, что при нем больные засыпают далеко не так скоро, как при употреблении хлороформа. В общем, однако, и при этой форме ингаляционного наркоза наблюдаются те же фазы, как и при хлороформировании. Давать эфир можно или при помощи той же маски, которая служит для хлороформирования, или при помощи специальных масок, из которых особенно в ходу маска Wanscheg'a (рис. 221), имеющая вид довольно



Рис. 220. Роторасширитель.

объемистого резинового мешка с воронкою. Внутри мешка вливают около 15 куб. сант. серного эфира и прикладывают воронку к лицу больной, через 5 мин. прибавляют еще 15 куб. сант., а затем, время от времени, подливают меньшие количества эфира.

Чтобы соединить выгодные стороны как хлороформного, так и эфирного наркоза, весьма целесообразно пользоваться обоими этими средствами—начинать наркоз хлороформом, а потом, когда больная заснет, переходить на эфир.

Некоторые хирурги предпочитают производить предварительное усыпление бромэтилом, после которого уже переходят на эфир. Другие применяют одновременно и хлороформ, и эфир, для чего особенно удобным является уже упомянутый выше аппарат Roth-Dräger'a. Можно также производить ингаляционный наркоз смесью из эфира (3 ч.), хлороформа (2 ч.) и алкоголя (1 ч.), а Schleich предложил употреблять для этой цели смесь хлороформа, серного эфира и нефтяного эфира (aether petrolei) в разных пропорциях (3:12:1; 3:10:1; 2:5½:1); Соколов, испытавший у нас наркоз такими смесями, нашел, что при этом период возбуждения у наркотизируемых выпадает, сердце и легкие не страдают, последовательная рвота наблюдается реже и в меньшей степени.

Одно время я широко применял в заведываемой мною клинике, при операциях, вместо ингаляционного внутривенный гедоналовый наркоз. Попытки вводить наркотизирующие вещества, в том числе и хлороформ, а также эфир, непосредственно в кровеносную систему известны в медицине уже с давних пор, причем особенно крупный шаг в этом направлении был сделан, в 1909 г., Burckhardt'ом, который, разработав сначала вопрос о внутривенном введении хлороформа и эфира, стал затем применять эту форму наркоза и на людях. При всех преимуществах ее внутривенное введение, с целью усыпления, таких веществ, как хлороформ, эфир и пр., оказалось представляющим и столько отрицательных сторон, что пример Burckhardt'a нашел себе мало подражателей, и более широкое применение, по крайней мере среди русских хирургов и гинекологов, внутривенный наркоз получил лишь тогда, когда Краков предложил пользоваться для него раствором гедонала.

Полученный впервые Dreser'ом в 1889 г. гедонал принадлежит к уретанам, т. е. к тем производным мочевины, в которых наряду со спиртовой группой заключается амидная группа; это, по химической терминологии,—метил-пропил-карбинол-уретан. Как и другие наркотические жирного ряда, гедонал, благодаря своему действию на центральную нервную систему, является снотворным средством, но выгодно отличается от других, сходных с ним по существу, веществ, с одной стороны тем, что снотворное действие его, благодаря присутствию метиловой и пропиловой групп, более энергично, чем у других уретанов, а с другой—тем, что он является, повидимому, более безопасным в смысле влияния на сердечную деятельность и дыхание, так как, наряду с парализующими группами метила и пропила, содержит возбуждающую амидную группу. Другими словами говоря, гедонал представляет собою счастливое сочетание сильного наркотического яда и противоядия.

Для внутривенного вливания берется обыкновенно $\frac{3}{4}\%$ раствор гедонала в физиологическом растворе или, еще лучше, в Locke'овской жидкости, подогретый настолько, чтобы при поступлении в вену он имел t^0 крови (до 39^0 С.). Раствор этот вводится лучше в периферический, но можно и в центральный конец вены локтевого сгиба через посредство вставленной в него металлической канюли. Для введения его может служить обыкновенный прибор для подкожных вливаний с градуированною склянкою, помещаемою в банку с теплой водой, или, еще лучше, специальный прибор вроде предложенного, напр., Сидоренко. Вводить раствор надо под таким давлением, чтобы скорость вливания не превышала 100 куб. сант. в минуту.

Самая операция под внутривенным гедоналовым наркозом начинается обычно тогда, когда наступит полное усыпление, а для этого,



Рис. 221. Маска Wanschera для эфирного наркоза.

как показал опыт нашей клиники, в среднем нужно около 350 куб. сант. раствора. Когда больная засыпает настолько глубоко, что перестает реагировать на операционную травму, дальнейшее вливание гедонала на более или менее продолжительный промежуток времени приостанавливается, а затем, когда больная начинает реагировать, вливание вновь повторяется, причем, конечно, раствора требуется уже гораздо меньше, чем при первом вливании, и т. д. Таким образом общее количество раствора, по опыту нашей клиники, можно безопасно довести до 1640 куб. сант., количество чистого же гедонала— до 204 mgr. на кило веса (среднее количество раствора, израсходованного в 1 час операции, равнялось в наших случаях 9,3 куб. сант. на кило веса, что соответствует 70 mgr. чистого гедонала).

Обычно при вливании гедоналового раствора больные без всякого возбуждения, незаметно погружаются в глубокий сон (сильное возбуждение в начале наркоза имело у нас место лишь 2 раза на 250 случаев). Сравнительно нередко (у нас на 250 случаев 16 раз) при этой форме наркоза наблюдается более или менее сильная асфиксия, но она здесь не имеет особенно серьезного значения и быстро проходит при искусственном дыхании. Вообще как клинические наблюдения, так и экспериментальные исследования, произведенные ассистентом нашей клиники Болондзем в фармакологической лаборатории Казанского Университета, свидетельствуют, что гедонал значительно раньше вызывает расстройства в дыхательной сфере, чем в сердечно-сосудистом аппарате, и даже при полной остановке дыхания можно еще спасти больных, применяя у них искусственное дыхание, так как сердечно-сосудистый аппарат остается при этом еще способным к правильной работе. Это, без сомнения, — самая выгодная сторона данной формы наркоза. При нем и после него не наблюдается, далее, тех расстройств, которые столь обычны при хлороформном и эфирном наркозе, и в частности рвоты. Словом, как справедливо заявил Кадьян на XIII Съезде Российских Хирургов, это — самый приятный вид наркоза, с каким только приходится иметь дело хирургу.

При всем том после 4-летнего применения я все же должен был отказаться от внутривенного гедоналового наркоза, так как убедился, что после него гораздо чаще, нежели после ингаляционного наркоза эфиром и хлороформом, развиваются заболевания дыхательного аппарата, в частности пневмонии, да и заболевания эти имеют гораздо более опасный характер. Причина этого лежит, по моему убеждению, в той спячке, которая обычно имеет место после внутривенного гедоналового усыпления, — больные при нем по нескольку часов после операции продолжают спать с отвисшею нижнею челюстью и открытым ртом, причем дыхание их имеет храпящий, иногда клокочущий характер. При одном взгляде на эту картину невольно возникает мысль или об отеке легких, или о затекании жидкого содержимого рта в бронхи.

Весьма возможно, что отсутствие рвоты у оперированных под гедоналом также играет известную роль в этиологии заболеваний дыхательной системы у них. Обычно отсутствие рвоты во время операции и особенно в послеоперационном периоде выставляется в качестве одного из преимуществ внутривенного гедоналового наркоза пред ингаляционным. Но очень вероятно, что это — не столько преимущество, сколько недостаток данной формы наркоза, и что больные,

оперированные под эфирным или хлороформным наркозом, в значительной степени ограждаются от т. наз. Schuckrheumonie именно благодаря экспираторному влиянию рвоты.

В связи с дурным влиянием внутривенного гедоналового наркоза на дыхательные органы следует поставить еще одно серьезное осложнение послеоперационного периода,—я разумею сквозное расхождение раны брюшных стенок после лапаротомий, которое наблюдается здесь гораздо чаще, чем после ингаляционного наркоза хлороформом и эфиром. Гораздо чаще имеет место у больных, оперированных под разбираемой формой наркоза, и развитие т. наз. phlegmasiae albae dolentis. Наконец, опыт нашей клиники заставляет думать, что внутривенный гедоналовый наркоз оказывает более вредное влияние на психику больных, чем общеупотребительные формы ингаляционного наркоза.

В конечном итоге я, повторяю, должен был отказаться от разбираемого вида наркоза, сохранив, однако, введение гедонала per rectum, как предварительную меру перед хлороформированием и этеризацией.

Алексеев. Об эфирном и смешанном наркозе. Вр. 1896.—Полотебнов. Краткие сведения о наркозе при операциях, присизв. проф. Лебедевым. Сб. Леб.—Сokolov. Общее обезболивание по Shleich'y.—Кравков. О гедонал хлороф. наркозе. Р. Вр. 1903.—Кац. Спиналное обезболивание в гинекологии. Р. Вр. 1903.—Какушкин. Неск. слов о брлеутолении, обезболивании и наркозе в акуш. и гин. практике. Пр. Вр. 1903.—Пуссеп. О влиянии гедонал-хлороф. наркоза на внутривенное кровообращение. IV Пир. С.—Бонштедт. О гед.-хлороф. наркозе. Там же.—Подгорецкий. К вопр. о смеш. гед.-хлор. наркозе. Там же.—Федоров. О смеш. гед.-хлор. наркозе. IV С. Р. Хир.—Мыкертчянц. Об общей анестезии. Ж. А. 1905.—Мишиц. О гед.-хлор. усыплении. V С. Р. Х.—Скробанский. О применении спинномозг. анестезии в гинекологии и хирургии. Ж. А. 1907.—Куковеров. О спинномозг. анестезии. Дисс. СПб. 1909.—Брюль. О местной анестезии при гин. операциях. Нов. М. 1909.—Акимов. Перетц. К вопр. о поздних осложнениях при хлор. наркозе. Р. Вр. 1910.—Брандт. О скополамин-морфий-эфирном наркозе. Тер. Об. 1910.—Гликиман. О сочет. гед.-хлор. наркозе. Вр. Г. 1910.—Варгасова. О применении спинномозг. анестезии при гин. операциях. Н. М. 1910.—Федоров. Внутрив. наркоз гедоналом. Ж. А. 1910.—Еремич. О внутривен. гед. наркозе. Дисс. СПб. 1910.—Кадьян и Шор. Сл смерти от гедокала. Р. Вр. 1910.—Кравков. О внутрив. гед. наркозе. Р. Вр. 1910.—Лычковский. К технике внутрив. гед. наркоза. Р. Вр. 1910.—Опель. К вопр. о внутрив. гед. усыплении. Изв. В. М. Ак. 1910.—Поленов. К вопр. о применении внутрив. гед. наркоза. Вр. Г. 1910.—Крижевский. О гед.-хлор. наркозе. Вр. Г. 1910.—Альбинский. К вопр. о внутрив. гедон. наркозе при чревосечениях. Р. Вр. 1911.—Заботкин. О кров. давлении у людей во вр. операций под внутрив. гед. наркозом. Дисс. Кроншт. 1911.—Поленов. Внутрив. гедон. наркоз при операциях в бр. полости. X С. Р. Х.—Сидоренко. Внутрив. гед. наркоз. Там же.—Путятин. Рантороп-scopolamin'овый наркоз при гин. операциях. Пр. В. 1912.—Иогансен. К вопр. о пантопон-скополам. наркозе. М. Об. 1912.—Сенкевич. 100 сл. гед.-хлор. усыпления. Р. Вр. 1912.—Мухадзе. К вопр. о внутрив. гед. наркозе. Хир. 1912.—Рыдник. Внутрив. гед. наркоз при гин. операциях. Р. Вр. 1912.—Клейнман. К вопр. об усов. методах наркоза вообще и в части. о скополамин пант. наркозе при гин. операциях. Ж. А. 1913.—Березнеговский. Внутрив. наркоз. Изв. Томск. Ун. Арх. Вельям. 1913.—Ласточкин. О гедон. наркозе. Хир. 1913.—Никольский. Стол для гедон. внутрив. наркоза. Хир. 1913.—Сидоренко. К технике внутрив. гедонал. наркоза. Тр. Пир. О. 1913.—Сидоренко. К вопр. о внутрив. гедон. наркозе. Арх. Вельям. 1913.—Сидоренко. Наблюд. над внутрив. гедонал. наркозом на основ. 4000 сл. XIII.

С. Р. Х.—Рыдник. Дальн. наблюдения над внутрив. гедон. наркозом при гин. операциях. Р. Вр. 1914—Мельников О внутрив гедон. наркозе при уменьш. круге кровообращения. XIII С. Р. Х.—Пейсахов. Наблюдения над внутрив. гедон. наркозом. Там же.—Болондзъ. Клин. и экспер. наблюдения над внутрив. гед. наркозом. Сб. Грузд.

Классификация гинекологических операций и общие правила их техники. С технической стороны все гинекологические операции делятся обычно на две группы: операции, не сопряженные со вскрытием брюшины, и операции, при которых имеет место вскрытие брюшной полости, или чревосечения (coeliotomiae); несомненно правильно последние известны также в практике под названием „больших“ в противоположность первым, которые называются „малыми“. Сопряженные со вскрытием брюшины операции могут быть, далее, выполняемы или через влагалище—влагалищные чревосечения или кольпотомии, или через брюшные стенки—брюшностеночные чревосечения или лапаротомии. Кроме того, существуют в гинекологии и такие операции, которые могут быть производимы то со вскрытием брюшины (per abdomen или per vaginam), то без такового; сюда относятся, напр., операция Alexander'a-Adam's'a, вагинофиксация и пр.

К каковой-бы группе ни принадлежала гинекологическая операция, при выполнении ее надо придерживаться тех общих технических правил, какие известны из общей хирургии. Есякую операцию надо, во-первых, выполнять по возможности скоро, ибо чем дольше длится она, тем саeteris paribus значительнее ее опасность; скорость эта, однако, не должна покупаться ценою тщательности выполнения различных оперативных приемов. Есякую операцию надо, затем, производить по возможности под контролем зрения, причем, чтобы достигнуть этого, в оперативной гинекологии могут быть применяемы такие приемы, как извлечение органов, служащих объектами оперативного вмешательства, наружу (напр., стенок рукава через половую щель, труб, яичников и пр. через брюшную рану и т. п.), раскрытие рукава при влагалищных операциях зеркалами, освещение брюшной полости при кольпотомиях электрическими лампочками, прикрепленными к ложкам зеркал, или лобными, раскрытие зеркалами брюшной раны при лапаротомиях, приподнятое положение таза больных при влагалищных и особенно брюшностеночных операциях (Trendelenburg'овское положение) и пр.

В этих же видах зачастую выгодно бывает оперировать с предварительным гемостазом, т. е. принимать меры к тому, чтобы приток крови по приводящим (артериальным) сосудам к операционному полю был или временно, или стационарно прекращен. Стационарное прекращение доступа крови может быть достигнуто или путем массовой перевязки приводящих сосудов вместе с теми тканями, в которых они проходят (так, напр., достигается гемостаз при влагалищных

экстирпациях матки по лигатурному способу, когда обе широких связки вместе с идущими в них к матке сосудами перевязываются в несколько пучков толстыми шелковыми лигатурами), или путем кратковременного наложения жомов, перерезки тканей между ними и изолированной перевязки зажатых сосудов, после которой жомы снимаются (так производится гэмостаз при удалении опухолей яичников и труб, при надвлагалищной ампутации и абдоминальной экстирпации матки и пр.), или путем наложения жомов на более продолжительный срок, именно, до тех пор, пока сдавленные сосуды стойко не затромбируются (такого рода гэмостаз применяется, напр., при влагалищном иссечении матки по пинцетному способу), или путем, наконец, ангиотрипсии, т. е. раздавливания сосудов при помощи особых сильных жомов — т. наз. ангиотрибов (рис. 222).

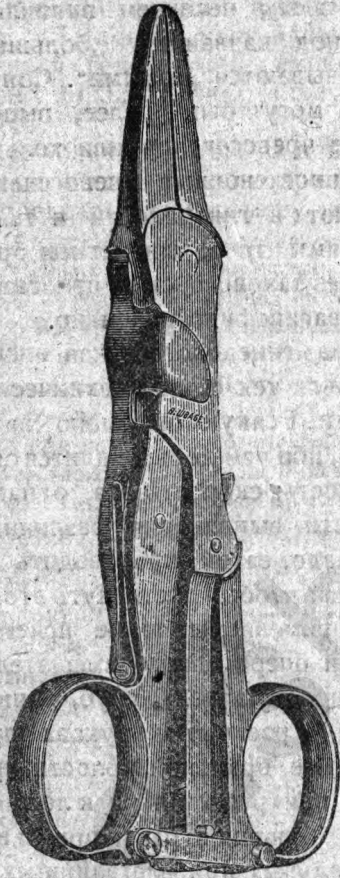


Рис. 222. Ангиотриб Доуеля.

Что касается временного гэмостаза, то в гинекологии и акушерстве он достигается обычно путем наложения на матку с ее связками резинового жгута, или просто резиновой трубки, которая на известное время операции затягивается, а по миновании его снимается. Такой жгут применяется, напр., некоторыми операторами в акушерстве — при операции кесарского сечения, а в гинекологии — при энуклеации фибромиом матки.

По Отту наложение жгута на матку с целью профилактического гэмостаза было впервые предложено нашим соотечественником, д-ром Клейбером. О невыгодных сторонах этой меры, по крайней мере при кесарском сечении, нами уже было сказано в курсе акушерства.

Массовых лигатур, особенно погружных из нерассасывающегося материала, напр. шелка, — при гинекологических, как и при всяких других, операциях следует избегать: при них получаются обемистые культы из омертвевшей ткани, которые в дальнейшем могут служить источником различных расстройств, да и гэмостаз производится при них менее совершенным образом, чем при изолированной перевязке сосудов. Садовский описал в литературе 3 случая, где ему пришлось прибегнуть к повязочным перевязкам из-за невыносимых болей в культях после массовых лигатур.

Гемостаз при помощи ангиотрипсии не нашел себе широкого применения в практике. Изучая этот метод экспериментально, Рачинский пришел к заключению, что, хотя его опыты и дали благоприятные для ангиотрипсии результаты, но все же применять ее по отношению к крупным сосудам рискованно.

Некоторые гинекологи находят более выгодным оперировать без предварительной перевязки сосудов. По Губареву такой способ оперирования представляет целый ряд преимуществ: при нем облегчается распознавание тканей и их топографии, отсутствуют венозные кровотечения, в дальнейшем обеспечивается вполне надежный гемостаз, уменьшается возможность внесения инфекции с лигатурами, можно бывает легче подметить патолого-анатомические и топографические особенности, наконец, не бывает стягивания тканей. Большинство гинекологов, однако, предпочитает оперировать с предварительным гемостазом, и не без основания: помимо того, что при этом кровь не заливает операционного поля, ее теряется при этом меньше, не тратится излишнего времени на захватывание брыжжущих сосудов и удаление излившейся крови и пр.

В видах бескровного оперирования Феноменов рекомендовал некоторые операции на влагалищной части матки, полипотомии и т. п. производить с предварительным смазыванием операционного поля раствором адреналина 1:1000, причем происходит сильное обескровливание тканей.

Перечисляя основные правила, касающиеся техники гинекологических операций, упомяну еще раз о необходимости для гинеколога оперировать по возможности асептически. Нередко источником инфекции при этих операциях являются не руки оперирующего и его помощников, не инструменты и т. п., а очаги инфекции, находящиеся в самом организме больных. Очаги эти надо удалять по возможности таким образом, чтобы находящиеся в них заразные начала не попали на здоровые ткани и впоследствии не инфицировали всего организма,—сактосальпинксы, напр., если в них можно подозревать наличие вирулентного гноя, следует по возможности иссекать без предварительного вскрытия, целиком; то же самое следует делать с нагноившимися кистами яичников и т. п. Если уж нет возможности избежать, во время операции, выступления инфекционных начал из тех очагов, где они сосредоточиваются, то надо принимать меры к тому, чтобы загрязнение здоровых тканей было при этом возможно меньшим: следует избирать соответствующий путь операции (те же, напр., сальпинксы с вирулентным гноем лучше оперировать *per colpotomiam*, чем *per abdomen*), перед вскрытием инфекционного очага надо обособлять его от здоровых мест операционного поля марлевыми компрессами и пр. Вместе с тем оперирующий должен позаботиться о том, чтобы инфекционные начала были удалены как из этих очагов, так и с здоровых участков, на которые они попали при

операции, возможно более совершенно. Достигнуто это может быть или „мокрым“ путем,—путем промываний индифферентными либо антисептическими, но возможно менее ядовитыми жидкостями (Губарев в новейшее время рекомендует пользоваться для промываний гнойных и гнилостных очагов 5—10% растворами поваренной соли), или сухим,—путем вычерпывания гноя стерильными марлевыми компрессами.

При всех гинекологических операциях настоятельно необходимо, далее, по возможности беречь органы, имеющее важное жизненное значение (в половой сфере—особенно яичники у женщин, не достигших климактерия), а также избегать повреждения органов, ранение которых является опасным для жизни (кишки, особенно толстые, самые крупные кровеносные сосуды), или восстановление целостности которых сопряжено с значительными техническими затруднениями (мочеточники).

Выполняя всякую гинекологическую операцию, оперирующий должен, наконец, позаботиться о том, чтобы в каждом случае восстановить нормальные анатомические отношения, нарушенные как болезненным процессом, так и самой операцией. В этих видах при чревосечениях, напр., ему следует заботиться о возможно-тщательной перитонизации, т. е. зашивании ранений брюшины, при всех вообще операциях—о зашивании операционной раны наглухо и т. д. Лишь в тех случаях, где есть основания думать, что в операционном поле остались инфекционные начала высокой вирулентности, нужно принять меры к возможности свободного выделения этих начал в послеоперационном периоде, т. е. применить дренаж—брюшной полости при чревосечениях, операционной раны—при других операциях. С этой целью рана брюшных стенок при лапаротомиях, рукава—при кольпотомиях и пр. или совершенно не зашивается, или зашивается только частью, и в нее вставляется либо резиновая, стеклянная и т. п. трубка, либо полоса стерильной (resp. иодоформированной, ксероформированной и пр.) марли (капиллярный дренаж).

Губарев в новейшее время, имея в виду опыт минувшей войны, категорически высказывается против марлевых дренажей в пользу трубчатых. С этим, однако, нельзя вполне согласиться. Марлевые дренажи в гинекологической практике, особенно в инфицированных случаях чревосечений, безусловно заслуживают применения, и не столько потому, что они высасывают инфекционное содержимое брюшной полости,—опыт и наблюдение свидетельствуют, что дренирующее, высасывающее действие их по отношению к брюшной полости длится очень короткое время, а затем брюшина обособляется от дренажа, как от инородного тела,—сколько потому, что при помощи их мы в состоянии отграничить свободные от инфекции отделы брюшины от инфицированных и таким образом спасти больную от общего перитонита. Кроме того, марлевые дренажи применяются не ради одной инфекции,—их можно с пользой применять, напр., там, где гемостаз

при операции не удалось провести достаточно надежно, и есть основания опасаться последовательного кровотечения, а также и в некоторых других случаях.

Одно время я широко пользовался, в качестве материала для дренажей, иодоформированною марлей, а некоторые виды: гинекологи и до сих пор упстребляют ее с данною целью в своей практике. Однако, несколько наблюдавшихся мною случаев отравления иодоформом,— правда, с благоприятным исходом,—заставили меня отказаться от нее, и теперь я исключительно пользуюсь для дренажей стерильною марлей—тем более, что и дренирующие свойства ее гораздо сильнее, чем марли, пропитанной иодоформом.

Ограничиваясь этими краткими замечаниями относительно основных принципов, которым должна подчиняться техника гинекологических операций вообще, коснусь еще здесь в отдельности техники чревосечений, как влагалищных, так и абдоминальных, а равно главных правил послеоперационного ухода; подробно же техника различных операций, находящихся себе применение в гинекологической практике, будет разобрана мною при изложении частной патологии и терапии женских болезней.

Рачинский. Сосудораздавливание с кровоост. целью. Ж. А. 1898.—Горохов. К вopr. о пинцетных способах в гинекологии. Ж. А. 1899.—Губарев. О преимуществях оперирования без предв. перевязки сосудов. Ж. А. 1900.—Феноменов. О применении адреналина в гинекологии. Отч. Р. Вр. 1902.—Садовский. К технике производства чревосечений. Ж. А. 1903.—Окинчиц. Применение с'емного послыного проводша при операциях на влагалище и промежности. Р. Вр. 1908.—Губарев. Чему научила нас эта война? Ж. А. 1916. -

Влагалищные чрево ечения (кольпотомии). Так как наиболее важные в физиологическом отношении и весьма часто поражаемые различными болезненными процессами части женского полового аппарата, именно, тело матки и яичники, располагаются в брюшной полости, то естественно, что среди различных видов оперативного вмешательства в гинекологии чревосечения, по своей частоте, занимают одно из первых мест.

Из 2867 стационарных больных, находившихся в гинекологическом отделении Казанской клиники за 15-летие с 190⁰/₁ по 191⁴/₆ уч. гг, были пользованы оперативно 2632; в том числе чревосечения были сделаны у 1421 больной, что составляет 49,6% общего числа стационарных больных и 54%—оперативных больных.

Чтобы достигнуть указанных внутренних частей женского полового аппарата с оперативными целями, мы можем проникнуть в брюшную полость главным образом двумя путями: или чрез влагалище, или чрез переднюю брюшную стенку (возможен еще при этом третий путь—сакральный, при котором мы проникаем в полость брюшины сзади, после предварительной резекции крестца, но этот путь по понятным причинам весьма редко избирается гинекологами). Отсюда в гинекологической практике известны два вида или способа чревосечений: влагалищный—colpocoeliotomia s. colpotomia и абдоми-

нальный—laparocoeliotomia s. laparotomia. Каждый из этих способов имеет свои достоинства и недостатки, делающие как кольпотомию, так и лапаротомию выгодными для одного рода случаев и невыгодными—для другого. Отсюда уже а priori можно заключить, что оба эти способа должны иметь права гражданства в гинекологии. Так это и есть в действительности: всякий современный гинеколог в своей оперативной практике пользуется и влагалищным, и абдоминальным путем для чревосечений. Но одни из гинекологов, относительно высоко оценивая достоинства кольпотомии и шире ставя показания к ней, сравнительно-часто оперируют per vaginam, другие же, наоборот, предпочитают абдоминальный путь.

Так, Отт, являющийся горячим сторонником кольпотомии, уже в период времени с 1898 по 1900 г. на 201 лапаротомию сделал 249 влагалищных чревосечений, что дает отношение 4:5, а за следующий период, с 1901 по 1907 г., отношение лапаротомий к кольпотомиям у него изменилось еще более в пользу последних, именно, на 371 брюшностеночное чревосечение он сделал 761 кольпотомию (1:2).

Проводя параллель между кольпотомией и лапаротомией, Отт находит, что 1) по отношению к инфекции при кольпотомиях создаются гораздо более благоприятные для больных условия, чем при лапаротомиях, ибо а) микроорганизмам при них гораздо труднее попасть в брюшную полость, чем при лапаротомиях, б) путь к подлежащим удалению органам или опухолям при них гораздо короче, чем при этих последних, в) при кольпотомиях приходится работать главным образом инструментами, при лапаротомиях же—руками, что гораздо опаснее в смысле инфекции, г) при кольпотомиях не приходится прибегать к такой несовершенной мере, как применяемая при абдоминальных чревосечениях защита брюшной полости компрессами, д) уже тот факт, что при влагалищных чревосечениях рукавная рана может быть не зашиваема, показывает, что она должна быть признаваема за locus electricus, г) стенки рукава при кольпотомиях могут быть продезинфицированы более совершенно, чем стенки живота при лапаротомиях, ж) гнойные фокусы и т. п. при кольпотомиях опоражниваются при более благоприятных условиях, чем это имеет место при лапаротомиях, з) дренирование и изоляция зараженных частей при первых выполняются лучше и удобнее, чем при вторых; кроме того 2) Отт находит, что надежного гемостаза при кольпотомиях можно достигнуть так же легко, как и при абдоминальных чревосечениях, а вторичное кровотечение при них открыть легче, чем при этих последних, так как при кольпотомиях рана обычно оставляется открытою, при лапаротомиях же зашивается наглухо; 3) операционная травма при влагалищных чревосечениях гораздо меньше, чем при абдоминальных; 4) наконец, после кольпотомий больные скорее и легче поправляются, не бывает грыж в операционном рубце и пр.

По поводу некоторых из этих выгодных сторон кольпотомии, выставляемых Оттом, можно, однако, серьезно спорить. Так, напр., обстоятельство, что при кольпотомиях приходится больше работать инструментами, чем руками, составляет скорее крупную невыгоду этого вида чревосечений, чем его выгодную сторону, ибо рука, конечно, — наиболее совершенный инструмент; с другой стороны, употребляя, напр., стерильные резиновые перчатки, можно сделать руки почти столь же безопасными в смысле инфекции, как и инструменты. При влагалищных чревосечениях, далее, иногда так же, как и при брюшностеночных, приходится прибегать к защите кишек — если не компрессами, то тампонами. Сомнительным представляется и факт, чтобы стенка рукава было легче привести в возможно-асептическое состояние, чем кожу передней брюшной стенки. Затем, гемостаз при кольпотомиях — особенно в идеальной его форме, т. е. в форме изолированной перевязки сосудов, — конечно, выполнить бывает большею частью гораздо труднее, чем при лапаротомиях. Обстоятельство, что при кольпотомиях операционная рана большею частью оставляется открытой, также представляет скорее невыгодную сторону этого вида чревосечений, чем их преимущество. Главное, однако, — при них доступ в брюшную полость является гораздо более тесным и узким, чем при брюшностеночных чревосечениях; поэтому более или менее объемистые опухоли яичников, матки и пр. не могут быть удаляемы этим путем иначе, как после предварительного уменьшения их объема, а это уменьшение далеко не всегда является и возможным, и желательным. Правда, чтобы сделать путь через рукав при кольпотомиях более широким, предложены некоторые технические приемы, — Schuchardt, напр., предложил для этой цели внесрединный разрез рукава и тазового дна, проводимый обычно слева на одинаковом расстоянии от седалищного бугра и копчика, сам Отт рекомендует проводить срединный промежуточный разрез; но эти приемы лишь отчасти помогают горю, не говоря уже о том, что имеющее при них место нарушение целостности тазового дна может оказаться далеко небезразличным для последующего состояния больных. Благодаря сравнительной узкости доступа в брюшную полость через рукав, оперирующий при кольпотомиях с гораздо большим трудом может, затем, разобраться в существующих здесь отношениях; различные патологические изменения, особенно локализирующиеся в верхних отделах брюшной полости, легко могут ускользнуть от его глаза, — тем более, что освещается брюшная полость при кольпотомиях значительно хуже, чем при лапаротомиях. Предложенные Оттом зеркала с электрическими лампочками, о которых было уже говорено выше, а равно освещение при помощи лобных лампочек с рефлекторами, правда, несколько помогают в данном отношении, но опять-таки только в известной мере; притом же этим приспособлениям присущи свои невыгоды (необходимость для

гинеколога иметь под рукою источник электрической энергии, дороговизна, трудность стерилизовать зеркала с лампочками и пр.) Да и увидеть что-нибудь при кольпотомии,—это еще не значит достать до известного места или органа руками, для выполнения тех или других оперативных манипуляций. Именно здесь оперирующий легко может очутиться в положении Крыловской лисицы: „хоть видит око, да зуб неймет“.

Говоря о невыгодных сторонах кольпотомии, считаю необходимым упомянуть еще о том, что она требует значительно более высокой техники (включая сюда и искусство оперирующего, и возможность для него располагать различными вспомогательными приспособлениями, и пр.) чем лапаротомия, которая с технической стороны является более доступною рядовому врачу-гинекологу. Именно этим обстоятельством я в значительной мере объясняю тот крайне низкий % смертности после кольпотомий, который указывается Оттом в его руководстве (0,57% на 1/39 кольпотомий). Впрочем тут многое зависит и оттого, какой трудности случаи гинеколог оперирует *per vaginam*, и какой—оставляет на долю лапаротомий. Если судить по цифровым данным, имеющимся в отчете СПб. Клинического Повивально-Гинекологического Института за 1904—1907 г.г., то, между тем как¹ 172 кольпотомии дали Отту 1,74% смертности, смертность после лапаротомий (221) равнялась у него 11,31%,—процент, очевидно, слишком высокий, особенно если принять в расчет, что в число лапаротомий здесь не входят расширенные абдоминальные экстирпации матки при раке ее шейки, столь омрачающие у современных гинекологов их статистику смертности после брюшно-стеночных чревосечений. При определении процента смертности после влагалищных чревосечений весьма важно также, вычисляется-ли этот процент только для одних кольпотомий в тесном смысле этого слова, или же сюда относятся и влагалищные экстирпации матки, дающие гораздо более высокую смертность (в Клинич-ском Институте, напр., за тот же период времени влагалищные экстирпации матки дали 8 смертей на 218 случаев, т. е. смертность после них (3 67%) была более, чем вдвое, выше, чем при кольпотомиях в узком смысле слова).

Так или иначе, во всяком случае у большинства авторов разница в проценте смертности после влагалищных чревосечений с одной стороны и абдоминальных—с другой значительно меньше, чем указываемая Оттом. Холодковский, напр., получив на 565 лапаротомий 7,8% смертности, на 435 рукавных чревосечений имел, за то же время, смертность в 4,35%. В заведомой мною клинике, где за 15 лет (190¹/₁—191⁴/₂ уч. г.г.) из 1421 перенесших чревосечения больных лишь 232 (16,6%) были оперированы *per vaginam*, а 1151 (81%)—*per laparotomiam* (остальные 34 случая были оперированы и *per vaginam*, и *per abdomen*), в первой группе процент смертности в зависимости от операции оказался равным 5,5, во второй же—лишь 5,1 (а если присоединить сюда и смертность, имевшую у меня место и в 34 исключительно трудных случаях, оперированных по сочетанному способу, то % этот поднимется до 5,8). Надо при этом заметить, что из общего числа больных моего материала, которые были оперированы или исключительно *per laparotomiam*, или по сочетанному способу, у 250, т. е. в 21 1%, операция была предпринята по поводу злокачественных опухолей, и эти случаи дали, конечно, гораздо более высокую смерт-

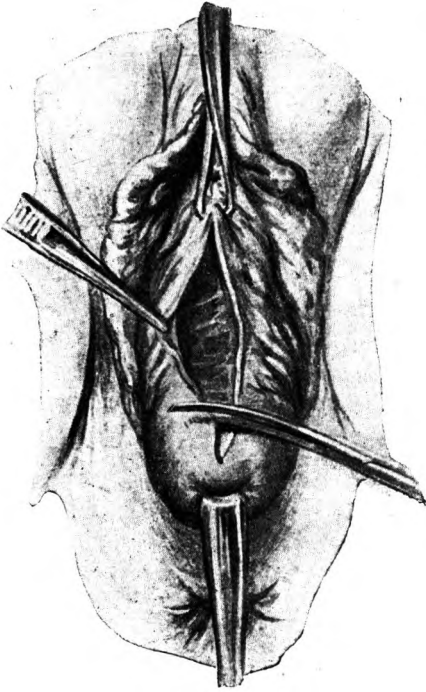


Рис. 223. Продольный разрез передней стенки рукава при colpotomy anterior (по Döderlein'y-Krönig'y). Положение ножниц показывает, в каком месте к продольному разрезу рукавной стенки можно добавить поперечный.

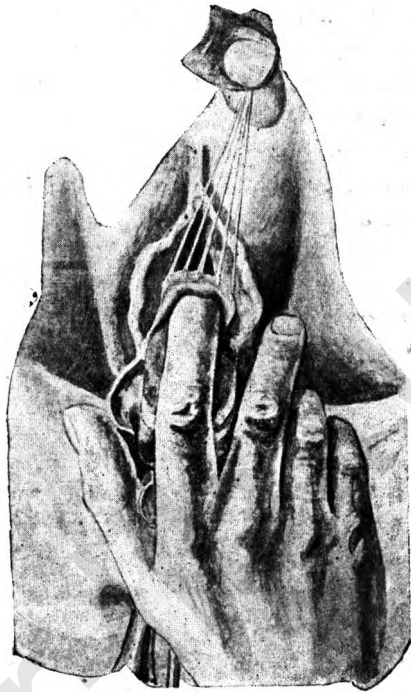


Рис. 224. Отделение мочевого пузыря от маточной шейки, при передней кольпотомии, пальцем (по Отту).

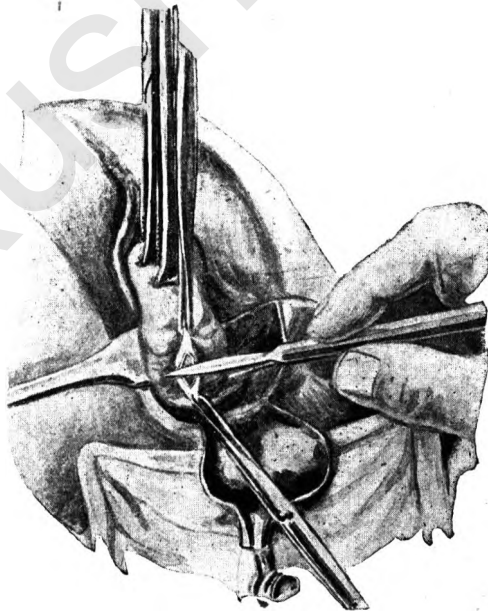


Рис. 225. Вскрытие заднего свода при colpotomy posterior (по Отту).

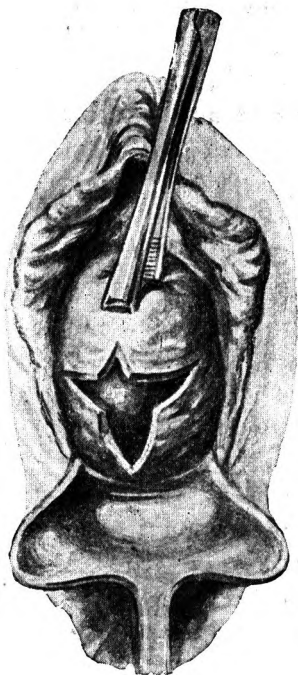


Рис. 226. Крестообразный разрез заднего свода рукава при colpotosia posterior (по Döderlein'y-Krönig'y).

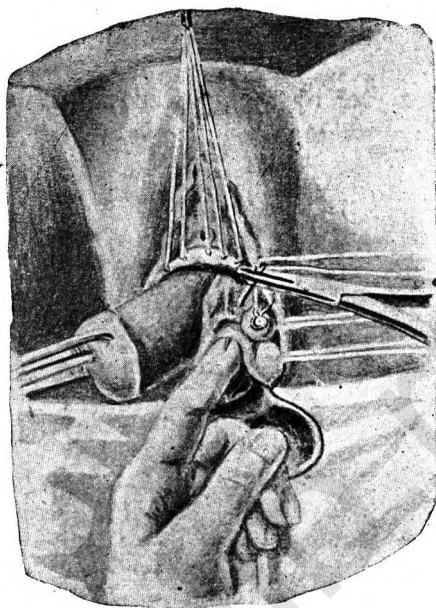


Рис. 228. Перевязка оснований широких маточных связок при влагалищной экстирпации матки по лигатурному способу (по Отту).

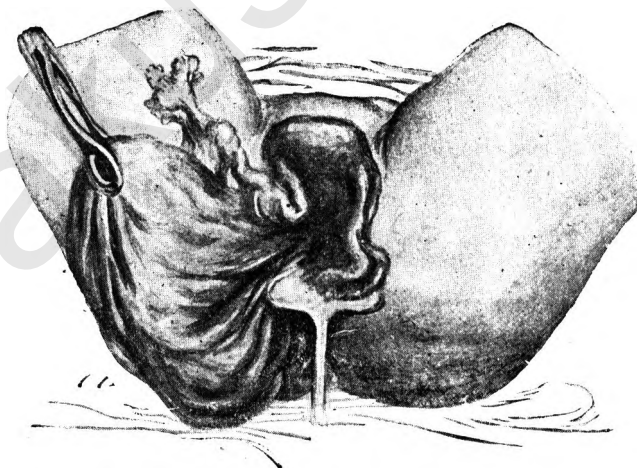


Рис. 227. Выведение опорожненной яичниковой кисты и матки при colpotosia posterior (по Döderlein'y-Krönig'y).

ность (15,6%). Впрочем и среди влагалищных чревосечений собственно-кольпотомии дали мне лишь 1,9% смертности, экстирпации же матки—8,4%, причем экстирпации, произведенные по поводу злокачественных опухолей (преимущественно раков) дали 11,2% смертности, произведенные же по поводу доброкачественных заболеваний—лишь 2,4%.

Принимая во внимание все сказанное, придется несколько ниже оценить преимущества кольпотомии пред лапаротомией, чем это делает Отт. Скорее можно примкнуть к мнению Губарева, который видит выгодные стороны влагалищных чревосечений пред абдоминальными в том, что 1) они переносятся легче, чем эти последние, шок после них наблюдается реже, самочувствие больных лучше, и больные ранее оправляются; 2) брюшина при них не сохнет, не охлаждается и не инфицируется так, как при лапаротомиях; 3) задний Douglas'ов карман при colpotomia posterior и рана после удаления матки представляют все условия для идеального дренажа; 4) после влагалищных чревосечений не бывает послеоперационных грыж. Влагалищный путь,—добавляет к этому Губарев,—это путь, выносливость которого указывается самою природою, приспособившею его к такому сложному и во многих отношениях близкому к операциям процессу, как акт родов.

Даже и в этом редуцированном виде выгоды, представляемые кольпотомией, могут быть приняты, однако, не без некоторых оговорок. Так, напр., некоторые авторы (у нас, напр., Гаусман) утверждают, что образование послеоперационных грыж и при этой форме чревосечений не исключается,—заявление, вполне согласующееся с тем, что выше было сказано о происхождении т. наз. *enterocele vaginalis posterior*.

На III Съезде Р. Акушеров и Гинекологов, определяя границы для лапаротомий с различными разрезами (продольным и поперечным) и кольпотомий, я указал, что последние заслуживают безусловного предпочтения, прежде всего, при гнойных и гнилостных скоплениях в нижних отделах брюшной полости, оперируя которые *per abdomen*, мы рискуем инфицировать всю брюшину. Далее, этим путем можно пользоваться при небольших (до кулака величиною), малосрощенных опухолях придатков, как плотных, так и кистовидных, более же объемистые опухоли придатков могут быть удаляемы этим путем лишь в тех случаях, где они, во-первых, свободны от срещений, во-вторых, допускают предварительное уменьшение их объема. Рукавный путь чревосечения является уместным, затем, при начинающихся или недалеко ушедших вперед злокачественных поражениях матки, где можно ограничиться влагалищной экстирпацией этого органа, а также при разлитых воспалительных заболеваниях половой сферы, не поддающихся консервативному лечению и требующих радикальной влагалищной операции. Миомы матки также иногда могут быть оперируемы рукавным путем, если объем миоматозной матки на-

столько невелик, что ее можно удалить *per vaginam* или целиком, или после предварительного рассечения надвое, а также—если миоматозные узлы расположены таким образом, что являются доступными для кускования со стороны рукава. Наконец, кольпотомия должна быть применяема при таких операциях, как операция вправления застарелых выворотов матки по Küstner'у и др., операция имплантации матки при обширных влагалищно-пузырных свищах по Freund'у, такая же операция при проляпсе по Schauta-Wertheim'у и пр.

С технической стороны среди влагалищных чревосечений можно различать, во-первых, кольпотомии в тесном смысле этого слова, во-вторых, рукавные иссечения матки. Кольпотомии в узком смысле слова могут быть, далее, производимы или через передний свод—*colpotomia anterior*, или через задний—*colpotomia posterior*.

В свое время в среде гинекологов было немало споров о сравнительных достоинствах и недостатках того и другого вида кольпотомии. Выгодную сторону передней кольпотомии представляет то обстоятельство, что при ней разрез рукава находится ближе, чем при *colpotomia posterior*, к половой щели, да и матка с придатками представляется *sub operatione* в привычном для оперирующего положении, невыгодную—то, что в области переднего свода брюшина находится дальше от рукава, чем в области заднего свода: как известно, дно маточно-пузырной впадины лежит значительно выше, чем дно заднего Douglas'ова кармана, и, чтобы достигнуть его, надо сначала отделить мочевой пузырь,—рискуя повредить как его, так и мочеточники—от маточной шейки; оттого операционная рана является при передней кольпотомии более узкой и глубокой, а потому и дающей меньший простор оперирующему. Напротив, сзади достаточно рассечь стенку рукава, чтобы тотчас же попасть в полость брюшины, ибо сзади последняя выстилает не только стенку матки (тела ее и надвлагалищной части шейки), но и верхний отдел задней стенки рукава; поэтому при задней кольпотомии оперирующий имеет больший простор, чем при передней. Далее, благодаря глубокому положению заднего Douglas'ова кармана, именно при *colpotomia posterior* получаются наилучшие условия для последовательного применения дренажа. Невыгодные стороны задней кольпотомии—большая отделенность заднего свода от половой щели, большая его кровоточивость, возможность повреждения прямой кишки и то, что матку при этом виде кольпотомии приходится выводить в операционную рану в запрокинутом виде.

Обращая внимание то на положительные, то на отрицательные стороны обеих форм кольпотомии, некоторые гинекологи выступали защитниками исключительного применения в гинекологической практике передней кольпотомии, другие же—задней. На самом деле, однако, и *colpotomia anterior*, и *colpotomia posterior* должны иметь права

гражданства в гинекологии,—каждая для определенного круга случаев. Переднюю кольпотомию следует применять при интерстициальных и субсерозных миомах, особенно сидящих в передней стенке тела матки и дне ее (resp. исходящих отсюда), при опухолях придатков, располагающихся в пузырно-маточной впадине (дермоиды), при таких операциях, как вагинофиксация по Dührssen'y, имплантация матки в рукав по Schauta-Wertheim'y, внутрибрюшное укорочение круглых связок через рукав и пр. К задней кольпотомии надо прибегать при гнойных и кровяных (haematocele) скоплениях в заднем Douglas'овом кармане, при воспалительных опухолях придатков, располагающихся обыкновенно здесь же, при новообразованиях, особенно яичниковых, как плотных, так и кистовидных, которые могут быть или удалены целиком через разрез в заднем своде, или—после предварительного уменьшения, при внематочной беременности и т. д. Короче говоря, выбирая между передней и задней кольпотомией, надо иметь в виду, с одной стороны, локализацию имеющегося заболевания и его характер, с другой—ту операцию, которую в данном случае предполагается выполнить. Так как, однако, и воспалительные процессы, и новообразования женской половой сферы чаще локализуются в заднем Douglas'овом кармане, чем спереди от матки, то естественно, что colpotomia posterior применяются в практике значительно чаще, чем colpotomia anterior.

Из 106 больных, оперированных per colpotomiam в заведываемой мною клинике за 190³/₄—191⁴/₅ уч. гг., у 85 была произведена colpotomia posterior и лишь у 21—colpotomia anterior.

Переходя теперь к технике кольпотомии, остановлюсь сначала на выполнении colpotomie anterioris. После того, как больная будет уложена в спинно-крестцовом положении на край стола, вульва и рукав у ней продезинфицированы, и больная захлороформирована, оперирующий раскрывает у ней рукав ложкообразными зеркалами; смазывает переднюю рукавную стенку и влагалишную часть иодной настойкой и, захвативши переднюю губу portiois vaginalis двумя пулевыми щипцами, левою рукою низводит за них матку, а правую проводит разрез в переднем своде при помощи скальпеля. В большинстве случаев я довольствуюсь поперечным разрезом, проводимым на несколько миллиметров ниже нижней границы мочевого пузыря с маточной шейкой (см. рис. 54). Другие предпочитают проводить срединный продольный разрез по передней стенке рукава, начинающийся сант. на 2 ниже наружного отверстия мочеиспускательного протока и немного не доходящий до верхушки влагалишной части (рис. 223). Можно, наконец, комбинировать оба разреза так, что в итоге получится J-образный разрез. Разрез должен проникать до клетчатки, расположенной между мочевым пузырем с одной стороны и маточной шейкой, а также рукавом,—с другой. Через этот разрез оперирующий частью указательным пальцем (рис. 224), частью рукояткой скальпеля

отделяет мочевой пузырь от шейки матки до тех пор, пока не достигнет *fasciae pelvis*, над которою тотчас лежит брюшина. Последняя вскрывается ножницами в поперечном направлении, после чего передний листок ее, т. е. покрывающий пузырь, лучше прихватить тремя узловатыми шелковыми швами к передней губе влагалищного разреза—в видах защиты мочевого пузыря. Дальнейший образ действий оперирующего является различным в зависимости главным образом оттого, оставляется матка *in situ*, или она вывихивается, через операционную рану, в рукав. Если, напр., оперирующий имеет дело с кистовидною опухолью яичника, сидящею на ножке и расположенною в *excavatio vesico-uterina*, то, оставив матку в покое, он раскрывает брюшинную рану ложкообразными зеркалами с достаточно длинными ножками, захватывает опухоль пулевыми щипцами,—причем оболочка кисты частью рвется, и содержимое ее вытекает, а в случае нужды ее можно проколоть скальпелем,—и вытягивает ее в рукав или даже через половую щель наружу, после чего приступает к удалению опухоли. Срощенные опухоли при этом могут быть освобождены от срощений, плотные, не могущие, благодаря своему объему, быть выведенными чрез операционный разрез,—уменьшены путем кускования. Отделение опухоли от полового аппарата должно быть по возможности производимо *lege artis*, т. е. на ножку опухоли должен быть наложен зажим, ножка перерезывается, отдельные сосуды в ней изолированно перевязываются тонким кэгутумом, и целость брюшины восстанавливается при помощи непрерывного шва также из тонкого кэгутума.

В других случаях,—большею частью при операциях на матке, но иногда и при операциях на маточных придатках,—выгоднее бывает вывихнуть матку чрез операционную рану. Для этого матка сначала сильно антевертируется,—щипцы с влагалищной части снимаются, и *portio vaginalis* отталкивается кзади, после чего тело матки, по закону рычага, отклоняется кпереди, в каковом положении передняя стенка ее захватывается пулевыми щипцами, и матка выводится в рукав или даже, через *rima pudendi*, наружу. Разумеется, делать это надо по возможности осторожно, чтобы не произвести щипцами разрывов маточной стенки; в этих же видах лучше захватывать матку тупым способом, напр., зацепив дно ее каким-либо крючкообразно изогнутым тупым инструментом, или захватив места отхождения круглых связок от матки зажим-ми. Когда тело матки будет, таким образом, доступно глазу и рукам оперирующего, над ним производится та или другая операция, напр., вылуцается сидящий в нем фиброматозный узел, после чего целость органа тщательно восстанавливается, а затем он заправляется на свое место.

Если брюшина при передней кольпотомии не была инфицирована вирулентными микробами, и гэмостаз выполнен надежно, то в заключение операции брюшинно-влагалищный разрез зашивается

наглухо, причем сначала зашивается, непрерывным кэтгутовым швом, брюшина (шелковые швы, защищавшие при операции пузырь, должны быть, конечно, перед этим сняты), а затем узловатыми с'емными швами из силькворма, шелка и т. п.—влагалищная стенка вместе с клетчаткой. В противном случае рукавно-брюшная рана оставляется, целиком или отчасти, открытой, и в нее вводится дренаж в виде полосы стерильной марли.

Техника задней кольпотомии в общем такова: раскрыв влагалище больной зеркалами, оперирующий захватывает двумя пулевыми щипцами заднюю губу влагалищной части и сильно оттягивает ее по направлению к симфизу, т. е. вверх, причем задний свод напрягается и может быть разрезан, в поперечном направлении, или скальпелем, или ножницами, причем предварительно его также не мешает захватить двумя пулевыми щипцами, между которыми и производится разрез—одновременно и стенки влагалища, и покрывающей ее здесь брюшины (рис. 225). Другие авторы и при задней кольпотомии рекомендуют сначала проводить продольный разрез, около 5 сант. длиною, а затем, уже когда брюшина будет вскрыта, присоединять к нему поперечный—так, что в общем получается крестообразный разрез (рис. 236). Так как разрез заднего свода обыкновенно оказывается довольно сильно кровоточивым, то я, при поперечном разрезе, большею частью обшиваю его заднюю губу тремя матрацными шелковыми швами, причем, как и при передней кольпотомии, швы эти не следует обрезать коротко, а надо оставлять концы их длинными, чтобы, потягивая за них, можно было раскрывать рану.

Дальнейшее выполнение операции при задней кольпотомии в общем таково же, как и при *colpotomia anterior*: и здесь, для лучшего обзора операционного поля, можно раскрывать рану ложкообразными зеркалами; и здесь операцию можно производить, или оставляя матку *in situ*, или вывихивая ее через влагалищный разрез в рукав и даже чрез *rima pudendi* наружу (рис. 226). В заключение операции, здесь чаще, чем при передней кольпотомии, приходится оставлять рану открытой, вставляя дренаж: во-первых, потому, что к задней кольпотомии относительно-часто приходится, как уже было упомянуто выше, прибегать в инфицированных случаях; во-вторых, именно задняя кольпотомия, как совершенно верно отмечает Губарев, представляет наилучшие условия для дренирования брюшной полости.

Влагалищная экстирпация матки находит себе в современной гинекологии широкое применение как при злокачественных (раках, саркомах и др. злокачественных новообразованиях маточного тела и начальных формах рака шейки), так и при доброкачественных опухолях (особенно фибромиомах) этого органа, при туберкулезе матки, иногда при застарелых воспалительных процессах и смещениях ее (особенно сопровождающихся сильными кровотечениями, не поддаю-

щимся другим лечебным мерам), при гнойных воспалениях маточных придатков с обеих сторон и тазовой брюшины и пр. Матка при этом иногда иссекается вместе с трубами и яичниками, иногда же последние оставляются. Иногда, далее,—именно, при т. наз. расширенной влагалищной экстирпации,—она удаляется вместе с значительной частью рукава. В одних случаях, наконец, она иссекается целиком, в других же—после предварительного уменьшения ее объема, которое производится или путем т. наз. кускования (*morcellement*), или путем продольного рассечения ее на две половины, удаляемых порознь.

С технической стороны в операции рукавного иссечения матки можно различать следующие моменты: 1) отделение маточной шейки от рукава, 2) отделение ее от пузыря и вскрытие пузырно-маточного кармана (*colpotomia anterior*), 3) вскрытие заднего Douglas'ова кармана (*colpotomia posterior*), 4) отделение матки с придатками, или без них, по бокам от широких связок, 5) закрытие влагалищно-брюшинной раны. Как последовательность, в которой выполняются эти приемы, так и способ их выполнения у различных гинекологов являются различными.

Так, что касается первого момента, то Отт, напр., сразу делает циркулярный разрез кругом маточной шейки (см. рис. 228), проникающий до паравагинальной клетчатки, после чего приступает к отсепаровке шейки и вскрытию брюшины. Другие гинекологи,—и я в том числе,—находят более удобным сначала делать, одну за другой, кольпотомии (или сперва переднюю, потом заднюю, или наоборот) и лишь затем соединять разрезы в переднем и заднем сводах боковыми разрезами рукавной стенки. Обычно разрез в переднем своде проводится, как это указано выше, при описании *colpotomiae anterioris*, немного ниже нижней границы пузыря, в заднем—выше дна заднего Douglas'ова кармана; боковые разрезы занимают соответственное положение. Иногда, однако,—напр., при расширенной рукавной экстирпации раковой матки,—разрез влагалищных стенок делается значительно ниже сводов, напр., на границе верхней трети рукава со средней, и верхняя часть рукавной трубки сначала тупо отделяется от соседних органов вплоть до места перехода ее в маточную шейку—так, что она образует нечто вроде манжетки. В некоторых случаях, напр., при распадающихся раках влагалищной части, выгодно бывает эту манжетку наглухо зашить,—тогда оперирующий получает возможность производить иссечение матки с меньшим риском загрязнить клетчатку раковым распадом. При образовании такой манжетки из верхнего отдела рукавной трубки становятся, затем, видны ближайшие к пузырю части мочеточников, последние могут быть изолированы, и перевязка широких связок с их последующей перерезкой может быть произведена латеральнее места перекрещивания с мочеточниками маточных артерий, что является крайне важным при раке

шейки, ибо, чем более значительные части широких связок будут удалены вместе с маткой, тем надежнее, при раке матки, является результат операции в смысле отсутствия последовательных рецидивов.

Второй и третий моменты влагалищной экстирпации у различных гинекологов следуют в различном порядке: большинство вскрывает сначала передний Douglas'ов карман (*excavatio vesico-uterina*) и потом уже—задний; некоторые, однако, предпочитают сначала проникать в задний Douglas'ов карман, а затем или вводят, через рану заднего свода, в маточно-пузырную впадину особый крючек (как-то делал, по Столыпинскому, Феноменов) и под контролем его производят переднюю кольпотомию, или запрокидывают матку кзади и вскрывают дно маточно-пузырной впадины под контролем глаза. При таком образе действий бывает меньше шансов поранить, при передней кольпотомии, мочевой пузырь, но запрокидывание матки, как о том будет сказано ниже, имеет и свои невыгодные стороны.

Четвертый момент операции, обособление матки с боков, представляет наибольшее разнообразие в техническом отношении. *Lig. lata* большею частью перевязываются массовыми лигатурами из толстого шелка,—„лигатурный способ влагалищной экстирпации“,—накладываемыми или при помощи игол Deschamps'a, или при помощи обыкновенных тупоконечных игол и иглодержателя (рис. 228). На каждую связку накладываеться *minimum* по 2 лигатуры: одна захватывает основание связки (*lig. cardinale*) с проходящими здесь *vasa uterina*, другая—верхнюю ее часть с *vasa spermatica interna* (обыкновенно впрочем на широкую связку приходится накладывать больше двух лигатур). Первая лигатура накладываеться или медиально от места перекрещивания *a. uterinae* с мочеточником, т. е. на расстоянии 1—1¼ сант. от маточной шейки,—при обыкновенной влагалищной экстирпации, или латерально от него—при расширенной экстирпации; вторая накладываеться либо на маточную часть трубы и *lig. ovarii proprium*,—если придатки у больной оставляются, либо сбоку от бахромчатого конца трубы, на *lig. infundibulo-pelvicum*,—если они удаляются вместе с маткой. Перевязка широких связок обычно производится по направлению снизу ввѣрх, причем матка остается при этом *in situ*. Некоторые гинекологи, однако, предпочитают после того, как нижние части связок будут перевязаны,—а иногда еще и до того,—вывихивать матку через рану или переднюю, или заднего свода и перевязывать затем *ligg. lata* (resp. лишь верхние их отделы) по направлению сверху вниз. При раке маточной шейки, по поводу которого чаще всего предпринимается влагалищная экстирпация матки, такое запрокидывание, однако, не может быть рекомендовано, ибо при этом покрытая раковыми разрастаниями или язвами влагалищная часть, отклоняясь в противоположную сторону по закону рычага, загрязняет раковым распадом операционную рану в том или другом своде.

После перевязки широкие связки перерезываются между лигатурами и маткой, причем перерезка эта производится обычно в несколько приемов: сначала—после того, как перевязаны основания связок, перерезываются, с той и другой стороны, нижние части последних, и концы лигатур, во избежание соскальзывания при потягивании за них, более или менее коротко обрезаются. После того матка низводится (или загрокидывается), накладываются лигатуры на верхние части той и другой связки, и матка совершенно обособляется от окружающих мягких частей. В отдельных случаях выгоднее бывает впрочем, сначала перевязать и целиком перерезать одну из широких связок, именно, более растяжимую, а затем заняться перевязкой и перерезкой другой связки, более трудной для этих манипуляций.

Наложённые на *ligg. lata* лигатуры остаются до тех пор, пока перевязанные ими культы не омертвеют и не отойдут вместе с лигатурами, в послеоперационном периоде.

Кроме лигатурного способа влагалищная экстирпация матки может быть производима по т. наз. пинцетному способу. При этом способе широкие связки не перевязываются, а на них накладываются крепкие жомы или пинцеты (рис. 229),—большую часть по 2 на каждую связку: один жом на нижнюю, другой на верхнюю ее часть,—и эти жомы оставляются на связках до тех пор, пока проходящие в них сосуды прочно не затромбируются, после чего—самое меньшее через 48 часов—они снимаются. По этому способу влагалищная экстирпация матки производится значительно быстрее, чем при перевязке широких связок, но ему нечужды и свои невыгоды: прежде всего при нем даже и в тех случаях, где жомы лежали на связках достаточно-продолжительное время, т. е. не менее 2 суток, после снятия их иногда получается кровотечение; далее, при этом способе относительно-часто развиваются мочеые и кишечные свищи вследствие давления, производимого концами жомов на стенку мочевого пузыря, мочеточников и кишок, а иногда—и вследствие захватывания жомами этих органов; пролежни получаются при пинцетном способе также в окружности половой щели, на вульве и стенках рукава; наконец, при этом способе пинцеты быстро портятся, а иногда и ломаются.

Во избежание последовательных кровотечений мало того, что жомы надо держать на связках достаточно продолжительное время,—нужно еще снимать их медленно и осторожно, постепенно, растягивая их с тем, чтобы, при первых признаках кровотечения, немедленно опять зажать пинцет. В этих же видах снятие жомов надо производить отнюдь не в палате, а в операционной или перевязочной, где все должно быть готово для того, чтобы, в случае появления последовательного кровотечения, можно было немедленно взять больную

на стол, осмотреть при помощи зеркал культы связок и вновь зажать кровоточащее место.

Чтобы избежать, далее, образования свищей, надобно, при экстирпации матки по пинцетному способу, тампонировать рану полосой марли так, чтобы обращенные в брюшную полость концы жомов были окружены сверху марлей, а для устранения пролежней рукава и вульвы нужно обмотать жомы в области половой щели и нижнего отрезка рукава особой марлевой полоской.

В отдельных случаях выгодно бывает комбинировать лигатурный способ с пинцетным, перевязывая более доступные для этого части связок и захватывая в жомы— менее доступные.

Из 130 влагалищных экстирпаций матки, произведенных в заведомой мною клинике за время с 190⁰/₁ по 191⁴/₅ уч. г.г., в 84 случаях операция была выполнена с лигатурами, в 40—по пинцетному способу и в 6—по смешанному, т. е. с зажимами и лигатурами одновременно.

Одно время при разбираемой операции рекомендовалось производить гемостаз, раздавливая широкие связки ангиотрибами Tuffier, Douen'a и др. Из русских гинекологов по этому способу оперировал, между прочим, Штраух. Однако пример последнего не нашел себе у нас подражателей, и это вполне понятно: ангиотриб (см. рис. 222)—слишком громоздкий и грубый инструмент, применение которого сопряжено с опасностью значительной травмы соседних с маткою органов, а получающийся при этом гемостаз является малонадежным.

Тот же Штраух рекомендовал, взамен шелковых лигатур и пинцетов а demenge, накладывать, при рукавном иссечении матки, на широкие связки эластические лигатуры из резиновых трубок, снимаемые на 15-й день после операции.

Наконец, Губарев советсвал экстирпировать матку per vaginam без предварительного гемостаза, захватывая брыжжущие сосуды по мере их перерезки и отдельно перевязывая. Такой способ оперирования, несомненно, имеет свои преимущества, но именно при влагалищной экстирпации он сопряжен с значительною опасностью кровотечения, так как, после перерезки широких связок, может пройти много времени прежде, чем оперирующему удастся захватить кровоточащие сосуды и перевязать их.

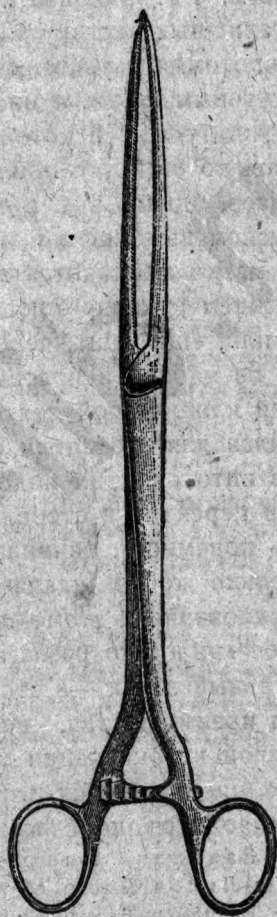


Рис. 229. Жом Доуен'а для накладки на широкие связки при влагалищной экстирпации матки по пинцетному способу.

Пятый, заключительный момент влагалищной экстирпации матки состоит в уходе за рукавно-брюшной раной. Если операция была выполнена по лигатурному способу, то культы широких связок лучше подшить к рукавной стенке так, чтобы они, вместе с лигатурами, смотрели в просвет влагалища. В тех случаях, где можно быть уверенным, что брюшина не была загрязнена *sub operatione*,—напр., при влагалищных экстирпациях миоматозной матки,—ее можно, как и при кольпотомии в узком смысле слова, зашить наглухо непрерывным кэтгутовым швом, а иногда наглухо можно бывает зашить,—кроме, конечно, углов, в которых расположены культы широких связок,—и рукавную стенку с прилегающей к ней клетчаткой. В большинстве случаев, однако,—и, в частности, почти всегда при раках, где об асептическом выполнении операции не может быть и речи,—после удаления матки приходится довольствоваться самое большее частичным сужением рукавно-брюшного отверстия, через остающуюся же часть его или, еще чаще, через все это отверстие вводить в брюшину дренаж из марлевой полосы в 4—5 пальцев шириною. В первое время своей клинической деятельности, как уже упоминалось выше, я пользовался для этой цели иодоформированною марлей, по несколько случаев интоксикации иодоформом, бывших в моей практике, заставили меня перейти на стерильную марлю. Полосу эту я начинаю извлекать понемногу, начиная с 5-го или 6-го дня после операции, окончательно же она удаляется на 8-й день, будучи заменяема новою. Обыкновенно к этому времени пропитывающее марлю раневое отделимое гнилостно разлагается, и полоса при извлечении издает отвратительный запах,—в этом отношении иодоформированная марля имеет свои преимущества,—но более или менее серьезных признаков пугридной интоксикации у больных обычно не бывает. При экстирпациях, производимых по пинцетному способу, дренирование марлей производится, конечно, всегда.

Заяицкий. К вопр. о полной экстирпации матки чрез влагалище. Лет. М. Хир. О. VI.—Львов. К вопр. об удалении кист яичников и придатков матки чрез влагалище. Вр. 1892.—Типяков. К вопр. об удалении кист яичников и придатков матки чрез влагалище. Вр. 1892.—Столпынский. Совр. положение вопроса о технике оп. удаления матки чрез влагалище. Вр. 1892.—Холмогоров. О полной влаг. экстирпации матки. М. Об. 1893.—Теплов. Об удалении придатков матки и их новообразований чрез задний свод. Вр. 1894.—Львов. К вопр. о лечении кист яичника разрезом чрез влагалище. Вр. 1895.—Федоров. *Colpotomia post.*, как метод лечения придатков матки и их новообразований. Ж. А. 1895.—Варнек. О вылушении матки чрез влагалище по сп. Доуепа. Вр. 1895.—Столпынский. Удаление матки чрез влагалище и путем чревосечения с заменю лигатур кровоост. пинцетами. Вр. 1895.—Мионов. Чревосечение и влаг. путь в гинекологии. Ж. А. 1896.—Львов. Задняя кольпотомия при воспалениях придатков и новообразованиях в них. Ж. А. 1897.—Шелоумов. К вопр. об удалении придатков матки чрез влагалище. Ж. А. 1897.—Соловьев. К уч. об удалении опухолей придатков матки чрез влагалище. Хир. 1897.—Соловьев. О лигатурном и пинцетном способах остановки кровотечения при экстирпации матки. Хир. 1898.—

Штраух. Простой способ экстирпации матки чрез влагалище. М. Об. 1898.—Горохов. Мат. к вопр. об экстирпации матки и придатков per vaginam при применении пинцетов à dèmeure. Дисс. СПб. 1898.—Модлинский. О предв. и окончат. гэмостазе при вызывании матки. М. Об. 1898.—Штраух. Об иссечении матки без перевязок и без зажим. пинцетов. Вр. 1898.—Суторихин. К вопр. об остановке кровотечения при полн. экстирпации матки чрез влагалище. М. Об. 1899.—Гаусман. К вопр. о влат. чревосечении. Ж. А. 1899.—Рачинский. Об удалении придатков матки чрез влагалище. Ж. А. 1899.—Чернеховский. К вопр. о передней кольпотомии. Дисс. М. 1899.—Теплов. К вопр. об удалении придатков матки и новообразований таза чрез задний свод. Отч. Вр. 1899.—Суторихин. Простой сп. полного удаления матки чрез влагалище. М. Об. 1900.—Томсон. К вопр. о кольпотомии. Ж. А. 1900.—Отт. Освещение бр. полости (ventrostopia), как метод при влаг. чревосечении. Ж. А. 1901.—Горохов. Colpocoeliotomia при показаниях к чревосечениям. М. Об. 1901.—Горохов. О применении пинцетов à dèmeure в гинекологии и хирургии. Ежен. 1901.—Сяноженский. Кольпотомия, как опер. метод при удалении межсв. кист. I С. Р. Ак.—Александров и Квасков. Влаг. опер. путь при восп. страданиях прид., хрон. пельвиоперитонитах и новообразованиях яичников. Там же.—Якобсон. К вопр. о влаг. чревосечении при нек. заболеваниях придатков матки. Дисс. СПб. 1904.—Штрайхер. Нек. изменения в технике полн. влаг. вылушения матки. Вр. Г. 1905.—Губарев. Об экстирпации матки чрез влагалище без предв. наложения лигатур. Ж. А. 1906.—Отт. Результаты, достигнутые применением при операциях и в целях распознавания непосред. освещения бр. полости, толст. кишки и моч. пузыря. Р. Вр. 1908.—Груздев. К вопр. о границах применения лапаротомии с прод. разрезом, лапаротомии с разрезом по Pfannenstiel'ю и кольпотомии в гин. практике. Ж. А. 1909.—Преображенский. Результаты применения капил. дренажа (тампонации) брюшной полости при чревосечениях. Ж. А. 1910.—Кипарский. Влаг. путь при лечении опухолей матки. Отч. Ж. А. 1910.—Марковский. К вопр. о лечении заболеваний придатков кольпотомией. Там же.—Соболев. К вопр. о сопутном удалении черв. отростка при влаг. чревосечениях. Там же.—Отт. Чем обуславливаются лучшие результаты при влаг. чревосечениях по сравн. с брюшностеночными? Там же.—Какушкин. О нек. техн. подробностях операции влаг. удаления матки. Р. Вр. 1910.—Добберт. Влаг. методы в гинекологии. Ж. А. 1911.—Отт. Влаг. методы в гинекологии. Ж. А. 1911.—Холодковский. 1000 чревосечений. Дисс. СПб. 1913.—Окинчиц. Итоги за 15 лет опер. деятельности. Ж. А. 1916.

Брюшностеночные чревосечения (лапаротомии). Обращаясь к технике брюшностеночных чревосечений, остановимся прежде всего на различных разрезах брюшной стенки при операциях этого рода.

Уже издавна наиболее общепринятым из этих разрезов является продольный разрез по linea alba. В зависимости от особенностей каждого данного случая он может иметь различную длину и положение: для таких операций, как, напр., вентрофиксация, иногда достаточно бывает очень небольшого разреза, в 4—5 сант. длиною, проводимого несколько выше лобка; в очень многих случаях разрез имеет протяжение от пупка до точки сант. на 2 выше лобка, а иногда,—где приходится удалять опухоли большого объема,—его приходится продолжать и выше пупка, в отдельных случаях до самого мечевидного отростка, причем пупок обыкновенно обходится слева (справа проходит lig. rotundum hepatis, ранение которой является нежелательным).

При грыжевидных выпячиваниях пупка разрез лучше проводить через самый пупок, как то рекомендовал, в свое время, Соловьев.

Проводя срединный разрез, оперирующий сначала рассекает скальпелем кожу с подкожной клетчаткой, затем—белую линию, т. е. ту сухожильную полоску, которая образуется, благодаря слиянию сухожильных влагалищ обеих прямых мышц живота,—далее—предбрюшинную клетчатку и, наконец, брюшину (рис. 230). При вскрытии

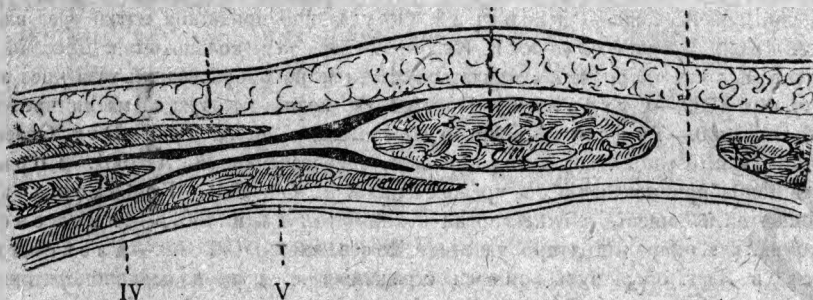


Рис. 230. Поперечный разрез через переднюю брюшную стенку (по Келли).
 I—Linea alba. II—M. rectus abdominis. III—M. obliquus abdominis externus.
 IV—M. obliquus abdominis internus. V—M. transversus abdominis.

последней нужно остерегаться, чтобы не поранить вместе с нею кишечник; для этого брюшина захватывается, оперирующим и его ассистентом, концами пинцетов, приподнимается в складку, и эта складка осторожно надрезывается так, чтобы образовалось отверстие, в которое можно было бы ввести 1—2 пальца. Края этого отверстия захватываются торсионными пинцетами,—напр., Реаповскими,—после чего оперирующий вводит в него или один указательный палец левой руки, или указательный и средний, и по этим пальцам разрезывает брюшину вверх и вниз, на желаемое расстояние, ножницами, изогнутыми под углом, напр., Ойшаузенповскими (рис. 231).

Проникнуть в свободную полость брюшины путем продольного разреза по белой линии не всегда оказывается легко даже для опытного лапаротомиста: в некоторых случаях поверхность имеющейся в животе опухоли, напр., кистомы яичника, бывает настолько интимно-срослена с париетальной брюшиной, что оперирующий, думая, что он вскрывает брюшину, на самом деле проникает в полость кистомы (а это зачастую нежелательным образом осложняет дальнейшее удаление последней); в других, напротив, брюшина бывает настолько утолщена под влиянием воспалительных процессов, туберкулеза и т. п., что оперирующий принимает ее за стенку опухоли и на значительном протяжении отслаивает ее, пока для него не выяснится дело. Последнего рода случай, бывший в практике Лазаревича, описан в литературе Лямблем, причем оператор здесь, думая, что отделяет сращения кисты, отслоил париетальную брюшину до самой fossa iliaca.

У нерожавших женщин, где linea alba очень узка, зачастую бывает очень трудно провести разрез как раз по ней, и оперирующий вскрывает влагалище одной из прямых мышц. Большого значения впрочем это не имеет. Некоторые авторы даже принципиально советуют всегда вести разрез брюшных стенок, вскрывая сухожильное

влагалище одного из *mm. recti* по желобоватому зонду, но такой совет едва ли заслуживает выполнения.

Как уже было сказано выше, продольный разрез по *l. alba* при лапаротомиях с давних пор пользуется широким распространением. Объясняется это теми выгодами, которые он представляет: он может иметь любую длину, почему этим путем можно удалить опухоль какой угодно величины; при нем не повреждаются ни нервы, ни крупные сосуды; благодаря своему симметрическому положению, рубец после него не обезображивает значительно живота больных, а исследования Минкевича показали, что при нем лучше всего восстанавливаются потом нормальные анатомические отношения брюшной стенки.

Наряду, однако, с этими выгодными сторонами данного разреза ему присущи и известные невыгоды. По мнению Волковича его нельзя считать нормальным, ибо он разединяет мышечно-сухожильные системы обеих половин живота, проходя поперечно к направлению действия мышц брюшной стенки. Соединительнотканый рубец, который после него получается, не отличается такую прочностью, какая, напр., имеет место после заживления мышечных разрезов, и потому после срединного разреза по *l. alba* нередко (в 8,9% по Абелью) развиваются послеоперационные грыжи—даже и в тех случаях, где он зажил *per primam*. При рвоте, кашле и т. п. рубец этот иногда лопается.

Наконец, направление этого разреза не совпадает с направлением т. наз. Ланге'овских линий, т. е. направлением, в котором действуют кожные мышечные пучки данной области (рис. 232), отчего рубец после этого разреза получается сравнительно широкий, выпуклый, невыгодный в косметическом отношении.

В виду всего этого хирурги и гинекологи как у нас в России, так и за границей давно уже стремились придумать такой способ разреза передней брюшной стенки при лапаротомиях, который был бы свободен от перечисленных сейчас отрицательных сторон. Так как экспериментальные исследования Богоявленского, Букоевского и др. показали, что после разреза, проведенного через мышцы, получается гораздо более прочное восстановление целостности передней брюшной стенки, чем после разреза по *l. alba*, то некоторые авторы, напр. Волкович, рекомендовали резать брюшную стенку не



Рис. 231. Ножницы Оls-Hausen'a для разреза брюшной стенки при лапаротомиях.

по белой линии, а в стороне от нее, в области той или другой из прямых мышц, рассекая притом последние в продольном направлении. Подобный мышечный разрез представляет, однако, ту невыгоду, что при нем перерезываются идущие в поперечном направлении нервы, иннервирующие прямые мышцы, и потому та часть последних, которая лежит кнутри от разреза, впоследствии неминуемо атрофируется. Поэтому другие авторы советовали иссекать белую линию и сшивать внутренние края прямых мышц,—прием, значительно услож-

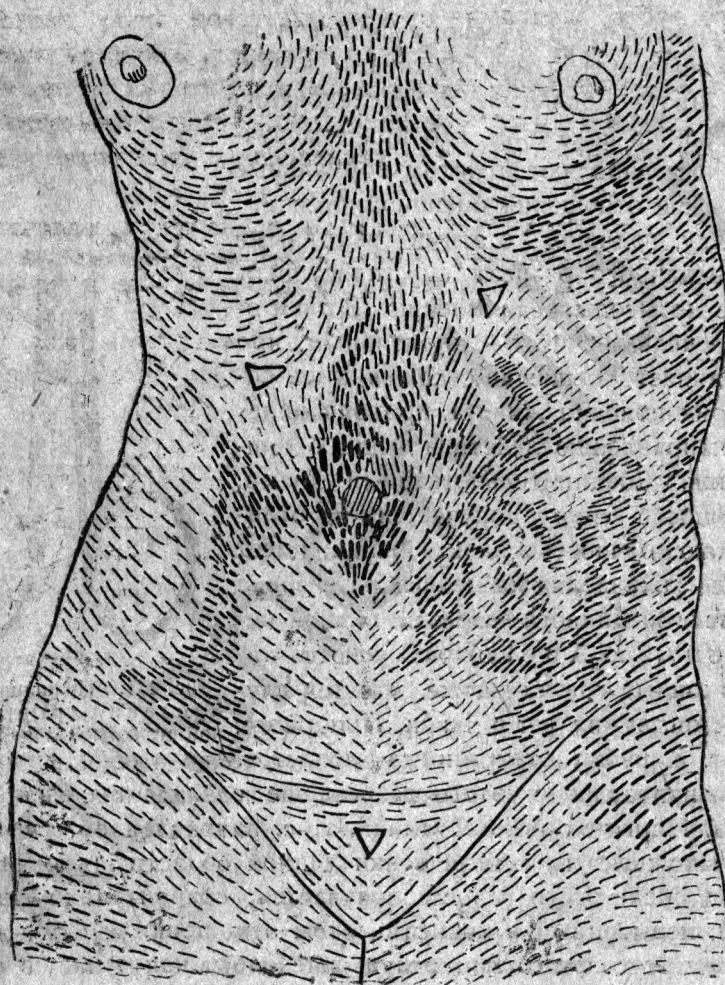


Рис. 232. Расположение Langer'овских линий на коже передней брюшной стенки (по Губареву).

няющий технику лапаротомии. Третьи, как Lennander, а у нас Никонов, Губарев и др., предлагают разрезать кожу с подкожной клетчаткой и переднюю пластинку влагалища прямой мышцы на 2—2½ сант. сбоку от белой линии, но не рассекают затем мышцы, а отодвигать ее в сторону, затем разрезать заднюю пластинку апо-

невроза, предбрюшинную клетчатку и брюшину соответственно кожному разрезу; при закрытии брюшной раны сначала зашивается брюшина, потом задняя пластинка влагалища прямой мышцы, мышца эта помещается на свое место, затем зашиваются передняя пластинка апоневроза и кожа с подкожной клетчаткой. Разрез этот, известный под названием *Le p n a n d e g'овского*, по отзывам применявших его лапаротомистов надежно гарантирует от послеоперационных грыж; но, во-первых, асимметрическое положение и ширина образующегося после него рубца, зависящая от несоответствия между направлением разреза и таковым же *L a n g e g'овских* линий, являются очень невыгодными с косметической точки зрения, а во-вторых, и проведение, и зашивание *Le p n a n d e g'овского* разреза требуют большего труда и времени для оперирующего, чем проведение и зашивание разреза по *l. alba*.

Говоря о тех мерах, которые были предложены различными авторами для того, чтобы гарантировать больных, перенесших лапаротомию с продольным разрезом, от образования грыж в рубце, упомянем еще о предложении *В а л я ш к о* и *Л е б е д е в а* производить пересадку и вшивание в брюшную рану апоневроза *f. latae*.

Имея в виду главным образом косметические цели, *Rapin* и *Küstner* предложили при лапаротомиях разрезывать кожу и подкожную клетчатку брюшной стенки не в продольном, а в поперечном направлении, проводя этот разрез слегка дугообразно в той складке, которая у более или менее полных женщин находится над лобком, немного выше верхней границы роста лобковых волос. Так как направление этого разреза совпадает с направлением *Langer'овских* линий в данной области, то после него получается тонкий, линейный, едва заметный рубец, который к тому же иногда закрывается волосами и в значительной степени маскируется упомянутой выше складкой. В смысле гарантии против послеоперационных грыж разрез *Rapin'a-Küstner'a* не представляет, однако, никаких преимуществ пред обыкновенным продольным, так как все остальные слои брюшной стенки, кроме кожи с подкожной клетчаткой, а в частности апоневроз—режутся при нем продольно. Чтобы устранить этот недостаток, *Pfannenstiel* внес в надлобковый разрез существенное усовершенствование, предложив рассекать при нем поперечно не только кожу с подкожной клетчаткой, но и апоневроз, и сохранив продольный разрез лишь для самых глубоких слоев брюшной стенки.

В этом виде надлобковый разрез быстро получил широкое распространение в гинекологической практике. В Казанской акушерско-гинекологической клинике, напр., со второй половины 190⁷/₈ уч. г. разрез этот стал применяться настолько часто, что из 636 лапаротомий, произведенных здесь за время с 190⁸/₃ по 191⁴/₃ уч. гг.,—289, т. е. 45,4⁰/₀, были выполнены с разрезом брюшных стенок по *Pfap-*

nstiel'ю, и лишь за последние годы, когда строгое проведение правил асептики сделалось для меня, по независящим обстоятельствам, невозможным, я стал применять Pfannenstiel'евский разрез несколько реже. Из русских гинекологов широко стали пользоваться этим разрезом, кроме меня, Феноменов, Гиммельфарб, Калмыков, Богаевский, Клейнман, Гаусман, Китнер, Яхонтов и мн. др. Лишь очень немногие из представителей русской гинекологии, как Отт и Драницын, испытав этот разрез, вынесли от него неблагоприятное впечатление.

Столь широкое распространение Pfannenstiel'евского разреза объясняется тем, что лапаротомия с этим разрезом, как о том мною было заявлено на III Съезде Р. Акушеров и Гинекологов, счастливо соединяет в себе выгодные стороны лапаротомии с продольным разрезом и кольпотомии. Подобно кольпотомии она в значительной мере гарантирует оперированных от грыж в послеоперационном рубце. Правда, как совершенно справедливо отмечает Холодковский, разрез Pfannenstiel'я не дает в этом отношении абсолютных гарантий (а некоторые гинекологи, напр., у нас Дубинчик, наблюдали после него и расхождение брюшной раны с выступанием наружу кишек), но, во всяком случае, процент последовательных грыж после лапаротомий с надлобковым поперечным разрезом по Pfannenstiel'ю несравненно меньше, чем после лапаротомий с продольным разрезом.

Платонов, напр., на 250 случаев брюшностеночного чревосечения с Pfannenstiel'евским разрезом наблюдал развитие послеоперационной грыжи в рубце лишь однажды.

Помимо этого, а также косметических преимуществ, лапаротомии с поперечным разрезом по Pfannenstiel'ю присущи, в известной мере, и другие выгодные стороны кольпотомии. Так как операционное поле при ней ограничивается главным образом полостью малого таза, то при ней меньше бывает, чем при лапаротомии с продольным разрезом, опасность инфицировать всю брюшную полость. Так как, затем, при ней кишечные петли, — конечно, если оперируемая находится в Trendelenburg'овском положении, — лежат вне операционного поля, под защиту брюшной стенки, то они меньше подвергаются внешним неблагоприятным влияниям — охлаждению, травме и т. п. Оттого эта форма чревосечений легче переносится больными, чем лапаротомия с продольным разрезом. За 15 лет, с 1900/1 по 1914/5 уч. гг., в заведомой мною клинике, напр., последняя дала 5,8% смертности, тогда как смертность после лапаротомий с Pfannenstiel'овским разрезом равнялась лишь 3%, т. е. была почти вдвое меньше. Конечно, в значительной степени эта разница объясняется тем, что с помощью продольного разреза оперируются более тяжелые случаи; однако, весьма вероятно, что некоторая доля ее должна быть отнесена и на счет указанных моментов.

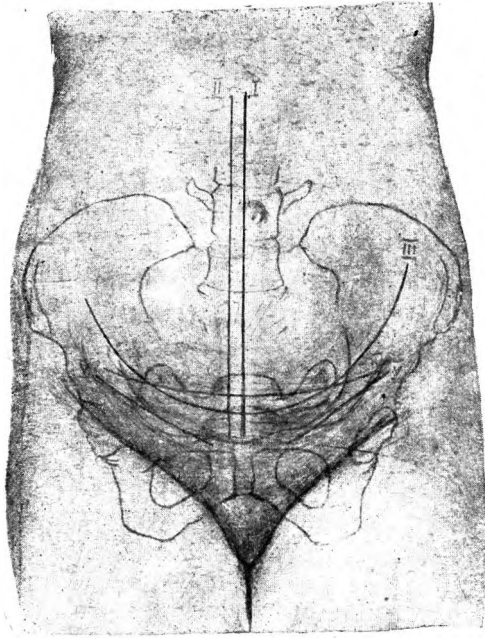


Рис. 233. Различные разрезы брюшной стенки при лапаротомиях.

I—Обыкновенный разрез по белой линии. II—Экстремедиальный продольный разрез (Lepander'овский). III—Разрез Bardenhauer'a. IV—Надлобковый поперечный разрез Küstner-Rapin-Pfannenstiel'я. VV—Разрезы при операции Alexander'a—Adams'a и laparotomia inguinalis.

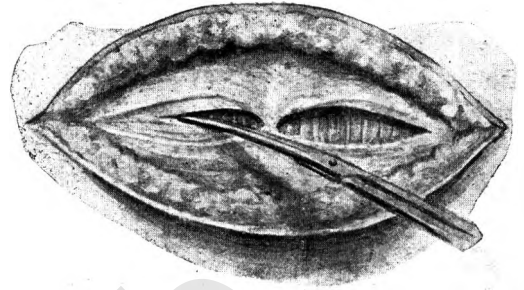


Рис. 234. Рассечение апоневроза при Pfannenstiel'евском разрезе.

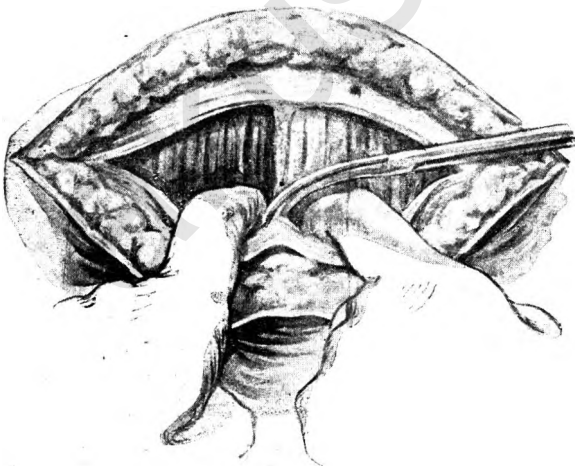


Рис. 235. Отслойка апоневроза от прямых мышц при Pfannenstiel'евском разрезе.

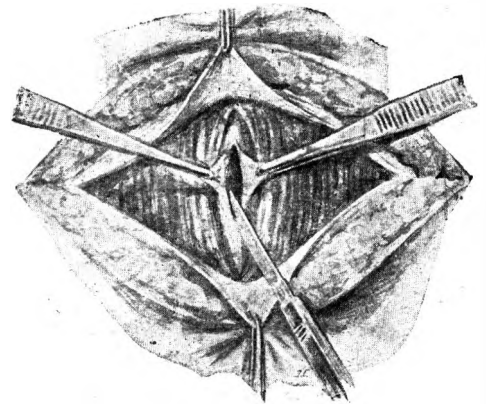


Рис. 236. Вскрытие брюшины при Pfannenstiel'евском разрезе.

Обладая в значительной мере достоинствами рукавного чревосечения, лапаротомия с разрезом по Pfannenstiel'ю в еще большей мере обладает и преимуществами лапаротомии с продольным разрезом. Органы малого таза являются при ней вполне доступными глазу, рукам и инструментам оператора,—если, разумеется, наркоз хорош, и больной придано Trendelenburg'овское положение. Опирующийся при этой форме чревосечения в состоянии бывает столь же хорошо ориентироваться в анатомических отношениях и столь же совершенно выполнить все оперативные приемы, как и при лапаротомии с продольным разрезом.

Нельзя, однако, сказать, чтобы разбираемая форма чревосечения не имела и своих темных сторон. Во-первых, доступность операционного поля при ней все же является ограниченной, так что этим путем нельзя бывает удалять, без предварительного уменьшения,—проколом или кускованием,—более об'емистых опухолей. Обычно принято думать, что этим путем можно оперировать лишь опухоли, верхняя граница которых лежит не выше пупка, при опухолях же более значительных размеров можно прибегать к поперечному разрезу только тогда, когда мы имеем дело с несрошенными кистами, заведомо притом доступными для уменьшения при помощи пункции. Во-вторых, чревосечение с Pfannenstiel'евским разрезом требует более строгого соблюдения правил асептики, чем остальные формы чревосечения. Как выражается сам Pfannenstiel, „это—пробный камень для оценки примененной асептики, ибо при нем рана представляет более сложные отношения, чем при продольном разрезе, и отсюда все недостатки и несовершенства асептики сказываются на ней особенно резко“. Оттого к Pfannenstiel'евскому разрезу не следует прибегать при инфицированных опухолях, скоплениях вирулентного гноя, распадающихся раках и т. п.—тем более, что для применения дренажа, напр., по Mikulicz'у, разрез этот является гораздо менее удобным, чем обыкновенный продольный разрез. Столь же совершенною должна быть при данном разрезе и остановка кровотечения,—в противном случае оперирующий рискует получить в области его более или менее значительную гематому. Оба эти осложнения,—инфекция и образование гематом,—делают первичное заживление брюшной раны при Pfannenstiel'евском разрезе менее частым, чем при продольном разрезе. В-третьих, наконец, к числу невыгодных сторон чревосечения с разрезом по Pfannenstiel'ю нельзя не отнести того обстоятельства, что при нем как вскрытие брюшной полости, так и последовательное зашивание разреза требует несколько более продолжительного времени, чем это нужно при продольном разрезе. Оттого к нему иногда невыгодно бывает прибегать в случаях, требующих большой поспешности с оперативным вмешательством, напр., в случаях сильного внутреннего кровотечения при внематочной беременности.

Таким образом чревосечения с надлобковым поперечным разрезом брюшной стенки по Pfannenstiel'ю должны иметь свой особый круг применения, иной, чем влагалищные чревосечения и лапаротомии с продольным разрезом. Что касается техники этого разреза, то, как уже было сказано выше, разрез этот имеет более или менее выраженную форму дуги, выпуклостью' обращенной книзу (рис. 233). Проводится он несколько, — большею частью пальца на 2, — выше лобка и имеет различную длину в зависимости от особенностей случая, где применяется. Разрезав кожу с подкожной клетчаткой и наложив пинцеты на кровоточащие сосуды, которых здесь оказывается больше, чем при продольном разрезе той же длины, оперирующий доходит до апоневроза, приподнимает его пинцетом в складку, надрезывает ножницами, затем вводит одну ветвь последних между апоневрозом и мышцами и рассекает апоневроз соответственно кожному разрезу (рис. 234). Затем апоневроз тупо, — пальцами или комком марли, — отделяется от мышц кверху и книзу, причем прочные соединения его с l. alba подрезываются концами ножниц (рис. 235). Иногда при этом встречаются сосуды, идущие из апоневроза в прямые мышцы; сосуды эти должны быть перевязаны. После того вскрываются в продольном направлении, по средней линии, подбрюшинная клетчатка и брюшина (рис. 236).

Помимо продольных и поперечных надлобковых разрезов брюшной стенки, при некоторых видах чревосечений применяются и другие разрезы различной формы и местоположения. Так, для случаев, где у женщин нужно бывает одновременно удалить и червеобразный отросток, и правый яичник, — воспалительные заболевания которых, кстати сказать, нередко встречаются одновременно, находясь во взаимной этиологической связи, — Федоровым был предложен специальный разрез, несколько напоминающий букву S или цифру 4. У больных с retroversio-flexio mobilis, нуждающихся в Alexander-Adams'овской операции, иногда выгодно бывает, по предложению Goldspohn'a, воспользоваться паховыми каналами для некоторых операций на маточных придатках; при такой coeliotomia vaginalis разрезы брюшной стенки делаются так же, как и при обыкновенной операции Alexander'a-Adams'a, т. е. они проводятся вдоль Poupart'овой связки, начиная от tuberculum ilio-pubicum. Губарев рекомендует для т. наз. laparotomia externa s. extraperitonealis разрез, начинающийся на палец выше spina os. ilium ant. sup. и идущий кнаружному краю m. recti параллельно Poupart'овой связке; впрочем разрез этот служит для операций, не сопряженных со вскрытием брюшины, так, что даже причислять его к разрезам, применяемым при лапаротомии в тесном смысле слова, не вполне основательно.

После того, как оперирующий при помощи того или другого разреза брюшной стенки проник в брюшную полость, он должен глазом и осязанием ориентироваться в существующих анатомических отношениях и окончательно составить себе план операции. Как ни разработаны в настоящее время методы гинекологической диагностики, но

именно при заболеваниях, локализирующихся во внутреннем отделе женского полового аппарата, многое остается нередко до самой операции невыясненным, и лишь вскрыв полость брюшины, гинеколог получает ясное представление о характере имеющегося в данном случае болезненного процесса, об его распространении и пр. Для этой цели оперирующему зачастую необходимо бывает после вскрытия брюшины освидетельствовать состояние не только матки, яичников и др. частей полового аппарата, но и всех других брюшных органов. Главным образом, однако, гинекологу-лапаротомисту нужно бывает в деталях выяснить состояние органов малого таза, для чего больной тотчас после вскрытия передней брюшной стенки обыкновенно придается Trendelenburg'овское положение, кишечные петли защищаются большим компрессом из стерильной марли, и брюшная рана раскрывается при помощи зеркал или под'емников различного устройства (рис. 237 и 238).

Обследовав состояние брюшной полости, оперирующий окончательно устанавливает, достигали ли та цель, ради которой предпринята лапаротомия, или же случай является неоперабельным, т. е. намеченная цель или почему-либо вообще не может быть достигнута, или попытки достигнуть ее сопряжены с слишком большою опасностью для жизни больной. В большинстве случаев,—хотя далеко не исключительно,—недоступными для оперативного вмешательства оказываются злокачественные опухоли, исходящие из матки, яичников и др. отделов женской половой сферы и распространившиеся на соседние органы или давшие метастазы в отдаленные части организма.

Раз такая недоступность болезни для оперативного вмешательства констатирована,—оперирующему иногда не остается ничего другого, как зашить брюшную рану, вырезав разве лишь небольшой кусочек опухоли для микроскопического исследования. Некоторые авторы думают даже, что в подобных случаях никогда не следует трогать опухоли, как-бы ни легко казалось ее удалить. Я лично, однако, несогласен с таким взглядом: если злокачественная опухоль, давшая даже метастазы, не срощена, сидит на ножке и вообще может быть удалена без большой травмы, то, по моему мнению, лучше ее удалить; конечно, этим мы не спасем больной, но все же выгода, хотябы и временная, которую получит организм, освободившись от злокачественного новообразования, значительно превысит опасность от

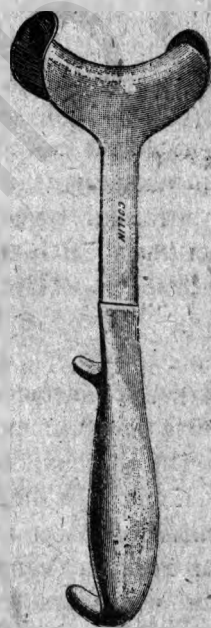


Рис. 237. Зеркало Дюена для брюшной раны при лапаротомиях.

сравнительно-небольшой добавочной операционной травмы; кроме того мы знаем, что при некоторых опухолях, напр., при сосочковых цистокарциномах, удаление первичного очага новообразования весьма благотворно отражается на прогрессировании вторичных разрастаний, уже имеющихсся, напр., на поверхности брюшины. Другое дело, если удаление первичной опухоли сопряжено с значительной травмой, большой кровопотерей и пр.,—тогда опухоль действительно лучше оставить в покое.

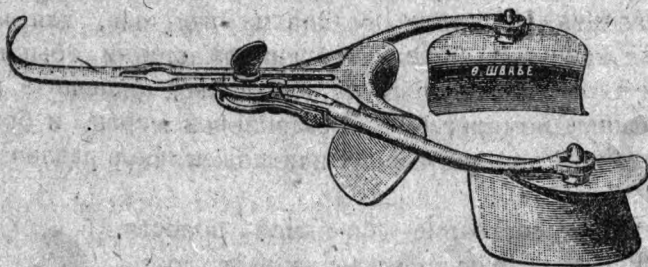


Рис. 238. Трёхстворчатое зеркало *Rica rda* для брюшной раны при лапаротомиях.

Если же после вскрытия брюшины окажется, что намеченная оперирующим цель может быть достигнута без большого риска, то лапаротомист приступает к выполнению операции, причем руководится теми основными правилами, которые уже были указаны выше. В частности и здесь прежде всего он должен иметь в виду то требование, которому должна подчиняться всякая врачебная деятельность, и которое формулируется в словах „не посеге“,—не должен без крайней необходимости удалять или повреждать органов, иссечение или нарушение целости которых может превысить благотельный эффект операции.

К органам первого рода в женской половой сфере относятся главным образом яичники, особенно у молодых женщин; поэтому при поражении их, напр., доброкачественными опухолями надо заботиться о том, нельзя-ли, удалив опухоль, оставить хотя-бы часть здоровой яичниковой ткани. Хотя удаление матки и не отражается, повидимому, так неблагоприятно на общем состоянии женского организма, как удаление яичников, но и этот орган надо по возможности щадить, и потому, напр., при поражении его фибромиомами надо стараться, нельзя-ли удалить последние, матку же сохранить.

Из органов второго рода, т. е. таких, повреждения которых надо особенно опасаться при лапаротомиях, назовем прежде всего кишки и мочевые органы—мочевой пузырь и мочеточники. Нарушения целости кишек нежелательны уже потому, что выхождение в полость брюшины их содержимого, особенно содержимого толстых кишек, с его микробной флорой, грозит серьезною опасностью ин-

фекции брюшины. В виду этого сознательно к разбираемым нарушениям лапаротомист-гинеколог должен прибегать лишь в случаях крайней необходимости,—напр., при поражении кишечной стенки злокачественными новообразованиями,—притом предварительно приняв все меры предосторожности против загрязнения брюшины кишечным содержимым (кишечная петля должна быть вытянута наружу, окружающие органы защищены стерильными марлевыми компрессами и пр.). При опухолях доброкачественных, напр., кистах, если стенки последних настолько интимно и прочно соединены с кишками, что срощения эти нельзя отделить без риска вызвать сквозной разрыв кишки,—лучше резецировать часть опухолевой стенки и оставить ее на кишке. При случайных ранениях кишечника вышедшее содержимое его должно быть тщательно удалено из брюшной полости стерильными марлевыми компрессами, и целостность кишечной трубки восстановлена при помощи Lembert'овского шва, притом так, чтобы потом не получилось стриктуры.

Излияние в брюшину содержимого мочевых путей в общем менее опасно, чем попадание сюда кишечного содержимого, но, разумеется, и повреждений мочевого пузыря, особенно же мочеточников, при лапаротомиях следует тщательно избегать, так как восстановить целостность поврежденного мочеточника зачастую бывает очень нелегко. При небольших надрезах его иногда, правда, удается сравнительно без труда зашить надрез узловатыми швами из тонкого шелку, окружив затем, по совету Садовского, пораненный участок муфточкой из брюшины; но если мочеточник перерезан вполне или почти вполне,—тогда придется думать о вшивании центрального конца его в пузырь, стационарной перевязке этого конца или даже об удалении соответствующей почки; к последним двум мерам, конечно, можно прибегать не ранее, как предварительно убедившись, что другая почка здорова.

Всякую лапаротомию следует, далее, производить со строжайшим соблюдением правил асептики. Требование это является обязательным при всякой операции, но брюшностеночные чревосечения особенно нуждаются в его соблюдении, так как при них мы имеем налицо особенно благоприятные условия для внедрения инфекции, да и внедрение это ведет к особенно печальным последствиям.

Благодаря именно этим обстоятельствам, некоторыми гинекологами был введен в практику бактериологический контроль асептики при лапаротомиях, состоящий в бактериологическом исследовании полости брюшины тотчас после разреза брюшной стенки и непосредственно пред зашиванием брюшностеночной раны. Применялся такой контроль и мною в начале моей клинической деятельности, пока я не выработал определенного кодекса правил, обеспечивающих асептическое выполнение лапаротомий. Подушко, проведя подобный контроль в ряде чревосечений, убедился, что особенно сильно инфицируется брюшина при операциях, производимых по поводу заболе-

ваний труб, и расширенных абдоминальных экстирпациях матки по Wertheim'у.

При тех асептических предосторожностях, какие принимаются современными лапаротомистами по отношению к перевязочному материалу, лигатурам, инструментам и т. п., в настоящее время инфекция попадает в брюшину, при лапаротомиях, обыкновенно не извне, а из фокусов, имеющих в самом организме больных. Чтобы избежать этого, лучше удалять полостные образования с инфицированным содержимым, напр., пиосальпинксы, нагноившиеся кисты яичников и т. п., не вскрытыми. Выгоднее удалять их, далее, в конце операции: если гинекологу приходится, напр., ампутировать матку с придатками, причем с одной стороны в последних имеется нагноение, то лучше сначала отделить придатки, свободные от гноя, и срезать матку, а затем уже отделять и удалять придатки с той стороны, где имеется нагноение. Разумеется, при этом всегда может случиться, что стенка гнойника разорвется, и гной выльется на операционное поле; для защиты брюшины в подобных случаях от сильного загрязнения, необходимо предварительно принять такие меры, как обособление гнойного фокуса при помощи сухих марлевых компрессов, соответствующее положение тела больной (гарантирующее от затекания излившегося гноя на далекое расстояние от операционного поля) и т. п.

Как и другие операции, лапаротомии нужно выполнять с возможно-наименьшими кровопотерями, что достигается сначала при помощи т. наз. провизорного гэмостаза, о котором уже была реч выше, а затем уже—окончательного гэмостаза. Последний именно здесь важно выполнять путем изолированной перевязки отдельных сосудов, избегая массовых лигатур и об'емистых культей, которые при чревосечениях ведут к реактивному перитониту и образованию брюшинных срощений.

Когда цель, для которой была предпринята лапаротомия, выполнена,—напр., существовавшая у больной опухоль матки или яичника удалена,—оперирующий должен тщательно позаботиться об аутопластике брюшины или т. наз. перитонизации. Все нарушения целостности брюшины должны быть зашиты,—лучше всего непрерывным швом из тонкого кэтгута,—так, чтобы после операции подбрюшинная клетчатка, мышечная ткань и пр. нигде не смотрели в полость брюшины, ибо эти участки 1) служат местами излияния в брюшину крови и лимфы, являющихся питательною средою для попавших сюда микробов, 2) если эти, лишенные брюшины, места находятся на стенках толстых кишек, то они служат воротами, через которые микробы, являющиеся обычными обитателями последних, легко эмигрируют в брюшную полость. Правда, брюшина впоследствии сама стремится закрыть эти дефекты путем пластического воспалительного процесса, но тогда они становятся источниками брюшинных спаек, ведущих к таким послед-

ствиям, как ileus, неправильные положения различных органов и пр. Если дефекты в брюшине слишком велики, чтобы их удалось закрыть париетальной или висцеральной брюшиной, то для закрытия их можно воспользоваться сальником, притом даже изолированными его кусками.

Экспериментальные исследования Гирголава и Сулакова показали, 1) что пересаженные изолированные куски сальника остаются живыми и жизнеспособными, 2) что они в значительной степени предохраняют поврежденные стенки полых органов брюшной полости от последовательных перфораций и срощений и, 3) что они обладают способностью останавливать паренхиматозное кровотечение. Основываясь на этих данных, Финкель, Кутасов и др. с успехом применяли пересадку изолированных кусков сальника (до 7—8 кв. сант. в случае Финкеля) при глубоких повреждениях серозного и мышечного слоев кишечных стенок. К поврежденному месту куски эти пристегивались несколькими узловатыми швами из кэтгута.

Закончив перитонизацию, оперирующий переходит к т. наз. туалету брюшины, т. е. очищает последнюю от попавших туда при операции, или еще до нее, крови—как жидкой, так и свернувшейся, —обрывков тканей, жидкого содержимого кистовидных опухолей, мочи, кишечного содержимого и т. п. Освобождение брюшины от этих веществ имеет громадное значение для последующего состояния оперированных, так как кровь, содержимое кист и пр. являются прекрасными питательными средами для размножения попавших в брюшину при операции микробов; кровь кроме того, оставаясь в брюшной полости, иногда может, повидимому, подвергаться таким изменениям, благодаря которым приобретает токсические свойства; кровяные сгустки могут являться инородными телами, вызывающими в брюшине реактивное воспаление с образованием срощений; содержимое псевдомуциозных кистом, попав в брюшную полость, может вести к развитию т. наз. ложного слизевика брюшины (*pseudomuxoma peritonei*); кусочки опухоли могут дать на брюшине прививочные метастазы новообразований; наконец, микробы, содержащиеся в гное и вообще инфицированном содержимом опухолей женской половой сферы, могут обусловить развитие смертельного перитонита, септического или гнилостного.

Освободить брюшину от всех этих веществ, особенно жидких, можно или сухим, или влажным путем. В первом случае мы очищаем брюшину сухими шариками или компрессами из стерильной марли (а в прежнее время для этой цели употреблялись губки), во втором—промываем брюшину значительными количествами теплых стерильных индифферентных жидкостей: физиологического раствора хлористого натрия, жидкости Науе т'а, жидкости Лоске'а (искусственной кровяной сыворотки) и т. п.; средину между этими двумя способами занимает тот, когда для очищения брюшины употребляются шарики или компрессы из марли, но не сухие, а смоченные в каком-либо стерильном индифферентном растворе и потом более или менее отжатые.

Как сухой, так и влажный способ туалета брюшины при лапаротомиях имеют своих сторонников и противников в среде хирургов и гинекологов, так как у каждого из них имеются свои достоинства и свои недостатки. При очищении брюшины сухой марлею сильнее, повидимому, травмируется нежный брюшинный эндотелий, и самое удаление загрязняющих веществ производится менее совершенно, — вещества эти в значительном количестве остаются на месте своего первоначального нахождения, вызывая здесь резкие воспалительные изменения в виде экссудатов и брюшинных сращений. Путем промываний загрязняющие брюшину вещества удаляются более совершенно; в частности, как я убедился путем бактериологических наблюдений, этим путем можно значительно уменьшить содержание в полости брюшины микробов, попавших туда *sub operatione*. Брюшина, далее, хорошо переносит промывания индифферентными растворами. Наконец, всасываясь, последние благотворно действуют на общее состояние оперируемых: кровяное давление у них поднимается, сердечная деятельность улучшается, пульс становится полнее и реже. Наряду с этими выгодными сторонами данному способу туалета брюшины присущи, однако, и крупные невыгоды: промывания значительно затягивают продолжительность лапаротомии, они требуют особенно пунктуального соблюдения правил асептики, при них поверхность тела больной увлажняется, что ведет к его охлаждению, а главное — при этом инфекционные начала разносятся по всей брюшной полости и, благодаря энергичному всасыванию из последней, — по всему организму.

Имея в виду благотворный эффект промываний брюшной полости, я одно время систематически применял их при всех без исключения брюшностеночных чревосечениях, но затем как клинические наблюдения, так и экспериментальные данные, полученные в лаборатории заведомой мною клиники мною самим, Перимовым и особенно Нагевичем, убедили меня, что этот способ ухода за брюшиной заслуживает применения, — как, впрочем, и все другие медицинские средства, — лишь в определенном круге случаев, именно, там, где брюшная полость загрязнена или кровью, содержимым кист и т. п., или инфекционными веществами (гноем), содержащими микробов невысокой вирулентности. Если в подобных случаях прибегать к сухому способу очищения брюшины, то значительная часть этих веществ остается в брюшине и вызывает местный перитонит с последующим развитием сращений; если, напротив, прибегать здесь к промываниям, то загрязняющие вещества большей частью удаляются, оставшаяся же небольшая часть их распределяется по всей брюшной полости и, всасываясь вместе с промывной жидкостью, поступает в кровь, причем никаких местных изменений в брюшине не получается, в крови же инфекционные начала, имея невысокую вирулентность, быстро уничтожаются, благодаря имеющимся здесь защитительным приспособле-

ниям организма. В конечном итоге для таких случаев промывания брюшины являются более выгодными, чем сухой способ ухода за нею,— после них не получается ни местных изменений в брюшине, ни общего заражения организма. Другое дело, если мы имеем дело с инфекционными началами высокой вирулентности,—здесь промывания являются безусловно невыгодными, ибо они распространяют инфекцию по всей брюшной полости и всему организму, который не в состоянии бывает справиться с ними в виду их вирулентности. В таких случаях выгоднее, чтобы участок брюшины, загрязненный *sub operatione*, напр., гноем, содержащим микробов высокой вирулентности, оставался изолированным от остальной брюшной полости, и микробы из него поступали не в кровь, а наружу; достигнуть этого можно, выполняя данный участок тампоном Mikulicz'a, причем предварительно гной по возможности удаляется отсюда сухими компрессами.

В конце концов я выработал следующий способ ухода за брюшиной при чревосечениях: если она загрязнена неинфекционными веществами, напр., кровью, содержимым кистом и т. п., ее выгоднее всего промывать; если, напротив, во время операции (или до нее) в нее попал гной (и другие инфекционные вещества), то дальнейший образ действия оперирующего должен зависеть оттого, содержит-ли этот гной микробов, или нет, и, если содержит, то каких именно,—при загрязнении брюшины старым, асептическим гноем и гноем, содержащим микробов невысокой вирулентности, лучше всего опять-таки применять промывание брюшной полости, при попадании же на операционное поле гноя с микробами высокой вирулентности (напр., стрептококками) лучше обособить незагрязненные участки брюшины сухими компрессами, по возможности удалить гной шариками из сухой марли и, наконец, ввести в брюшную полость дренаж Mikulicz'a (resp. Mikulicz'евский и влагалищный одновременно). Конечно, *conditio sine qua* поп проведения такого образа действий—немедленное, еще *sub operatione* исследование гноя хотя-бы на мазках, производимое одним из присутствующих при лапаротомии врачей. Само собою разумеется также, что, если при лапаротомии брюшная полость ничем не будет загрязнена, то и никакого очищения ее,—ни сухого, ни путем промываний,—не нужно.

Заслуживают внимания результаты, которые были мною получены при лапаротомиях, проведенных с промыванием брюшины и без такового. Из 1151 лапаротомии, сделанной в заведомой мною клинике за 15 лет (190⁰/₁—191⁴/₅ уч. гг.), с промываниями была проведена 531 (46,1⁰/₀), по сухому же способу—620 (53,9⁰/₀). При этом в первой группе лапаротомий смертельный исход в зависимости от операции имел место у 15 больных, что дает смертность в 2,8⁰/₀ во второй же—у 44, т. е. здесь смертность равнялась 7,1⁰/₀.

Широко пользовались промываниями брюшной полости и другие русские гинекологи: Снегирев, из 1000 лапаротомий применив-

ший промывания в 215, Холодковский, Львов, видевший особенно хорошие результаты от них при внематочной беременности, и др.

Для промываний в прежнее время обыкновенно пользовались физиологическим раствором поваренной соли, я же ввел в практику применение для этой цели Лоске'овской жидкости, видоизмененной соответственно содержанию неорганических солей в плазме человеческой крови (на 1 литр воды хлористого калия—0,359 грм., сернокислого калия—0,281 грм., фосфорнокислого натрия—0,271 грм., фосфорнокислого кальция—0,298 грм., фосфорнокислого магния—0,218, хлористого натрия—5,546 грм. и соды—1,546 грм.). Жидкость эта стерилизуется в аппаратах Fritsch'a и вливается в брюшную полость из кувшинов, нагретую до температуры человеческой крови. Влив возможно большое количество ее, я тщательно прополаскиваю в ней брюшные органы, особенно кишки и сальник, затем удаляю раствор при помощи стерильных марлевых компрессов, вновь повторяю вливание и делаю так 3—5 раз. В заключение я оставляю последнюю порцию жидкости невычерпанною, а иногда ограничиваюсь и просто однократным вливанием раствора в брюшную полость. Другие гинекологи производят промывание брюшины при чревосечениях при помощи кружки Estmarch'a, причем излишек жидкости сам выливается чрез брюшной разрез или выжимается путем надавливания на брюшные стенки.

Разбирая вопрос о туалете брюшины при брюшностеночных чревосечениях, мы должны попутно остановиться и на том вопросе, который только что был затронут выше, именно, на вопросе о дренировании брюшины. Еще не так давно дренирование широко применялось гинекологами не только при кольпотомиях, но и при лапаротомиях, а некоторыми широко применяется и до сих пор.

Так, Снегирев из первой тысячи своих чревосечений, произведенных perabdomen, применил дренаж брюшной полости в 545, причем в 185 случаях это был трубчатый дренаж, в 110—тампон по Mikulicz'u и в 250—полоса иодоформированной марли. По данным Преображенского, относящимся к 1909 году, из 600 лапаротомий, произведенных в СПб. Повивальном Институте (Отт), 432 были проведены с дренажем и лишь 168—без него.

В новейшее время, однако, среди гинекологов замечается явная тенденция ограничить применение дренажа брюшной полости при лапаротомиях. С одной стороны как клинические, так и экспериментальные данные (у нас, напр., Ф и ш е р а) свидетельствуют, что дренирование брюшной полости после чревосечений в общем не оправдывает тех надежд, которые на него возлагались прежде,—вероятно, потому, что дренирующий эффект всяких дренажей брюшной полости является весьма кратковременным (опыты Отта и др. показали, что уже спустя несколько часов находящийся в брюшине конец дренажа окружается пластическим выпотом и обособляется от остальной брюшины); с другой—дренажу присущи многие отрицательные стороны: выздоровление оперированных при этом затягивается, смена дренажа нередко является сильно-болезненною, больные с дренажами часто лихорадят, инфильтраты в брюшной полости наблюдаются

после лапаротомий, проведенных с дренажем, значительно чаще (почти вдвое—по Преображенскому), чем после лапаротомий без дренажа, при дренажах, выведенных в брюшную рану, обычно развиваются впоследствии послеоперационные грыжи в рубце, субперитонеальные дренажи дают большой процент кишечных и мочевых свищей и т. д.

В виду всего этого дренирования брюшной полости при лапаротомиях действительно следует избегать, особенно там, где оперирующему удалось провести перитонизацию операционного поля и надежно выполнить гэмостаз, а брюшина при операции не была сильно инфицирована. Однако и совершенно отказываться от применения дренирования брюшной полости после брюшностеночных чревосечений будет едва-ли рационально. Только этим путем и можно, напр., спасти больных, у которых во время операции брюшина была загрязнена сильно-вирулентным гноем, причем благодетельный эффект разбираемой меры здесь обуславливается не удалением инфекционных начал из всей брюшной полости, а обособлением инфицированных ее отделов от неинфицированных и выведением инфекционных начал лишь из первых. Показуется дренаж также в тех случаях, где после разделения сращений, вылушения межсвязочных опухолей, удаления haematocele и пр. лапаротомисту не удалось достаточно совершенно провести перитонизацию операционного поля, а равно—где ему пришлось отказаться от полного удаления яичниковых кистом, эхинокковских кист, плодных мешков при внематочной беременности и т. п., ограничившись или вскрытием и опорожнением их, или частичной их резекцией, с последующим вшиванием либо всего мешка, либо части его в брюшную рану (марсупиализация). Наконец, дренаж является показанным там, где оперирующему не удалось надежно провести стойкого гэмостаза, или где ему пришлось прибегнуть к наложению, вместо лигатур, пинцетов à demeure на кровоточащие сосуды брюшной полости.

В некоторых случаях подобного рода можно прибегать к трубчатым дренажам—или из резиновых, достаточно толстых трубок с вырезанными в их стенках окошечками, или стеклянным. Наилучшею формою дренажа брюшной полости при лапаротомиях является, однако, по моему, марлевый дренаж, для которого многие гинекологи пользуются иодоформированной марлей, я же предпочитаю стерильную марлю: во-первых, при этом устраняется опасность отравления больных иодоформом, во-вторых, простая стерильная марля дренирует гораздо лучше, чем пропитанная иодоформом и применяемыми при иодоформировании смолистыми веществами (канифоль), в силу своей большей гигроскопичности.

Марлевые дренажи, заложенные в брюшную порось, могут быть выводимы или в брюшную рану (обыкновенно в нижний угол ее,

обшиваемый узловатыми швами, тогда как остальная часть раны зашивается наглухо), или в рукав (через отверстие, оставшееся после удаления матки, или специально для дренажа проделанное в заднем своде); в некоторых случаях особенно сильного загрязнения брюшины инфекционными началами,—напр. при расширенной абдоминальной экстирпации матки, шейка которой поражена распадающимся раком,—рационально применять и те, и другие дренажи одновременно. В брюшной полости марлевые дренажи могут располагаться или интраперитонеально, или экстраперитонеально (дренажи последнего вида обыкновенно выводятся в рукав, после удаления матки, причем брюшина наглухо зашивается над верхнюю часть их при помощи непрерывного кэтгутового шва). Что касается, наконец, формы марлевых дренажей, то при лапаротомиях применяются обычно дренажи либо в виде марлевой полосы, в 4—5 пальцев шириною, вводимой или интраперитонеально, или экстраперитонеально, и выводимой или в рукав, или в брюшную рану,—либо в виде мешка из марли (resp. квадратного куска последней), выполняемого внутри марлевой полосой и выводимого в брюшную рану (т. наз. дренаж Mikulicz'a, который я считаю особенно пригодным для лапаротомий).

Срок, на который вводится марлевый дренаж, в практике различных гинекологов является различным. Я, большею частью, окончательно извлекаю дренаж,—как Mikulicz'евский, так и в виде полосы,—на 8-й день, но понемногу начинаю извлекать его уже с 5-го или 6-го дня. Другие оставляют его до 9-го—10-го дня (Преображенский), а некоторые предпочитают извлекать его гораздо раньше,—Муратов, напр. на 2-е или 3-и сутки. Губарев, если пропитывающая марлю жидкость оказывается бесцветной, и нет угрожающих признаков со стороны общего состояния больной, советует удалять дренаж Mikulicz'a через 24 часа, затягивая провизорно наложенные на нижний угол раны швы и таким образом закрывая ее наглухо; при этом края раны сростаются, и у больных не получается грыжи, но беда в том, что ограничивающие дренаж свежие брюшинные спайки при этом легко могут разорваться, и свободные от инфекции верхние отделы брюшной полости могут последовательно инфицироваться из нижнего отдела, куда был вставлен тампон. Во всяком случае не подлежит сомнению, что при выборе времени для извлечения дренажа надо считаться с тем, в каких видах был применен дренаж, а также с течением послеоперационного периода у лапаротомированной.

Когда туалет брюшины окончен, лапаротомист приступает к закрытию брюшной раны. Предварительно, однако, он должен убедиться, что из брюшной полости удалены все предметы, введенные туда во время операции. Как уже было упомянуто в своем месте, при брюшностеночных чревосечениях не так редко забываются в полости брюшины компрессы, кровоостанавливающие пинцеты и др. инструменты, причем, конечно, оставление их иногда ведет к очень печальным последствиям. Если даже забытые предметы попали туда в со-

вершенно-асептическом состоянии, они вызывают и поддерживают в брюшине реактивный воспалительный процесс, т. наз. Fremdekörper-peritonitis немецких авторов, со всеми, присущими этому заболеванию, припадками. Они могут, далее, обусловить перфорацию таких органов, нарушение целости которых грозит серьезною опасностью для самой жизни больных: в литературе описаны, напр., случаи, где забытые при операции пинцеты пробуравливали стенку крупных артерий, результатом чего было смертельное кровотечение. Стремясь элиминироваться через кожу, путем нагноения, они могут, далее, вызвать образование гнойных свищевых ходов. Еще чаще предметы эти элиминируются,—зачастую после долговременного пребывания в брюшной полости,—в полые органы последней: кишки, мочевой пузырь и пр., причем, если забытый предмет одновременно прободает и кожу,—на этой почве могут возникнуть мочевые и каловые свищи.

В виду всего этого лапаротомисты издавна уже стремились выработать предупредительные меры, которые-бы гарантировали от забывания в брюшной полости вводимых туда при операциях предметов. Небольшие куски марли, в большом количестве употребляемые при чревосечениях для вытирания крови и пр., оперирующему и его ассистентам лучше всего совершенно не выпускать из рук, приняв за правило—никогда не оставлять их в брюшине, во время операции, на более или менее продолжительное время. Компрессы более значительной величины, вводимые для защиты кишек и т. п., должны быть на счету, причем перед операцией лицо, заведующее их подачею, должно точно сосчитать их (а еще лучше для каждой лапаротомии заготавливать определенное, раз навсегда принятое, число их, напр., 10 штук), в конце же операции, перед закрытием брюшной раны,—убедиться, что все они, как бывшие, так и не бывшие в употреблении, находятся налицо. То же самое надо сделать и по отношению к инструментам,—особенно употребляемым при чревосечениях в большом числе,—которые оставляются в брюшной полости, во время операции, на более или менее продолжительное время и притом имеют сравнительно-небольшие размеры, позволяющие им оставаться незаметными среди кишек (пинцеты Réa n'a, Косберг'a и др.).

Не довольствуясь этим, некоторые гинекологи и хирурги придумали особые меры для предупреждения забывания в брюшной полости инструментов и компрессов. Так, одни рекомендуют вводить туда компрессы не иначе, как захваченными в зажимы, длинные ручки которых остаются вне брюшной раны. Другие советуют к каждому компрессу, вводимому при лапаротомии в брюшную полость на более или менее продолжительное время, прикреплять особый груз, в виде небольшой гирьки или металлической пластинки, на нитке, причем в то время, как компресс лежит в полости брюшины, груз этот остается снаружи (мера, одно время применявшаяся в нашей клинике). Kelly придумал для компрессов, пинцетов и пр. осо-

Большинство современных лапаротомистов сшивает глубокие слои брюшной стенки при помощи погружных швов, употребляя для них рассасывающийся материал—обыкновенно кэтгут, реже оленьи и кен-

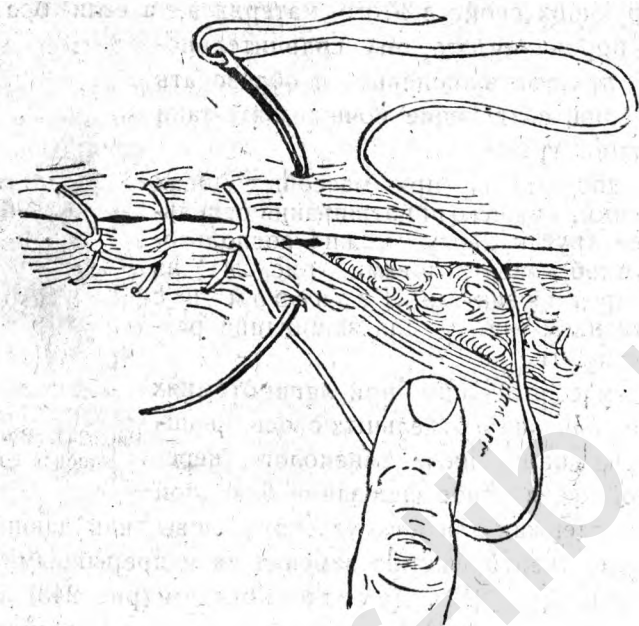


Рис. 243. Наложение Reverdin'овского шва (по Губареву).

гуровые сухожилия и т. п. Некоторые, однако, и для погружных швов употребляют нерассасывающийся материал, напр., шелк. Другие, применяя для глубоких слоев брюшной стенки нерассасывающийся материал, делают эти швы с'емными: Лебедев, напр., сшивая апоневроз вместе с брюшиной при помощи матрацного шелкового шва, выводит концы шелковой нити в углы кожной раны и вытягивает нить на 11-й день после операции; Бухман сшивает апоневроз проволокой из алюминиевой бронзы, концы которой также выводятся наружу, причем за один из этих концов проволока впоследствии вытягивается, когда произойдет достаточно-прочное сращение тканей.

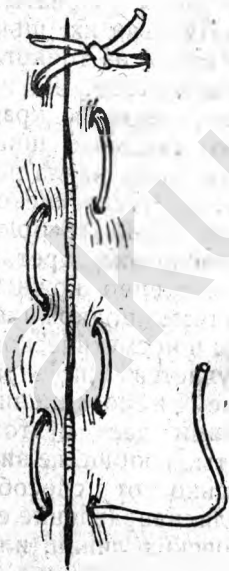


Рис. 244. Матрацный шов (по Губареву).

Вообще техника зашивания брюшной раны после лапаротомии у различных гинекологов представляет массу вариаций, причем разные способы могут давать одинаково-хорошие результаты, в смысле возможного *restitutio ad integrum* брюшной стенки и отсутствия послеоперационных грыж, лишь-бы 1) восстановление целостности апоневроза достигалось при данном способе полное, и 2) не было последовательного нагноения в брюшной ране.

После закрытия брюшной полости брюшная рана смазывается иодной настойкой, либо присыпается каким-нибудь дезинфицирующим порошком (дерматолом, ксероформом, виоформом и т. п.), на живот оперированной накладывается асептическая повязка, удерживаемая пологняным или вязаным бинтом, и пациентка из операционной транспортируется в палату.

Лямбль. Сл. гнойн. воспаления брюшины, прин. по ошибке за кисту яичника. М. В. 1870. — Отт. О влиянии мочи на бр. полость. Вр. 1885. — Матвеев. Мат. к вопр. об овариотомии в России. Дисс. СПб. 1886. — Утельмахович. К пат. изменений культи при внутрибр. методе при laparotomi'ях. Ж. А. 1887. — Ракуза. О тампонации бр. полости при чревосечениях. Пр. Киев. А. О. I. — Губарев. Laparotomia externa s. extraperitonealis. Тр. М. А. О. 1887. — Нольчини. Клин. случаи, потребовавшие laparotomiam ext. Там же. — Брюно. К вопр. о дренировании бр. полости. Пр. Киев. А. О. 1888. — Столыпинский. Чревосечение у новорожденной. Дн. О. Вр. при Каз. Ун. 1888. — Рейн. Об асептике при чревосечениях. Вр. 1890. — Рейн. Асептика или антисептика при чревосечениях? Вр. 1890. — Писемский. Нек. новые данные о применении асептики при чревосечениях и пр. Вр. 1890. — Яновский. О результатах бакт. исследования содержимого дренажа бр. полости. Пр. Киев. А. О. III. — Писемский. Мат. к вопр. об асептике при чревосечениях. Там же. IV. — Киреев. Применение асептики в хирургии бр. и таз. полостей. Ж. А. 1892. — Муратов. Неск. слов об интраперит. вливании норм. раствора пов. соли при чревосечениях. М. Об. 1892. — Рачинский. К вопр. о бр. шве после чревосечений. Вр. 1892. — Семеновский. К вопр. о тампонации бр. полости. Ж. А. 1892. — Славянский. Laparotomia conservativa. Ж. А. 1892. — Миронов. К вопр. об асептике во вр. лапаротомий. Ж. А. 1892. — Орлов. Клин. отчет о 200 чревосечениях. Дисс. СПб. 1893. — Отт. Кр. обзор 204 чревосечений. Сб. Слав. — Феноменов. Сто чревосечений. Там же. — Губарев. О дренаже бр. полости. Ж. А. 1895. — Вельяминов. Редк. сл. ранения моч. пузыря. Реф. Вр. 1895. — Орлов. О брюшном шве. Вр. 1896. — Богаевский. Кр. очерк 150 чревосечений. Ж. А. 1896. — Рейн. Обзор 500 чревосечений. Пр. Киев. А. О. X. — Бекман. Из области брюшной хирургии. Вр. 1897. — Рачинский. О смеш. брюшном шве после чревосечения. Ж. А. 1897. — Порошин. Клин. обзор чревосечений, произв. в ак.-гинек. клинике проф. К. Ф. Славянского за 20 лет. Дисс. СПб. 1898. — Порошин. К вопр. о внутрибрюш. поранении моч. путей при чревосечениях. Вр. 1898. — Баташов. К каз. ранений моч. пузыря при операциях. Вр. Зап. 1893. — Волкович. К вопр. о разрезах бр. покровов при чревос. Вр. 1898. — Минкевич. К вопр. о заживлении бр. раны после чревосечения. Дисс. СПб. 1893. — Губарев. Об операциях на шир. связках и на придатках матки. Ж. А. 1893. — Томсон. О брюшн. шве. Ж. А. 1899. — Снегирев. Выд. из отчета о 1000 чревосечений. Ж. А. 1899. — Фишер. Неск. экспер. данных к вопр. о дренировании бр. полости при чревосечениях. Дисс. СПб. 1899. — Губарев. О зашивании бр. раны и о дренаже бр. полости после чревосечения. Ж. А. 1900. — Феноменов. Что делать в случае поранения мочеточника и невозможности восстановления его целостности? Ж. А. 1900. — Богоявленский. К вопр. о послеоперац. грыжах пер. брюшной стенки. Дисс. Елец. 1901. — Губарев. О ранении моч. путей при операциях на тазовых органах. Ж. А. 1901. — Никонов. К вопр. о способе разреза бр. стенки при гинек. чревосечениях. Ж. А. 1902. — Букоемский. К вопр. о заживлении бр. раны после чревосечения. Ж. А. 1903. — Подгорецкий и Столыпинский. 1000 чревосечений, произв. проф. Н. Н. Феноменовым. Ж. А. 1903. — Цейдлер. Неск. слов о шве бр. покровов. Отч. Р. Вр. 1903. — Груздев. К технике брюшных чревосечений. Р. Вр. 1903. — Садовский. К технике производства чревосечений. Ж. А. 1903. — Львов. К уч. о внем. беременности. Ж. А. 1904. — Мурза. Сп. зашивания бр. раны после чревосечений. Ж. А. 1904. — Садовский. Методы зашивания поранений моче-

точника. Там же. — Кузнецкий. По пов. 60 чревосечений с применением швов из оленьих сухожильных нитей. Там же. — Муратов. О дренажах при чревосечениях. Вр. Г. 1904.—Губарев. К вопр. о сравнении абдом. метода с вагинальным при операциях на таз. органах женщины. Ж. А. 1905. — Бухман. К технике шва бр. стенок. Отч. Р. Вр. 1906.—Дубинчик. О сѣмнопогружном непрер. шве при чревосечениях проф. А. И. Лебедева. Р. Вр. 1907.—Окинчиц. К технике шва бр. стенок. Р. Вр. 1907. — Варгафтик. Техника чревосечений. Ж. А. 1907. — Феноменов. О попер. сечении бр. стенки по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1908. — Гиммельфарб. О надлонном попер. разрезе фасции при чревосечениях. II. С. Р. А. — Оппель. К вопр. о кишечной хирургии в гинекологии. Ж. А. 1908.—Федоров. О новом разрезе бр. стенки при аппендиците, осл. заболеванием придатков у женщин. Ж. А. 1909. — Калмыков. Поп. разрез бр. стенки по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1909. — Трабша. Поп. разрез Pfannenstiel'я. Ж. А. 1909.—Волкович. Наиболее подходящий к норм. условиям способ прохождения через брюшные покровы. Р. Вр. 1909.—Преображенский. Результаты применения капиллярного дренажа (тампонации) бр. полости при чревосечениях. III С. Р. А. — Груздев. К вопр. о границах применения лапаротомии с прод. разрезом, лапаротомии с разрезом по Pfannenstiel'ю и кольпотомии в гинек. практике. Ж. А. 1909.—Холодковский. К борьбе с послеоп. грыжей. III С. Р. А.—Шерман. Роль сальника и брюшины при попадании инор. тел в бр. полость. Ж. А. 1910. — Богаевский. К вопр. о поп. сечении бр. стенки по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910.—Клейнман. Мат. к вопр. о поп. разрезе бр. стенок по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910.—Гаусман. Мат. к вопр. о поп. разрезе бр. стенок по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910.—Писемский. К вопр. о разрезе бр. стенок при чревосечениях. Ж. А. 1910. — Губарев. О разрезах брюшной стенки при чревосечениях. Ж. А. 1910. — Китнер. К вопр. о надлобк. поп. разрезе по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910. — Кочетков. К вопр. о поп. разрезе бр. стенки по сп. Pfannenstiel'я. Дисс. СПб. 1910—Греков. К леч. поврежденных кишек и брыжейки и пр. при ах.-гин. операциях. Р. Вр. 1910.—Орлов. О влаг. и брюшн. чревосечениях. Р. Вр. 1910. — Судаков. Перитонизация изолир. кусками сальника. Ж. А. 1910.—Иванов. О шелковом непрерывном сѣмнопогружном матрачном шве проф. А. И. Лебедева. при чревосечениях. СПб. Дисс. 1911.—Петерсон. О повреждении кишечника при производстве брюшн. и влаг. чревосечений в гинекологии. Р. Вр. 1911.—Драницын. О разрезе бр. стенки по сп. Pfannenstiel'я. Отч. Вр. Г. 1911.—Платонов. Новая эра в хирургии. Ж. А. 1911.—Окинчиц. Результаты применения провол. сѣмного шва на апоневроз на основании 268 чревосечений. Ж. А. 1912.—Финкель. Отч. Ж. А. 1912.—Грамматикати. По вопр. о чревосечениях. Отч. Вр. Г. 1912.—Томсон. Сп. покрытия круглою связкой культи после бр. удаления опухолей яичников и пр. Ж. А. 1912.—Яхонтов. К вопр. о попер. фасци. разрезе бр. стенки при гин. чревосечениях. Ж. А. 1913.—Дубинчик. К вопр. о поп. надл. сечении бр. стенок по Pfannenstiel'ю при чревосечениях. Р. Вр. 1913. — Валяшко и Лебедев. К предупреждению грыж и выпячиваний после чревосечений. Р. Вр. 1913. — Глядково. О брюшност. чревосечениях. Ж. А. 1913.—Доберт. Тысяча чревосечений. Ж. А. 1913.—Холодковский. 1000 чревосечений (брюшные и влагалищные). Дисс. СПб. 1913.—Кутасов. Пластика свободным сальником и пр. Вр. Г. 1914.—Подушко. Бакт. контроль асептики чревосечений. Отч. Вр. Г. 1914. — Котова. Отч. Вр. Г. 1915.—Кечек. Профил. катетеризация мочеточников при операциях на матке и ее придатках. Вр. Г. 1916.

Случаи повреждения мочеточников при лапаротомиях: Рейн, Пр. Киев. А. О. 1885—6; Модлинский, М. Об., 1892; Варнек, М. Об., 1895; Порошин, Вр., 1898.

Сакральный способ чревосечений. Кроме влагалища и передней брюшной стенки, в полость брюшины можно проникнуть, т. е. произвести чревосечение, и сзади, резецировав—временно или стационарно—копчик и часть крестца. Способ этот, впервые предложенный

Краске для удаления пораженной раком прямой кишки, а затем нашедший себе применение и в гинекологической практике, особенно при раке матки, приобрел себе некоторых сторонников и у нас в России (Модлинский и др.), но в общем технические трудности его по сравнению с кольпотомией и чревосечением чрез переднюю брюшную стенку настолько очевидны для всякого, что о более или менее широком распространении его в гинекологии не может быть и речи. Не останавливаясь поэтому подробно на технике данного способа, упомяну лишь, что операция при нем производится обычно в боковом положении больной, разрез мягких частей делается в одном из направлений, указанных на прилагаемом рисунке (рис. 245), затем производится резекция копчика и части крестца, прямая кишка отодвигается, и оперирующий проникает в клетчатку, лежащую под дном заднего Douglas'ова кармана, после чего вскрывает брюшину последнего.

Живописцев. Остеопластическая резекция крестцовой кости в применении ее для экстирпации пораженной раком матки в 3 сл. М. Об. 1891. — Макиевский. Крестцовый метод в хирургии и гинекологии. Дисс. М. 1898. — Модлинский. Крестцовый метод в хирургии и гинекологии. IX Пир. С.

Послеоперационный уход за больными. Уход за больными после гинекологических операций представляет большое разнообразие в зависимости прежде всего от характера перенесенной больною операции, а затем — в зависимости от тех осложнений, которые имеют место в послеоперационном периоде. Некоторые гинекологические операции могут быть производимы амбулаторно, и больные после них почти не нуждаются ни

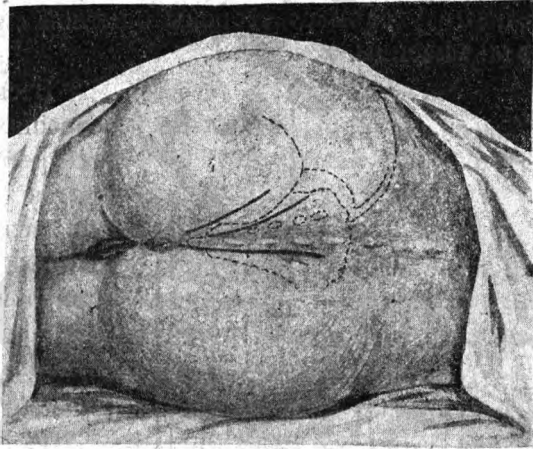


Рис. 245. Положение больной и направление различных разрезов, предложенных для экстирпации матки по сакральному способу (по Снегиреву).

в каком специальном уходе. В дальнейшем мы коснемся лишь главнейших правил послеоперационного ухода, причем будем иметь в виду преимущественно больных, перенесших т. наз. „большие“ гинекологические операции, т. е. операции, сопряженные со вскрытием брюшины (чревосечения) и потребовавшие общего наркоза.

После того, как операция кончена, больная переносится с операционного стола на доставленную в операционную комнату кровать, для чего ножки последней должны быть снабжены колесцами; можно, впрочем, при этом пользоваться и обыкновенною кроватью, но тогда

она или ставится на особую тележку (рис. 246), или к головному и ножному концам ее временно прикрепляются особые рамки с колесами (рис. 247), позволяющие перекачивать ее. На кровати оперированная транспортируется лучше не прямо в палату, где ей придется лежать впоследствии, а сначала в особое помещение, находящиеся по близости от операционной, где она и остается в течение хотя-бы первых суток

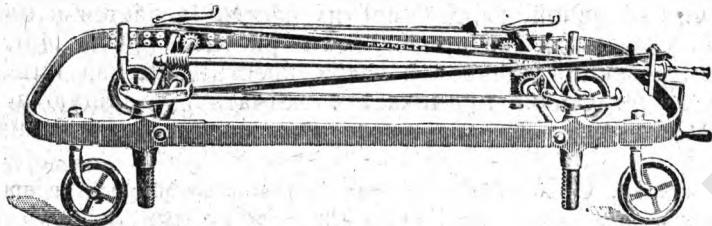


Рис. 246. Тележка для перекачивания кроватей (модель Windle's).

р. о. под постоянным врачебным наблюдением, пользуясь особенно-тщательным уходом со стороны опытной сиделки, сестры милосердия или фельдшерицы.

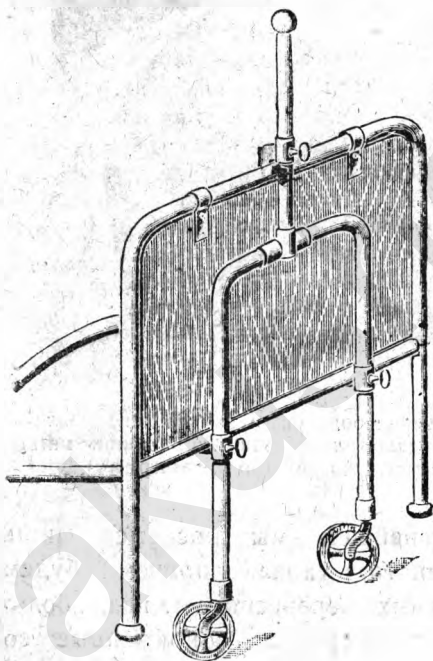


Рис. 247. Приспособление для перекачивания кроватей.

Весьма нередко у больных, перенесших тяжелые операции, в первое время по окончании их наблюдаются явления коллапса,—сердечная деятельность представляется слабою, градусник обнаруживает ненормально низкую температуру тела и пр. Чтобы больная поскорее оправилась от этого состояния, следует позаботиться прежде всего о согревании ее тела: постель, в которую перекадывают больную с операционного стола, предварительно должна быть нагрета, к ногам больной и ее туловищу прикладывают бутылки с горячей водой или грелки (остерегаясь при этом, чтобы не причинить ожогов), все тело до головы закутывают в теплое одеяло, а при особенно сильном коллапсе впрыскивают под кожу возбуждающие (камфору и т. п.), при-

дают больной, подкладывая под ножной конец кровати деревянные подставки, такое положение, чтобы голова ее оказалась ниже ног (Clark'овское), вводят подкожно или прямо в вену достаточное коли-

чество (литр и больше) стерильного, теплого физиологического раствора или, еще лучше, Lock'e'вской жидкости (с прибавкой нескольких капель раствора адреналина 1:1000), ставят горячую клизму из 3—4 стаканов того же раствора с 1—2 столовыми ложками коньяку или спирту и пр.

В отдельных случаях прогрессирующее падение пульса с увеличением его частоты возростающая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек у недавно оперированных, понижение t^0 тела и пр. указывают на начавшееся внутреннее кровотечение. Сняв повязку, гинеколог, при помощи главным образом перкуссии, иногда может в таких случаях констатировать присутствие свободной жидкости в брюшной полости. Лучше всего тогда—немедленно опять взять большую в операционную, раскрыть ей брюшную рану и, найдя источник кровотечения, произвести надежный гэмостаз.

Вторичные лапаротомии по поводу внутреннего кровотечения у оперированных *per abdomen* в практике лапаротомистов не составляют исключительной редкости. По данным Нольчини на 654 первичных брюшностеночных чревосечений, произведенных за 1890—1896 годы в Московской клинике проф. Снегирева, они были сделаны по разным поводам 15 раз т. е. в 2,3%, но, присоединяя сюда данные, найденные им в литературе, Нольчини общий процент релапаротомий определяет лишь в 0,4, причем на внутренние кровотечения приходится у него 21,4% общего числа вторичных чревосечений с 54,1% смертности. В Казанской клинике за 190⁰/₁—191⁷/₈ гг. вторичные брюшностеночные чревосечения были произведены мною 8 раз на 1397 первичных лапаротомий (0,57%), в том числе 4 раза—по поводу внутреннего кровотечения; двух из этих 4 больных удалось спасти, 2 же погибли—одна от шока, другая от продолжавшегося, несмотря на операцию, кровотечения (повидимому, в последнем случае я имел дело с конституциональною кровоточивостью).

Разумеется, нужда во вторичных лапаротомиях при внутренних кровотечениях тем меньше, чем надежнее производится гэмостаз при первичных операциях, результаты же их тем благоприятнее, чем, во-первых, раньше диагностирована внутренняя гэморрагия, и чем раньше сделано вторичное чревосечение, а во-вторых, чем строже проведены при последнем правила асептики. Для распознавания внутреннего кровотечения у лапаротомированных Губарев рекомендует прием *Dudley*, состоящий во введении катетера, через нижний конец брюшной раны, в задний *Douglas'*ов карман. Но, с одной стороны, прием, этот технически легко выполнимый при зашивании брюшной раны массовыми узловатыми швами, является затруднительным для выполнения при послойном зашивании ее непрерывными швами, а с другой—внутреннее кровотечение не так трудно обнаружить и путем тщательного наблюдения за больной с обследованьем ее живота при помощи перкуссии.

Наиболее частым припадком, имеющим место после гинекологических операций, сделанных под ингаляционным наркозом, является рвота. Если последняя имеет чисто-наркозное происхождение и, в соответствии с этим, наблюдается лишь в первое время после опера-

ции,—большею частью лишь в течение первых суток, редко долее,—то особенно тревожиться по поводу ее нет оснований. Напротив, как уже упоминалось выше, в главе о наркозе при гинекологических операциях, рвота при наркозе и после него имеет свои хорошие стороны,—она предохраняет больных от т. наз. Schluckpneumonie. Чтобы ограничить ее приступы, больной рекомендуется первое время после операции лежать спокойно, с опущенною головою, без подушек. В прежнее время в ходу было, в качестве средства против рвоты, глотание оперированными кусочков льда; опыт учит, однако, что это средство не достигает цели,—напротив, оперированным лучше до тех пор, пока не прекратится рвота, не давать ничего per os и в частности—никакого питья; единственное, что им можно разрешать, это—полоскать рот холодною водою с прибавкой мятных капель и т. п. Хорошо также, пока у оперированной имеется рвота, держать у ней на верхней губе, пред ноздрями, кусок ваты („ватные усы“), смоченный в обыкновенном уксусе. В самое первое время после операции, когда больная еще не пришла в сознание после наркоза, в случае приступов рвоты у нее надо, конечно, заботиться о том, чтобы рвотные массы не попали в дыхательное горло; для этого, при начале рвотных движений, ухаживающее за оперированною лицо повертывает ей голову вбок, а по окончании приступа рвоты очищает рот и глотку пальцем, обернутым полотенцем, или куском марли на корнцанге. В дальнейшем на постель больной, около ее головы, ставится почкообразный тазик, и при появлении позывов к рвоте пациентка сама повертывает голову и извергает рвотные массы в этот тазик, а по окончании приступа полощет себе рот хоть тою же водою с мятными каплями.

Другое дело, если рвота продолжается и в дальнейшие дни после операции, или, прекратившись после первых суток, вновь появляется на 3-й и следующие дни,—если рвотные массы приобретают характер кофейной гущи (вследствие примеси крови),—если рвота перемежается весьма мучительной иногда икотой и сопровождается сухостью и обложенностью языка, вздутием живота, повышением t° , и ослаблением пульса и пр. Таковая рвота представляет собою весьма грозный симптом, зависящий от раздражения брюшины и указывающий на развитие перитонита. Некоторые авторы (Губарев) рекомендуют при этом прежде всего прибегать к промываниям желудка большими количествами теплых щелочных растворов (напр., раствора соды), и действительно, как я убедился на опыте, подобные промывания иногда замечательно облегчают больных. Однако, если перитонит будет прогрессировать, такое облегчение является лишь временным,—после некоторого перерыва рвота с икотой и отрыжкой вновь возобновляется, продолжаясь до летального конца. Кроме промываний желудка на рвоту, зависящую от раздражения брюшины, иногда замечательно хороший эффект сказывает, как я убедился, применение наркотиков, напр., морфия подкожно, хотя и этот эффект, к сожалению, зачастую оказывается временным. Далее, при этом нужно

добиваться уменьшения вздутия живота (resp. отхождения газов) при помощи клизм—обыкновенных и высоких, применения питуитрина подкожно (вызывающего сокращения кишечной мускулатуры), атропина и т. п. средств.

Когда зависящая от хлороформа или других, употребленных для наркоза, средств рвота прекратится, голову оперированной можно положить на подушку и позволить ей утолять жажду. Зачастую больные из всех видов питья предпочитают тогда простую холодную воду, но гораздо лучше предлагать им пить горячий чай или кофе, иногда с примесью коньяку или вина,—сначала чайными ложками, а потом, если рвота не будет возобновляться,—и в больших количествах. В некоторых случаях, впрочем,—там именно, где рвота у оперированных продолжалась долгое время, и слизистые оболочки верхнего отдела пищевого тракта сильно раздражены,—я предпочитаю давать больным какую-нибудь щелочную минеральную воду с кусочками льда и небольшою примесью красного вина. С 3-го дня после операции оперированную можно начать кормить, сначала давая ей жидкую пищу (бульон, молоко, яйца в смятку), а затем и твердую.

Очнувшись от наркоза, перенесшие большие гинекологические операции больные зачастую начинают жаловаться на сильные боли в животе. Для облегчения этих болей принято тотчас после операции класть на нижнюю часть живота оперированным пузырь со льдом, который, при нормальном течении послеоперационного периода, снимается на 3-й день. Если, несмотря на лед, боли все же продолжают быть очень сильными,—можно прибегнуть к применению наркотиков, лучше всего к подкожным впрыскиваниям морфия в количестве 0,01 grо dosi. Особенно уместно бывает делать эти впрыскивания в первую ночь после операции: морфий не только успокаивает боли, но и позволяет больным хотя-бы на короткое время уснуть, что весьма благотворно отражается на общем состоянии больных. В этих же видах к впрыскиваниям морфия зачастую приходится прибегать и на 2-ю ночь после операции, а затем они большею частью становятся излишними.

Губарев морфия у оперированных не советует применять, так как он парализует кишечную перистальтику и маскирует симптомы перитонита, а рекомендует заменять его белладонной в суппозиториях (по 0,03 extracti belladonnae pro dosi).

Обычно больные после чревосечений жалуются также на боли под ложечкой. Против этих болей лучше всего прибегать к отвлекающим, напр., к смазыванию подложечной области иодной настойкой.

В первые 2 дня у перенесших чревосечения больных кишечник обыкновенно не работает, и прибегать к опорожнению его бывает не нужно. На третий день начинается более энергичная перистальтика его, и оперированные начинают жаловаться на урчание и переливание в кишках, иногда болезненное; вместе с тем живот к этому дню за-

частую вздувается, подложечная ямка изглаживается, появляется чувство тяжести в животе, несколько затрудняется дыхание и пр. В виду всего этого мною принято за правило—на 3-й день после операции обязательно опорожнять кишечник оперированных при помощи клизмы, причем для этой последней я советую взбивать в 3—4 стаканах воды желток яйца и прибавлять туда капель 20 скипидару. В большинстве случаев клизма сопровождается значительным отхождением газов, после чего живот больной опадает и становится мягче, тяжесть и болезненность в нем исчезают, перистальтика успокаивается. Если клизма, сделанная утром 3-го дня после операции, не даст желаемого эффекта,—ее следует в тот же день, несколько позже, повторить, в случае нужды—предварительно впрыснув больной какой-либо экстракт из мозгового придатка (питуитрин, питугландол и т. п.) или сделав, вместо обыкновенной, высокую клизму при помощи желудочного зонда, или наконец, как советует Губарев, дать больной рер os какое-либо слабительное, напр., 0,3 каломеля, 2 стол. ложки ol. ricini и т. п., и вставить ей в rectum резиновую трубку.

Если все попытки добиться у оперированных хотя-бы отхождения газов остаются безрезультатными, вздутие живота возрастает, перистальтика кишек прекращается, появляются отрыжка, икота, тошнота и рвота, одновременно с этим пульс учащается и остановится менее полным и пр.,—тогда положение становится серьезным: у больной, очевидно, развивается септический перитонит, в большинстве случаев ведущий к смертельному исходу.

В некоторых случаях кишечник у больной в первое время после операции работает хорошо, и вообще послеоперационный период протекает, повидимому, совершенно нормально, но затем, спустя некоторое время, отхождение газов и кала или постепенно, или сразу прекращается, больная начинает жаловаться на тяжесть в животе, у нее развивается отрыжка и рвота—сначала содержимым желудка и желчью, потом фекальными массами, живот сильно и притом неравномерно вздувается, общее состояние, до тех пор хорошее, начинает быстро ухудшаться. Подобная картина указывает на то, что у оперированной развивается непроходимость кишек, ileus, в происхождении которого здесь главную роль играют образовавшиеся после операции брюшинные сращения, обуславливающие или перегиб кишечной трубки, или внутреннее ее ущемление. При наличии его надо сначала попытаться добиться проходимости кишек путем высокой клизмы с предварительным впрыскиванием экстракта из мозгового придатка,—мера, которая дала мне блестящие результаты в одном, наблюдавшемся в клинике, случае с резко выраженными явлениями ileus'a после чревосечения; при безуспешности же указанной меры следует прибегнуть к вторичному чревосечению и этим путем устранить механические препятствия для проходимости кишечного тракта.

Из собранных Нольчини 112 случаев вторичных чревосечений последние почти в $\frac{2}{3}$ были произведены по поводу послеоперационного ileus'a. Цейдлер, оперировавший 64 случая острого ileus'a, нашел, что в 16 из них непроходимость кишек развилась в зависимости от патологических изменений женского полового аппарата, в том числе у 3 больных—после чревосечений, причем у 2 из этих больных при первичных чревосечениях были применены толстые шелковые лигатуры en masse на культю. Александров также думает, что в большинстве случаев послеоперационный ileus зависит от приращения кишек к культе. Отсюда—изолированная перевязка сосудов и тщательная перитонизация являются лучшими предохранительными средствами против этого тяжелого осложнения. Некоторые авторы, далее, усматривают причину ileus'a в сухом туалете брюшины при чревосечениях, благодаря которому повреждается, при вытирании сухими компрессами, нежный брюшинный эндотелий, и это ведет впоследствии к развитию сращений. Уже упомянутые выше экспериментальные исследования Нагевича и др. делают это предположение весьма вероятным, устанавливая вместе с тем важное профилактическое значение, в данном отношении, влажной асептики при лапаротомии и, в частности, промываний брюшной полости. Что касается собственно-лечения послеоперационного ileus'a оперативным путем, то собранный Нольчини материал свидетельствует, что этим путем удастся спасти более трети больных, иначе почти неминуемо обреченных на гибель: смертность после вторичных чревосечений, произведенных по поводу ileus'a, равняется по этому автору 65,1%. Можно думать, однако, что, прибегая к оперативной помощи возможно раньше, удастся значительно понизить этот процент. У Цейдлера среди 16 больных, оперированных по поводу острого ileus'a, развившегося в связи с патологическими изменениями женской половой сферы, погибли лишь 5 (31,25%).

Здесь кстати упомяну, что за время с 190 $\frac{0}{1}$ по 1917 $\frac{7}{8}$ уч. гг. в Казанской клинике пришлось прибегнуть к оперативной помощи у 3 больных с послеоперационным ileus'ом, причем у 2 больных последний развился после брюшностеночных чревосечений (у одной—после овариотомии по поводу железистой кисты яичника, осложненной псевдомиксомой брюшины, петля тонкой кишки оказалась притянутой к сальнику, у другой, после вентрофиксации с удалением воспаленных придатков, она ущемилась между маткой и передней брюшной стенкой) и у 1—после влагалищной экстирпации раковой матки (здесь тонкая кишка перекрутилась около брыжжейки и приросла к культе широкой связки). Вторичные лапаротомии были сделаны в 1 случае на 6-й день и в 2—на 8-й день после первой операции. Одна из больных погибла через несколько часов после вторичной операции от шока, у 2 же других проходимость кишек восстановилась, но одна из них погибла на 7-й день после вторичной операции от перитонита, а другая на 9-й день—от крупозной пневмонии.

Весьма нередко больные, перенесшие гинекологические операции, особенно такие, которые сопровождались сильною травмою мочевого пузыря, не в состоянии бывают, в первое время после операции, произвольно мочиться. У таких больных волей-неволей приходится прибегать к периодическому выпуску мочи катетером, а там, где

повреждения мочевого пузыря *sub operatione* были особенно значительны, следует держать их более или менее продолжительное время даже с постоянным катетером. Применяя катетеризацию, следует, однако, помнить то, о чем нами неоднократно говорилось выше, в курсе акушерства,—что при введении катетера весьма легко занести в пузырь инфекцию, служащую причиной цистита, и что, поэтому, катетеризацию мочевого пузыря необходимо производить строго-асептически.

Так как, однако, и при строгом соблюдении правил асептики применение катетера может вести к развитию цистита, то отсюда имеют свой *raison d'être* меры, предложенные различными авторами для того, чтобы добиться у оперированных произвольного мочеиспускания. К числу таких мер относятся: раннее вставание оперированных, введение им под кожу вытяжек из мозгового придатка, рекомендуемое Рыбаком впрыскивание в уретру 20—30 куб. сант. 2—5% борogliцерина и пр. Если катетеризация все-таки оказывается неизбежной, то, во избежание цистита, полезно, помимо строгого проведения мер асептики (предварительное кипячение катетера и дезинфекция окружности наружного отверстия уретры), после каждого выпуска мочи катетером производить, через последний, промывание мочевого пузыря борным раствором или очень слабым (1:3000—4000) раствором ляписа.

Выпущенную оперированными произвольно или через катетер мочу следует измерять, а в случае нужды—и подвергать химическому и микроскопическому исследованию, так как по суточному количеству мочи и ее составу мы можем судить как о нормальном течении послеоперационного периода, так и о некоторых осложнениях его.

Помимо перечисленных выше мер ухода, после больших гинекологических операций, как и после всякого оперативного вмешательства вообще, надо, разумеется, тщательно следить за t^0 и пульсом у больных. Нормальным течением послеоперационного периода, как и пуэрперального периода, является такое, при котором t^0 тела не поднимается выше 38^0C ., а пульс не учащается свыше 80—90 ударов в минуту. Однако, если у больной, перенесшей чревосечение, особенно с промыванием брюшной полости, t^0 вскоре после операции поднимается даже и до высоких цифр (39^0C . и выше), а пульс значительно участится, сохраняя хорошее наполнение,—пугаться этого еще нет оснований: зачастую мы имеем здесь дело с разорбционной лихорадкой, которая затем быстро спадает, не отражаясь на состоянии больной (рис. 248). С другой стороны бывают случаи тяжелого гнилостного перитонита, когда лихорадка может совершенно отсутствовать или быть очень незначительной, и лишь прогрессивно учащающийся и ослабевающий пульс (рис. 249), постоянная рвота, прекращение деятельности кишечника и быстро ухудшающееся общее состояние больной показывает, что мы имеем дело с крайне тяжелым заболеванием.

В большинстве случаев, однако, по температурной кривой, особенно в связи с состоянием пульса и другими явлениями, мы в состоянии довольно точно определить, грозит ли больной какая-либо опасность, и какая именно, от сепсиса, главного врага оперированных так же, как и родильниц. В общем сепсис в послеоперационном периоде может представлять все те же формы, какие в курсе акушерства нами были описаны для пуэрпериального периода. Наблюдаются здесь, после операций на вульве и рукаве, и септические язвы этих органов, и септические эндометрит и метрит—обыкновенно после операций, полем которых была полость матки, и септический сальпинго-оофорит—большую частью после таких же операций, и септические периметрит, общий перитонит и параметрит—чаще после чревосечений и, наконец, общие формы септической инфекции—септицемия и пиэмия. Клиническая картина, распознавание и лечение всех этих заболеваний—таковы же, как и соответствующих пуэрпериальных форм. Не останавливаясь, поэтому, подробно на их разборе, мы коснемся здесь некоторых других осложнений послеоперационного периода, требующих специального ухода и лечения.

К числу таковых относятся прежде всего различные заболевания дыхательного аппарата у оперированных—бронхиты, пневмонии, плевриты и т. п. Иногда они являются лишь обострениями соответствующих процессов, существовавших у больных раньше, еще до операции, но нередко лишь впервые возникают в послеоперационном пери-

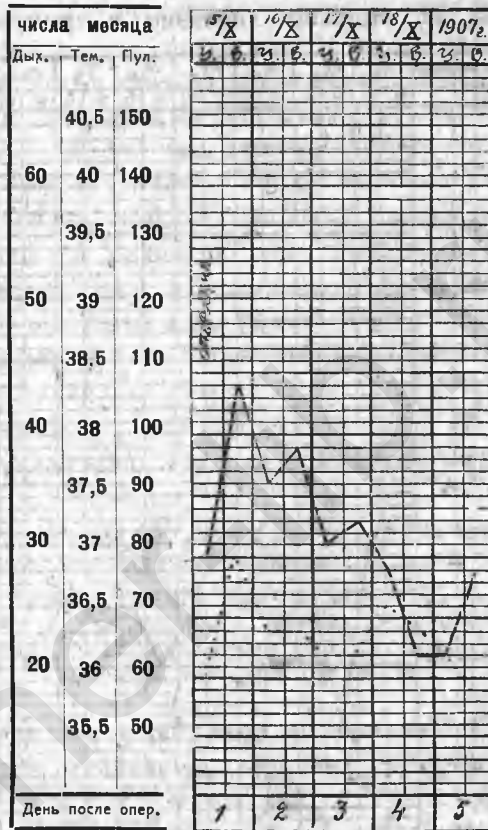


Рис. 248. Температурная кривая в первые дни после операция у больной, перенесшей лапаротомию с промыванием брюшной полости. У больной 15/x 1907 г. была удалена ретроперитонеальная параовариальная киста величиною с матку в конце беременности. Перед закрытием брюшной раны брюшная полость была промыта значительным количеством Локк'евской жидкости. Кроме повышения t^0 до 38,40, начавшегося через 6 ч. по окончании операции и быстро прошедшего, послеоперационный период протек идеально. Как на этой диаграмме, так и на следующей, сплошной линией обозначена t^0 , пунктиром—частота пульса.

оде, причем, в общем, чем тяжелее и длительнее операция, тем больше шансов для больной получить после нее легочное заболевание; поэтому бронхиты, пневмонии и пр. гораздо чаще наблюдаются, в гинекологической практике, после чревосечений, чем после „малых“ операций. Несомненное значение в происхождении их имеет и наркоз:

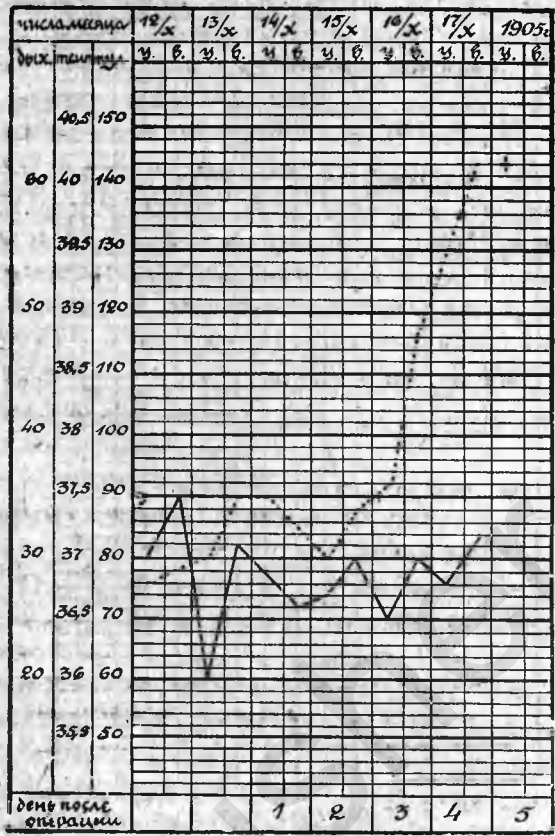


Рис. 249. Температурная кривая при остром септическом перитоните.

Больная 46 лет была оперирована 4/x 1905 г. по поводу запущенного рака маточной шейки, — сначала у ней была сделана лапаротомия с целью произвести расширенную абдоминальную экстирпацию матки по Wertheim'y; так как, однако, процесс оказался зашедшим слишком далеко, то брюшная рана была закрыта, и оперативное вмешательство было ограничено выжиганием опухолю, рег vaginae, термокаутером и выскабливанием острой ложечкой. Первые сутки после операции больная провела хорошо, затем быстро развился общий перитонит, протекавший при нормальной t°, но уже через 3 дня поведший к смерти.

выше уже было отмечено, что из всех видов наркоза, применяемых в гинекологии, особенно предрасполагает к легочным заболеваниям внутривенный гедоналовый наркоз, из различных же видов ингаляционного наркоза эфирный дает гораздо больший процент их, чем хлороформный. Проявляются заболевания дыхательного аппарата обыкновенно в первые же дни послеоперационного периода, реже — в позднейшие дни, причем дают обычную для них клиническую картину. В частности бронхит, протекающий иногда с лихорадочными повышениями t°, иногда же — при нормальной t°, проявляется обычно сильным кашлем с значительным отделением мокроты. Из различных видов пневмонии у оперированных могут иметь место как крупозная пневмония с ее типичной температурной кривой, ржавой мокротой и пр., так и бронхопневмония, и плевропневмония. Плеврит сравнительно чаще проявляется в послеоперационном периоде, по видимому, в сухой форме (pleuritis sicca), хотя бывает и в экссудативной. Что касается ухода за больными указанных категорий, то важно иметь в

ррит сравнительно чаще проявляется в послеоперационном периоде, по видимому, в сухой форме (pleuritis sicca), хотя бывает и в экссудативной. Что касается ухода за больными указанных категорий, то важно иметь в

виду, что им выгодно бывает придавать положение с приподнятою верхнюю часть туловища, высоко укладывая последнюю на подушки, а также иногда, для облегчения дыхания, нужно бывает уже вскоре после операции класть на тот или другой бок; кроме того существующий у подобных больных кашель может помешать правильному заживлению разреза брюшной стенки после чревосечений, особенно продольного, может даже вызвать сквозное расхождение брюшноспинной раны с выступлением кишечных петель наружу, почему у них надо заботиться о том, чтобы живот был хорошо стянут бинтом, а во время приступов кашля надо советовать больным поддерживать живот руками; не мешает также у подобных больных подольше держать массовые швы, соединяющие брюшную рану, не снятыми. Лечение заболеваний дыхательных органов у оперированных не представляет ничего особенного: при бронхите надо прибегать к отхаркивающим (сенега, liq. ammonii anisati и т. п.) и наркотикам (кодеин, pulvis Doveri etc.), при пнеймониях—к согревающим компрессам, сухим банкам, мушкам, сердечным и т. д., при плевритах—к отвлекающим (горчичники, мушки, смазывания t-ra jodi), также согревающим компрессам и т. п.

В заведомой мною клинике за 18 лет (с 190⁰/₁ по 191⁷/₈ уч. гг.) бронхит в послеоперационном периоде наблюдался 52 раза, пнеймония—в 84 случаях (в том числе 15 раз у больных, имевших и до операции процесс в легких, и 69 раз—у больных, имевших ранее вполне здоровый дыхательный аппарат), плеврит—в 10; в общей сложности названные заболевания дыхательного аппарата встретились у 146 больных, что на общее число оперированных (3144) дает около 4,6⁰/₁₀₀ заболеваемости. В частности у больных, перенесших операции, не сопряженные со вскрытием брюшины, указанные заболевания наблюдались лишь 11 раз, все же остальные случаи пришлись на долю женщин, подвергшихся чревосечениям (135 на 1710, т. е. 7,9⁰/₁₀₀). Из всех 146 случаев этих заболеваний в 141 последние имели место у оперированных под общим наркозом (внутривенным гедоналовым, эфирным, хлороформно-эфирным и хлороформным), в 3—после применения люмбальной анестезии, и в 2 характер примененной анестезии остался неизвестным. При этом на долю оперированных под внутривенным гедоналовым наркозом (250 случаев) падает 47 случаев бронхитов, плевритов и пнеймоний, на долю оперированных под эфиром и хлороформно-эфиром (579 сл.)—45 случаев и на долю оперированных под хлороформом (2151)—49; таким образом по данным нашего материала заболеваемость названными болезнями для внутривенного гедоналового наркоза может быть определена в 18,8⁰/₁₀₀ (с 6 смертельными исходами от пнеймонии), для эфирного и хлороформно-эфирного ингаляционного наркоза—в 7,7⁰/₁₀₀ (с 4 смертельными исходами от пнеймонии) и для чисто-хлороформного наркоза—в 2,3⁰/₁₀₀ (с 2 смертельными исходами). Надо впрочем заметить, что внутривенный гедоналовый, эфирный и хлороформно-эфирный наркозы применялись в клинике, в общем, в более тяжелых случаях, чем чисто-хлороформный наркоз. Если брать только операции, сопряженные со

вскрытием брюшной полости, а из заболеваний дыхательного аппарата—только пневмонии, как наиболее тяжелые из них, то мы получим несколько иные отношения между заболеваемостью и смертностью при различных видах наркоза: на 236 случаев внутривенного гедоналового наркоза придется 24 пневмонии (10,1%) с 6 смертями (2,5%), на 536 случаев эфирного и хлороформно-эфирного наркоза—27 пневмоний (5%) с 4 смертельными исходами (0,7%), на 927 чревосечений, проведенных под хлороформным наркозом,—26 пневмоний (2,8%) с 2 смертями (0,2%).

С этими данными небезинтересно сопоставить аналогичные данные, сообщаемые Протоповым и касающиеся послеоперационных пневмоний, наблюдавшихся за 20½ лет в Московской Факультетской Хирургической клинике: 2213 случаев, проведенных под хлороформным наркозом, дали—чревосечения 7,4% пневмоний, а операции без вскрытия брюшины—1,4%; операции, сделанные под эфирным наркозом, в числе 323, дали—чревосечения 15,06% пневмоний, другие операции—2,4%; в случаях, проведенных под эфирно-хлороформным наркозом, число которых в материале Протопова равняется лишь 37, чревосечения дали 3,4% пневмоний, другие операции—1,4%; наконец, на 1326 случаев операций, сделанных под местной анестезией, послеоперационные пневмонии наблюдались—после чревосечений в 8,4%, после других операций—в 1,3%. Общую смертность от послеоперационных пневмоний автор определяет в 22,9%.

Говоря о заболеваниях дыхательного аппарата после гинекологических операций, нельзя обойти молчанием еще одного тяжелого осложнения послеоперационного периода, локализирующегося также в дыхательной сфере,—мы разумеем закупорку легочной артерии и ее ветвей. Как и в пуэрперальном периоде, закупорка эта здесь бывает большею частью результатом занесения оторвавшихся частей тромбов из тазовых вен, причем тромбы могут возникнуть в последних или на почве септического тромбофлебита, или независимо от септической инфекции. В соответствии с этим и клиническая картина разбираемого осложнения является различною: если закупорка возникает на почве септического тромбофлебита, то эмболия *a. pulmonalis* выступает в виде одного из частичных проявлений пиэмии; если же она происходит независимо от сепсиса,—она или проявляется в виде совершенно самостоятельного заболевания, или сопутствует асептическому тромбозу вен нижних конечностей (*phlegmasia alba dolens*), о котором речь будет ниже. Резко разнится клиническая картина и в зависимости оттого, закупоривается главный ствол легочной артерии, или только одна из ее второстепенных ветвей. В первом случае заболевание большею частью отличается молниеносным течением: оперированная, зачастую ранее чувствовавшая себя прекрасно, вдруг испытывает чувство стеснения в груди и одышку, у ней выступает холодный пот, зрачки расширяются, сознание теряется, пульс пропадает, и быстро наступает смерть. Иногда впрочем летальный исход наступает при этом не столь быстро,—больная несколько оправляется от первого приступа, а затем,

через некоторое время, в течение которого она иногда продолжает оставаться в бессознательном состоянии, расстройства дыхательной и сердечной деятельности у ней вновь усиливаются, и она погибает. Если закупоривается лишь одна из второстепенных ветвей *a. pulmonalis*, то заболевание протекает при менее грозной картине: опять-таки внезапно у больной наряду с одышкой и колющем в груди развивается кашель и—иногда—кровохаркание, пульс учащается, перкуссия и аускультация позволяют определить в легких развитие более или менее значительного, смотря по калибру закупоренного сосуда, инфаркта; но до летального исхода дело обычно не доходит, и пациентка постепенно оправляется. Чтобы предупредить развитие эмболической закупорки *a. pulmonalis*, в послеоперационном периоде, надо заботиться о строгом покое тех оперированных, у которых можно предполагать наличие распространенных тромбов вен, напр., имеется *phlegmasia alba dolens*. При происшедшей уже закупорке главного ствола *a. pulmonalis* всякая терапия является обыкновенно бесполезною, и даже такое героическое средство, как операция Trendelenburg'a, о которой упоминалось в курсе акушерства (вскрытие грудной клетки, разрез *a. pulmonalis*, извлечение закупоривающей ее пробки и зашивание стенки), не спасает больных. Если же дело ограничивается образованием легочного инфаркта, то последний лечится по тем же правилам, по каким лечится и всякий пневмонический фокус (согревающий компресс на соответствующую часть грудной клетки и т. п.).

В Казанской акушерско-гинекологической клинике за 190⁰/₁—191⁷/₈ уч. гг., наблюдалось 3 случая заносного тромбоза отдельных ветвей *a. pulmonalis* с образованием инфаркта в легких и 3 же случая закупорки главного ее ствола в послеоперационном периоде. Среди последних случаев в одном дело шло о больной 54 лет, страдавшей межзачаточной миомой матки и раком маточной полости, а также миокардитом и аппендицитом, и перенесшей операцию удаления матки с придатками *per laparotomiam*, причем попутно был удален также червеобразный отросток; послеоперационный период в первую неделю р. о. протекал совершенно нормально, но на 8-й день пациентка вдруг почувствовала себя дурно, у ней появился липкий холодный пот, t⁰ поднялась до 38°, пульс пропал, и сознание утратилось; на следующий день наблюдалось повышение t⁰ до 39,9°, и больная, не приходя в сознание, скончалась; вскрытие обнаружило закупорку главного ствола *a. pulmonalis dex.*, также наличие миокардита, жировое перерождение и гипертрофию сердца, незаросшее *foramen ovale*, расширение аорты, сильный артериосклероз, аденому надпочечника, фокус размягчения в мозгу (старый), камни в печени, интерстициальный нефрит и катаральный пиелит. В другом случае больная 47 лет, страдавшая лимфангиэктатической межзачаточной фибромиомой матки, полипозным эндометритом и двусторонним пиосальпинксом, у которой еще до операции было констатировано расширение сердца и аорты, была оперирована также *per abdomen* (сделана надвлагалищная ампутация матки с придатками), причем, так как во время операции брюшина была сильно инфицирована излившимся из пиосальпинксов гноем, был при-

менен дренаж по Micsulicz'y; послеоперационный период в первые 12 дней протекал совершенно правильно, при нормальной t^0 ; на 13-й, 14-й и 16-й дни наблюдались повышения t^0 до $38,1^0$, $38,6^0$ и $39,1^0$, но с 17-го дня t^0 опять понизилась до нормы; самочувствие больной было отличное, и ей разрешено было сидеть в постели; в ночь на 20-й день, однако, пациентка внезапно почувствовала себя дурно и, несмотря на все принятые меры, через час скончалась; вскрытие констатировало свежую закупорку обеих легочных артерий. В третьем случае эмболия легочной артерии с быстрым смертельным исходом на 4-й день, к сожалению, не проверенная вскрытием, имела место у 63-летней старухи с мочеточниково-рукавным свищем, образовавшимся после влагалищной экстирпации матки, произведенной по поводу рака маточной шейки; больной была сделана лапаротомия с целью вшивания мочеточника в пузырь, но, так как это оказалось технически-невозможным, то пришлось ограничиться перевязкой мочеточника.

Обращаясь затем к только что упомянутому тромбозу вен нижних конечностей, заметим прежде всего, что при гинекологических операциях он представляет собою довольно нередкое осложнение послеоперационного периода, особенно у больных, перенесших чревосечения. Помимо характера оперативного вмешательства, в возникновении этого осложнения значительную роль играет также наркоз: как уже указано было выше, особенно часто наблюдается оно после внутривенного гедоналового наркоза, что стоит, повидимому, в прямой связи с техникою последнего.

В Казанской клинике за 18 лет тромбоз вен нижних конечностей в послеоперационном периоде наблюдался 39 раз, причем лишь в 1 случае имел место у больной, перенесшей „малую“ операцию, в остальных же 38 наблюдался после чревосечений, т. е. процент заболеваемости им после этих последних может быть определен в 2,3. В частности после чревосечений, сделанных под внутривенным гедоналовым наркозом, тромбоз наблюдался 11 раз (в $4,7\%$), после чревосечений же, произведенных под ингаляционным наркозом (эфирным, хлороформным и хлороформно-эфирным)—25 раз (в $1,7\%$).

В соответствующей главе курса акушерства нами было, далее, отмечено, что патогенез данного осложнения до сих пор является спорным. Одни исследователи убеждены, что для возникновения тромбоза вен необходимо предварительное воспаление стенки этих сосудов микробного происхождения, причем оно может быть вызвано или септическими, патогенными микробами (пиэмия), или непатогенными, сапрофитными микроорганизмами, находящимися в intima вен; другие полагают, что, наряду с тромбозом микробного происхождения, имеющим в основе своей инфекционный тромбофлебит, существуют и случаи асептического тромбоза вен, возникающего без всякого участия микробов под влиянием таких этиологических моментов, как замедление тока крови, повышенная свертываемость ее и т. п. Клинические наблюдения говорят скорее в пользу этого второго взгляда: они свидетельствуют, во-первых, что тромбоз вен нижних конечностей зача-

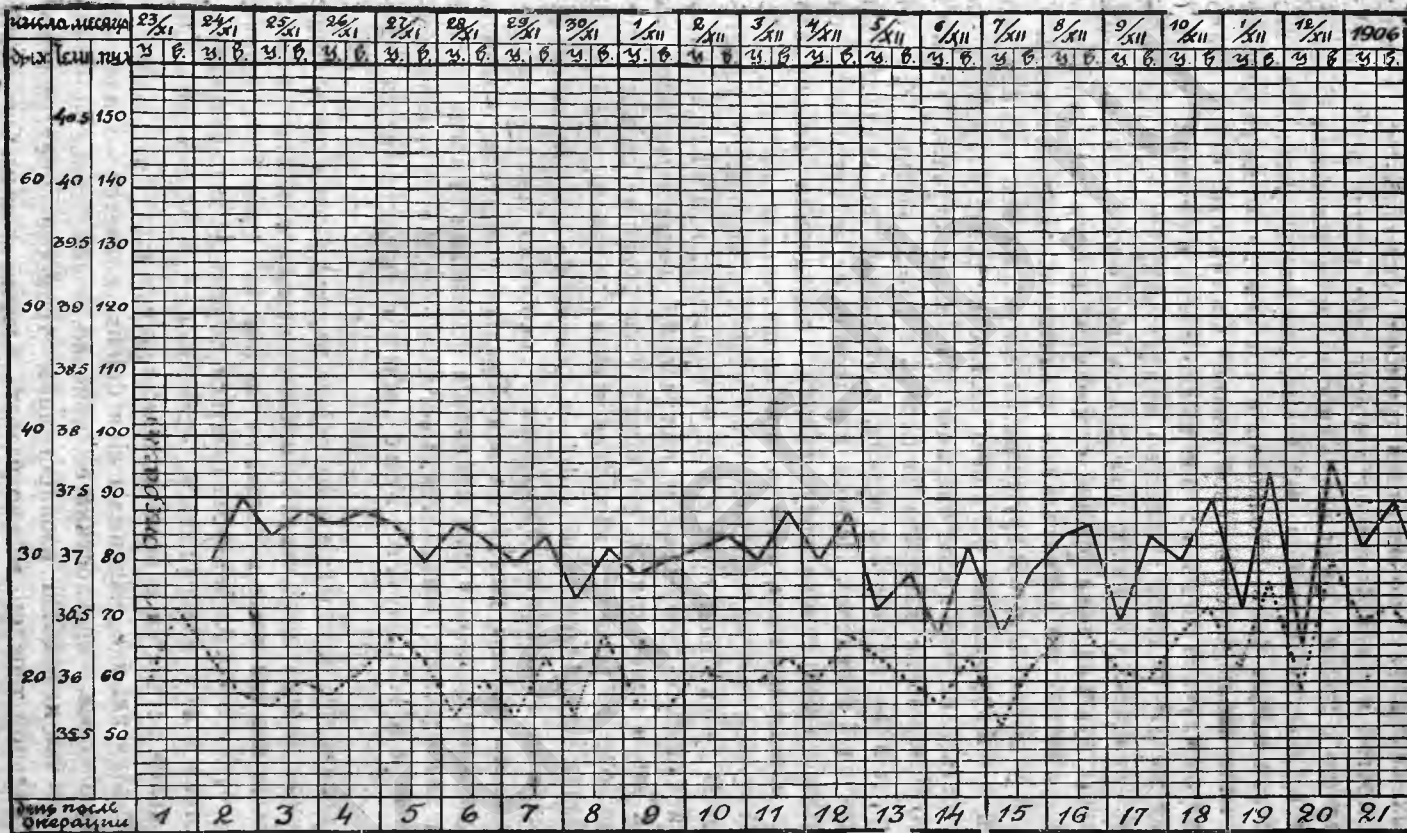


Рис 250. Температурная кривая при асептическом тромбозе вен нижней конечности.

Большая 35 л., была оперирована 23/XI 1906 г. по поводу железистой кисты левого яичника и воспалительных изменений правых маточных придатков, — произведены *per abdomen ovariectomy sin. et salpingo-oophorectomia dextra*. Послеоперационный период протекая сначала вполне нормально. Брюшная рана зажила *per primam*. На 16-й день оперированная начала ходить, а на следующий день у ней появились боли и отек в левой ноге. Через неделю отек прошел.

стую протекает совершенно безлихорадочно (рис. 250) (из наших
39 случаев такое безлихорадочное течение наблюдалось в 10, в 10

других лихорадка впервые появлялась лишь с возникновением тромбоза, а в 19 лихорадочные движения предшествовали последнему); во-вторых, самый факт образования тромбов исключительно в венах той или другой нижней конечности может быть проще всего истолкован именно с точки зрения возможности происхождения тромбов без всякого участия микробов; в-третьих, наконец, именно с этой точки зрения может быть истолкован и тот факт, что закупорка вен гораздо чаще наблюдается в левой нижней конечности, чем в правой (из наших 39 случаев лишь в 2 она имело место в правой ноге, в остальных же 37—в левой): известно из анатомии, что *vena iliaca com-
muniis sin.* впадает в нижнюю полую вену под более тупым углом, чем соответствующая вена правой стороны, и потому ток крови в первой встречает более значительные препятствия, чем во второй.

Как и у родильниц, обнаруживается закупорка вен нижних конечностей у оперированных большею частью не ранее второй и не позднее третьей недели после операции (из наших случаев лишь в одном это осложнение возникло на первой неделе, именно, на 7-й день р. о., и в 3—позднее 3-й недели, в остальных же случаях—или на 2-й, или на 3-й неделе). Первым симптомом ее является болезненность в области бедренного треугольника, ощущаемая оперированными при движениях ноги, а также при надавливании по ходу бедренных сосудов; иногда, впрочем, болезненность впервые ощущается в лядвях. В дальнейшем боли могут усиливаться, и появляется отек ноги, начинающийся с лодыжек и постепенно поднимающийся все выше, так что в конце концов вся конечность обычно сильно опухает, а покровы ее делаются напряженными и бледными, как мрамор (отсюда название *phlegmasia alba dolens*, усвояемое данному заболеванию), причем на этой мраморной белизне особенно резко вырисовываются синие полосы застойных вен. Температура тела больной, как уже упоминалось, во время появления флегмазии иногда более или менее значительно повышается, иногда же остается безлихорадочной, хотя и в этих случаях пульс обычно представляется учащенным.

Раз возникши, *phlegmasia alba dolens* имеет довольно медленное течение,—иногда 'проходят недели, прежде чем боли и отек начнут уменьшаться, причем даже и тогда, когда они совершенно исчезнут, и больная будет в состоянии пользоваться пораженною конечностью, явления отека могут возвращаться, если женщина много походит, слишком долго останется в стоячем положении и пр.

В тех случаях, где *phlegmasia alba dolens* является одним из проявлений пиэмии,—прогностика ее, конечно, очень серьезна, при асептическом же и вообще изолированном тромбозе предсказание, при рациональной терапии, можно назвать благоприятным. Опасность кроется здесь в том, что части тромба, под влиянием чисто-механи-

ческих причин, могут оторваться и, попав в поток кровообращения, вызвать эмболическую закупорку сосудов важных жизненных органов, напр., легочной артерии. В виду этого главным правилом, которое должно быть строго соблюдено при флегмазии, является покой пораженной конечности: последняя во всю длину обертывается в согревающий компресс и неподвижно укладывается, в приподнятом положении, на подушку. Лишь по истечении известного времени, когда отек ноги совершенно исчезнет, и боли в ней пройдут, пациентке можно разрешить, в строгой постепенности, сначала сгибать больную ногу и двигать ею, потом спускать ее, предварительно туго забинтовав, и, наконец, ходить. Однако и потом больная долгое время должна беречь эту ногу, не должна слишком долго ходить или стоять, при сидении должна держать ее в горизонтальном положении или полуспущенною на скамейку, а главное—должна продолжать бинтовать ее или носить резиновый чулок. Массаж ноги в подобных случаях разрешается применять только тогда, когда можно быть уверенным, что тромб прочно организовался, и всякая опасность отрыва кусков его исчезла.

К числу более редких осложнений послеоперационного периода после гинекологических операций относится паротит (или перипаротит, как определяют его некоторые авторы),—воспаление околоушной железы.

Это осложнение наблюдалось в заведомой мною клинике за 18 лет у 13 оперированных гинекологических больных. Как можно судить по этому казуистическому материалу, данное заболевание в большинстве случаев бывает одним из проявлений послеоперационного сепсиса и наблюдается у тех больных, у которых послеоперационный период протекает лихорадочно, с другими местными проявлениями септической инфекции; иногда, однако, паротит является совершенно изолированным заболеванием, возникающим при совершенно нормальном во всех прочих отношениях течении послеоперационного периода. Как и *phlegmasia alba dolens*, он наблюдается, затем, гораздо чаще у больных, перенесших чревосечения, чем после более легких операций (из наших 12 случаев лишь в одном это заболевание возникло после сперации, не сопряженной со вскрытием брюшной полости, именно, после зашивания пузырно-шеечного свища, в остальных же 11—или после лапаротомий, или после рукавных иссечений матки). При этом данное заболевание может обнаруживаться как в первые дни послеоперационного периода (на 3-й или 4-й день), так и в более поздние сроки (через 2—2½ недели после операции).

Клиническая картина паротита слишком общеизвестна и типична, чтобы на ней нужно было подробно останавливаться. Иногда тянущие, иногда ноющие боли в области околоушных желез, быстрое опухание этой области, затрудненное открывание рта и жевание и пр.—все это такие признаки, по которым врач сразу может определить, с чем он имеет дело. Заметим лишь, что в большинстве случаев у оперированных заболевание ограничивается лишь одной железой,—или правой, или левой,—но иногда поражаются и обе, вскоре друг за другом. Течение паротита обыкновенно представляется благоприят-

ным, и дело не доходит до нагноения, причем лечение ограничивается прикладыванием к пораженной области марлевых компрессов, смоченных в камфарном масле или 10% растворе ихтиола в глицерине; поверх компресса кладется слой ваты, и все укрепляется на месте при помощи повязки или просто головного платка. Иногда, однако, воспаленная железа нагнаивается, и тогда выступает нужда в хирургическом вмешательстве в форме вскрытия образовавшегося абсцесса.

Еще более, к счастью, редким осложнением послеоперационного периода при современном строгом проведении правил асептики является травматический столбняк.

За все время моего заведывания Казанскою акушерско-гинекологическою клиникой в последней имел место лишь один несомненный случай этой тяжелой болезни. Случай этот наблюдался у 48-летней женщины с железистой кистокарциномой правого яичника, сидевшей межбрюшно и выподнявшей весь малый таз и нижнюю часть большого (верхняя граница опухоли пальца на 2 не достигала пупка). Первоначально мною была сделана попытка подойти к опухоли per vaginam—сначала через передний, потом через задний свод. Когда, однако, выяснилось, что этим путем удалить опухоль невозможно, я перешел на лапаротомию. При вскрытии брюшной полости оказалось, что она содержит некоторое количество кровянистого выпота, и что новообразование представляет собою кисту, выполненную внутри хрупкими массами, частью омертвевшими и распавшимися, проросшими капсулу и распространившимися на соседние органы—кишки и тазовую брюшину. В виду невозможности радикального удаления опухоли массы эти, насколько возможно, были извлечены, и в образовавшуюся раневую полость был заложен дренаж по Mikulicz'u. Состояние больной в первые 7 дней послеоперационного периода не оставляло желать ничего лучшего, температура и пульс были нормальны. На 8-й день появились первые признаки столбняка в виде легкого тризма и затруднения глотания; к вечеру тризм усилился, и появилось ясное сведение мышц задней части шеи. Больной впрыснуто 100 куб. сант. противостолбнячной сыворотки, но без малейшего результата,—судороги тетанического характера распространились на мышцы туловища, t° поднялась до 40,2°, и на 9-й день р. о. больная погибла.

Хотя как в этом, так и в громадном большинстве других случаев столбняка уже одной клинической картины бывает достаточно, чтобы правильно поставить диагноз, однако в хирургической и гинекологической практике попадают иногда и такие случаи, где распознавание tetanus'a может представлять немалые затруднения. Один подобный случай имел место и в моей клинической практике. Больная 33 лет, сильно ожирелая особа, девица, была осенью 1910 г. оперирована по поводу опухолей обоих яичников с дренажем по Mikulicz'u. Через 1/2-года после операции в послеоперационном рубце образовалась грыжа, быстро начавшая увеличиваться. Весной 1912 г. пациентке была сделана herniorrhaphia под внутривенным гедоналовым наркозом,—грыжевой мешок высепарован и вскрыт, находившийся в нем сальник отделен от стенок мешка и опущен в брюшную полость, брюшина зашита, апоневроз прямых мышц рассечен в поперечном направлении, и мышцы в области грыжевого отверстия сшиты продольно, апоневроз же—поперечно (кэтгут для зашивания апоневроза

употреблен хромовый, фабричного приготовления); в заключение наложен ряд узловатых катгутовых швов на подкожную жировую клетчатку и скобки Micheli'a на кожу. T^0 на 2-й день р. о. поднялась до 38^0 , в остальные же дни была нормальна; самочувствие больной хорошее; кожная рана зажила per primam. С 10-го дня больная стала жаловаться на затруднение при открывании рта и глотании, а на следующий день глотание сделалось для нее совершенно невозможным; настоящего тризма, однако, у нее нельзя было обнаружить; t^0 и пульс оставались нормальны; введена противостолбнячная сыворотка. На 12-й день невозможность глотания продолжалась при нормальной t^0 , пульсе и рефлексах; сделано подкожное вливание Locke'овской жидкости; на совещании с хирургами и невропатологами мнения разделились: между тем, как первые склонялись в пользу диагноза столбняка, невропатологи отрицали последний. На 13-й день t^0 поднялась к вечеру до $38,1^0$, и появились припадки, похожие на эclamптические, с клоническими судорогами и потерей сознания. На 14-й день сделано обильное кровопускание из вены; припадки, однако, продолжались, и во время одного из них, при t^0 в $38,3^0$, больная скончалась от асфиксии. Вскрытие обнаружило крайнее ожирение и расширение сердца, венозную гиперемия мозговых оболочек, паренхиматозные изменения в селезенке, печени и почках; в толще брюшной стенки, около швов, найдено несколько небольших полостей, наполненных гноевидною жидкостью, бактериологическое исследование которой показало наличие в ней разнообразных микробов, в том числе и гноеродных стрептококков, но не палочек столбняка; не обнаружено было последних, несмотря на тщательные поиски, и в нитях катгута из раны. Таким образом здесь мы имели случай сепсиса, клинически походившего отчасти на столбняка, отчасти на эclamпсию (псевдоэclamпсия).

К числу нечастых осложнений послеоперационного периода относятся также психозы.

В Казанской клинике за $190^0/1$ — $191^{7/8}$ уч. гг. наблюдалось всего 4 случая психических расстройств после гинекологических операций. Заслуживает внимания при этом, что 2 из указанных случаев имели место у больных, оперированных под внутривенным гедоналовым наркозом: в одном из них, у больной 47 лет, ранее (лет за 10—12 до операции) представлявшей уже признаки душевного расстройства, была произведена, по случаю запущенного рака маточной шейки, расширенная абдоминальная экстирпация матки по Витт'у; на 3—8-й дни после операции наблюдалась лихорадка до $38,8^0$, затем t^0 и пульс сделались нормальными, но развилась прогрессирующая слабость, недержание стула, галлюцинации, спутанность сознания, каковые явления продолжались несколько дней, затем постепенно прошли; во втором случае, оперированном под гедоналом, у пациентки 40 лет, имевшей простую кисту яичника, осложненную воспалением матки с придатками и значительным опущением рукава, произведены были абдоминальная экстирпация матки и ее придатков и colporperineorrhaphia; послеоперационный период протек при нормальной t^0 и пульсе, но с 5-го дня начались расстройства психики,—беспокойство, галлюцинации, бред преследования, каковые явления продолжались 4 дня, потом постепенно стихли. Из 2 остальных случаев в одном психоз развился у крестьянки 35 лет, явившейся в клинику с пузырьно-влагалищным свищем; попытка зашить его, в виду сильного рубцового изменения краев

свища, приращения их к костям и неудобного положения свища, оказалась безуспешной, причем повторение этой попытки признано бесполезным; узнав об этом, больная пришла в крайнее возбуждение, упрашивая повторить фистулоррафию, и потому, хотя у ней уже в это время обнаружались первые признаки психического расстройства, операцию решено было повторить, на этот раз с предварительным удалением матки; успеха, однако, опять не получилось, а психоз, с характером маниакального возбуждения, усилился настолько, что пациентку пришлось перевести в психиатрическую лечебницу, где она вскоре погибла от рожи; во втором случае, оперированном, подобно предыдущему, под хлороформом, у 52-летней женщины была удалена чрез рукав матка и дермонд левого яичника; в послесперационном периоде с 4-го дня развилась пневмония стрептококковая, окончившаяся благополучно, а потом, с 18-го дня, душевное расстройство, потребовавшее перевода больной в специальную лечебницу.

Из собственно-нервных заболеваний, наблюдающихся в послеоперационном периоде и стоящих в непосредственной этиологической связи с оперативным вмешательством, заслуживает упоминания Егб'овский паралич верхних конечностей. Паралич этот является последствием резкого запрокидывания рук больной, к которому прибегают при операции некоторые наркотизаторы и их помощники, чтобы лучше следить за пульсом: при таком запрокидывании возможно сдавливание plexus brachialis головкой плечевой кости, и подобное сдавливание может вести к последовательному параличу. Оттого для предупреждения последнего некоторые из современных гинекологов советуют во время операции держать руки больной вытянутыми и прижатыми к бокам (для чего даже придуманы особые приспособления), за пульсом же следить по височной артерии. Однако, если избежать слишком форсированного отведения и запрокидывания рук больной, то эти предосторожности, пожалуй, можно считать и лишними; по крайней мере в заведомой мною клинике за 18 лет на более, чем 3000 операций Егб'овский паралич наблюдался лишь однажды. В тех случаях, где паралич этот обнаружится, надо возможно скорее, пока не успела еще развиться атрофия соответствующих мышц, прибегнуть к фарадизации больной конечности и методическому упражнению ее (пассивные движения локтевого и особенно плечевого суставов).

Говоря о ведении послеоперационного периода, коснемся, хотя бегло, вопроса об уходе за операционной раной после гинекологических операций вообще и лапаротомий в особенности. Рана эта должна быть по возможности защищена как от механических влияний, так и от загрязнения извне, что у перенесших брюшностеночные чревосечения достигается при помощи асептической повязки, состоящей из нескольких слоев стерильной марли и ваты (resp. ватной подушки), удерживаемых бинтом. Нужно также заботиться о своевременном удалении с'емных швов и скобок Mich'e'l'я с операционной раны. Скобки должны быть снимаемы, при помощи особого инструмента, уже на 7-й

и даже 6-й день,—иначе они вызывают образование пролежней и глупо внедряются в кожу. Что касается швов, то кожные швы я обыкновенно удаляю день на 8-й, массовые швы оставляю до 12-го дня, т. е. до того времени, когда брюшная рана срастется достаточно прочно (дольше всего, до 14-го дня, оставляются мною швы на рукавной стенке после зашивания мочевых и кишечных свищей).

При современном строгом проведении правил асептики операционные раны у нас, как после брюшностеночных чревосечений, так и после других операций, в громадном большинстве случаев заживают первым натяжением (*per primam*). Реже в них наблюдаются небольшие нагноения по уколам кожных швов, еще реже более значительные нагноения по ходу операционного разреза, большую часть локализирующиеся в подкожной жировой клетчатке. О таких нагноениях иногда можно догадаться по небольшим лихорадочным повышениям t° у лапаротомированных больных,—повышениям, имеющим место не в первые же дни после операции, а обычно несколько позже. При снятии повязки в подобных случаях обыкновенно можно бывает заметить, что кожные покровы по соседству с операционным разрезом представляются на большем или меньшем протяжении покрасневшими, и в этом месте прощупывается сначала разлитое уплотнение (инфильтрат), а потом обнаруживается зыбление. В этих случаях надо возможно широко вскрыть образовавшийся гнойник, а затем лечить его по общим правилам хирургии. Нередко впрочем он и сам вскрывается,—иногда совершенно неожиданно для наблюдающего за больной врача. Сказанное относится и к гематомам в области брюшного разреза, особенно часто возникающим у тех больных, которые были оперированы с поперечным разрезом брюшных стенок по *Pfannenstiel*'ю (здесь кстати заметим, что у этих больных гематомы нередко возникают относительно поздно, после безупречного, повидимому, заживления раны,—и в этом заключается одна из главных невыгод *Pfannenstiel*-евского разреза).

После того, как гнойный фокус (или гематома) в области раны вскрылся, и содержимое его излилось наружу,—при соответственном лечении (дренирование марлей, смазывание стенок гнойника иодной настойкой и т. п.) он обыкновенно быстро заживает с образованием рубца (*per secundam*). Редко случается, что при этом получают долго не заживающие свищевые ходы. Последнее чаще имеет место у тех больных, у которых брюшная рана не зашита наглухо, а оставлена при операции частью открытой и дренирована, причем или в глубине раневого канала находится какое-нибудь инородное тело (очень толстая лигатура, кусок марли и пр.), или имеется омертвевшая ткань (напр., объемистая культия, перевязанная массовой лигатурой), или осталась не удаленною, напр., часть стенки пилосальпинкса, или, наконец,—что обыкновенно бывает у истощенных субъектов,—высти-

лающие стенки канала грануляции слишком вялы и не обнаруживают склонности превращаться в рубцовую соединительную ткань. В случаях первых трех категорий свищевые ходы не заживают до тех пор, пока мешающее их заживлению тело (resp. ткань) не будет удалено или не выгноится само; в случаях последней категории можно ускорить заживление хода, освежая его стенки или путем выскабливания вялых грануляций острой ложечкой, или путем их прижигания иодной настойкой, крепкими растворами ляписа и т. п., или, по совету Волковича, путем введения в него висмутовой пасты (bismuthi subnitrici 30,0, vaselini albi 60,0), которая впоследствии может быть заменена жидким парафином.

Если нагноение брюшной раны ограничивается лишь подкожной клетчаткой, края же апоневроза на всем протяжении раны срастаются хорошо,—послеоперационных грыж в рубце после лапаротомии обыкновенно не образуется. Если же брюшная рана даже и зажила *per primam*, но края апоневроза не коаптировались, при зашивании, достаточно хорошо, и между ними где-либо осталось отверстие, выполненное или подкожной клетчаткой, или подбрюшинной клетчаткой и брюшиной, то это отверстие обыкновенно является впоследствии грыжевыми воротами,—у оперированной развивается грыжа в рубце; то же самое бывает и в тех случаях, где апоневроз, на известном протяжении, умышленно оставлен несшитым—для выведения, напр., тампона *Miculicz'a*. Отсюда тщательное сшивание апоневроза служит лучшей профилактической мерою против образования послеоперационных грыж (Губарев считает „самым существенным условием, дабы избежать впоследствии образования грыж, неуклонное методическое ношение хорошего бандажа по крайней мере в течение года и избегание всяких усилий, напряжений, поднимания тяжестей и т. п.“; однако, раз в апоневрозе имеется отверстие, эти меры в состоянии лишь замедлить образование грыжи, но не в состоянии совершенно предотвратить его). Надо впрочем заметить, что иногда и самое тщательное сшивание краев апоневроза с последующим безупречным их сращением не гарантирует от возникновения послеоперационных грыж,—последние могут, напр., возникать в уколах швов, если эти уколы, благодаря непрочности апоневроза, слишком сильному стягиванию швов, характеру материала для них (тонкая проволока) и пр., сопровождаются образованием значительных дыр в апоневрозе.

Если грыжа в рубце после лапаротомии уже начала образовываться, то единственным надежным средством против нее является оперативное вмешательство, к которому следует прибегать возможно раньше, пока грыжа не приняла еще слишком больших размеров. Вмешательство это заключается в том, что грыжевой мешок вскрывается, находящиеся в нем внутренности (кишки, сальник), если они приращены, освобождаются от сращений и погружаются в брюшную полость,

брюшина,—в случае нужды резецированная,—зашивается, затем оперирующий, работая экстраперитонеально, расслаивает в окружности грыжевых ворот отдельные слои брюшной стенки, особенно стараясь отсепаровать апоневроз от брюшины с подбрюшинной клетчаткой с одной стороны и от кожи с подкожной клетчаткой—с другой, и тщательно сшивает апоневроз,—буде возможно, наложив края его друг на друга подобно полам сюртука; в заключение удаляется избыток кожи, и края кожной раны, вместе с подкожной жировой клетчаткой, соединяются частью узловатыми швами, частью серфинами Michel'я.

В подходящих случаях практично зашивать грыжевое отверстие, при послеоперационных и др. грыжах передней брюшной стенки,—как это советует Menge,—крестообразно. Вскрыв грыжевой мешок продольно, погрузив внутренности в брюшную полость, зашив брюшину и отсепаровав кожу с подкожной клетчаткой от апоневроза на всю ширину прямых мышц живота, я рассекаю переднюю стенку влагалища последних поперечно до бокового края их, на уровне середины грыжевого отверстия, затем сшиваю сближенные внутренние края прямых мышц, после того зашиваю поперечный разрез апоневроза и, наконец, шью кожу с подкожной клетчаткой, соответственным образом резецировать их. При этом получается надежное, прочное закрытие грыжевого отверстия, гарантирующее от возврата грыжи,—разумеется, если сращение различных слоев брюшной стенки произойдет благополучно.

В тех случаях, где послеоперационный период у больных, перенесших лапаротомию с продольным разрезом, бывает осложнен длительной рвотой или кашлем (бронхит, пневмония), или оперированная слишком рано начинает производить движения, требующие известного физического напряжения, может иметь место лопание брюшной раны, сквозное расхождение краев ее, обычно с выходением кишечных петель наружу. Случается это и там, где брюшная рана зашита *lege artis* и по крайней мере снаружи заросла *per primam*. Если повязка, покрывающая живот лапаротомированной, асептична, и брюшная стенка в ближайшем соседстве с разрезом не инфицирована, то указанное осложнение является не столь страшным, как это могло бы показаться с первого взгляда. Обнаружив его, врач должен немедленно взять больную в операционную, отделить сальник и кишки (если они уже успели приклеиться к краям раны), погрузить их и вновь зашить рану.

В Казанской клинике за 18 лет из 1397 больных, подвергавшихся лапаротомиям, разбираемое осложнение послеоперационного периода наблюдалось у 6. У 3 из этих больных лапаротомия была сделана под внутривенным гедоналовым наркозом, у 2—под хлороформэфирным и у 1—под хлороформным. Рана во всех случаях была за-

шита этажными швами—у 5 наглухо, у 1—с выведением в нижний угол дренажа Mikulicz'a. У 4 больных в послеоперационном периоде имел место сильный кашель (в том числе у 2, оперированных под гедоналом,—в зависимости от пневмонии), у 1—длительная рвота, и 1 больная уже на 2 й день после операции начала двигаться, поворачиваться и пр. Расхождение раны произошло на 6-й, 7-й (у 2 больных), 8-й, 9-й и 13-й дни р. о., причем в 4 случаях рана разошлась во всю (или почти во всю) длину у 2—частично. Нагноение в разошедшейся ране ни разу не было. Вторично рана у всех больных была зашита мною массовыми швами—у 5 наглухо, у 1—с дренажем Mikulicz'a. В 4 случаях послеоперационный период после вторичного зашивания протек благополучно, и зашитая рана зажила per primam, 2 же остальные погибли от пневмонии—одна уже на 3-й день после вторичного зашивания раны, другая—на 12-й, причем у последней зашитая вторично рана хорошо зажила per primam.

Некоторые из перечисленных выше осложнений послеоперационного периода вынуждают больных после гинекологических операций весьма долгое время,—недели, иногда даже месяцы,—оставаться в постели. При уходе именно за такими больными надо особенно строго следить, чтобы у них не образовалось пролежней, т. е. омертвений кожи, подкожной клетчатки и др. мягких частей вследствие сдавливания. Омертвения эти наиболее легко возникают там, где мягкие части, при лежании больной в разных положениях, особенно сильно сдавливаются между поверхностью ложа больной и выдающимися костями скелета,—при лежачем положении больной на спине они имеют, напр., место в области крестца и лопаток, при боковом положении—в области вертелов бедренных костей. Жесткая постель, грубое, грязное и скомканное в складки постельное белье predisполагают к образованию пролежней. Особенно легко образуются последние, далее, у истощенных субъектов с плохим кровообращением и питанием тканей,—вынужденных притом, благодаря своей слабости, долгое время лежать совершенно неподвижно. У подобных больных надо особенно внимательно следить за указанными выше частями тела. Обыкновенно образованию пролежня предшествует резкое местное покраснение кожи, за которым следуют явления наркоза,—образуется черный струп (эшара), впоследствии отпадающий с образованием язвы, высланной омертвевшей клетчаткой и отделяющей большее или меньшее количество жидкого, клочковатого гноя.

Во избежание образования пролежней надо заботиться о том, чтобы больные, особенно слабые, вынужденные долгое время оставаться в постели, возможно чаще меняли свое положение, а также—чтобы они лежали на мягкой постели, застланной мягким и чистым бельем, без складок и скомканных мест. Всего лучше подобных больных класть теми местами, где наиболее легко образуются пролежни, на наполненной воздухом резиновый круг. Истощенных больных надо, затем, возможно лучше питать и назначать им укрепляющие и повышающие

сердечную деятельность средства. Если у больных уже появились первые признаки образования пролежней в виде покраснения кожи на указанных выше местах, то перечисленные меры надо проводить особенно строго, присоединив к ним растирание пораженных участков камфарным спиртом и т. п. веществами. Если, наконец, омертвление тканей уже произошло, то надо заботиться о том, чтобы некротизированные ткани возможно скорее отторгнулись, и образовавшаяся язва с одной стороны осталась неинфицированной, с другой— зажила скорее (смазывание иодной настойкой, присыпания порошком камфоры, ксероформом, иодоформом, иодом и т. п., применение мазей с названными сейчас веществами и амидоазотолуолом и пр.).

При современной асептике послеоперационный период после гинекологических операций протекает, однако, в громадном большинстве случаев без всяких осложнений, и оперированные гораздо раньше могут оставить постель, перейдя на режим здоровых людей.

Время, когда подвергшиеся гинекологическим операциям больные переходят на положение здоровых людей, зависит, конечно, от тяжести перенесенной ими операции,—после какого-нибудь выскабливания оно должно быть короче, после тяжелого чревосечения—продолжительнее. Старые гинекологи возводили в принцип требование, чтобы больные после чревосечений возможно более долгое время пользовались полным покоем, и на этом основании заставляли женщин, перенесших лапаротомию, неделями оставаться в постели, в положении на спине, не позволяя им ни малейшего движения. Среди современных гинекологов большое число сторонников завоевало диаметрально-противоположная тенденция,—проводить принцип „раннего вставания больных“ даже и после самых „больших“ гинекологических операций.

Губарев, являющийся у нас одним из защитников „раннего вставания“, проводит его в практику следующим образом: уже к вечеру первого дня, когда лапаротомированная женщина оправится от наркоза, ее сажают сначала в постели, потом в кресле на $\frac{1}{4}$ -часа; на 2-й день утром она сидит опять-таки в течении $\frac{1}{4}$ -часа, вечером же—в течении 20 минут и т. д. Первые 3 дня ее сажают с посторонней помощью, а день на 5-й она свободно сидит и ходит, сколько хочет, причем с 6-го дня сама ходит в клозет. Преимущества раннего вставания Губарев видит в том, что 1) выздоровление больных при нем совершается быстрее, и самочувствие больных лучше; 2) отправления организма нарушаются меньше,—отправления кишечника и мочевых органов совершаются, напр., самопроизвольно; 3) дыхание бывает полнее и глубже, кашель и пневмония наблюдаются реже; 4) кровообращение совершается правильное, у оперированных не наблюдается явлений застоя и пролежней, флебиты имеют место реже. Противопоказаниями к раннему вставанию Губарев считает наличие частого пульса и значительной лихорадки с общей слабостью, упадком сил и пр., нагноение в брюшной ране и склонность ее к расхождению, наличие дренажа чрез брюшную рану (влагалищный дренаж, по его мнению, не мешает раннему вставанию) и т. п.

В пользу раннего вставания больных после лапаротомий и вообще гинекологических операций высказываются также Казанский, Холодковский, Виттенбург, Ксидо, Платонов, и др., причем последний из этих авторов находит его особенно подходящим для больных, оперированных *per colpotomiam* и *per abdomen* с поперечным разрезом брюшной стенки по Pfannenstiel'ю, а Ксидо—для инфицированных случаев. Впрочем в практическом проведении раннего вставания у перечисленных авторов наблюдается значительная разница: между тем, как Платонов, напр., подобно Губареву уже на 2-й день сажает своих больных, Виттенбург на 3-й или 4-й день разрешает им лишь поворачиваться в постели, а от 6-го до 8-го дня—ходить.

Мне самому неоднократно приходилось наблюдать случаи, где раннее вставание больных после самых тяжелых гинекологических операций не сопровождалось никакими вредными последствиями. С другой стороны мне приходилось иногда видеть от него и неблагоприятные последствия: в одном случае—разрыв брюшной раны, в нескольких—образование гематом в области Pfannenstiel'евского разреза и т. п. Принцип раннего вставания после больших операций, далее, слишком противоречит укоренившемуся в медицине взгляду на целебное значение покоя для больных, подвергшихся значительным травмам. Надо заметить еще, что безопасность и практическая выгода раннего вставания проверена—по крайней мере у нас в России—пока еще на слишком недостаточном материале,—материал Казанского, напр., обнимает всего 40 случаев чревосечений, влагалищных и абдоминальных, материал Холодковского—10 случаев, Ксидо—50 лапаротомий и 20 кольпотомий, да и в этом материале попадаются случаи, говорящие отнюдь не в пользу разбираемого метода (из 40 случаев Казанского, напр., в 4 имело место образование гематом). Самое главное, однако, трудно бывает убедить в безопасности раннего вставания, после больших операций, самих больных, которые слишком свыклись с мыслью о необходимости для них продолжительного покоя. В виду всего этого, отнюдь не являясь сторонником слишком продолжительного неподвижного пребывания оперированных в постели, я, впредь до выяснения полной безопасности и практической пригодности раннего вставания на значительном клиническом материале, допускаю его лишь в отдельных случаях, при наличии известных показаний вроде склонности к развитию гипостатических пневмоний, невозможности для больных мочиться в лежачем положении и т. п.

В заведомой мною клинике принято разрешать больным поворачиваться в постели после таких оперативных вмешательств, как *dilatatio canalis cervicalis*, *abrasio cavi uteri*, *vaporisatio* и пр.—на другой день р. о., после операций на влагалищной части (ампутация р. *vaginalis*, оп. Emmet'i etc.)—на 3-й день, после лапаротомий с разрезом по Pfannenstiel'ю, кольпотомий и операции Alexander'a-Adams'a—на 6-й, после *colporrhaphi'i*—на 7-й, после влагалищных экстирпаций матки—на 8-й, после лапаротомий с продольным разрезом—на 13-й, после фистулоррафий—на 15-й. Сидеть в постели оперированным разрешается после *dilatatio canalis cervicalis* и *abrasio*—на 4-й день, после *vaporisatio*—на 5-й, после лапаротомий с Pfannenstiel'евским разрезом, кольпотомий, операций Emmet'a и ампу-

таций влагалищной части—на 6-й, после ор. Alexanderi—на 9-й, после кольпоперинеоррафий—на 10-й, после влагалищных иссечений матки—на 12-й и после фистулоррафий, а также лапаротомий с продольным разрезом,—на 15-й. Наконец, вставать с постели и ходить больные начинают в нашей клинике после выскабливаний матки и т. п. операций—на 5-й день, после вапоризации—на 7-й, после лапаротомий с Pfannenstiel'евским разрезом, ампуций влагалищной части и операции Emmet'a—на 10-й, после операции Alexander'a-Adams'a—на 11-й, после colporhynchotomy—на 12-й, после влагалищных экстирпаций матки и фистулоррафий—на 16-й, после лапаротомий с продольным разрезом—на 17-й. Правила эти, однако, в отдельных случаях допускают многочисленные исключения как в ту, так и в другую сторону, да и вообще в вопросе о времени вставания больных после операций, как и во многих других вопросах, являясь сторонником широкой индивидуализации.

Склифосовский И. Грыжевые выпячивания после овариотомий. Лет. Хир. О. в М. 1881.—Шеткин. Об условиях, благопр. развитию тромбоза вен после овариотомии. Дисс. СПб. 1889.—Комаревский. Мат. к вопр. об уходе за женщиной после чревосечения. Дисс. М. 1894.—Соловьев. Об осложнениях при заживлении бр. раны после чревосечений. Ж. А. 1895.—Павлов. Особ. способ опер. лечения грыж. белой линии живота, образ. после чревосечения. Г. Ботк. 1897.—Нольчини. Мат. к вопр. о повторных чревосечениях у женщин. Дисс. М. 1898.—Губарев. О зашивании бр. раны и о дренаже бр. полости после чревосечений. Ж. А. 1900.—Орлов. К способам опер. лечения грыж. выпячиваний по б. линии после чревосечений. Вр. 1900.—Катунский. К вопр. о брюшных срощениях. Вр. 1901.—Шелехов. Сл. трижды произв. чревосечения у одной и той же больной с исходом в выздоровление. Хир. 1902.—Орлов. К вопр. о разрыве бр. рубца после чревосечений. Р. Вр. 1903.—Зимин. 2 сл. разрыва рубца после чревосечений. Р. Вр. 1903.—Цейдлер. Об острой непроходимости кишек в связи с заболеваниями ж. пол. органов. Р. Вр. 1904.—Владимирский. Сл. омертвления кожи после подк. вливания физ. раствора пов. соли. Ж. А. 1904.—Губарев. О предупреждении и лечении хир. инфекции. Совр. Кл. и Тер. 1905.—Казанский. К вопр. о раннем вставании после б. гинек. операций. II С. Р. А.—Холодковский. К вопр. о ран. вставании после б. гин. операций. Там же.—Шатский и Грязнов. Внутрив. вливания азотн. серебра при лечении хир. инфекции. Вр. Г. 1908.—Виттенбург. К вопр. об изменении режима у больных после б. гин. операций. III С. Р. А.—Шоур. Осложнения после чревосечения и борьба с ними. Ж. А. 1909.—Ксидо. Раннее вставание после больш. гин. операций и разрез живота по Pfannenstiel'ю. Хир. 1910.—Писемский. Сл. нарк. паралича плеч. сплетения Erb'овского типа. Ж. А. 1910.—Забиякина. Образование кости в рубце после чревосечения. Р. Вр. 1910.—Платонов. Метод. ран. вставания при чревосечениях. Ж. А. 1912.—Протопопов. Этиология послеопер. пневмоний. Дисс. М. 1912.—Волкович. Висмут. паста при свищах, дренажах и трудно заживающих полостях. Пр. В. 1912.—Рыбак. Клеч. послеоп. задержки мочи. Нов. М. 1913.—Лебедев. Рад. операция грыжи б. линии по сп. Menge. Ж. А. 1913.—Илькевич и Гецов. Действие интрав. вливания экстракта furorphysis cerebri на паралич кишек при диффузном перитоните. Ж. А. 1914.—Платонов. Метод раннего вставания после чревосечений и в послеродовом периоде. V С. Р. А.

Предметный указатель.

А.	Стр.		Стр.
Abderhalden'овская реак-		Антефлексия матки 54, 188, —	
ция при раке	98	— нормальная 54, 188, — —	
Автоклав	341	патологическая 55, 188, — — —	
Adenometritis	150	распознавание ее 55, — — —	
Аденомы матки 131, — рукава	148	причины ее 189, — — — дис-	
Аденомы женской половой сфе-		меноррея при ней 10, 189, — —	
ры 148, — матки 148, — труб 151,		— бесплодие при ней 17, 189,	
— яичников	152	— — — расширение цервикаль-	
Адреналин 316, 327, 350, 365, 407		ного канала при ней 81, — —	
Актиний	294	— пессарии при ней.	227
Алипин	350	Антипирин.	249
Алкоголизм, аменоррея при нем	5	Антитриптическая реакция при	
Алое	6, 324	раке	98
Альбаргин	236	Антрофоры	247
Aluminium aceticum	230	Анус, закрывание его при вла-	
Алюмоол	220, 230, 238	галищных операциях	349
Аменоррея 4, — физиологи-		Анэстезия местная 350, — люм-	
ческая 4, — патологическая 4,		бальная	350
— при внутриматочных впрыс-		Aphrodisiaca	325
киваниях по Грамматикати. 239		Апоплексия яичника	211
Amenyl	325	Аппендицит, связь его с забо-	
Ammonium anisatum 415, —		леваниями женской половой сфе-	
sulfo-ichthyolicum см. „Ихтиол“.		ры.	31
Амфотропин	327	Артерия легочная, закупорка ее	
Анамнез 3, — значение его		после операций	416
в диагностике женских болезней		Артигон	318
1, — собирание его 2, — диаг-		Асептика при гинекологических	
ностическое значение отдельных		операциях	332, 337, 365
анамнестических данных	3	Асцит 38, — форма живота при	
Анафилактическая реакция при		нем 38, — отличие его от кист	
раке.	98	яичника 43, — парацентез при нем	86
Ангиотрипсия	364	Атрезии женского полового ка-	
Антеверзия матки физиологи-		нала 104, 212, — — — их	
ческая 54, 185, — — патологи-		происхождение 104, 212, — —	
ческая 54, 185, — — — опре-		— — значение 105, — матки 74,	
деление ее путем бимануального		212, — рукава.	48, 212
исследования 54, — — — при-		Атрофия матки 56, — — лак-	
чины ее	185	тационная 5, — — об'ем матки	
Antepositio uteri	53, 184	при ней 56, — — длина маточ-	

ной полости при ней 74, — —	
консистенция матки при ней 57,	
— — аменоррея при ней 5, —	
почек при мочеточниковых сви-	
щах	210
Атропин	324, 409
Ausfallserscheinungen	6
Аускультация живота у гине-	
кологических больных.	46
Аутопластика брюшины	392
Ацетон	338
Azoospermia у мужчин.	17

Б. В.

Bacterium coli	117
Баллотирование опухолей брюш-	
ной полости	41
Бальнеотерапия женских бо-	
лезней	306
Банки сухие	415
Бели 23, — маточные 23, —	
рукавные 24, — трубные	24
Белладонна	409
Белье операционное, его сте-	
рилизация	341
Бензин для дезинфекции рук	338
Берберин	321, 324
Беременность, метроррагии при	
ней 9, — в рудиментарном ро-	
ге двойной матки 105, — влия-	
ние ее на заболевания женской	
половой сферы.	218
Бесплодие у женщин 16, —	
его причины 17, — связь с фи-	
бриомиомами матки 133, — его ле-	
чение	75
Бидермомы	172
Болезненность при ошупыва-	
нии живота у гинекологических	
больных 42, — матки при паль-	
пации 57, — яичников у исте-	
ричек	42
Болезни женской половой сфе-	
ры, их частота 100, — — — —	
классификация 101, — — — —	
функциональные	101
Боли при гинекологических	
заболеваниях 20, — — — —	
их происхождение 21, — — — —	
степень 21, — — — — харак-	
тер 21, — — — — локализа-	

ция 21, — — — — время про-	
явления	22
Бороглицерин	412
Бром, введение паров его в	
матку 249, — прижигание им .	256
Бром-этил	359
Бронхит послеоперационный .	413
Брюшная полость, оставление	
в ней инструментов и пр. при	
чревосечениях	199, 398
Бугорок паренхиматозный в	
дермоидах	174
Бугорчатка, аменоррея при ней	
5, — лихорадочные месячные при	
ней 13, — женской половой сфе-	
ры 120, — — — — ее частота	
120, — — — — занесение ее	
возбудителя в женский половой	
канал 120, — — — — первич-	
ная 120, — — — — вторичная	
121, — — — — ее распростра-	
нение 121, — — — — локали-	
зация 121, — — — — патоло-	
го-анатомические формы 121, —	
— — — — распознавание при по-	
мощи офталморекции 98, — —	
— — — — клиническое значение .	122
Бужи для расширения церви-	
кального канала	79

В. V.

Вагинизм	14
Вагинит, бели при нем 24, —	
гонорройный, исследование вы-	
делений при нем	89
Вакцина гонококковая, при-	
менение ее с диагностической	
целью 98, — — — — с лечеб-	
ною целью	317
Ванны водяные 306, — гря-	
зевые 308, — глиняные 309. —	
суховоздушные 312, — свето-	
вые	302
Вапоризация	216, 249
Вапорол	327
Вдувание порошкообразных	
веществ	247
Venter propendens	267
Viburnum prunifolium	12, 323
Виоформ	403

Влагалищная часть, ее ошупывание 48, — — положение 48, — — форма 49, — — величина 49, — — консистенция 49, — — кровоточивость 49, — — характер ее поверхности 49

Вливания в рукав 235, — капельные в rectum 305, — подкожные 316, — — болеутоляющее их действие 317

Внушение, лечение им гинекологических больных 329

Водород, перекись его . 230, 339

Возраст гинекологических больных 3, — физиологические изменения половой сферы у женщин в зависимости от него 3, — свойственные ему болезни 3, — влияние его на клиническую картину женских болезней 3

Воспаления женской половой сферы 3, 105, — — — — их частота 105, — — — — патолого-анатомическая сущность 106, — — — — время их развития 3, — — — — связь их с половую жизнью женщины 14, — — — — связь с родовым актом 16, — — — — микробные 109, — — — — трофические 123, — — — — их клиническое значение 108, — — — — бесплодие при них 17, — — — — профилактика 214, — матки и ее придатков, климактерические кровотечения при них 8, — — — метроррагии при них 9, — — — дисменоррея при них 11, — — — — усиление болей при физических напряжениях . 217

Впрыскивания рукавные 235, — внутриматочные 220, 237, — подкожные 316

Вставание больных после гинекологических операций 429, — — — — — раннее 429

Втирание лекарственных веществ 315

Вульва, распознавание болезней ее путем осмотра 46, — обеззараживание ее перед влагалищ-

ными операциями. 348

Вульвит (геср. вульво-вагинит) гонорройный 112, — дифтерийный 122

Вывихивание матки при влагалищных чревосечениях 377

Выворот матки 53, 182, — — его распознавание 53, — — этиология и механизм возникновения 182, — — значение 183, — — профилактика 216

Выделения полового канала, исследование их 88

Выкидыши, их патогномическое значение 20

Выпадение желтых тел яичника 211

Выпадение матки 52, 177, — — его степени 177, — — этиология 177, — — подвижность матки при нем 56, — — длина полости матки при нем 74, — — клиническое значение его 181, — — профилактика его 216

Выпадение рукава 193, — — его степени 193, — — этиология 193, — — связь с выпадением матки 193, — — изолированное 193, — — — — причины его возникновения 194, — — расстройства при нем 194

Г. Г. Н.

Гальванизация в гинек. практике 278

Гальванопунктура при фибромиомах 283

Hamamelis virginica . . . 322, 323

Garrulitas vulvae 27

Гауданин 349

Гедонал 350, 355, — наркоз им 360

Гелий 295

Гельмитол 327

Гэмангиоэндотелиомы 144

Haematocoele retrouterina . . . 211

Haematocolpos 105, 126

Haematometra 105, 126

Гэматосальпинксы . . . 105, 127

Гэматы, их этиология 211, — локализация 211, — клини-

ческое значение 212, — вульвы на почве coitus'a 211, — широких связок, их местоположение 58, — яичников 211, — брюшной раны после чревосечений . 425

Гемостаз при гинекологических операциях провизорный 364, — окончательный 363

Гермафродитизм ложный . . 102

Hiatus genitalis 178

Гигантские опухоли ж. пол. сферы . . . 38, 133, 141, 155, 174

Гигиена половая женщины . . 214

Гидрастин 321

Гидрастинин 316, 321

Hydrastis canadensis . . . 321, 323

Гидрометра 126

Гидронефроз 46

Hydrosalpinx 127, — profluens 25, 127

Гидротерапия в гинекологии . 306

Гимнастика врачебная 270

Гипертрофия маточной шейки 180, 204

Гиперэмия застойная, лечение ею 304

Гипоплазия матки 102

Гипоспадия 102

Гистероскоп 71

Гистеростоматомия 75

Гистеротомия 76

Гистерофоры 277

Глазные болезни, связь их с женскими 32

Глиняные ванны 309, — припарки 314

Globuli vaginales 219, 259

Гнойные скопления в тазу, лихорадочные menses при них 13,

— — — оперативное лечение их per vaginam 365, — — — —

— per laparotomiam 392

Головня маисовая см. „Ustilago maydis“.

Гонококк Neisser'a 111, — — — — определение его на мазках 89,

— — — разводки 111

Гоноррея женской половой сферы 110, — — — — ее частота 110, — — — — возбудитель 111, — — — — попадание его в половые пути женщины

112, — — — — вызываемые

им здесь поражения 112, — —

— — их локализация 113, —

ее генерализация 113, — — —

поражение нервной системы 113,

— — — — влияние на состав

крови 114, — — — — восходящее

ее распространение 114,

— — — — продолжительность

инкубационного периода 115, —

— — — диагностика 89, — —

— — профилактика 215

Гонотоксин 114

Горечавки корень 77

Горчичники 315, 415

Gossypium herbaceum 321

Грабельки (erodium cicutarium). 322

Грелки 314, электрические . 314

Грыжи матки 193, — маточных

придатков 195, — после

кольпотомий 371, — брюшной

стенки после лапаротомий . . 426

Грязелечение 308.

Губки прессованные 77, — употребление их sub coitu 219, —

употребление их при операциях

и обеззараживание 343

Д. Д.

Давление внутрибрюшное, роль его в происхождении проляпса . 181

Damiaa 325

Девственницы, гинекологическое исследование их 59, — присутствие им гинекологические за-

болевания 14

Дерматол 248, 403

Дермоиды яичников 173, —

— положение их в переднем своде 57, — — их строение 173,

клиническое значение 174, —

— быстрота роста 174, — —

форма 40, — — оперативное лечение per colpotomiam anteriorem 373

Descensus uteri см. „Выпадение

матки“, — vaginae см.

„Выпадение рукава“

Дефекация, ее расстройства у

гинекологических больных . . . 29

Диабет, аменоррея при нем . 4

Диагностика женских болезней. 1

Диатермия 285.

	Стр.
Диафаноскопия	90
Дилататоры маточные	76
Дисменоррея 9, — время появления дисменорройных болей 10, их локализация 10, — их степень 10, — их характер 10, — причины и формы ее 10, — перепончатая 12, — распознавание 12, — лечение	12
Дифтерия женской половой сферы 122, — — — — патолого-анатомические изменения при ней 122, — — — — клиническая картина 122, — — — — последствия ее	123
Дренаж при гинекологических операциях	366, 396
Дрожжи, применение их при кольпитах	248
Души сухие 254, — горячевоздушные	255
Дыхание, его расстройства при хлороформировании 357, — искусственное	358
Дыхательный аппарат, расстройства его при заболеваниях ж. пол. сферы	33

Е.

Ecstropion, возникновение его при разрывах наружного зева 204, — как исходный пункт рака маточной шейки	162
Einkindsterilität	16, 19
Elevatio uteri, распознавание его 52, — — — — причины 176, — — значение	177
Emenagoga	324
Endometritis dolorosa	11, 74
Enterocele vaginalis posterior	194
Eumenol	325

Ж.

Жалобы гинекологических больных	20
Жгут резиновый при гинекологических операциях	364
Желатина	247, 248
Железистые ванны	308
Железо полуторохлористое 231, 236, 245, 303, — каленое 257	

	Стр.
Железы подбрюшинные 151, — эндокринные	103
Живот, размеры и форма его при опухолях женского полового аппарата	38
Жидкость Locke'a 305, 316, 396, 407, Науем'a	393

З.

Запоры у гинекологических больных 29, — их влияние на половой аппарат женщины 30, — меры против них	222
Зачатие, меры для его предупреждения	218
Зев наружный маточный, palpация его 49, — — его разрывы	203
Зеркала влагалищные 65, — — круглые 65, — — створчатые 66, — — ложкообразные 67, — — самодержачиеся 70, — — Отта с освещением 70, 92, — — для лечения застойной гиперэмией 304, — маточные 71, — уретральные и пузырьные 71, 91, — прямокишечные 71, — брюшные	389
Зонд маточный 71, — Playfair'a 245, — Menge 245, — Замшина	245
Зондирование матки	71
Зуд вульвы	26

И. I.

Известь хлориновая для дезодорирующих рукавных спринцеваний	230
Измерение длины полости матки	74
Изогэмолитическая реакция при раке	98
Ileus после лапаротомий 410, — его профилактика 411, — его лечение	410
Иммунизация женщин против зачатия	221
Инволюция матки после родов порочная	281

Инородные тела в женск. пол. канале, мочевом пузыре и брюшной полости 198

Инструменты, их стерилизация • 340, — забывание их в брюшной полости 199, 398

Инсуфлятор 247

Инттоксикация, роль ее в происхождении воспалений ж. пол. сферы 109, 124, — хлороформная 354

Инфантилизм 103

Инфаркт геморрагический в фибромиомах матки 136, — легочной 417

Иогимбин 316, 325

Иод (гесп. иодная настойка), применение его в гинекологической практике. 220, 231, 238, 245, 259, 315, 338, 409, 415

Иодоформ 247, 259

Ирригатор Esmarch'a 224

Исследование объективное гинекологическое 35, — — — значение его в гинекологической диагностике 1, — — — классификация его методов 35, — — — методы его, обычно применяемые в гинекологической практике 35, — — — подготовка больных к нему 36, — — — положение больных при нем 36, — — — наружное 38, — — — внутреннее (рукавное) 47, — — — бимануальное 50, — — — методы его, применяемые в более редких случаях 58, — — — ректальное 59, — — — ректально-наружное 59, — — — ректальное по Kelly 60, — — — по Отту 61, — — — по Simon'u 61, — ректально-рукавное 61, — тройное 62, — при помощи пулевых шипцов 62, — под наркозом 64, — зеркалами 65, — матки зондом 71, — микроскопическое выскобленных и вырезанных кусочков 84, — жидкостей, получаемых при пробной пункции 88, — выделений полового канала

88, — мочевых органов у женщин 91

Истерия, связь ее с заболеваниями женской половой сферы . 33

Ихтарган для влагалищных впрыскиваний при острой гонорее 236, 246

Ихтиол для антрофоров 247, — для шариков 248, — для тампонов 259, — при колюмнизации 261

Ischuria paradoxa 28, 133

К. С.

Калий едкий, прижигания им 257, — марганцевокислый для рукавных спринцеваний 229, 230, — — как emenagogum 325

Каловые массы, прощупывание их чрез рукав 48

Камни маточные 201, — рукавные 201

Камфора 316, 406

Cannabis indica 12, 324

Кантаридин 325

Кантариды 325

Карболовая кислота . . . 229, 230

Кастрация 221

Катетер маточный с двойным током 236, 254

Кахексия при злокачественных опухолях 35

Квасцы 230, 236, 247, 248

Кистаденомы матки 151, — яичников железистые 153, — — сосочковые 154

Кистовидное перерождение фибромиом 137

Кисты ж. пол. органов ретенционные 125, — Bartolin'овых желез 126, — рукава 126, — матки 126, — F. труб 126, — яичников фолликулярные 127, — желтых тел яичника 128, — паровариальные 128, — дермоидные 173

Кишечник, уход за ним у гинекологических больных 222, — опорожнение его перед операциями 347

Кишка прямая, применение чрез нее лечебных агентов 305

Клавин 316
 Клетки половые первичные . 159
 Клизмы 304, 409, 410
 Климактерий, объем матки 56,
 — преждевременный при внутриматочных впрыскиваниях по Грамматикати 240
 Кодеин 316, 415
 Кожные болезни, связь их с гинекологическими 32
 Coitus, значение его в этнологии ж. болезней 14, — неправильности его 14, — травматические повреждения половой сферы при нем 196, — interruptus 218, — во время menses 214, — как причина воспалительных заболеваний ж. пол. сферы 125, — воздержание от него с профилактической целью 217
 Коксин 247, 350, 352
 Colitis mico-membranacea при заболеваниях женской половой сферы 30
 Collum colicum 49
 Коляпс после гинекологических операций 406
 Кольпейриз 261
 Кольпейринтер для сухого душа 254, — с ртутью при лечении тяжестью 262
 Colpotomia 367, — anterior 372, — posterior 372, — probatoria 96
 Колюмнизация 261
 Комната операционная 331, — стерилизационная 333
 Комплемент, реакция отклонения его 98
 Компрессы согревающие . 313, 415
 Кондиломы острые 147
 Кондомы, как мера против зачатия 218
 Консистенция опухолей женской половой сферы 40, — матки 57
 Kontaktinfektion 332
 Контроль асептики при чревосечениях 391
 Контуры пат. образований у гинекол. больных 39

Конфигурация матки нормальная 55, — — патологическая 55, — — определение ее . . . 55
 Кора дубовая 230
 Корнугин 321
 Коробки для стерилизации инструментов 340
 Костюм для „больших“ гинекол. операций 339
 Кофеин 316
 Крапива 322
 Кресло для гинекологического исследования 36
 Crises clitoridiennes 22
 Кровоизвлечения местные при аменоррее 303
 Кровотечения климактерические 8, — после лапаротомий внутренние 407
 Кровохаркание при аменоррее. 33
 Ксераза 248
 Ксероформ 248, 403
 Кумол для стерилизации кэтгута 345
 Купания морские в России . 310
 Курорты для гинек. больных в России 310
 Кускование матки при злаглишной экстирпации 376
 Кушетка для гинек. исследования 37, — для массажа . . . 265
 Кэтгут, его стерилизация . . 343

Л. Л.

Ламинарии 77
 Лапаротомия 381, — ее техника 381, — разрезы брюшной стенки при ней 381, — пробная 97, — через паховые каналы 220, — вторичная 407
 Lateroflexio uteri 54, 189
 Lateropositio uteri. . 53, 118, 184
 Lateroversio uteri . . 54, 118, 185
 Лед, рукавное применение его 249, — пузырь с ним на живот при острых восп. процессах 314, — — — — после лапаротомий. 409
 Лекарства внутренние кровоостанавливающие 320, — — кровоостанавливающие и обезболивающие 323, — — — — месячногон-

ные 324, — — aphrodisiaca 325,	
— — опопрепараты 325, — —	
дезинфицирующие мочевые пу-	
ти 327, — — слабительные . . . 327	
Лечение женских болезней 214,	
— — — классификация мето-	
дов его 223, — — — круг при-	
менения оперативных и неопера-	
тивных методов 223, — — —	
неоперативное 224, — — — опе-	
ративное 329	
Лейкоцитоз, диагностическое	
значение его 97, — при гонор-	
рее 114	
Lig. vesico-rectale 104	
Лизол 229	
Лизоформ 229	
Лимфангиоэндотелиомы . . . 144	
Лихорадка при месячных 13, —	
резорбционная после операций. 412	
Ложки для выскабливания мат-	
ки 82	
Лучи катодные 287, — Rönt-	
gen'овские 90, 287, — Becque-	
rel'евские 294, — световые. . . 301	
Luftinfektion 332	
Лютеин 325	
Ляпис, применение его раство-	
ров для рукавных вливаний 236,	
— — — — для смазываний цер-	
викального канала 245, — — —	
для палочек 247, — — — для	
промываний мочевого пузыря . 412	

М.

Maculae gonorrhoeicae 113	
Magisterium bismuthi . . . 327, 426	
Малокровие, аменоррея при	
нем 5, — при заболеваниях жен-	
ской половой сферы 34, — эндо-	
метрит при нем 123	
Малярия, расстройства месяч-	
ных при ней 57	
Маммин 326	
Марсупиализация 397	
Маски для ингаляционного нар-	
коза 355, 360	
Масло парафиновое 338	
Массаж гинекологический 263,	
— — — — — вибрационный 267, — серд-	
ца при наркозе 359	

Мастурбация, роль ее в этио-	
логии женских болезней 125, —	
инородные тела при ней 200	
Материал перевязочный, его	
стерилизация 341	
Матрац водяной для лапарото-	
мий 335	
Мезоторий 296	
Мейотагминовая реакция при	
раке 98	
Меноррагии 6, — их этиология	
6, — клиническое значение 8, —	
лечение 8	
Менструация, время ее появ-	
ления у женщины и нормальный	
тип ее 4, — аномалии ее 4, — ви-	
карная 13	
Метастазы злокач. опухолей на	
брюшине прививочные 393	
Метрит хронический 106, — —	
его этиология 107, — — осо-	
бенности матки при нем 107,	
— — — — — роль его в этиологии фиб-	
ромиом 131, — — — — — цервикальный. 204	
Metritis dissecans, аменоррея	
при нем 5, — oedematosa, кон-	
систенция матки при нем 57	
Метроррагии 8, — их этиология	
9, — клиническое значение 9, —	
лечение 9	
Метротом 76	
Механические причины поро-	
ков развития ж. пол. органов . 103	
Микробы, вызывающие воспал.	
заболевания ж. пол. сферы 109,	
— пути их поступления в ж. пол.	
канал 109, — продукты их жизне-	
деятельности 110	
Миокардит гонорройный . . . 113	
Миомы злокачественные 138	
Mittelschmerz 23	
Можжевелник казачий см. „Са-	
бина“.	
Molimina menstrualia 105	
Молочная кислота, смазывание	
ею стенок ж. пол. канала 245	
Монацит 296	
Монодермомы 172	
Морфий, применение его в гин.	
практике 306, 316, 350, 355,	
408, 409	

	Стр.
Морфинизм, как причина аменорреи	5
Моча, ее исследование 92, — — — — — после операций	412
Мочевые органы, связь их болезней с болезнями ж. пол. сферы 27, — — — — — исследование их у женщин	91
Мочеиспускание, его расстройства у гинекологических больных 27	
Мочеточники, их катетеризация 55, — их свищи 208, — повреждение их при операциях 207	
Муйрацитин	325
Mucosa uteri, состояние ее при фибромиомах матки 134, — — — — — изменения ее при внутриматочных впрыскиваниях по Грамматикати 243, — — — — — при ошпаривании 251, — — — — — при рентгенизации	292
Мушки	315, 415
Мышьяк	316

Н. Н.

Нагноение опухолей женской половой сферы	137, 157, 175
Наклонения матки патологические 54, 184, — — — — — их определение 54, — — — — — этиология 185, — — — — — клиническое значение	188
Наследственность, роль ее в происхождении пороков развития ж. пол. сферы	102
Наркоз, исследование под ним 64, — ингаляционный хлороформный 354, — — эфирный 359, — — смешанный 359, — внутривенный гедоналовый	360
Настуран	295
Natrium sulfo-ichthyolicum	259
Недержание мочи 27, — кала 30	
Недоразвитие матки	103
Некроз фибромиом	137
Нервная система, поражение ее при гоноррее 113, — — — — — связь ее заболеваний с болезнями женской половой сферы	33
Нефрит, аменоррея при нем	5
Нимфомания	15

	Стр.
Нитки для лигатур	343
Новокаиин	350, 352
Новообразования женской половой сферы 125, их пальпаторная и перкуторная картина 40, — — — — — ретенционные 125, — — — — — пролиферирующие 128, — — — — — десмоидные 129, — — — — — эпителиальные 145, — — — — — смешанные 171, — — — — — яичников, аменоррея при них 5, — — — — — злокачественные, их консистенция 41, — — — — — их подвижность	41
Ножка опухоли при фибромиомах матки 63, — — — — — при опухолях яичников 63, — — — — — определение ее при помощи пулевых щипцов	63
Носовые болезни, связь их с гинекологическими заболеваниями 32	

О.

Обезболивание при гинек. операциях	350
Обеззараживание рук 337, — — — — — старые способы его 337, — — — — — новые способы 337, — — — — — инструментов 340, — — — — — перевязочного материала 341, — — — — — материала для швов	343
Объем матки нормальный 55, — — — — — его уклонения от нормы 56	
Обмывания вульвы	224
Оварден	325
Овариин	325
Ovula Nabothi	126
Одышка у больных с опухолями	33
Ожирение, аменоррея при нем 5	
Oligospermia	18.
Оофорин	325
Оофорит паренхиматозный 107, — — — — — аменоррея при нем 5, — — — — — как причина эндометрита 124, — — — — — внутренняя секреция яичников при нем 124, — — — — — боли, отдающие в ногу, при нем 21, — — — — — Mittelschmerz при нем 23, — — — — — зуд вульвы при нем 26, — — — — — отрывка при нем 32.	
См. также „Сальпинго-оофорит“.	

Операции гинекологические, подготовка больных к ним	347,	
— их классификация	363, —	
— общие правила их техники	363	
Опий	230, 306, 327	
Оплодотворение искусственное	19	
Опопрепараты	325	
Опсонины	97	
Опухоли брюшной полости, определение их связи с половой сферой	63, — интралигаментарные, их признаки 41, — матки злокачественные, удаление их per vaginam 371, — половых частей злокачественные распространенные, оперативное вмешательство при них 389, — печени 45, — почек 45, — селезенки	45
Опущение рукава и матки см. „Выпадение“.		
Органы внешних чувств, связь их заболеваний с болезнями ж. пол. сферы.	32	
Орошение постоянное	233	
Осмотр живота у гинекологических больных	38, — вульвы 46, — входа в рукав	46
Оспа, меноррагии при ней	7	
Остеомаляция, лечение ее х-лучами	293	
Отвлекающие на кожу	315, 409	
Откручивание фибромиом матки полное.	136	
Отторжение маточной мукозы после вапоризации	251	
Офтальморреакция Saimett'a	98	

П. Р.

Палочки Koch'a, окрашивание их	89, — лекарственные	247
Пальпация живота у гинекологических больных	38, — ручная 47, — бимануальная 50, — ректальная 59, — мочевого пузыря и уретры 92, — почек 96	
Пантопон	316, 350, 355	
Пантостат	279	
Папилломы ж. пол. сферы	146, — — — — их локализация 147, — — — — их этиология 147, — — — — — микроскопическая	

картина 148, — — — — гистологическое строение 148, — — — — значение для организма 148, — яичников	154	
Паралич наркотный	358, 424	
Параметрит 21, — локализация	болей при нем 21, — подвижность матки при нем 56, — местоположение экссудата при нем 58	
Parametritis posterior Schultze	117	
Парацентез	85	
Паротит послеоперационный	421	
Патология болезней женской половой сферы.	100	
Перевязка сосудов при гинекологических операциях	364, — труб, недостаточность её для получения стойкой непроходимости последних	220
Перегибы матки патологические	54, 188	
Перекручивание матки осевое 55, 191, — ножки фибромиом матки 136, 191, — — яичниковых опухолей 157, 192, — труб 195		
Перерождение яичников мелкокистозное 107, — фибромиом саркоматозное 137, — — раковые 139, — кистом яичника раковое 158, — дермоидов раковое	175	
Перец водяной	322	
Периметрит, локализация болей при нем 21, — переход его на брюшину пузыря 28, — запоры при нем 30, — слюнотеченне при нем 32, — подвижность матки при нем 56, — болезненность матки 57, — пробная пункция при нем	87	
Перителомио ж. пол. сферы	144	
Перитонизация при чревосечениях	392	
Перитонит гонорройный 113, — после спринцевания 227, — послеоперационный.	410	
Перкуссия живота у гинекологических больных	42	
Перчатки операционные	338	
Пессарии при retroversio-flexio uteri 270, — при пролапсе 276,		

Стр.

— при антефлексии 277, — против зачатия 218, — самодельные 200

Пилюли итальянские 324

Пинцеты, накладывание их на широкие связки при влагиалищной экстирпации 378, — снятие их 378

Пиометра 126

Пиосальпинксы 127

Питание общее, расстройства его у гинекологических больных 34, — — роль его в этиологии пороков развития ж. пол. сферы 103, — — — — воспалительных заболеваний ее 123

Питугландол 6, 316, 327

Питуитрин 316, 327, 409

Пищеварительный аппарат, расстройства его у гинекологических больных 32

Пиявки 303

Плеврит послеоперационный . 413

Plumbum aceticum 230

Пнеймококки, как возбудители сепсиса 115

Пнеймонии послеоперационные 361, 413, — после различных форм наркоза 361, 415

Подвижность опухолей ж. пол. сферы 41, — матки нормальная 56, — — патологическая 57

Подготовка больных к гинек. исследованию 36, — — к гинек. операциям 347

Позиции матки патологические 53, 183, — — — их распознавание 53, — — — этиология 184, — — — клиническое значение . 184

Показания к оперативному вмешательству при женских болезнях 330

Покой, его значение в терапии женских болезней 217

Поле операционное, обеззараживание его 347

Полипы маточные, метроррагии при них 9, — — боли при них 135, — — определение их путем зондирования 74, — — мукозные 149, — — фиброма-

Стр.

тозные 134, — — саркоматозные 142

Половое удовольствие, его отсутствие 15

Положение больных при исследовании 36, — — при гинек. операциях 334, — *Trendelenburg*'овское 334, — *Clark*'овское 406, — матки, определение его по положению *p. vaginalis* 48, — — определение его путем бимануального исследования 51, — — — — зондированием 74, — — нормальное 51, — — его аномалии 52, 176, — опухолей брюшной полости 38

Пороки развития женских половых частей 101, — — вульвы 3, 101, — — внутренних частей 3, 101, — сердца, меноррагии при них 7

Почки, их пальпация 96, — перкуторная картина их опухолей 46

Препараты микроскопические, быстрое их изготовление 84

Прививка рака 170

Придатки маточные, их положение 58

Прижигания у гинек. больных. 256

Припарки горячие 314, — грязевые 314

Прободение матки зондом 72, — — кюреткой 82, — — бу-жжами 81, — — при вапоризации. 253

Проволока для швов 401

Пролежни от жомов при пинцетном способе влагиалищной экстирпации 378, — у оперированных 428

Промывание брюшной полости при лапаротомиях 394, — желудка после операций 408

Промывания внутриматочные 236

Протаргол 243, 245, 246

Профилактика гинекологических заболеваний 214

Pseudomuxoma peritonei 156

Псевдомуцин в железистых кистах яичников 156, — в асцитической жидкости 86

Pseudoprolapsus uteri . . . 53, 179
 Психозы, связь их с заболеваниями ж. пол. сферы 34, — послеоперационные 423
 Пузырь мочев., исследование его 93
 Пульс в послеоперационном периоде 412
 Pulvis Doweri 415
 Пункция пробная 85
P. R.
 Радиоактивность минеральных вод и грязей 310
 Радий 295, — лечение им рака матки 296
 Раздвоения ж. полового канала 102, — — — их происхождение 104, — — — клиническое значение 105
 Разрез Schuchardt'a 369, — влагалищной стенки при кольпотомии 373, 375, — брюшной стенки при лапаротомии 381, — — — — — продольный по l. alba 381, — — — — — внесрединный по Lennanderу 384, — — — — — поперечный по Küstner-Rapin'у 385, — — — — — по Pfannenstiel' по 385, — — — — — по Федорову 388, — при операции Alexander-Adam's'a 388
 Разрыв кишки при насильственном разрывании сросчений по Schultze 270
 Разрывы наружного зева 203, — промежности 205, — уретры sub coitu 197
 Рак женских половых частей 159, — — — — его частота 159, — — — — его локализация 160, — матки 3, 161, — — его формы 161, — его этиология 161, — маточного тела 161, — — — его частота 161, — — — патологическая анатомия 163, — — — об'ем матки при нем 56, — — — — консистенция матки при нем 57, — — — — распознавание его 82, — маточной шейки 163, — — — его формы 163, — — —

его этиология 162, — — — патологическая анатомия 163, — — — — — симптомы 165, — — — — — течение 165, — — — профилактика 215, — яичников первичный 168, — — вторичный 167, — — метастатический 168, — рукава 169, — вульвы 170, — F. труб 170, — аменоррея при нем . . . 5
 Рана брюшная при лапаротомиях, зашивание ее 400
 Ранения ж. пол. сферы 201, — — — — — стенки рукава разбитым наконечником для спринцевания . 225
 Раствор физиологический 234, 237, 316, 396
 Расхождение брюшной раны после лапаротомий 427
 Расширение цервикального канала кровавое 75, — — — — — некровавое 76
 Расширители матки 77
 Рвота при наркозе 357, — — — — — послеоперационная 407, — при перитоните 408
 Реакции биологические при раке 98
 Ревматизм гонорройный . . . 113
 Регенерация маточной мукозы, после ошпаривания 252
 Режим гинекологических больных 217
 Резекция F. труб подбрюшинная 220
 Rectocele 194
 Recurent fibroids 139
 Рентгенизация яичников для предохранения женщины от зачатия 221
 Рентгенодиагностика 90
 Рентгенотерапия 287
 Retroflexio uteri 54, 189
 Retropositio uteri 53, 184
 Retroversio uteri 54, 185
 Роды, их роль в этиологии ж. болезней 16, — — — — в происхождении травматических повреждений ж. полового аппарата 196
 Родовая деятельность при фибромиомах матки 132, — — — — — при раке матки 162

	Стр.
Ромбы L a n g e r'овские . . .	383
Rotatio uteri	55, 191
Рукав, его исследование пу- тем пальпации 48, — его осмотр	65, — обеззараживание его пе- ред влагалищными операциями
348, — всасывательная способ- ность его стенок	229
Руки, их обеззараживание . . .	337
Рута	324

C. S.

Сабина	6, 324
Сабур см. „Алое“.	
Сакральный способ чревосече- ния	404
Сактосальпинксы	126
Салипирин	324
Салициловая кислота	219, 229
Салол	327
Сальник, перитонизация им . . .	393
Salpingitis chronica productiva vegetans	151
Сальпинго-оофорит, локализа- ция болей при нем	21
Самозаражение	115
Самоизлечение фибромиом . . .	139
Сапрофиты, роль их в этио- логии сепсиса	115
Саркоматозное перерождение фибромиом матки 137, — — кистом яичников	141
Саркомы ж. пол. сферы 140, — — — — их локализация 140, — — — — этиология 142, — — — — гистогенез 143, — — — — клиническое значение 143. — матки 140, — — развитие их в теле и шейке 140, — маточ- ной мукозы 141, — миометрия 141, — яичников 141, — мела- нотические вульвы 142, — гроз- девидные маточной шейки . . .	142
Светолечение в гинекологии . . .	301
Свищи ж. пол. канала 206, — — — — их этиология 206, — — — — формы 208, — — — — клиническое значение 208, — — — — профилактика 216, — — мочевого 208, — — уретраль- ные 208, — — пузырьные 208,	

	Стр.
— — мочеточниковые 208, — кишечные 208, — раневые . . .	207
Связки Hunter'овские	104
Своды рукавные, их пальпация .	57
Секакорнин	316
Секрет влагалищный чрезмер- но кислый.	232
Секреция внутренняя, роль ее в этиологии пороков развития 103, — — — — воспалительных за- болеваний матки 124, — — — — фибромиом матки 132, — — — — раков 160, — — аменор- рея при расстройствах ее 6, — — меноррагии при расстройствах ее	7
Senega	415
Сепсис 115, — его возбудите- ли 115, — — — попадание их в половой канал женщины 115, — генерализация его 116, — местные заболевания ж. половой сферы при нем 116, — его про- филактика 215, — в послеопе- рационном периоде	413
Septum recto-vaginale, пальпа- ция его	61
Сердечно-сосудистая система, расстройство ее у гинекологиче- ских больных 32, — — — состо- яние ее при фибромиомах матки 132	
Серебро коллоидальное 247, 306, 315	
Серные ванны	308
Серфины	346
Сидерация	286
Силькворм	346
Синька метиленовая при гонор- ройных заболеваниях ж. пол. сфе- ры	245, 246
Сифилис, поражения ж. пол. аппарата при нем	119
Скарификации влагалищной ча- сти	303
Скипидар	260, 338
Склероз сосудов матки	8
Скобки Michela	346
Скополамин, обезболивание им	350, 355
Скопцы, уродование ими жен- щин	128

Смазывания стенок ж. пол. канала	244
Смещения матки физиологические 52, — — патологические 52, 176, — маточных придатков	195
Сода для рукавных спринцеваний 232, — для кипячения инструментов	340
Соленые ванны	307
Солнечные ванны	302
Соль поваренная, применение ее растворов	231, 305
Сосочки ложные.	152
Sozodolum	259
Спермин	316
Spina bifida	177
Спирохэта бледная	119
Спирт для компрессов 313, — для дезинфекции рук 337, — для стерилизации инструментов	341
Спорынья и ее препараты 320, 323	
Сприцевания рукавные. 219, 224	
Срощения, насильственное разрывание их	269
Стафилококки гноеродные.	115
Стенка брюшная, обеззараживание ее — 349, — разрезы ее при лапаротомиях	381
Стенозы полового канала 212, — — — их происхождение 212, — — — их значение 212, — рукава 212, — цервикального канала, дисменоррея при них 10, 212, — — — бесплодие при них 17, — — — определение их путем зондирования.	74
Стерилизация женщин 220, — воды и растворов 346, — перевязочного материала 341, — материала для швов 343, — инструментов	340
Styptica	320
Стиптиции	12, 323
Стиптол	12, 323
Стоваин	352
Стол для гин. исследования 37, — для операций	334
Столбняк послеоперационный 422	
Стрептококки	115
Стрихнин	316
Субламин	229

Сулема	219, 229, 337
Суппозитории	306
Супраренин см. „Адреналин“.	
Сухожилия оленьи, их стерилизация	345
Сфацелотоксин	321
Сыворотка антигонококковая 319, — антистрептококковая	319

Т.

Тампон пробный Schultze	89
Тампонация ж. полового канала	258
Таннальбин	327
Таннин	230, 236, 259, 338
Температура после гинекол. операций	412
Тератомы 173, — их генез 173, — формы	173
Термокаутеризация	257
Термопенетрация	285
Термофоры	314
Тесто венское	257
Тигенол	248, 259
Тиол	248, 259
Тимол	219, 230
Тиреоидин	326
Тиф, расстройства менструации при нем	5
Гочки половые в носу 32, — — — кокаинизация их 329, — болезненные в матке при endometritis dolorosa	74
Травматические повреждения женских половых частей 195, — — — — их профилактика 216.	
Травмы, значение их при гонорее	114
Транспортировка оперированных	406
Триппер у мужчин, его частота 110, — — — его заразительность	111
Троакар	87
Тромбоз вен нижних конечностей в послеоперационном периоде	418
Тропококаин	352
Трубки Röntgen'овские	288
Туалет брюшины при чревосечениях	393

Турело	77
Тяжесть, лечение ею	262

У. U.

Углекальций	256
Углекислые ванны водяные 307, — — газové	308
Уксус древесный 230, 236 — столовый	219
Уран	294
Уретра женская, ее исследова- ние	91
Уретрит гонорройный	113
Уротропин	327
Ustilago maydis	321
Уход за оперированными 405, — за брюшной раной после ла- паротомий	405

Ф. Ph.

Фанго	308
Фарадизация	284
Ферропирин 249, 260, 303	
Фибролизин	316
Фибромиомы ж. полового аппа- рата 129,—возраст их развития 3, 132, — — — — гистологиче- ское строение 129, — — — — локализация 130, — — — — кли- ническое значение 133, — мат- ки, их этиология и генез 130, — — их классификация 134, — — вызываемые ими припадки 133, — — изменения, которым они подвергаются 135, — — их распознавание 38, 40, 41, 74	
Фибромы яичников	130
Фильтрация х-лучей 291, — луч- чей радия	299
Фистулоррафии, люмбальная анэстезия при них	353
Phlegmasia alba dolens после гинекологических операций	418
Формалин 229, 230, 245, 246	
Photospeculum	301
Фототерапия	301
Фульгурация	285

Х.

Хвош полевой	322
Хинин	219, 324

Хлопчатник травянистый	321
Хлорал-гидрат	230
Хлороз, связь его с заболева- нием яичников	34
Хлороформ, введение паров его в ж. половой канал	249
Хлороформный наркоз	354
Хлор-этил для местной анэс- тезии	350
Холера, меноррагии при ней	7
Хорио-эпителиома	171
Хромоцистоскопия	95

Ц. C. Z.

Zestokausis	253
Цинк хлористый, применение его в гинекологии 243, 245, 247, 257,—сернокислый	230, 247
Цистит катетеризационный. 92, 412	
Cystocele	27, 193
Цистоскопия	94
Цынга, меноррагии при ней	7

Ч.

Чехлы для пальцев резино- вые.	47, 339
Чревосеченке пробное 96, — производство его при заболева- ниях женской половой сферы	367

Ш.

Шанкр твердый, его локали- зация	119
Швы на брюшную стенку при лапаротомиях	400
Шпигование раковых опухолей радием	301
Шпоры дамские	200
Шприц Браун'а 238,—Рга- vatz'a 88,—Склифосовского 88,—Leiter'a 235,—для люм- бальной анестезии	351

Щ.

Щелочность крови, диагности- ческое значение ее при раке	99
Щелочные ванны.	308
Щипцы пулевые, исследование с помощью их опухолей ж. пол. аппарата	62

Щитовидная железа, состояние
ее у гинекологических больных. 33

Э.

Эйкаин 350
Экзема вульвы при моче-
вых свищах 209
Эксудаты в заднем Dou-
glas'овом кармане, тенезмы при
них 30
Экстирпация матки влагалиш-
ная 375, — — — круг ее при-
менения 375, — — — техника . 376
Экцизия пробная 84
Эктропион 204
Электризация 278, — сила упо-
требляемого при ней тока 278,
— действие тока 280, — круг
применения 281, — пп. phrenico-
лит 359, — техника ее . . . 281
Электроды для рукавной и
внутриматочной электризации 281,
— пузырьные Александрова. 282
Электрокоагуляция . . . 221, 285
Эмболия легочной артерии . 416
Эмбрионы женской половой
сферы 173

Эндометрит гонорройный 112,
— септический 116, — старче-
ский 3, 24, — хронический ги-
перпластический 106, 148

Эндотелиомы ж/ пол. аппара-
та 144, — — — — их локали-
зация 144, — — — — их строе-
ние 145, — — — — их клини-
ческое значение 145
Эписпадия 102

Эпителий, характер его раз-
ростания в опухолях эпителиаль-
ного типа 147, — железистых
и сосочковых кистом 153, — фи-
зиологические и патологические
разростания его 146

Эрготин 316, 321

Эрголиновая кислота . . . 321

Эритемдоза. 290

Эрозии влагалищной части . 164

Эфир серный . . . 316, 350, 359

Я.

Язвы от ношения пессариев . 276

Яичники, состояние их при
внутриматочных впрыскиваниях
по Грамматикати 242, —
влияние x-лучей на них. . . . 291

Именной указатель.

	Стр.		Стр.
А.			
Abderhalden	98, 99	Barlow	155
Абель	312	Barnes	262
Abel	383	Бартель	8, 197, 202
Агафонов	20, 205	Баташев	403
Adams	334, 388, 430, 431	Bater	290
Acker mann	143	Бегун	322, 328
Акимов-Перети	354, 362	Бездетнов	197, 202
Alexander	334, 388, 430, 431	Весquerel	294
Александров	115, 140, 195, 214, 234, 235, 278, 280, 281, 283, 284, 285, 292, 294, 381, 411	Бекман	144, 403
Алексеев	200, 202, 222, 312, 362	Белиловский	33
Алтухов	195	Белинький	202
Albers-Schönberg	293, 297	Беллин	115
Альбинский	244, 362	Беневоленский	269
Альперин	42, 47	Бердичевская-Чернобаева	328
Ahlfeld	337	Березнеговский	362
Амброжевич	309, 313	Бертенсон	311
Амчиславский	202, 286, 305, 306	Bier	304, 350
Ананов	328	Бирюков	197, 202
Андреев	317	Blondel	79
Аникеев	338, 340	Блюменталь	317
Аничков	159	Бобров	217, 317
Ануфриев	8, 210, 340, 347, 350	Бове	201, 202
Аншелес	122	Богаевский	386, 403, 404
Anschütz	354	Богатырев	202
Apostoli	278, 281, 283	Богородский	21, 23
Артемьев	233, 235	Богоявленский	383, 403
Архангельский	258	Богров	115
Афанасьев	120	Болондзь	361, 263
Б. В.			
Бабанасянц	312	Бондарев	202
Балдовский	122	Боншtedt	202, 294, 362
Балин	20, 202	Bordet	98
Baldwin	156	Борисов	134, 139
Баратынский	195	Борткевич	144, 201, 202
		Боряковский	197, 202, 267, 269
		Bossi	35, 204, 215
		Боткин	1
		Брандт	96, 140, 355, 362
		Brandt Thure	263, 267, 270
		Брант	122

	Стр.
Братков	302, 303
Брауде	301
Браун	69, 262
Браунштейн	296, 297, 301
Brieger	98
Бродский	22, 23
Брудняк	262
Bruck	318
Brugnatelli	201
Bruip	338
Бруштейн	287
Брыков	327
Брюль	269, 286, 287, 362
Брюно	403
Бубличенко	338, 340
Бубнов	191
Буйко	312
Букоемский 175, 239, 244, 246, 261, 262, 383, 403	
Бундель	82
Бурдзинский	168, 171
Burckhardt	360
Бурланд	312
Бурштейн	110, 115
Бухман	402, 404
Бухштаб	261
Бушмакина	170 171
Быстроумова	173
Быховский 159, 239, 244, 281, 284, 285	

В. W.

Вайнштейн	97, 99, 318, 320
Вакуловский	25
Валк	203
Валь-фон	89, 90, 236
Walter	297
Валяшко	385, 404
Wanschel	359
Варгасова	362
Варгафтик	404
Варгунин	328
Варнек	144, 284, 380, 404
Василевский	200, 203
Васильев	297, 301
Wasselmann	298
Вачнадзе	183
Введенский	115
Вебер	144
Вельяминов	403
Вербов	318, 320

	Стр.
Вернадский	295
Werner	290
Верг	197, 202
Werth	103, 157, 179
Wertheim	372, 373, 392
Вильямовский	328
Winckel	100, 101
Виноградова-Лукирская	269
Висковский	98, 99
Виттенбург	430, 431
Владимиров	139, 239, 244
Владимирский	431
Воинов	15
Волкова	269
Волкович 383, 403, 404, 426, 431	
Воллосович	294
Вольтман	197, 202
Вольфович	197, 202
Воскресенский 32, 33, 159, 328, 336	
Wright	97
Выдрин	328

Г. G. H.

Гаврилов	328
Гавронский	312
Гауем	393
Галактионов	284, 313
Галацер	312, 315
Halban	179
Гальберштам	269
Гальбрейх	197, 202
Гамбаров	290, 291, 293, 294
Hahn	255, 335
Hasse	219
Гаусман	371, 381, 386, 404
Gauss	293
Гейн	211
Гейнац	296, 301
Гейслер	13
Heitzmann	253, 254
Гельман	315
Henke	84, 85
Генрихсен	198, 200, 203
Гентер	15, 217
Георгиевский	239, 244
Гепнер	401
Герман	203, 328
Herff	338
Гершун	105, 201, 203
Gessner	142, 143

	Стр.
Heusner	337
Гецов	431
Гиммельфарб 115, 197, 202, 205, 211, 212, 284, 386, 404	
Гинзбург 200, 202, 203, 284, 285	
Гирголав	392
Гликман	362
Глядок	262, 404
Глязштейн	120
Гогоберидзе	6, 132, 140
Гогоцкий	202
Hodge	271, 272, 273, 274
Гольдберг	313
Goldspohn	388
Гольдштауб	328
Голов	139
Голоушев	235
Holzknacht	289
Гопенгендлер	202
Горвиц 1, 12, 58, 96, 188, 201, 240	
Горвиц-Калитеевская	301
Горелейченко	278, 317
Горизонтов 121, 122, 150, 159	
Горохов	336, 367, 381
Грамматикати 238, 244, 312, 404	
Грейфе	90, 217, 345, 347
Греков	404
Гренков	195
Гриневич	336
Grossich	338
Груздев 97, 105, 139, 144, 171, 192, 202, 258, 312, 340, 381, 403, 404	
Грязнов	431
Губарев 1, 60, 62, 82, 217, 239, 244, 257, 330, 331, 333, 336, 338, 339, 341, 344, 345, 347, 351, 365, 366, 367, 371, 375, 379, 381, 384, 388, 398, 403, 404, 407, 408, 409, 410, 426, 429, 431	
Гудим-Левкович	159
Гурин	115
Гусаков	137, 140
Гусев	195
Д. Д.	
Давидсон	20
Данилло	35
Дегтярева	328
Дейч	173

	Стр.
Delagenière	336
Дембская 98, 99, 151, 159, 317, 318, 319, 320	
Dechamps	377
Димант	75
Дмитриев	98, 99
Дмитровский	81, 82
Доббарт	301, 381, 404
Доброклонский	121, 122
Добронравов . 20, 35, 217, 261, 284	
Добрынин	277
Добрянский	286, 287
Догель	322
Döderlein	245
Долганов	13
Долнер	71
Dominić	299
Дорф	193
Doyen	68, 286, 379
Драницын	386, 404
Dreser	202
Dreser	360
Дубенский	159
Дубинчик . 255, 256, 386, 404	
Дубянская	310
Dudley	407
Дукельский	123
Dungern	98
Дьяконов 161, 162, 164, 166, 167, 170, 171	
Дыский	284
Dumontpallier	247
Dührssen	161, 373

Е.

Eberth	144
Евтуховский	200, 203
Егоров	122
Елкин	318, 319
Elsberg	98
Emmet	348, 430, 431
Erb	424
Еремич	96, 301, 362
Есипов	197, 202
Esmarch 224, 225, 233, 237, 396	

Ж. Г.

Жбанков	202
Ждан-Пушкин	322, 328

	Стр.
Жевахов	202
Gengou	98
Geoffroy St.-Hilaire	103
Живописцев	328, 405
Жижиленко	200, 202
Gigaud	297
Жуковский	9

З.

Забякина	431
Заблудовский	338
Заболотский	197, 200, 202
Заботкин	362
Завадский	203
Залесова	269
Замшин	246
Замятина	312, 313
Зандукели	294
Занченко	168, 171
Зарецкий 152, 159, 220, 221, 222, 291, 293, 294	
Заркевич	175
Затонский	269, 280, 284
Заусайлов	347
Захарьевский	242, 244
Захарьин	1
Заяицкий	1, 210, 237, 380
Звинятский	261
Зедергольм	198, 202
Зеленев	115
Зимин	431
Змеев	191
Зюков	323, 327

И.

Иванов 23, 42, 131, 139, 284, 285, 404	
Илларионов	281, 285
Ильин	301
Ильинский	261
Илькевич	245, 246, 431
Инаев	328
Иноевс	327
Иовлев	160, 171
Иогансен	362
Ипатов	96
Исполатов	191

К. С.

Кадыан	361, 362
Кадырбобов	144, 145

Стр.

Казанский	430, 431
Казембек	343, 347
Каковский	286, 287
Какушкин 72, 75, 88, 200, 202, 234, 235, 328, 362, 381	
Калабин 115, 232, 280, 285, 323, 328, 334, 336	
Калениченков	327
Калмыков	290, 294, 386, 404
Calmette	98
Каменский	15
Kaminer	98
Каминская	322, 328
Кан	12, 122, 253
Каннегиссер	137, 208, 211
Карлин	294
Karrel	297
Картамышев	12
Касогледов	301
Кастанаев	200, 201, 202
Катунский	315, 431
Кауфман	201, 202
Kafka	219
Кац	362
Каценеленбоген	239, 244
Кацнельсон	200, 203
Кашеварова-Руднева	173
Кашкаров	304
Квасков	381
Кедрова	129, 133, 155, 174
Keating-Hart	286
Keetmann	301
Келер	200, 202
Kelly	60, 61, 91, 399
Kermauner	164, 167
Кечек	404
Кикодзе	231, 232
Кипарский	122, 381
Киреев	159, 403
Kiriak	155
Кистер	81, 82, 176, 188
Китер	1
Китнер	386, 404
Kisch	253, 254
Clado	31
Clark	406
Клейбер	364
Клейнман. 122, 159, 362, 386, 404	
Клейф	284
Клименко	123
Климович	122

	Стр.
Kobert	321
Кобылянский	329
Козленко	253, 261
Козлов	292, 294
Коломенкин	115
Кольский	329
Комаревский	431
Коморович	322, 328
Конаржевский	239, 244
Conheim	130
Коншин	337
Корди	175
Корецкий	97
Короткевич	328
Котова	404
Koch	89
Kocher	399
Кочетков	404
Кошкарев	304
Кравков	322, 328, 362
Kraske	405
Красковский	193, 195
Красовский	72, 75
Credé	315
Кривошеин	344, 347
Кривский	292, 294
Крижевский	362
Krönig	291, 292, 293, 298
Крузенштерн	82, 235
Krukenberg	168
Ксидо	430, 431
Кубасов	148
Кузнецкий	133, 139, 404
Кузнецов	181
Куковеров	352, 362
Курдиновский	100, 321
Cusco	66, 67, 68
Кускова - Усова	306
Кутасов	172, 173, 393, 404
Кушев	202
Кушталов	201, 202
Куэ - Виганд	33
Curie	295
Küstner. 45, 46, 78, 85, 178, 372, 385	

Л. Л.

Лабенский	227, 232
Laborde	358
Лавринович	270
Лазарев	293
Лазаревич . 62, 71, 90, 91, 119, 184, 278, 347, 382	

	Стр.
Lazarus	298
Ланда	8
Langer	383, 384, 385, 401
Лапин	198, 202, 261
Лапинер	123
Лапков	328
Ларионов	159
Ласточкин	362
Лебедев . 11, 12 71, 115, 197, 202, 221, 223, 239, 243, 244, 385, 402, 414, 431	
Левинович	8
Левинский	122
Левкович	81
Лезин	197, 202
Лейбчик	175
Leiter	225, 226 235
Lembert	391
Lennander	384 385
Лесмент	183
Либерзон	6, 294
Либов 239, 244, 312, 313, 328, 329	
Лившиц	285
Лидервальд	195, 203 210
Лидский	338
Линден	140
Линевич	200 261
Липинский . 200, 202, 244, 331	
Lister	223
Лозинский	140
Locke	393, 396, 407
Löffler	122
Лурье	286, 287
Львов . 122, 197, 202, 211, 212, 247, 249, 284, 328, 380, 395, 403	
Лычковский	362
Lubarsch	84
Любимов	210
Лямбль	382, 403
Ляхницкий	78, 82

М.

Mayer	65
Макаев	301, 303, 312
Макиевский	405
Макшеев	74, 75, 232
Малиновский	144, 173, 208
Мансветов	251, 255, 256
Мансуров	203, 246
Маньковский	123
Марков	9, 83, 85, 120

Стр.

Марковский	381
Марконет	8
Martin	122
Марьянчик	32, 33
Масалитинов	71, 197, 202
Масловский	115, 159
Массен	261, 284
Матвеев	210, 211, 285, 403
Мапон	248, 249
Мезерницкий	293
Meuer	131, 150, 151
Мельников	363
Menge	78, 245, 246, 427
Mensinga	219
Мечников	108
Mikulicz	387, 395, 396, 398, 418, 428
Миловидов	195
Минкевич	383, 403
Мицц	362
Миранов	221, 222, 243, 244, 309, 312, 313, 319, 320, 322, 328, 347, 380, 403.
Митрофанов	261, 262
Михайлов	195, 197, 202, 313
Michel	346, 401, 424, 427
Михин	99, 202
Михневский	240
Михнов	33, 159, 197, 202, 340
Мишин	285, 317, 328
Модестов	225, 232
Модлинский	202, 381, 404, 405
Мокеев	328
Молчанов	113
Мордвинов	234, 235
Морозов	233
Морозова	123
Мосешвили	328
Муратов	9, 120, 232, 304, 398, 404
Мурза	403
Мусатов	214, 239, 249, 316, 317
Мухадзе	362
Мухина	140, 192
Мыкертчьянц	287, 328, 362
Müller	289

Н. Н.

Нагевич	394, 411
Nagel	104
Наркевич	322, 328

Стр.

Неводничанский	138, 139
Noeggerath	111
Недзведский	235
Недодаев	322, 328
Недородов	249, 285, 323, 328
Неелов	1, 122, 262, 284
Neelsen	89
Neuberg	298
Нейгебауэр	70, 199
Neisser	11, 89
Неменов	294
Немировский	261
Ненадович	246, 304, 313
Нестеровский	114, 115, 123
Никитин	25
Никифоров	100
Никольская	269
Никольский	202, 362
Никонов	383, 403
Новиков	105, 140, 180, 181, 251, 253
Новицкий	74, 75, 280, 284, 212
Новосельский	161, 171
Нольчини	284, 312, 403, 407, 411, 431
Нурик	255, 256

О.

Окинчиц	31, 119, 291, 294, 367, 381, 404
Оленин	202, 203, 253, 269, 284
Ольдекоп	317, 328
Olshausen	87, 382, 383
Opitz	78
Оппель	362, 404
Орлов	1, 72, 75, 83, 140, 200, 203, 214, 243, 244, 245, 246, 301, 302, 303, 313, 349, 350, 403, 404, 431
Орловский	115
Осокин	113, 115
Отт	61, 62, 70, 71, 132, 140, 176, 239, 269, 330, 331, 338, 339, 348, 350, 364, 368, 369, 370, 371, 376, 381, 386, 396, 403

П. Р.

Павлов	120, 431
Parrenheim	89
Паргамин	20, 201, 202, 269

	Стр.
Паренаго	202, 203
Парсамов	323, 328
Парышев	239, 244, 313
Пастернацкий	96
Pasteur	223
Пашкевич	312
Réan	382, 399
Пейсахов	363
Пекарская	85, 99, 140
Пеликан	198, 202
Пель	326, 328
Перимов	394
Perthés	289
Перерсон	353, 404
Першин	202
Петлин	122
Петров	254, 256
Петрова	322, 328
Pick	104
Pictet	354
Pincus	250, 253
Писемский 171, 197, 202, 220, 222, 347, 403. 404, 431	
Платонов ,133, 139, 386, 404, 430, 431	
Playfair	245
Поволоцкая	348
Подбельский	122
Подгорецкий	362, 403
Подушко	391, 404
Познанская	32, 33
Покровский	171, 309, 312
Поленов	362
Полотебнов	362
Полубогатов	319
Поляков	151, 159
Пономарев	269
Попель	23, 278
Попов 74, 75, 97, 120, 122, 132, 139, 159, 195, 202, 202, 352	
Попова	287
Попялковский	280, 284
Порембский	20
Порошин	403, 404
Порховник	22, 23
Потеенко	329, 343, 344, 328
Pozzi	82
Прейсман	244
Преображенский . 381, 396, 397, 398, 404	
Priessnitz	313

	Стр.
Прокофьева	122
Проскурякова. 268, 269, 313, 315	
Протопопов	416, 431
Прудников	221, 222
Пуссеп	362
Путятина	362
Pfannenstiel 156, 157. 385, 386, 387, 388, 425, 430, 431	
Pfeiffer	98
Пяткин	344, 347

P. R.

Рабинович	191
Райнес	243
Ракеев	6, 8
Ракуза	403
Rapin	385
Распопова-Виноградова. 197, 202	
Рачинский 122, 201, 202, 220, 222, 269, 280, 283, 284, 365, 367, 381, 403	
Рашкес	340
Reverdin	401
Редлих	96, 175
Резников	8
Реймер	328
Рейн	227, 232, 403, 404
Reiter	318
Recklinghausen.	104, 130
Ремизов.	267, 269
Репрев	56
Решетников	202
Ривкин	202
Рогов	136, 140, 192
Roentgen	287
Розанов	193
Розенберг	202
Розенбергер	195, 197
Розенгарт	132, 139
Розенцвейг	285
Розов	85, 197, 202
Ростошинский	202
Roth-Dräger	355, 359
Ротман	115
Роттер	159
Рубашкин	159
Рубинштейн	269
Ruge	163, 164, 165, 167
Рудский	243, 244, 245, 246
Румянцев	123

	Стр.
Русакова-Львович	313
Rutherford	294, 299
Рыбак	412, 431
Рыдзевский	12
Рыдник	362, 363

C. S.

Савин	197, 202
Савинов.	151, 159, 210, 211
Савич	195
Савченко	312
Садовский 119, 364, 367, 391, 403	
Самойлов	248, 249
Самойлович	328
Сандберг-Дебеле	269
Севастьянов	129
Семенский	403
Семянников	269
Сенкевич	362
Сердцев	321, 328
Серединский	105
Сережников	71, 88
Сидоренко	360, 362
Silvestre	358
Simon	69, 82
Simpson	76
Sims	10, 68, 71, 77
Синайский	197, 202
Сицинский	202, 340
Scapzoni	106
Склифосовский	88, 431
Скробанский . 197, 202, 222,	
352, 353, 362	
Скульский	85
Скутул 120, 321, 322, 323,	
324, 328	
Славугинский	321, 328
Славянский 150, 159, 198, 203,	
403	
Слетов	284, 285
Слоновский	317, 318, 320
Смоличев	197, 202
Смольский	85, 229, 232
Снегирев 1, 11, 21, 23, 45,	
74, 76, 97, 140, 214, 215, 223,	
227, 228, 233, 234, 235, 245,	
249, 251, 252, 253, 281, 284,	
302, 304, 305, 314, 317, 321,	
322, 323, 324, 345, 395, 396,	
403, 407	
Собестианский	200, 203, 246

	Стр.
Соболев	381
Совинский	115
Soddy	294
Соколов.	246, 359, 362
Соловьев 71, 77, 82, 85, 129,	
175, 181, 240, 243, 285, 312,	
331, 344, 347, 380, 381, 431	
Софотеров	296
Сочава	27, 81, 82, 317
Станков	122
Стельмахович	403
Степанов	328
Stockard	133
Столыпинский 257, 258, 377,	
380, 403	
Стризовер	239, 244
Строганов	120, 346, 347
Строгая	159
Строкин.	283, 285
Студенский.	222
Субботин	343
Судаков. 31, 119, 220, 222,	
393, 404	
Суторихин	381
Сутугин	210
Сыромятников.	284
Сяноженский	381

T. Th.

Tandler	179
Тарасенков	200, 202
Тарновский.	15, 278
Татаринов	338
Теличенко	347
Теплов	380, 381
Тепфер	123
Теребинская-Попова 114, 115, 319,	
320	
Тигер	201, 203
Тиканадзе	140
Тимофеев 161, 166, 167, 171, 175	
Типяков.	380
Тихов	202
Тихомиров	82
Толочинов 1, 78, 155, 259, 306	
Thomas	271, 272, 273, 274
Томашевский	144, 173, 352
Томсон 122, 175, 317, 331,	
340, 381, 403, 404	
Трабша	404
Traube	98
Trebing	98

	Стр.
Trendelenburg	334, 386, 387, 389, 417
Treuf	253
Тушнов	222
Тышко	200, 202
Tuffier	379

У. U.

Улезко-Строганова	85, 129, 132, 138, 139, 140, 147, 148, 171, 296, 298, 301
Унгер	137, 140
Уппа	89
Урбанович	122
Ускова	322, 328
Успенская	324, 328
Успенский	284, 328, 326

Ф. F. V.

Фавр	200, 202
Файнберг	6
Фаренгольц	27
Федоров	100, 283, 284, 352, 362, 380, 388, 404
Фейнберг	191
Veit	163, 164, 165, 167
Феноменов	96, 197, 200, 202, 203, 252, 336, 343, 365, 367, 377, 386, 403, 404
Феоктистов	235
Ferguson	65
Филонов	317
Финкель	393, 404
Fisterer	98
Фишер	396, 403
Fliess	329
Флоринский	29, 32, 227, 232, 257, 258
Freund	98, 372
Fritsch	69, 347, 396
Фролов	148
Фронштейн	98
Frogier	194
Фрумина	294
Фукс	239, 244
Fürbringer	337, 349

X.

Хажинский	137, 140, 317
Хайкис	81, 85
Ханутин	284

	Стр.
Хейфец	200, 203
Холмогоров	380
Холодковский	370, 381, 386, 395, 404, 430, 431
Хоменко	254, 255, 256
Хотовицкий	71

Ц. Z.

Цейдлер	403, 411, 431
Zeller	84, 85
Ziel	89

Ч.

Чахоткин	298
Черевков	155
Черне(я)ховский	108, 214, 244, 381
Чернобульский	322, 328
Чистяков	340
Чугаев	295
Чудовский	82
Чукалов	104, 105

Ш. Ch. Sch.

Шабельский	200, 203
Chamberland	341
Champetier de Ribes	262
Шамраев	269
Charut	339
Шатский	431
Schauta	372, 373
Шах-Азиз	140
Шварц	122
Schwarz	298
Шевалдышев	122
Шевелева	258
Шейнис	203
Шелехов	431
Шелоумов	380
Шепилевский	198, 203
Шерман	404
Шестопал	133, 140
Шефтель	197, 202
Шидловский	202, 203
Schimmelbusch	355
Ширшов	152, 159
Шклярский	173
Шлапоберский	245, 246

	Стр.
Шлезингер	78, 82
Schleich	359
Шмидтгоф	286, 287, 302, 303
Шнее-Люстих	312
Scholz	84, 85
Шор	362
Шостак	197, 202
Schottlaender	165, 167
Шоур	431
Шпиндлер	248, 249
Schroeder	179
Штейн	200, 203
Штерн	115, 197, 202
Штернберг	98, 99, 319
Штофф	139
Штрайхер	381
Штраух	379, 381
Schubert.	84
Schultze 11, 78, 178, 269, 270, 271, 272, 273, 274	
Шульц	12
Schuchardt	369

	Стр.
Щ.	
Щербаков	25
Щеткин	431
Э.	
Эберлин.	213
Эберман.. . . .	200, 207, 210
Эккерт	173
Эрбштейн	261
Ю.	
Юргелюнас	309, 313
Юрьян	85
Я.	
Яворский	120
Якимович	67, 71, 249
Якобсон	333, 381
Якуб	183
Ямпольский.	278
Яновский	403
Яровой	203
Ястребов.	159
Яхонтов	269, 386, 404

Важнейшие опечатки.

<i>Страница.</i>	<i>Строка (сверху).</i>	<i>Напечатано:</i>	<i>Следует напечатать.</i>
18	5	этнологию	этиологию
67	7	Вводя	Введя
71	31	В.—М. Ж.—	В.—М. Ж. 1838.—
90	15	диафакоскопии	диафаноскопии
100	16	<i>Чистота</i>	<i>Частота</i>
102	42	этнология	этиология
106	27	микроскопически	макроскопически
115	18	Мочеп.	Мочеп.
125	11	его	ею
126	10	опорожнением	опорожнении
182	21	послеродовом	последовом
205	23	ruptura	ruptura
211	2	cervico-vaginali	cervico-vaginalis
211	47	luei	lutei
214	3	Чернявский	Черняховский
272	25	in stu	in situ
290	30	нормальная,	нормальная (рис. 195).
292	23	(рис. 195)	(рис. 196).
320	8	Слоновская	Слоновский
331	8	Лининский	Липинский