

Прив.-доц. В. Липманъ.

ГИНЕКОЛОГІЯ

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО
ДЛЯ СТУДЕНТОВЪ.

Переводъ д-ра С. Бахмутской подъ редакціей и съ предисловіемъ
проф. Г. Г. Брюно.

Съ 120 рисунками въ текстѣ.

Книгоиздательство „СОТРУДНИКЪ“

ПЕТРОГРАДЪ—КІЕВЪ.

1917.

Прив.-доц. В. ЛИПМАНЪ.

ГИНЕКОЛОГІЯ

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО
ДЛЯ СТУДЕНТОВЪ.

Переводъ д-ра С. Бахмутской подъ редакціей и съ предисловіемъ
проф. Г. Г. Брюно.

Съ 120 рисунками въ текстѣ.

Книгоиздательство „СОТРУДНИКЪ“
ПЕТРОГРАДЪ—КИЕВЪ.
1917.

Cup. Flor. Chomouille - upe uouen neccoy

butp maccp - mabpa upe amenorboc
(b butp lapeb, rurepen T. ob. oji)
- upe incont. urinae no uodm
leuocum sphaetera -

alpitit et endocervicite duplex -

Uolus alba + Alumen acet. 20%
(Leuicet)

Erosio - Haemorrhoidae. Curophorae -
ac. nitrica fumans (cove uoyim)

Leucorrhoea (meno-metrorrhoea)

Hyg. cir		butp maccp
Hyg. tol		Fuehnyyoye
crystypticum		ypelb. boua
Leucocornu		ambueuoye mep.
pitu glandol		s carif. catio part. uoy
obrasio		

Parometrite ac. (dolores) - Paratopon - subcutan.
Mucronoyas thigenol + ghee } 20%

Предисловіе къ 1-му русскому изданію.

Разошлись изданія наиболѣе популярныхъ руководствъ по гинекологіи *Küstner'a* и *Fritsch'a*, и учащіеся начинаютъ терпѣть острую нужду въ пособникѣ при изученіи гинекологіи. Переводъ руководства *W. Liepmann'a* „Grundriss der Gynäkologie“ имѣетъ своимъ основнымъ назначеніемъ поскорѣе, по мѣрѣ возможности, удовлетворить этому запросу.

W. Liepmann снискалъ уже себѣ среди учащихся и учащихся опредѣленное реномѣ своими сочиненіями: „Das geburtshilfliche Seminar“, „Der gynäkologische Operationskursus an der Leiche“, „Atlas der Operations-Anatomie und Operations-Pathologie der weiblichen Sexualorgane“.

Предлагаемое нынѣ вниманію читателя руководство по своей краткости и сжатости представляетъ, дѣйствительно, „очеркъ основъ“. Чтобы сдѣлать его, однако, достаточно исчерпывающимъ и болѣе инструктивнымъ, издательству „Сотрудникъ“ пришла удачная мысль дополнить книгу нѣсколькими рисунками, а также и краткими описаніями наиболѣе важныхъ операций и соответственными рисунками изъ „Курса гинекологическихъ операций“ *Liepmann'a* же.

Чрезвычайная краткость и сжатость изложенія сохранить дорогое время, но, вмѣстѣ съ тѣмъ, заставить не спѣшить при чтеніи, вдумываться. Мѣстами изложеніе незаслуженно пространно—авторъ, видимо, увлекается нѣкоторыми способами леченія, напр., вибраціоннымъ массажемъ, высушивающимъ способомъ леченія „fluor albus“.

Руководство съ успѣхомъ можетъ служить въ качествѣ „vademecum“, повторительнымъ курсомъ, справочнымъ, программнымъ при изученіи гинекологіи.

Проф. Г. Брюно.

Оглавление.

Глава I.—Гинекологическое изслѣдованіе	1—7
Анамнез 1.—Общее состояніе 2.—Спеціальное гинекологическое изслѣдованіе 2.	
Глава II.—Измѣненія положенія женскихъ половыхъ органовъ	7—44
Анатомическій очеркъ 7.—Нормальная anterersio-flexio 12.—Остроугольная anteflexio-versio 13.—Retroflexio-versio и retroversio 15.—Retroflexio-versio mobilis 17.—Операция Alexander-Adams'a (Alquié-Aron'a) 21.—Retroflexio-versio fixata 23.—Модифицированная Liepman'омъ операция Alexander-Adams'a 31.—Ventrofixatio (по Bumm'y) 32.—Смѣщенія книзу половыхъ органовъ: 34—1. влагалища 35.—2. матки 37.—3. придатковъ матки 39.—Colporrhaphia anterior 41.—Colporrhaphia posterior 42.—Операция Schaut'a-Wertheim'a 44.	
Глава III.—Воспалительныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ	45—72
Общій очеркъ 45.—Воспаленія наружныхъ половыхъ частей 46.—Воспаленія влагалища 47.—Воспаленія матки 53.—Воспаленіе околоматочной кѣтчатки (параметрія—parametritis) 58.—Воспаленіе придатковъ (трубъ и яичниковъ) 60.—Гоноррея женскихъ половыхъ органовъ 65.—Туберкулезъ женскихъ половыхъ органовъ 70.—Сифилисъ женскихъ половыхъ органовъ 71.	
Глава IV.—Разстройство менструальной функціи и безплодіе	72—81
Аменоррея 73.—Меноррагія 74.—Метроррагія 76.—Дисменоррея 77.—Безплодіе 79.	
Глава V.—Внѣматочная беременность (haematosalpinx)	82—86
Операция при трубной беременности 85.	
Глава VI.—Опухоли женскихъ половыхъ органовъ	86—115
Наружные половые органы 88.—Extirpatio vulvae 90.—Влагалище 91.—Матка 92.—Вылущеніе міомъ 97.—Надвлагалищная ампутація матки 100.—Влагалищное изсѣченіе матки 101.—Ракъ матки 103.—Хоріонэпителиома 109.—Саркома матки 110.—Фаллопиева труба 110.—Яичникъ и придатокъ яичника (parovarium) 110.	
Глава VII.—Пороки развитія. Инеродныя тѣла. Поврежденія половыхъ органовъ	115—121
Пороки развитія 115.—Инеродныя тѣла 119.—Поврежденія 119.	
Глава VIII.—Отношеніе къ сосѣднимъ органамъ	122—128

Глава I.

Гинекологическое изслѣдованіе.

Гинекологическое изслѣдованіе должно быть производимо по опредѣленной схемѣ; отдѣльныя данныя его лучше всего сѣйчасъ же записать для памяти.

Изслѣдованіе распадается на анамнезъ, изслѣдованіе общаго состоянія и спеціально гинекологическое изслѣдованіе.

Анамнезъ. Для начинающаго удобнѣе всего пользоваться печатной схемой изслѣдованія; такимъ образомъ можно быть обезпеченнымъ, что не упустишь чего либо, что можетъ оказаться иногда важнымъ.

1. День изслѣдованія.

2. Имя больной, мѣстожителство ея, родина и родъ занятій (послѣднее часто имѣетъ значеніе для сужденія о нѣкоторыхъ болѣзняхъ).

3. Семейное положеніе (замужемъ ли, или дѣвица). Впрочемъ, вопроса о дѣвственности лучше не касаться, или же пытаться выяснитъ его только послѣ осмотра больной.

4. Возрастъ. (Имѣетъ значеніе при многихъ болѣзняхъ, напр., при злокачественныхъ новообразованіяхъ).

5. Предшествовавшее леченіе, въ частности, перенесенныя операціи.

6. Наслѣдственность (особенно важна при туберкулезѣ).

7. Перенесенныя въ прошломъ заболѣванія.

8. Менструація: на которомъ году появилась; появлялась ли съ правильными или неправильными промежутками времени. Черезъ какіе промежутки времени? Сколько дней продолжается? Величина кровопотерь. Болѣзненна ли? Приходится ли лежать въ постели во время нея?

9. Роды, выкидыши и послѣродовые періоды.

10. Жалобы настоящего момента. (Боли, въ какомъ мѣстѣ, когда появляются, продолжительность ихъ; выдѣленія; боли или кровотеченія при половыхъ сношеніяхъ; разстройство при менструаціяхъ акта дефекаціи, мочеиспусканія; работоспособна или нѣтъ).

11. Общее состояніе (аппетитъ, разстройства желудочной дѣятельности, тошнота, пищевареніе, сонъ, нервныя состоянія).

Общее состояніе. Оно заслуживаетъ всегда особеннаго вниманія; гинекологъ не долженъ забывать, что призваніе его — лечить *женщину*, а не только *женскіе половые органы*.

1. Общій видъ и состояніе питанія. Ростъ. Строеніе скелета. Мускулатура. Жировой слой. Выраженіе лица. Цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ.

2. Нервная система.

Sensorium. Головныя боли. Головокруженіе. Дрожаніе. Чувствительныя и двигательныя разстройства и т. п.

3. Пищеварительный аппаратъ.

Языкъ. Глотка. Жажда. Рвота. Испражненія. Пальпацію и перкуссію живота лучше всего произвести при спеціальномъ изслѣдованіи.

4. Дыхательный аппаратъ.

Частота и ритмъ дыханія. Строеніе грудной клѣтки. Кашель. Мокрота. Перкуссія и аускультация.

5. Кровеносная система.

Осмотръ. Пальпация. Перкуссія. Аускультация. Картина крови, содержаніе гемоглобина.

(Изслѣдованіе мочи лучше всего произвести только во время спеціальнаго изслѣдованія).

Спеціальное гинекологическое изслѣдованіе.

И при немъ чрезвычайно цѣлесообразно придерживаться постоянно опредѣленной послѣдовательности.

1. Изслѣдованіе живота:

- a) пальпация,
- b) перкуссія,
- c) зыбленіе,
- d) измѣренія.

2. Осмотръ половыхъ органовъ и двуручное изслѣдованіе.

3. Изслѣдованіе при помощи зеркаль.

4. Специальное изслѣдованіе мочевого пузыря и почекъ (цистоскопія), а также и прямой кишки (ректоскопія).

При пальпаціи важно положеніе больной.

Простая кушетка. Голова лежитъ нѣсколько выше. Ноги согнуты въ колѣняхъ, бедра сдвинуты. Пальпацію производитъ теплыми, сухими руками! Надо всегда класть *всю* руку на животъ, а не только кончики пальцевъ. Слѣдитъ за выраженіемъ лица больной. Начинать всегда съ верхней части живота, опредѣлить границы печени и желчнаго пузыря (*regio hypochondrica*), затѣмъ область ниже грудины (*r. epigastrica*), наконецъ, область лѣваго подреберья. За этимъ слѣдуютъ *regio umbilicalis, regio hypogastrica, regiones inguinales, regio pubica*.

Весьма цѣлесообразенъ приемъ *Winckel'*я: мякотныя возвышенія большого пальца и мизинца покоятся на симфизѣ, въ то время какъ рука настолько глубоко надавливаетъ брюшную стѣнку, пока не прощупаетъ *promontorium*. Прекрасный приемъ для опредѣленія, растутъ ли опухоли изъ малаго таза вверхъ или въ обратномъ направленіи.

Особенно точной пальпаціи требуетъ *regio inguinalis dextra: coesum, appendix*.

За перкуссіей слѣдуетъ пальпація. Опухоли даютъ тупой звукъ, но причиной послѣдняго могутъ быть и сильно наполненныя кишки. Кишки даютъ тимпанической звукъ.

На опредѣленіи зыбленія и на способахъ измѣренія останавливаться не приходится.

Двуручному изслѣдованію (рис. 1) долженъ предшествовать осмотръ половыхъ органовъ: сифились! Обратитъ вниманіе на заднюю спайку, промежность, язвы, опухоли, припухлости и т. д. Послѣ этого, раздвинувъ дѣтородныя губы пальцами одной руки, вводятъ внутрь осторожно указательный палецъ другой руки, одѣтый въ тонкую резиновую перчатку (перчатки *Friedrich'a*). Въ большинствѣ случаевъ достаточно *одного* пальца. Другая рука кладется на животъ, выше лоннаго сочлененія; она столь же важна для изслѣдованія, какъ и введенный внутрь палецъ. Это изслѣдованіе можно произвести также и на кушеткѣ, подложивъ подъ крестецъ твердую кожаную подушку; лучше всего, однако, на специально для этой цѣли устроенномъ креслѣ (рис. 2). Двуручному изслѣдованію научаешься не изъ описанія, а путемъ упражненія.

При изслѣдованіи обратить вниманіе на:

- 1) боли при введеніи пальца (неумѣлое изслѣдованіе, воспаленіе);
- 2) длину и ширину влагалища:

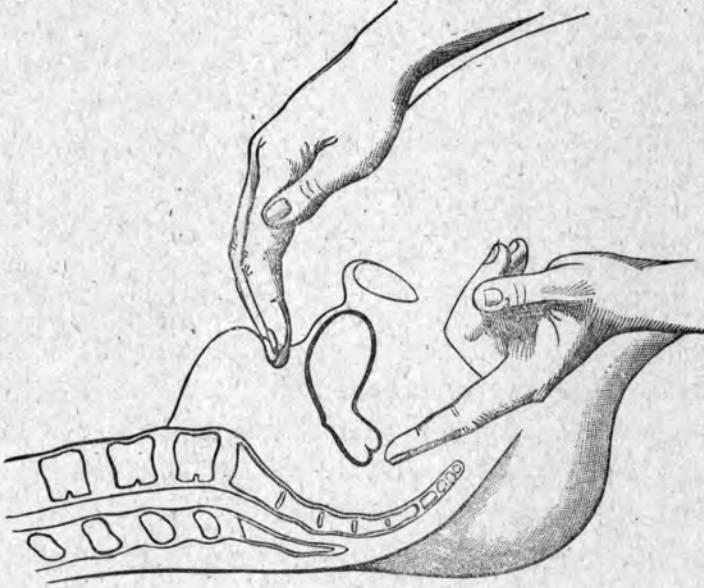


Рис. 1.—Двуручное изслѣдованіе.

- 3) гладкость или шероховатость стѣнокъ влагалища;
- 4) форму влагалищной части матки, маточнаго зѣва (про-

никаетъ ли кончикъ пальца или весь палецъ въ каналъ шейки). Расположена ли влагалищная часть на линіи остей (нормально), выше послѣдней (высокое стояніе—*elevatio*), ниже ея (опущеніе—*descensus*). Линія остей соединяетъ обѣ *spinae ossis ischiæ*, обыкновенно хорошо прощупываемая въ каждомъ тазу.



Рис. 2.—Гинекологическое кресло по *Witt*'у.

- 5) Гдѣ находится матка, подвижна ли она.

- 6) Ощупываніе яичниковъ и трубъ.

7) Прощупывается ли опухоль, или только резистентность? Отграничена ли она от матки, смѣщается ли она вмѣстѣ съ послѣдней, или же неподвижна?

Извлеки палецъ изъ влагалища, надо обратить вниманіе, нѣтъ ли на немъ крови или слизи.

У чувствительныхъ больныхъ, или при толстой брюшной стѣнкѣ, рекомендуется производить изслѣдованіе подъ неполнымъ эфирнымъ наркозомъ при помощи маски *Juilliard'a*. Хлороформъ примѣняется только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, такъ какъ онъ слишкомъ опасенъ для простаго изслѣдованія и для малыхъ операций.

У дѣвственницъ слѣдуетъ избѣгать влагалищнаго изслѣдованія, замѣняя его изслѣдованіемъ черезъ прямую кишку.

Для изслѣдованія при помощи маточнаго зеркала пользуются обыкновенно слѣдующими инструментами:

а) зеркаломъ изъ молочнаго стекла по *K. Mayer'y* (рис. 3); необходимо имѣть наборъ этихъ зеркалъ различнаго калибра;

б) желобоватымъ зеркаломъ *Sims'a*, формы утиного клюва, состоящимъ изъ двухъ частей; оно лучше всего обнажаетъ всѣ части влагалища, но требуетъ обязательно ассистента (рис. 4);



Рис. 3.—Зеркало *Mayer'a* изъ молочнаго стекла.



Рис. 4.—Желобоватое зеркало *Sims'a*.



Рис. 5.—Зеркало *Nott'a*.

с) самодержащимся металлическимъ зеркаломъ. (На рис. 5 изображено зеркало *Nott'a*; на рис. 6 зеркало *Neugebauer'a*);

д) пулевыми щипцами (рис. 7), которые, будучи вооружены ватнымъ шарикомъ или комкомъ изъ марли, служатъ для вытиранія слизи.

Маточныя зеркала надо вводить какъ можно осторожнѣе, слегка отдавливая промежность и избѣгая прикосновенія къ области клитора.

При введеніи желобоватыхъ зеркаль надо поставить рукоятку наискось къ выходу таза, тогда желобъ легко проскальзываетъ во влагалище, послѣ этого опускаютъ рукоятку книзу

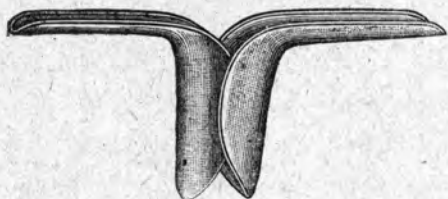


Рис. 6.—Зеркало *Neugebauer's*а.

и тогда нижняя пластинка ложится правильно во влагалищѣ. Точно такимъ же образомъ вводятъ верхнюю пластинку, съ тою лишь разницею, что рукоятку не опускаютъ книзу, а поднимаютъ вверхъ.

Послѣ того какъ зеркало введено и влагалищная часть матки установлена, необходимо обратить вниманіе на слѣдующіе пункты:

1. На *маточный зѣвъ*. (Углубленіе у *nulli para*, поперечная щель у *multi para*. Надрывы. Выдѣленіе изъ маточнаго зѣва.



Рис. 7.—Пулевые щипцы.

Рис. 8.—Маточный зондъ.

Рис. 9.—Стеклянный катетеръ.

Свисающія изъ маточнаго зѣва образования: обрывки яйцевыхъ оболочекъ и плаценты, полипы).

2. На *влагалищную часть матки*. (Конической ли она или цилиндрической формы, утолщена ли, опухла ли, синеватаго ли цвѣта (беременность или вслѣдствіе застоя), нѣтъ ли скопле-

нія отдѣляемаго въ железахъ: ovula *Nabotii*. Особеннаго вниманія требуютъ эрозіи, доброкачественныя, злокачественныя новообразованія, ракъ!).

3. *Слизистую оболочку влагалища*: лучше всего осматривать ее при постепенномъ извлеченіи зеркаль. Цвѣтъ: синеватая окраска говоритъ за беременность. Складчатость. Гладкость или шероховатость. Выдѣленія.

Отъ изслѣдованія маточнымъ зондомъ (рис. 8) лучше воздерживаться, особенно начинающему (беременность!).

Изслѣдованіе мочевого пузыря надо всегда начинать съ катетеризаціи. Вытирають отверстие мочеиспускательнаго канала кускомъ ваты, смоченнымъ въ растворѣ сулемы 1:1000, и осторожно вводятъ стеклянный катетеръ (рис. 9). Катетеръ сохраняется послѣ вывариванія въ растворѣ сулемы 1:1000. Собирають мочу для изслѣдованія. О цистоскопическомъ изслѣдованіи мы можемъ здѣсь только упомянуть, не давая описанія его. Техника его легче поддается изученію на больной, чѣмъ по пространнымъ описаніямъ съ иллюстраціями.

Ректоскопіи всегда должно предшествовать изслѣдованіе прямой кишки пальцемъ. По *Hegar*'у изслѣдованіе пальцемъ значительно облегчается вливаніемъ $\frac{1}{4}$ литра теплой воды.

Глава II.

Измѣненія положенія женскихъ половыхъ органовъ.

Мы начинаемъ наше краткое руководство съ изложенія измѣненій положенія женскихъ половыхъ органовъ, такъ какъ они наилучшимъ образомъ знакомятъ насъ со спеціальной анатоміей женскихъ половыхъ органовъ, что является необходимою основой для пониманія гинекологіи вообще.

Анатомическій очеркъ. Предполагается, что элементарныя знанія по описательной анатоміи женскихъ половыхъ органовъ усвоены.

Находящаяся между мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой матка подвержена постояннымъ смѣщеніямъ, какъ ни одинъ другой органъ. Притомъ, не только смѣщеніямъ въ зависимости отъ степени наполненія мочевого пузыря и прямой кишки, но и въ зависимости отъ измѣненія тяжести самой матки.

Сравнимъ вѣсъ дѣвственной матки (50 гр.) съ вѣсомъ матки, въ которой находится зрѣлый доношенный плодъ съ яйцевыми оболочками и дѣтскимъ мѣстомъ (5000 гр.) (рис. 10).

Необходимо, кромѣ того, принять во вниманіе, какъ отражается на органахъ, расположенныхъ въ самыхъ отлогихъ частяхъ живота, общее давленіе кишекъ, внутрибрюшное давленіе, чтобы понять, что фиксирующій матку аппаратъ чрезвычайно сложенъ, такъ какъ онъ долженъ быть крѣпкимъ и одновременно обеспечивать подвижность тѣла матки.

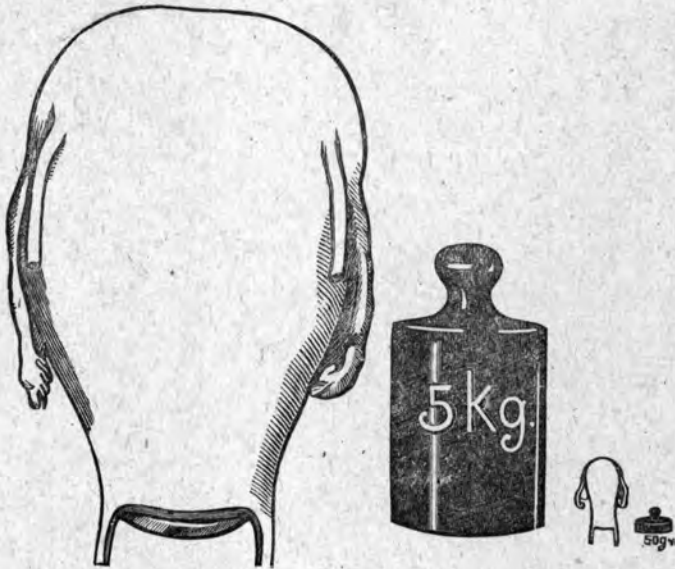


Рис. 10.—Вѣсовые отношенія нормальной и беременной матки.

Проще всего подраздѣлить связочный аппаратъ матки на двѣ группы:

- 1) подвѣшивающій аппаратъ и
- 2) собственно поддерживающій аппаратъ.

1. *Подвѣшивающій аппаратъ* состоитъ изъ слѣдующихъ трехъ образований, которыя носятъ названіе связокъ, хотя и не представляютъ собою настоящихъ связокъ:

- a) Ligamenta transversa, s. cardinalia, которыя я называю ligamenta suspensoria;
- b) Ligamenta pubo-vesico-cervicalia;
- c) Ligamenta sacro-uterina.

Всѣ три вмѣстѣ носятъ названіе fascia endopelvina (*Waldeyer*) или retinaculum uteri (*Ed. Martin*).

Положеніе этихъ связокъ и отношеніе ихъ къ брюшинѣ, *подъ* которой онѣ находятся, къ маткѣ, *около, впереди* и *позади* которой онѣ лежатъ, и, наконецъ, къ мускулатурѣ дна таза, *надъ* которой онѣ расположены, ясно изъ прилагаемыхъ рисунковъ.

Еще легче ознакомиться съ функціей этихъ связокъ на фантомѣ, который я специально для этого построилъ (рис. 13 и 14). Ligamentum rotundum (эмбриологически развивается подобно lig. ovarii proprium изъ gubernaculum ovarii), которую до настоящаго времени считали важной для укрѣпленія матки связкой, не имѣетъ въ этомъ смыслѣ существеннаго значенія.

2. Собственно поддерживающій аппаратъ. Послѣдній слагается изъ слѣдующихъ частей:

- a) наружныхъ тазовыхъ мышцъ,
- b) влагалищной трубки, до извѣстной степени, въ качествѣ полой колоннообразной подпорки,
- c) trigonum urogenitale (впереди него находится мочевоу пузырь, дѣйствующій, до извѣстной степени, какъ парализующая давленіе водяная подушка);
- d) m. levator.

Изъ перечисленныхъ въ этой послѣдовательности образованийъ a и b представляютъ несущественныя, c и d—основныя части поддерживающаго аппарата. Анатомическое положеніе

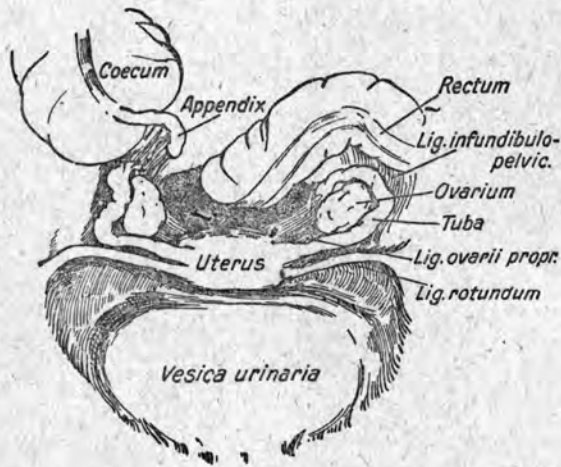


Рис. 11.—Тазовые органы in situ, прикрытые брюшиною

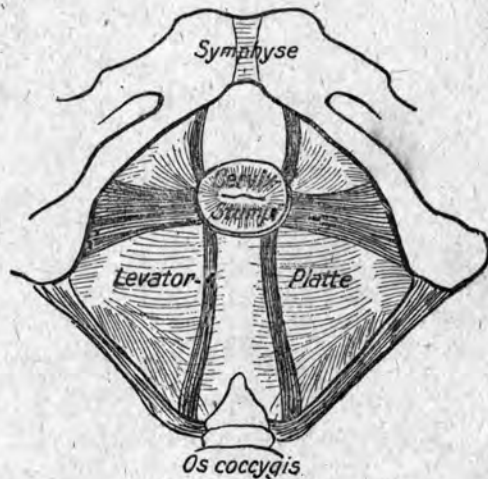


Рис. 12.—Отношеніе трехъ связокъ къ мышцамъ тазового дна; видъ со стороны полости таза.

ясно и безъ описанія изъ приложенныхъ рисунковъ. На рис. 15 изображены наружныя тазовыя мышцы; онѣ бывають хо-

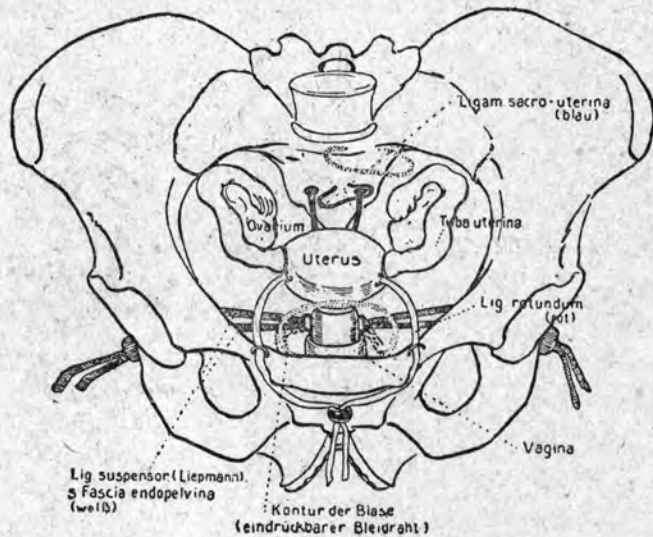


Рис. 13.—Фантомъ автора для демонстраціи связочнаго аппарата.

рошо развиты только у мускулистыхъ многорожавшихъ женщинъ. Подвергаясь растяженію во время родовъ, мышцы въ большей или меньшей степени повреждаются; послѣ же раз-

рыва становятся атрофичными. По удаленіи этихъ наружныхъ мышцъ (а) становится виднымъ *trigonum urogenitale*, натянутый между вѣтвями *os. pubis*. *Trigonum urogenitale* состоитъ изъ нижней (полагая, что женщина стоитъ) и верхней (обращенной къ полости таза) фасцій и заложенной между ними мышцы. Названія этихъ образованій видны

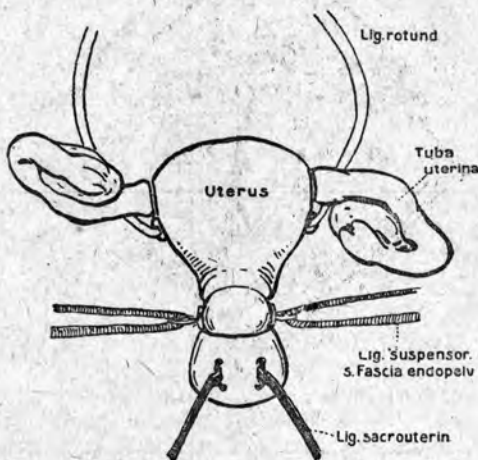


Рис. 14.—Матка со своими связками, вынутая на рисункѣ. *Впереди trigonum urogenitale находится,*

кромѣ того, мочевоу пузырь, играющій роль буфера или водяной подушки; онъ препятствуетъ ненужному и слишкомъ сильному давленію на trigonum.

На рис. 16 видна часть levator'a снизу и спереди, у лежащей женщины. Вся мышца (m. levator) становится видною только послѣ удаленія trigonum (рис. 17). Теперь можно видѣть, какъ levator охватываетъ двумя ножками влагалище и какъ обѣ эти ножки проходятъ надъ задней, resp. верхней, фасціей trigoni и прикрѣпляются къ os. pubis.

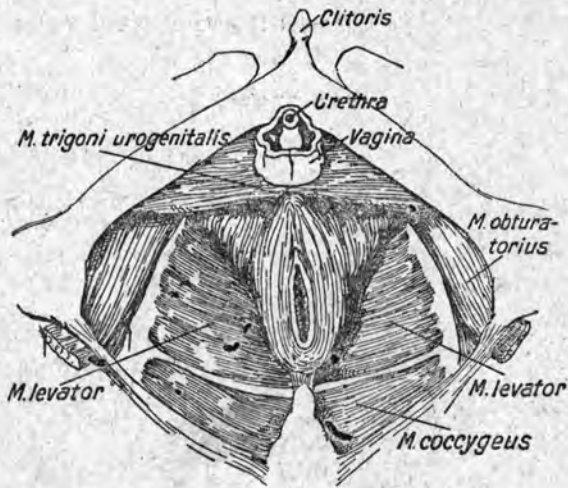


Рис. 15. — Наружныя мышцы таза.

При препарированіи состороны полости таза видны тѣ же отношенія (рис. 18).

Ясно, что этотъ *поддерживающій* и *подвѣшивающій* аппаратъ фиксируетъ до извѣстной степени только шейку матки, тѣло же ея сохраняетъ свою подвижность. Вслѣдствіе такой подвижности тѣла матки, оно и образуетъ съ шейкою нѣкоторый уголъ, т.е. они находятся другъ относительно друга въ состояніи перегиба = flexio. Различаютъ:

- 1) Anteflexio (перегибъ напередъ).
- 2) Retroflexio (перегибъ назадъ).

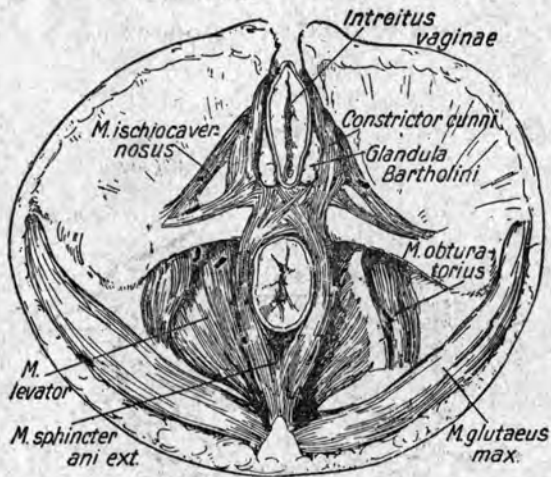


Рис. 16. — Наружныя мышцы таза удалены, виденъ trigonum.

Если выпоты или опухоли оттѣсняютъ матку in toto изъ ея положенія по срединной линіи таза, или же, если матка подъ вліяніемъ сморщиванія рубцовъ смѣщается in toto въ боковую сторону, то говорятъ объ

1. Antepositio (смѣщеніе матки впередъ);
2. Retropositio (смѣщеніе матки назадъ);

3. Sinistropositio (смѣщеніе матки влѣво);

4. Dextropositio (смѣщеніе матки вправо).

Если отсутствуетъ нормальный перегибъ между тѣломъ и шейкою матки, и выпрямленная матка наклонена впередъ или назадъ, то говорятъ объ

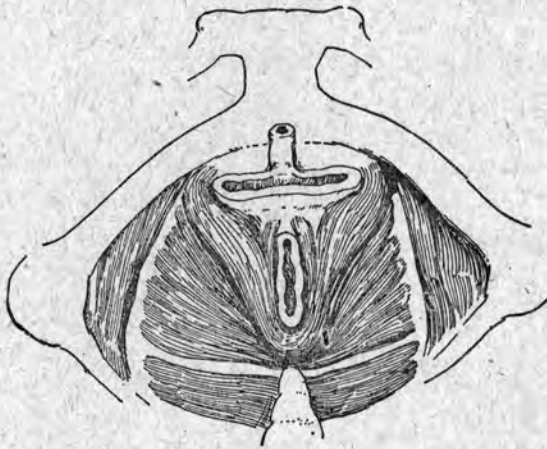


Рис. 17.—Trigonum удаленъ, виденъ m. levator.

говорятъ о rotatio. Различаютъ:

1. Dextro-rotatio (лѣвымъ краемъ впередъ).

2. Sinistro-rotatio (правымъ краемъ впередъ) (ред.).

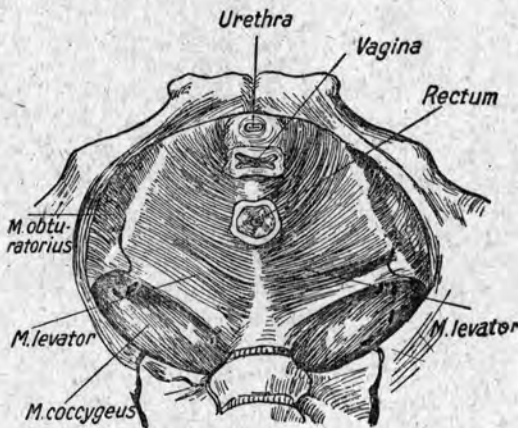


Рис. 18.—Пластинка levator'a; видъ изъ полости таза.

1. Anteversio (наклоненіе матки впередъ);

2. Retroversio (наклоненіе матки назадъ).

Наконецъ, если тѣло матки скручено по оси относительно шейки, то говорятъ о

1. Dextro-torsio;

2. Sinistro-torsio.

[Если тѣло матки вмѣстѣ съ шейкою повернуты по оси, то го-

ворятъ о rotatio. Различаютъ: 1. Dextro-rotatio (лѣвымъ краемъ впередъ). 2. Sinistro-rotatio (правымъ краемъ впередъ) (ред.). Всѣ эти разнообразныя положенія, смѣщенія, наклоненія и повороты, которые мы можемъ и должны установить при двуручномъ изслѣдованіи, даютъ намъ сразу важныя для діагноза точки отправленія, какъ какъ каждое отклоненіе отъ нормальной anteversio или flexio бываетъ вызвано опредѣленными причинами.

Нормальная anteversio-flexio (рис. 19).

Это положеніе матки рѣзко выражено уже у новорожденныхъ дѣвочекъ. Какъ уже упоминалось выше, ligamenta ovarii

propria и lig. rotunda соответствують gubernacula testis и играют ту же роль проводныхъ связокъ при опусканіи яичниковъ въ тазъ. Такъ какъ онѣ до извѣстной степени обхватываютъ тѣло матки у плода, то при влеченіи своемъ по направленію къ брюшной стѣнкѣ онѣ должны перегибать напередъ тѣло матки, какъ часть болѣе подвижную по сравненію съ болѣе укрѣпленною шейкою матки. *Такимъ образомъ, физиологическая антефлексія представляетъ собою явленіе, развивающееся параллельно съ опусканіемъ яичниковъ въ тазъ и обусловленное тѣми же причинами.* При отсутствіи влеченія со стороны gubernacula развивается врожденная retroflexio, которая можетъ быть разсматриваема какъ явленіе, равнозначущее съ крипторхизмомъ. Послѣ рожденія на свѣтъ внутрибрюшное давленіе, дѣйствующее при нормальной антефлексіи на заднюю поверхность матки, будетъ содѣйствовать сохраненію и усиленію этого положенія матки; однако же только до тѣхъ поръ, пока какіе нибудь патологическіе моменты, болѣе могущественные, чѣмъ соврожденное положеніе матки и усиливающее его внутрибрюшное давленіе, не нарушатъ вліянія этихъ условій на сохраненіе нормальнаго положенія матки.

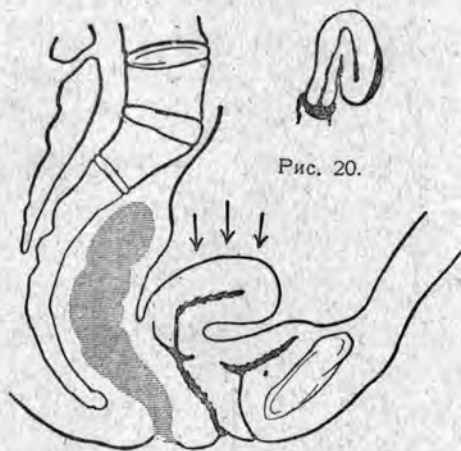


Рис. 19.—Нормальная anteversio-flexio (стрѣлки показываютъ, что внутрибрюшное давленіе прижимаетъ матку къ мочевому пузырю).

Рис. 20.—Перегибъ матки подъ острымъ угломъ (остроугольная ante-flexio).

Остроугольная ante-flexio-versio (рис. 20).

Этіологія: положеніе это можетъ быть врожденнымъ: „высшая степень descensus!“. Оно можетъ быть также приобрѣтеннымъ. Одной изъ главныхъ причинъ является корсетъ; онъ прижимаетъ брюшныя внутренности къ слабому еще дѣвственному дну матки, а давленіе это еще увеличивается благодаря часто, къ сожалѣнію, наблюдающемуся у женщинъ копростазу. Вопросъ о вліяніи корсета на здоровье нашихъ женщинъ является однимъ изъ важнѣйшихъ. Вліяніе давленія особенно

вредно сказывается въ періодъ развитія, такъ какъ въ этомъ возрастѣ уже преобладають размѣры дна матки по сравненію съ шейкой. Ставшее болѣе тяжелымъ дно матки легче перегибается.

Симптомы. На первомъ мѣстѣ стоятъ боли при менструаціи (dysmenorrhoea), которыя и побуждаютъ такихъ молодыхъ дѣвушекъ и женщинъ обращаться за медицинской помощью. Затѣмъ—бесплодіе, объясняющееся перегибомъ шейки и обусловливаемою этимъ непроходимостью внутренняго зѣва матки. Наконецъ, разстройства мочеиспусканія, стоящія въ зависимости отъ анатомическихъ отношеній. Мочевой пузырь, на который давитъ всею своей тяжестью дно матки, при своемъ наполненіи вынужденъ подниматься вверхъ до извѣстной степени сбоку отъ матки. Позывъ къ мочеиспусканію особенно чувствителенъ ко времени менструаціи, когда матка становится объемистѣе и тяжелѣе. Съ помощью цистоскопа можно въ такихъ случаяхъ ясно видѣть выпячиваніе, соответствующее дну матки, лежащему на мочевомъ пузырьѣ.

Діагнозъ. При общемъ осмотрѣ констатируютъ часто признаки недоразвитія всего организма: инфантилизмъ, плохо развитыя грудныя железы, узкій тазъ, недоразвитіе половыхъ органовъ, отсутствіе или скудное количество волосъ.

Результаты двуручнаго изслѣдованія: влагалище узко, влагалищная часть матки въ большинствѣ случаевъ остроконечная и коническая; въ переднемъ влагалищномъ сводѣ прощупывается опухоль, величиною отъ грецкаго орѣха до голубиного яйца, находящаяся въ связи съ шейкою матки (дно матки). Если, такимъ образомъ, не удастся поставить распознаваніе (дифференціальныи діагнозъ: небольшая матка или опухоль въ переднемъ влагалищномъ сводѣ), то для выясненія его прибѣгаютъ къ зондированію матки. *Каждый разъ, прежде чѣмъ приступить къ зондированію, необходимо освѣдомиться о времени послѣдней менструаціи и путемъ изслѣдованія исключить всякую возможность беременности.*

Терапія. Запоры цѣлесообразнѣе лечить діетой, массажемъ или электризаціей, но не при помощи слабительныхъ. Корсетъ обязательно долженъ быть замѣненъ цѣлесообразнымъ лифчикомъ или разумнымъ реформъ-корсетомъ (напр., Kalasiris или Thalysia). Хорошія услуги оказываетъ простой, подобранный возможно меньшимъ, а не возможно большимъ, пессарій; я

отдаю предпочтеніе пессаріямъ *Hodge* (различныя формы пессаріевъ см. ниже) — Изъ оперативныхъ мѣръ въ простыхъ случаяхъ можно обойтись введеніемъ ламинарія послѣ предварительнаго зондированія; стойкихъ результатовъ, конечно, при этомъ нельзя ожидать.

Retroflexio-versio (рис. 21) и **retroversio** (рис. 22).

Этіологія. Состояніе бываетъ врожденнымъ или приобретеннымъ.

а) *Врожденное:* въ большинствѣ случаевъ въ формѣ врожденной *retroversio*, какъ признакъ неполнаго *descensus* (см. стр. 13). Въ дальнѣйшемъ дѣйствуютъ указанные при *anteflexio pathologica* моменты; они дѣйствуютъ и на лежащую кзади матку такъ же, какъ и на сильно наклоненную впередъ матку (фиксируя положеніе). Въ послѣднемъ случаѣ давленіе дѣйствуетъ на заднюю стѣнку, въ первомъ случаѣ — на переднюю стѣнку матки.

б) *Приобрѣтенная форма.* 1. Общая слабость матки, которую я называю „крестцово-слабою маткою“: при состояніяхъ общей слабости, послѣ продолжительныхъ болѣзней, требовавшихъ лежанія на спинѣ, еще болѣе усилившаго эту крестцовую слабость; послѣ повторныхъ частыхъ родовъ и т. д.

2. Діетическія погрѣшности, недостаточно частое мочеиспусканіе, запоры. Въ юношескіе годы мочевоу пузыря изъ

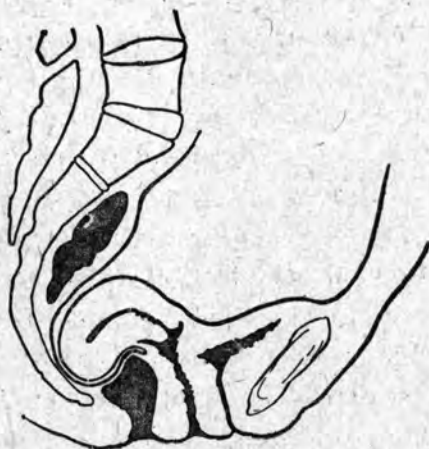


Рис. 21.—Retroversio-flexio.



Рис. 22.—Retroversio.

ложной стыдливости слишком рѣдко опорожняется, одновременно, по тѣмъ же причинамъ, задерживаются и испражненія. Вслѣдствіе этого матка принимаетъ болѣе вертикальное и приподнятое положеніе (*elevatio*). Въ этомъ положеніи матки внутрибрюшное давленіе дѣйствуетъ уже не на заднюю стѣнку, поддерживая физиологическое *anteversio*, а на дно матки; при лежаніи же на спинѣ — на переднюю стѣнку. Такимъ образомъ сначала развивается *retroversio*, а впослѣдствіи нерѣдко и *retroflexio*.

3. Въ послѣродовомъ періодѣ: въ послѣродовой маткѣ тѣло твердое и тяжелое, шейка же тонка и расслаблена. Поэтому тѣло матки пріобрѣтаетъ маятникообразную подвижность. Положеніе родильницы на спинѣ уже само по себѣ благопріятствуетъ наклоненію тѣла матки назадъ. Задержаніе мочи и стула еще болѣе способствуютъ этому смѣщенію матки. На 6-й недѣлѣ послѣ родовъ каждая родильница должна быть подвергнута внутреннему изслѣдованію въ этомъ направленіи.

Симптомы. *Retroflexio* и *retroversio* часто не причиняютъ вначалѣ никакихъ страданій. Если же таковыя возникаютъ, то кардинальнымъ признакомъ являются боли въ крестцѣ; сверхъ того имѣются боли при дефекаціи и при мочеиспусканіи. Тянуція боли въ нижней части живота и въ паховой области (*ligamenta rotunda!*). Нерѣдко смѣщеніе матки является причиною бесплодія. При *retroflexio uteri gravidi*, въ случаѣ ущемленія матки, возникаютъ бурныя явленія, *ischuria paradoxa*, лихорадка, выкидышъ и т. п.

Диагнозъ. При двуручномъ изслѣдованіи въ переднемъ влагалищномъ сводѣ, какъ при *retroversio*, такъ и при *retroflexio* не находятъ ничего. При *retroversio* влагалищная часть матки обращена впередъ и кверху; матка прощупывается выпрямленною и смѣщенною назадъ. При *retroflexio* влагалищная часть можетъ находиться на нормальномъ мѣстѣ; въ большинствѣ же случаевъ имѣется не чистая ретрофлексія, а скорѣе *retroversio-flexio*, такъ что получается сочетаніе перечисленныхъ діагностическихъ признаковъ. Въ Дугласовомъ пространствѣ прощупывается опухоль, находящаяся въ связи съ шейкою матки (ретрофлектированное тѣло матки); (дифференціальный діагнозъ: киста яичника въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, *haematocele retrouterinum*, *abscessus retrouterinus*, см. соотв. мѣсто).

Установивъ наличность retroversio, retroflexio или retroversio-flexio, самое важное опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ подвижною или фиксированною ретрофлексією. *Подвижная* ретрофлексія (-versio) поддается вправленію, *фиксированная* почти совершенно неподвижна. Не всегда, однако, можно безошибочно установить это важное для леченія обстоятельство. Наблюдаются случаи, въ которыхъ сращенія представляютъ настолько длинные тяжи, что вправление матки возможно, тѣмъ не менѣе о подвижности матки, въ полномъ смыслѣ, не можетъ быть рѣчи.

Поэтому, надо быть осторожнымъ съ діагнозомъ: подвижная ретрофлексія.

Леченіе. *Существуютъ случаи*, когда retroversio и retroflexio сами по себѣ *никакого леченія не требуютъ*, либо потому, что не причиняютъ страданій, либо потому, что больная вышла уже изъ періода дѣторожденія, такъ что нечего опасаться retroflexio uteri gravidi. Во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ никогда забывать, что смѣщеніе матки грозитъ все-таки нѣкоторою опасностью въ будущемъ: а) близость слѣпой кишки создаетъ возможность инфекціи кишечными бактеріями per continuitatem; б) перегибъ легко ведетъ къ застойнымъ явленіямъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и къ метриту — состоянію, которое *Scanzoni* болѣе удачно назвалъ хроническимъ инфарктомъ матки.

Retroflexio-versio mobilis.

Прежде всего пробуютъ произвести вправление двуручными приѣмами; описаніе ихъ невозможно, имъ надо научиться (на трупѣ, на построенномъ авторомъ резиновомъ фантомѣ, а затѣмъ на живой женщинѣ). Если вправление удалось, то для сохраненія этого положенія матки вводятъ кольцо (пессарій).

На рис. 23—36 изображены наиболѣе употребительныя формы. Я охотнѣе всего пользуюсь pessarium *Hodge*; при сильной ретрофлексіи и тяжелой маткѣ наиболѣе подходит



Рис. 23.— Пессарій *Hodge*.



Рис. 24.— Пессарій *Thomas'a*.

пессарій *Thomas'a*. Пессарій всегда удается ввести, не причиняя пациенткѣ боли. Надо избѣгать чувствительной области

клитора, ставя кольцо наискось и отдавливая имъ при введе-
нїи промежность.

На всѣхъ пессарїяхъ различаютъ обращенную къ моче-
испускательному каналу верхушку (на нашихъ рис. слѣва отъ



Рис. 25. — Рычагообразный пессарій *Thomas'a*.

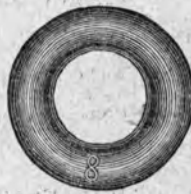


Рис. 26. — Кольцо *Mayer'a*.

читателя всегда тонкая часть дуги) и собственно поддерживающую дугу (на нашихъ рис. справа отъ зрителя всегда самая толстая часть пессарія), далѣе — об-

ращенную къ маткѣ верхнюю и обращен-

ную къ влагалищу нижнюю поверхность. Верхняя, обращен-

ная къ маткѣ поверхность, предназначенная для влагалищной

части, сильнѣе вогнута, влагалищная поверх-

ность плоско выпукла; при правильномъ по-

ложенїи кольцо охватываетъ влагалищную

часть, лежитъ, слѣдовательно, въ заднемъ

сводѣ влагалища. Какъ

же ввести правильно пессарій?

1. *Наименьшій* изъ поддерживающихъ матку номеровъ самый

лучшій. Больная никогда не должна ощущать присутствія пессарія.

2. Поддерживающая дуга кольца должна охватывать влагалищ-

ную часть, т. е. лежать въ заднемъ влагалищ-

номъ сводѣ.

3. Обращенная къ мочеиспускательному каналу верхушка

кольца не должна прикасаться къ этому послѣднему и не

должна выступать наружу.



Рис. 29. — Блюдцеобразный пессарій на ножкѣ *Schatz'a*.



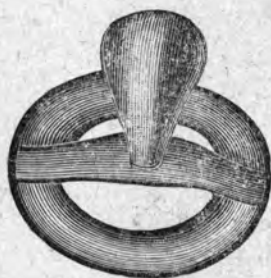
Рис. 30. — Блюдцеобразный пессарій *Schatz'a* вогнутый.

4. Маточная поверхность должна быть обращена кпереди въ сторону матки, влагалищная поверхность кзади, въ сторону влагалища.

5. Кольцо должно удерживать матку въ положеніи антефлексіи.



Рис. 31.—Булавчатый пессарій Menge.



32.—Дугообразный пессарій Löhlein'a.

Случаи, когда пессарій не примѣнимъ:

1. При недостаточной или плохо развитой промежности, напр., послѣ разрывовъ промежности. Пессарій не находитъ опорной точки. Приходится выбирать пессарій такой величины, чтобы онъ удерживался стѣнками влагалища. Вслѣдствіе этого могутъ появиться: боли, изъязвленія отъ давленія, прободеніе въ сосѣдніе органы и т. п.



Рис. 33.—Шарообразный пессарій Landau.



Рис. 34.—Яйцевидный пессарій Breisky.

2. Сильные катарры влагалища (fluor albus, gonorrhoea), которые могутъ еще болѣе усилиться подѣ влияніемъ инороднаго тѣла.

3. Изъязвленія и новообразованія во влагалищѣ.

4. Дѣвственность, такъ какъ введеніе пессарія безъ поврежденія дѣвственной плевы не возможно.

Каждой больной, которой введенъ пессарій, дается настоятельный совѣтъ:

1. Трижды въ недѣлю дѣлать себѣ спринцеванія настоємъ ромашки.
2. При ощущеніи малѣйшаго давленія самой удалять пессарій, но никогда не вводить его самой.
3. Послѣ каждой менструаціи кольцо должно быть вынуто, вымыто и, въ такомъ случаѣ, заново введено врачомъ.



Рис. 35. — Крыловидный пессарій *Zwang*'а.

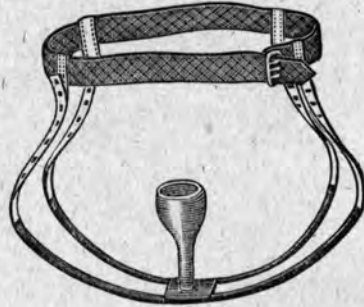


Рис. 36. — Гистерофоръ *Lavedan*'а.

Если для больной неприятны зависимость отъ врача или ношеніе такого инороднаго тѣла, а также при существованіи вышеприведенныхъ противопоказаній противъ пессарія, прибѣгаютъ къ оперативнымъ пособіямъ.

Цѣлью каждой операціи является:

- 1) сохраненіе подвижности матки,
- 2) приданіе маткѣ такого положенія, чтобы она покоилась на мочевомъ пузырѣ, какъ на водяной подушкѣ.

Выполненіе перваго изъ этихъ требованій важно для послѣдующихъ родовъ, второе — для парализованія внутрибрюшнаго давленія, а потому и для предотвращенія опущеній матки.

Всего лучше удовлетворяетъ этимъ главнымъ требованіямъ предложенное *Alexander*'омъ и *Adams*'омъ укороченіе круглыхъ связокъ въ паховомъ каналѣ.

Въ своей основной модификаціи она примѣнима только при дѣйствительно подвижной ретрофлексіи.

Прежде чѣмъ приступить къ операціи, необходимо предварительно установить:

- 1) удерживается ли матка кольцомъ въ положеніи антефлексіи (испытаніе подвижности),

2) прекращаются ли при положеніи матки въ антефлексіи боли въ крестцѣ (испытаніе чувствительности).

Кто забываетъ произвести эти двѣ пробы, тотъ не долженъ удивляться, если эта, вообще отличная, операція не дастъ ему хорошихъ результатовъ.

Операція Alexander-Adams'a (Alquié-Aron'a).

Техника операціи: больная лежитъ на операціонномъ столѣ съ приподнятымъ тазомъ для того, чтобы освободить матку отъ давленія кишекъ. Разсѣкаютъ кожу и подкожную клетчатку; разрѣзъ ведется отъ tuberculum pubicum по направленію къ spina iliaca anter. super. параллельно Пупартовой связкѣ. Длина его 3—7 сент., смотря по степени опытности хирурга. Второй болѣе глубокой разрѣзъ, идущій отъ угла къ углу кожного разрѣза, разсѣкаетъ fascia subcutanea et fascia cremasterica, и тупымъ путемъ обнажаютъ апоневрозъ m. obliqui externi. Если теперь отодвинуть рукояткою скальпеля жиръ съ апоневроза, то обнажается annulus inguinalis externus. Въ этотъ послѣдній вводятъ на глубину 3—4 сент. тупую вѣтвь ножницъ и разсѣкаютъ паховой каналъ (рис. 37).



Рис. 37. — Тупая вѣтвь прямыхъ ножницъ вводится въ паховой каналъ.

Захвативъ Кохеровскимъ пинцетомъ *наружный край* разрѣза (рис. 38) и оттянувъ его *наружу* (послѣднее очень важно), находятъ среди проходящихъ чрезъ паховой каналъ образованій lig. rotundum; подводятъ подъ нее указательный палецъ лѣвой руки и осторожно и

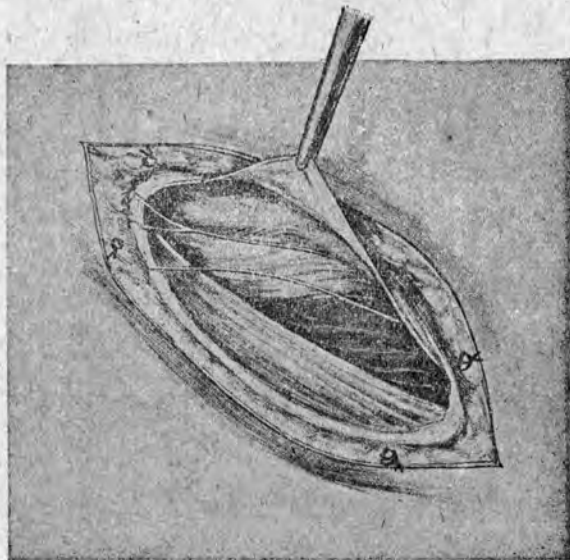


Рис. 38. — Паховой каналъ вскрытъ. Латеральный край разрѣзаннаго апоневроза захваченъ пинцетомъ, подъ нимъ, стало быть, преимущественно съ латеральной стороны, находится lig. rotundum.

постепенно вытягивают ее до тех пор, пока не покажется *processus vaginalis peritonei* (выпячивание брюшины, рис. 39). Последний отделяют тупым или, в крайнем случае, острым путем и осторожно проталкивают обратно. Затем следует существенный акт операции — фиксирование связки при помощи швов, проходящих через наружный край разреза

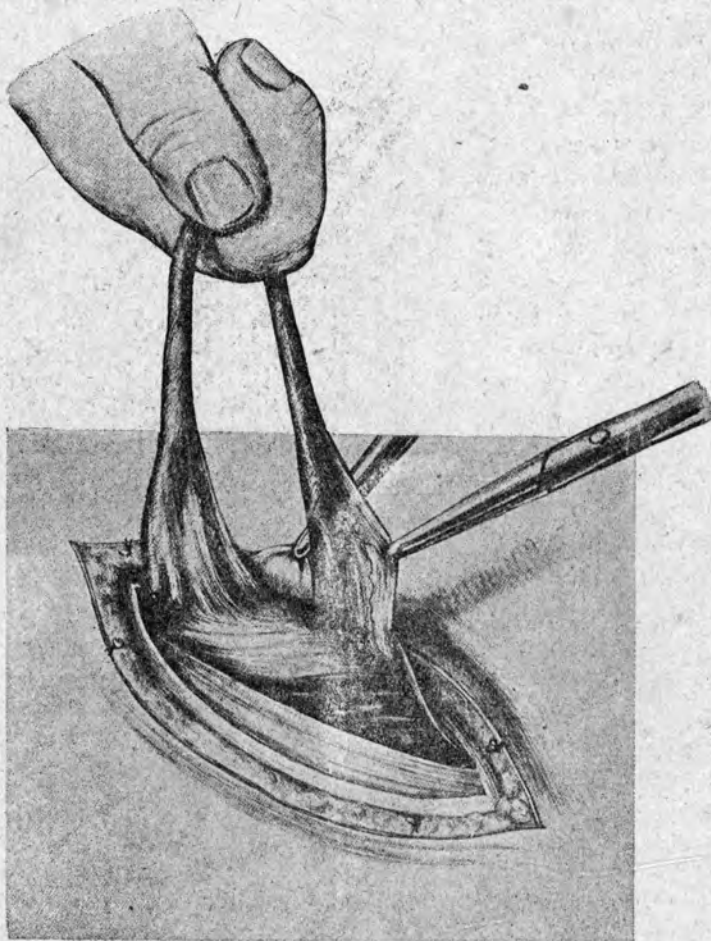


Рис. 39. — Связка извлечена. Явственно виден *proc. vaginalis*.

апоневроза *m. obliqui* (рис. 40), через *lig. rot.*, *m. obliquus internus* и средний край разреза апоневроза. Швы должны проходить через толщу связки. Достаточно двух таких швов. Третий шов накладывают после сшивания апоневроза у основания петли связки, как при перевязке сосуда. После этого отрывают петлю (рис. 41) или же прикрепляют ее к апоневрозу; шов на кожную рану. (Влагалищные операции см. ниже, в конце лечения *retroflexio fixata*).

Retroflexio-versio fixata.

Если двуручное вправление не удастся, надо ввести кольцо, служащее въ такихъ случаяхъ не для исправленія положенія, а исключительно для поддерживанія матки и предохраненія ея отъ сотрясеній и раздраженій. Превосходнымъ средствомъ для уменьшенія чувствительности матки и уничтоженія сращеній является вибраціонный массажъ при помощи аппарата *Stöckel*'я. Авторъ примѣняетъ его съ наилучшими результатами съ 1909 года.

Среди примѣняемыхъ въ гинекологіи методовъ леченія вибраціонный массажъ не занимаетъ, по моему мнѣнію, надлежащаго мѣста. Господство всеисцѣляющаго средства — влагалищнаго тампона — все еще безгранично.

Сначала нѣсколько словъ объ *инструментаріи*. Я пользуюсь уже въ теченіе

нѣсколькихъ лѣтъ приборомъ для массажа, изображеннымъ на рис. 42. Моторъ прикрѣпленъ къ прочному, удобоподвижному штативу, на удобной для пользованія имъ высотѣ и легко можетъ быть передвигаемъ благодаря резиновымъ ко-

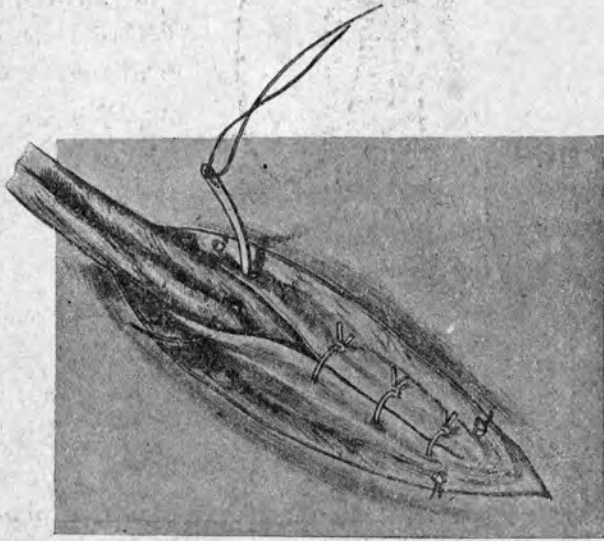


Рис. 40. — Накладываніе шва.

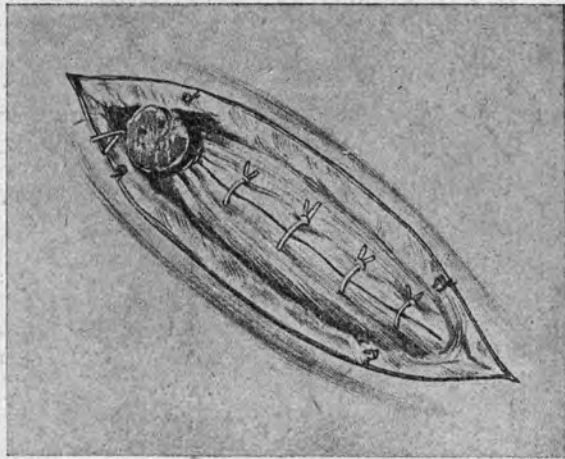


Рис. 41. — Шовъ законченъ. Культия связки играетъ роль пелота.

лесикамъ, которыми снабжены ножки. Для массажа *брюшной стѣнки* я пользуюсь обыкновенно шаромъ, укрѣпленнымъ на

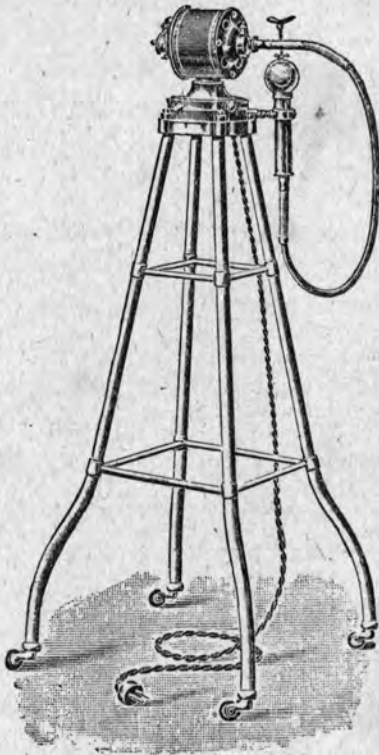


Рис. 42. — Вибраціонный аппаратъ.

моторномъ валѣ, для *внутривла- галищнаго* же массажа — изобра- женнымъ на рис. 43 меньшимъ влагалищнымъ шаромъ (*Stöckel'*я), укрѣпленнымъ на метал- лическомъ стержнѣ длиною око- ло 15 сент.; шаръ этотъ никке- лированъ и послѣ употребленія легко можетъ быть вываренъ вмѣстѣ со стержнемъ; наконецъ, для *уретрального* массажа у ме- ня имѣется еще одинъ предло- женный *Stöckel'*емъ плоскій на- конечникъ (рис 44). Этого ин- струментарія достаточно для всѣхъ случаевъ.

Дѣйствіе вибраціоннаго мас- сажа приходится представить се- бѣ слѣдующимъ образомъ. Пре- жде всего дѣйствіе *внушенія*, си- лу котораго врядъ ли кто либо можетъ отрицать; всегда имѣют- ся и будутъ больные, которые выздоравлива- ютъ отъ примѣненія каждаго *новаго* аппара- та, особенно же при- водимаго въ движеніе „электричествомъ“ и производящаго нѣкото- рый шумъ.



Рис. 43. — Наконечникъ *Stöckel'*я.



Рис. 44. — Наконечникъ для уретрального массажа.

Во-вторыхъ, вибра- ціонный массажъ, несо- мнѣнно, вызываетъ *раз- рыхленіе тканей*. Луч- шимъ примѣромъ этого является ретрофлексія,

которую можно сдѣлать при помощи примѣннаго надлежа-

щимъ образомъ вибраціоннаго массажа подвижной и въ концѣ концовъ превратить ее въ антефлексію.

Въ третьихъ, — какъ это можно ясно замѣтить на подвергающихся вибраціонному массажу участкахъ кожи и слизистыхъ оболочекъ, — появляется болѣе или менѣе рѣзкая *гиперемія*, которая, съ своей стороны, оказываетъ цѣлебное дѣйствіе, какъ это мы знаемъ уже по *Bier*'овскому способу леченія.

Въ четвертыхъ, *укрѣпляющее дѣйствіе на мышечныя волокна*, свойственное любому виду массажа и настолько общеизвѣстное, что достаточно будетъ краткаго упоминанія о немъ.

Наконецъ, въ пятыхъ, неоспоримо *болеутоляющее дѣйствіе* вибраціоннаго массажа. Это болеутоляющее дѣйствіе приходится объяснить тѣмъ, что подъ вліяніемъ многочисленныхъ механическихъ слабыхъ, чрезвычайно быстро одно за другимъ слѣдующихъ раздраженій понижается центральная возбудимость.

Область примѣненія нашего способа леченія, въ соотвѣтствіи съ дѣйствіемъ его, довольно обширна. „Longum iter est per praescripta, breve et efficax per exempla“. Поэтому мы намѣрены и здѣсь вмѣсто практическихъ *правилъ* привести *примѣры*, но не изъ поликлинической (плохо поддающейся контролю, вслѣдствіе прекращенія больными посѣщеній или вслѣдствіе перемѣны врача), а изъ частной практики.

Случай I. (Дѣйствіе суггестивное).

Больная Р. жалуется на сплошныя боли въ лѣвомъ боку, лечилась уже у многихъ врачей и гомеопатовъ.

Объективныя данныя. Матка антефлектрирована, подвижна, нормальной величины и консистенціи. Оба яичника на нормальномъ мѣстѣ, нормальной величины, не отличаются особю чувствительностью; то же и относительно яйцеводовъ; въ остальномъ ничего особеннаго.

Леченіе. Осторожно введенъ влагалищный наконечникъ вибратора, на подобіе зонда подъ руководствомъ лѣваго указательнаго пальца до того мѣста въ лѣвомъ заднемъ влагалищномъ сводѣ, на которое больная указываетъ, какъ на болѣзненное. Медленная, постепенно усиливаемая вибрація этого мѣста.

Эффектъ. Послѣ двукратнаго вибраціоннаго массажа больная сообщаетъ, что не чувствуетъ болѣе боли. Она чувствуетъ себя теперь вполне здоровой.

Въ данномъ случаѣ безспорно главное значеніе имѣютъ новизна леченія и внушеніе: „вы будете совершенно здоровы“.

Случай II. (Дѣйствіе: разрыхленіе тканей).

Больная И. Со времени послѣднихъ родовъ, 5 лѣтъ тому назадъ, больная жалуется на постоянныя сильныя боли въ спинѣ, не поддающіяся никакому леченію, въ томъ числѣ и леченію тампонами въ теченіе многихъ мѣсяцевъ.

Объективныя данныя: матка антефлектирована, не вполне подвижна, такъ какъ правая крестцово-маточная связка (правый retractor uteri) значительно утолщена и укорочена. Яичники и трубы нормальны.

Леченіе. Постепенно усиливаемый, внутривлагалищный вибраціонный массажъ утолщенной связки.

Эффектъ: прогрессирующее улучшеніе, проявляющееся также и объективно во все возрастающей подвижности матки. Въ концѣ концовъ выздоровленіе. Продолжительность леченія: 12-кратный вибраціонный массажъ, черезъ день.

Въ этомъ случаѣ болѣзнь развилась 5 лѣтъ тому назадъ. Свѣжія воспалительныя измѣненія въ больной связкѣ безусловно исключаются. Боли, вызванныя рубцовымъ укороченіемъ связки, могутъ быть устранены, какъ свидѣтельствуеетъ данный случай, систематическимъ растяженіемъ.

Случай III. (Дѣйствіе: гиперемія).

Дѣвица Е., менструація съ 15 лѣтъ, всегда регулярно; послѣ пребыванія въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ въ Сѣверной Италіи менструація внезапно пріостановилась и не появлялась въ теченіе девяти мѣсяцевъ.

Объективныя данныя. Virgo intacta. Изслѣдованіе per rectum обнаруживаетъ матку нормальной величины и консистенціи и въ нормальномъ положеніи. Со стороны придатковъ не обнаруживается ничего особеннаго, отсутствіе инфантилизма.

Леченіе. Сильный вибраціонный массажъ брюшной стѣнки въ области яичниковъ; большой шаръ вибратора вдавливаются

возможно глубже въ брюшную стѣнку. Для усиленія гиперэміи черезъ день дѣлаются свѣтотеплыя ванны.

Эффектъ. Послѣ пятикратнаго вибраціоннаго массажа и 5 свѣтотеплыхъ ваннъ менструація снова появляется.

Въ этомъ случаѣ на первомъ планѣ стоитъ гиперэмія, вызываемая этимъ способомъ леченія; для усиленія послѣдней цѣлесообразно примѣняютъ свѣтотеплыя ванны, термофоры, горячія сидячія ванны и т. д. Я наблюдалъ превосходные результаты вибраціоннаго массажа въ сочетаніи съ внутривлагалищной электризаціей матки и во многихъ, само собою разумѣется, не во всѣхъ случаяхъ очень тяжелой лактаціонной аменорреи.

Случай IV. (Дѣйствіе: болеутоляющее).

Больная Ш., страдаетъ уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ сильными болями въ нижней части живота, съ обѣихъ сторонъ. Супругъ ея сообщаетъ, что 2 года тому назадъ онъ заразилъ ее.

Объективныя данныя. Гонококковъ не обнаруживается. Матка въ срединномъ положеніи, не обладаетъ свободной подвижностью; придатки съ обѣихъ сторонъ увеличены до размѣровъ голубиного яйца и очень болѣзненны.

Леченіе. Здѣсь мы упомянемъ только объ устраненіи сильныхъ болей, которыя по словамъ больной „ни днемъ, ни ночью не дадутъ ей покоя“. Послѣ того, какъ сначала измѣреніями вечерней температуры установлено было, что заболѣваніе придатковъ находится въ хронической стадіи, что подтверждается также и данными изслѣдованія и анамнезомъ, былъ примѣненъ внутривлагалищный вибраціонный массажъ. Въ отличіе отъ предыдущихъ описанныхъ случаевъ вибраціонный массажъ въ данномъ случаѣ долженъ былъ производиться съ величайшею осторожностью. Наконечникъ вводится во влагалище неподвижно, безъ тока, а затѣмъ весьма медленно и постепенно вводятъ токъ. Массажъ никогда не долженъ причинять больной болѣзненное ощущеніе, въ самомъ крайнемъ случаѣ лишь непріятное.

Эффектъ. Уже послѣ четырехкратнаго вибраціоннаго массажа боли стали значительно слабѣе, хотя со стороны увеличенныхъ придатковъ не было замѣчено никакихъ объективныхъ измѣненій.

Именно въ подобныхъ случаяхъ воспалительныхъ заболѣваній придатковъ массажъ можетъ сыграть роль обоюдоостраго меча и при неправильномъ примѣненіи ухудшить болѣзнь. Мы еще вернемся къ этому при изложеніи противопоказаній.

Случай V. (Дѣйствіе: укрѣпленіе мышечныхъ волоконъ).

Больная Ш., жалуется на водянистое истечение изъ половыхъ органовъ, все усиливающееся въ послѣдніе годы и не поддающееся никакому леченію.

Объективныя данныя. Матка антефлектирована, подвижна, слегка метрически увеличена, придатки не измѣнены. Introitus vaginae слегка воспаленъ. Отсутствіе бѣлей. Подозрѣніе относительно incontinentiae urinae. Метиленовая синька per os. Подозрѣніе подтверждается: принимавшееся за истечение изъ половыхъ органовъ — моча.

Леченіе. Вибраціонный массажъ мочеиспускательнаго канала при помощи плоскаго наконечника *Stöckel*'я.

Эффектъ. Послѣ десятикратнаго вибраціоннаго массажа больная отпускается здоровой.

Здѣсь эффектъ обусловленъ исключительно укрѣпленіемъ мышечныхъ волоконъ sphincter'a uretrae путемъ механическаго сотрясенія. Къ этой же категоріи относится и леченіе запоровъ и именно это обстоятельство я особенно цѣню при примѣненіи вибраціоннаго массажа. Производится ли вибраціонный массажъ черезъ брюшныя стѣнки или черезъ влагалище, всегда по истеченіи нѣкотораго времени сказывается благотворное возбуждающее дѣйствіе его на кишечный каналъ.

Въ заключеніе я упомяну еще объ одномъ случаѣ, въ которомъ благоприятное дѣйствіе вибраціоннаго массажа объясняется исключительно механическимъ сотрясеніемъ.

Больная В. Постоянныя коликообразныя боли въ лѣвомъ боку. Больная сама высказываетъ предположеніе, что страдаетъ почками.

Объективныя данныя: матка антефлектирована, подвижна, нормальной величины, лѣвые придатки слегка увеличены.

Цистоскопическая картина. Въ мочевомъ пузырьѣ ничего особеннаго. Правый мочеточникъ при катетеризаціи проходимъ. При катетеризаціи лѣваго мочеточника на разстояніи 2—3 см. позади устья мочеточника встрѣчается препятствіе;

получается явственное ощущение, что наталкиваешься на небольшой камень.

Терапія. Внутривлагалищный вибраціонный массажъ мѣста, отмѣченнаго при катетеризаціи; при помощи очень сильнаго сотрясенія удается вызвать переходъ небольшого камешка изъ мочеочника въ мочевой пузырь. Съ этого момента пациентка перестала страдать болями.

Эти шесть случаевъ приведены, какъ образцы различнаго примѣненія и одновременно какъ иллюстрація разнообразнаго дѣйствія вибраціоннаго массажа. Само собою разумѣется, что нерѣдко облегченіе болей и устраненіе органическихъ измѣненій является результатомъ совмѣстнаго дѣйствія всѣхъ факторовъ.

Для болѣе точной оріентировки въ практической дѣятельности я прилагаю еще таблицу, дающую обзоръ области примѣненія вибраціоннаго массажа и противопоказаній къ нему. Само собою разумѣется, что вслѣдствіе большого разнообразія гинекологическихъ заболѣваній и множества комбинацій она не можетъ быть исчерпывающей.

Область примѣненія вибраціоннаго массажа въ гинекологіи:

Родъ дѣйствія.	Примѣненіе.	Примѣръ.
1 Внушеніе.	При истерическихъ и нервныхъ болѣзняхъ половыхъ органовъ, безъ объективныхъ данныхъ. Способъ примѣненія: брюшной или внутривлагалищный.	Случай I.
2 Разрыхленіе тканей.	При фиксаціи матки или придатковъ рубцовыми тяжами, оставшимися послѣ старыхъ воспаленій брюшины или параметрія. При вагинизмѣ.	Случай II.
3 Гиперемія.	Во всѣхъ случаяхъ, когда необходимо вызвать гиперемію газовыхъ органовъ, особенно при инфантилизмѣ и аменорреѣ. (Cave: graviditas!).	Случай III.

Родъ дѣйствія.	П р и м ѣ н е н і е.	Примѣръ.
4 Укрѣпленіе мышць.	При слабости поддерживающаго матку аппарата, при энтероптозѣ, при слабости брюшныхъ мышць, при недержаніи мочи, при запорѣ.	Случай IV.
5 Болеутоляющее дѣйствіе.	При вагинизмѣ, при всякаго рода оофоріяхъ. (Саве: свѣжіе воспалительные процессы!).	Случай V.
6 Чисто механическіе моменты.	Чтобы вызвать прохожденіе камней изъ мочеточника въ мочевой пузырь.	Случай VI.

Противопоказанія ясны сами собой. Повсюду, гдѣ правило гласитъ *quieta, non movere*, въ тѣхъ случаяхъ, когда подозрѣвается беременность, когда налицо воспалительные процессы или кровоточащія ткани, какъ при свѣжей *haematocеле*, ни въ коемъ случаѣ нельзя примѣнять вибраціоннаго массажа.

Главною областью примѣненія являются хроническіе, застарѣлые, не поддающіеся другому леченію процессы. Преимущества, которыми располагаетъ врачъ при примѣненіи его, весьма существенны; точность дозировки дѣйствующей силы по сравненію съ ручнымъ массажемъ, чистота при внутривлагалищномъ примѣненіи (наконечникъ предъ каждымъ употребленіемъ вываривается) и эстетическая сторона дѣлаетъ вибраціонный массажъ болѣе пріятнымъ и дѣйствительнымъ, чѣмъ старый ручной массажъ. Лично я, по крайней мѣрѣ, не могъ бы отказаться отъ вибраціоннаго массажа ни у себя въ частной практикѣ, ни въ клиническомъ обиходѣ.

Въ заключеніе я долженъ еще упомянуть о примѣненіи его *въ качествѣ вспомогательнаго діагностическаго метода*: въ случаѣ необходимости дифференціального діагноза между правостороннимъ оофоритомъ и аппендицитомъ.

Въ то время какъ даже при самомъ легкомъ аппендицитѣ даже самый слабый вибраціонный массажъ живота чрезвычайно болѣзненъ, при оофоритѣ онъ въ большинствѣ случаевъ совершенно безболѣзненъ и боль появляется только при внутри-

влагалищномъ примѣненіи его. Въ такихъ случаяхъ хорошо дополнить пальпацию и перкуссию живота предпринятымъ съ диагностическою цѣлью осторожнымъ вибраціоннымъ массажемъ.

Помимо только что описаннаго въ общихъ чертахъ вибраціоннаго массажа, примѣняется еще и ручной массажъ по *Thure Brandt*'у. Два пальца лѣвой руки вводятся во влагалище, правая рука лежитъ на брюшной стѣнкѣ. Обѣими руками производятся массирующія движенія, имѣющія цѣлью растяженіе и приподыманіе. Столь излюбленное раньше „отрываніе“ матки подъ наркозомъ въ настоящее время отдаетъ чѣмъ то средне-вѣковымъ. Для разрыхленія сращеній хорошо комбинировать леченіе массажемъ съ гиперэмизирующею терапіею таза: частичныя (тазовыя) паровыя ванны, сидячія ванны, свѣтотыя ванны, грязевыя ванны, обкладыванія грязью съ *fango*, грязевые компрессы.

Когда приходится прибѣгать при retroflexio fixata къ оперативному вмѣшательству?

1. Въ случаяхъ, когда по внѣшнимъ причинамъ невозможно продолжительное амбулаторное леченіе.

2. Когда подъ вліяніемъ сильныхъ болей больная настаиваетъ на скорѣйшемъ излеченіи.

3. Въ случаяхъ, когда *retroflexio fixata* является причиною бесплодія.

4. Если консервативное леченіе не ведетъ къ цѣли (избавленіе отъ боли).

5. Если еще какой-нибудь другой воспалительный процессъ или другая болѣзнь, напр., хроническій аппендицитъ, и безъ того показываетъ операцію.

Операція. Цѣлью всѣхъ операцій является уничтоженіе сращеній и приданіе маткѣ правильнаго положенія. Операція *Alexander-Adams*'а (модификація *Liepmann*'а) и здѣсь является наилучшей.

Модифицированная Liepmann'омъ операція Alexander-Adams'a.

Операція представляетъ комбинацію лапаротоміи съ операціей *Alexander-Adams*'а и примѣняется при неподвижной ретрофлексіи.

Разрѣзъ, идущій отъ верхняго края лѣваго *tuberculum pubicum* къ верхнему краю праваго *tub. pubicum* (рис. 45), обнажаетъ оба *annul. inguinal. extern.*, послѣ вскрытія обоихъ паховыхъ каналовъ захватываютъ зажимами круглую связку на той и другой сторонѣ и поперечнымъ разрѣзомъ, который соединяетъ разрѣзы, вскрывающіе паховые каналы, разсѣкаютъ влага-

лище прямой мышцы. Отсепаровывают вдоль *linea alba* верхний край разреза влагалища прямой мышцы, проводят сбоку от средней линии про-

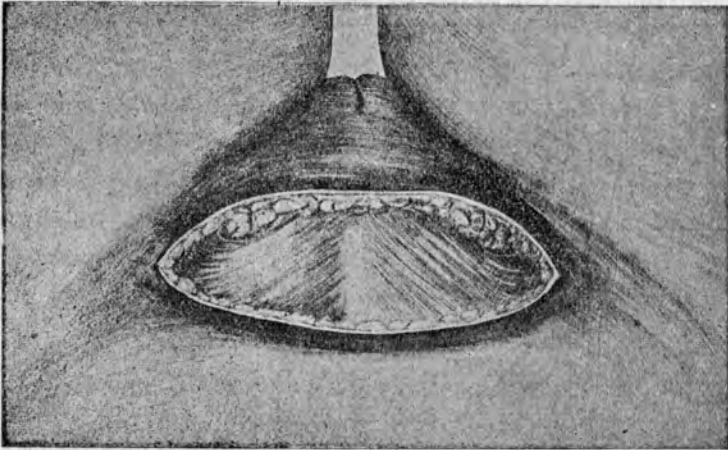


Рис. 45.—Разрезъ при модифицированной по *Liepmann*'у операци *Alexander-Adams*'а. Видны оба *annuli inguinales* и жировой комочекъ *Imlach*'а.

дольный разрезъ, разъединяют тупымъ путемъ волокна *m. pyramidalis* и *recti*, вскрывают брюшину (въ верхнемъ углу раны), входят пальцемъ въ брюшную полость и разрушают осторожно имѣющіяся сращения. По уничтоженіи сращеній оканчивают операцию *Alexander-Adams*'а, т. е. укорачивают и фиксируют *lig. rotunda*, а затѣмъ закрывают брюшную полость. Пришиваніе матки или круглыхъ связокъ къ брюшной стѣнкѣ (вентрофиксация) допустимо только въ рѣдкихъ случаяхъ, какъ идущее въ разрезъ съ анатоміей.

· **Ventrofixatio (по Bumm'у)** (рис. 46 и 47).

Операциа эта примѣняется при ретрофлексіи въ тѣхъ случаяхъ, когда не существуетъ увѣренности въ отсутствіи сращеній. Сущность заключается въ пришиваніи *lig. rotundorum* къ брюшной стѣнкѣ.

Техника этой операции такова: уложивъ больную такъ, чтобы тазъ находился въ возвышенномъ положеніи, вскрываютъ продольнымъ разрезомъ брюшную полость, захватываютъ зажимными пинцетами *lig. rotunda*, сначала слѣва, а потомъ справа, и въ случаѣ существованія сращеній уничтожаютъ ихъ тупымъ путемъ. Приподымаютъ пинцетомъ паріетальный листокъ брюшины на уровнѣ наружнаго пахового кольца, дѣлаютъ въ этомъ листкѣ отверстіе (ножницами, ножомъ или зажимомъ Кохера) и черезъ это отверстіе проводятъ петлю круглой связки. Продѣлавъ эту процедуру на обѣихъ сторонахъ, фиксируютъ укороченныя связки при помощи шва, проходящаго черезъ влагалище прямой мышцы, прямую мышцу, *fascia transversa*, оба колѣна петли связки, и въ обратномъ направленіи черезъ *fascia transversa*, прямую мышцу и влагалище ея. Въ заключеніе закрываютъ брюшную полость.

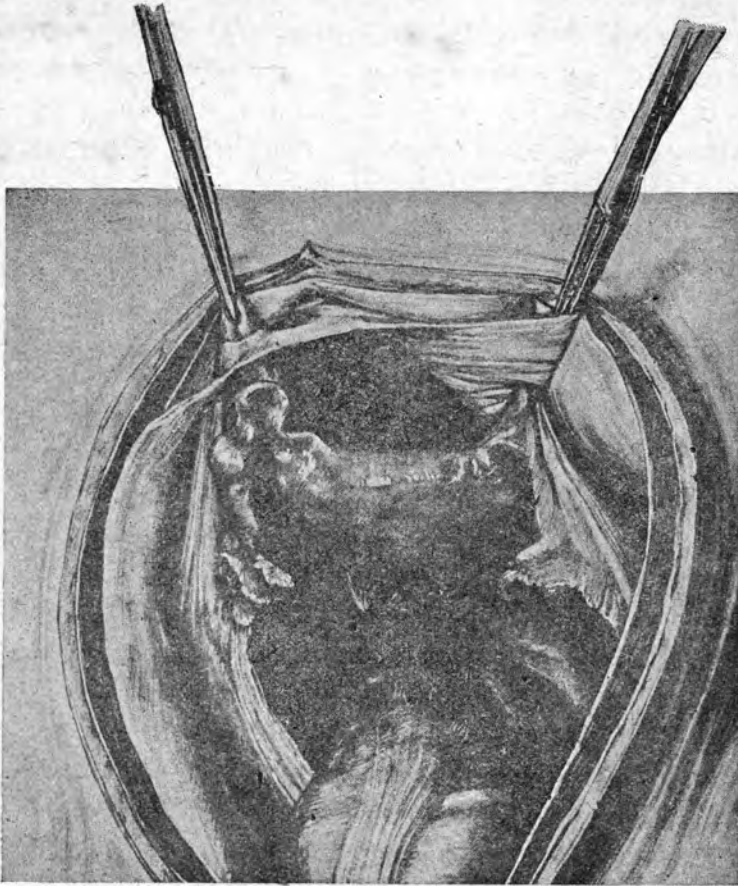


Рис. 46.—*Ventrofixatio* по *Bumm*'у. Обѣ связки продѣты въ отверстія брюшины. Сращенія на задней сторонѣ матки перерѣзаны.

Вскрывая брюшину со стороны влагалища, чрезъ задній или чрезъ передній влагалищный сводъ и предварительно *отодвинувъ* мочевоу пузырь, можно въ темнотѣ уничтожить сращеніе и затѣмъ пришить матку къ покрывающей мочевоу пузырь брюшинѣ — *везикофиксація* по *Dührsen-Mackenrodt*'у.

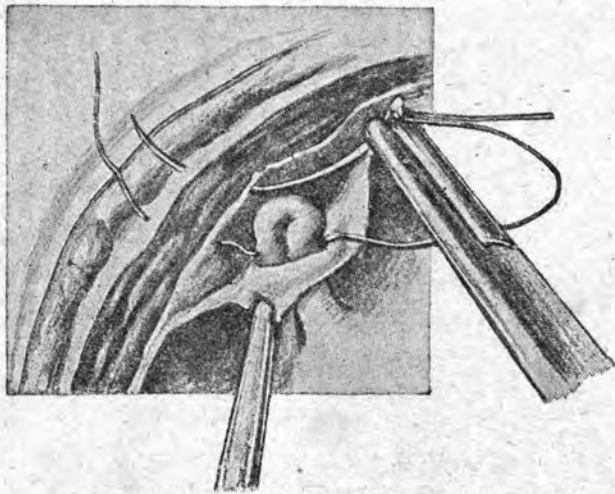


Рис. 47. — Фиксированіе связки.

Но матка тогда уже не занимаетъ своего нормальнаго анатомическаго положенія, она не лежитъ подвижно на мочевомъ пузырьѣ, какъ на водяной подушкѣ, а прочно фиксируется у задняго края мочевого пузыря. Удобнѣе всего изучать эти отношенія на замороженныхъ трупахъ.

Смѣщенія и перекручиванія матки (причины ихъ на стр. 37) служатъ большею частью важными точками отправленія для постановки діагноза; *сами по себѣ* они не подлежатъ особому леченію, показанія къ леченію возникаютъ со стороны основнаго страданія.

Смѣщенія книзу половыхъ органовъ.

Для пониманія этой главы необходимо знаніе изложеннаго на стр. 7. Надо различать *descensus*, т. е. опусканіе органовъ книзу до границы влагалищнаго входа, и *prolapsus*, т. е. выходненіе органовъ наружу за предѣлы входа во влагалище, слѣдовательно, частичное и полное выпаденіе ихъ.

Этіологія и подраздѣленіе. Чтобы составить себѣ понятіе объ опущеніяхъ всего полового аппарата, необходимо предварительно ознакомиться съ ощущеніемъ каждаго изъ входящихъ въ его составъ органовъ въ отдѣльности.

1. Опущеніе влагалища.

a) *Descensus vaginae anterior, resp. prolapsus vaginae anterior* (съ опущеніемъ или выпаденіемъ мочевого пузыря = *cystocele*).

b) *Descensus vaginae posterior, resp. prolapsus vaginae posterior* (съ опущеніемъ прямой кишки = *rectocele*).

2. Опущеніе матки.

Descensus uteri, resp. prolapsus uteri, частичное или полное.

3. Смѣщеніе книзу придатковъ матки.

Всѣ смѣщенія книзу можно подраздѣлить на:

A. Врожденное низкое стояніе.

B. Первичныя или простыя

C. Вторичныя или сочетанныя } смѣщенія книзу.

Выпаденія у дѣвственницъ и нерожавшихъ женщинъ мы, въ виду рѣдкости ихъ, рассмотримъ въ концѣ.

1. Смѣщенія книзу влагалища.

Съ полнымъ правомъ можно говорить о физиологическомъ и патологическомъ опущеніи стѣнокъ влагалища. Въ то время какъ у дѣвушекъ половые органы и при разведенныхъ бедрахъ остаются закрытыми, вслѣдствіе плотнаго прилеганія большихъ и малыхъ дѣтородныхъ губъ (рис. 48), и только при раздвиганіи послѣднихъ становится виденъ входъ во влагалище (рис. 49), состояніе это всегда измѣняется послѣ родовъ,



Рис. 48. — Наружные половые органы дѣвушки.

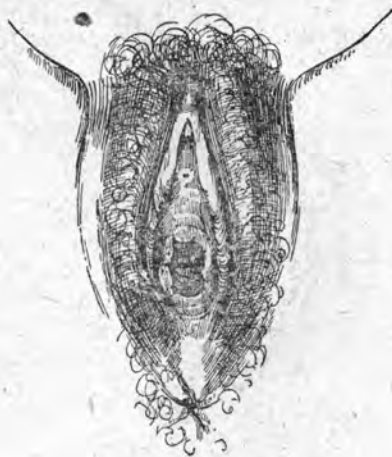


Рис. 49. — Дѣтородныя губы раздвинуты — вѣнъ цѣль.

слѣдовательно, физиологически, даже и при отсутствіи пораненій (разрыва промежности и т. п.). У рожавшихъ (рис. 50) видны опустившіяся передняя и задняя влагалищныя стѣнки (физиологическое dilatatio vulvae, физиологическое descensus vaginae), переходъ къ патологическому descensus — постепенный. Каждое опусканіе стѣнокъ влагалища, не сопровождающееся смѣщеніемъ книзу матки, представляетъ первичное descensus vaginae (нормально влагалищная часть должна находиться на уровнѣ линіи остей—линіи, соединяющей обѣ spinae ossis ischii; ихъ всегда возможно прощупать). При существованіи одновременно descensus uteri часто невозможно бываетъ опредѣленно рѣшить, произошло ли опущеніе стѣнокъ влагалища первично или же это вторичное явленіе, иными словами, произошло ли сначала опущеніе стѣнокъ влагалища, а затѣмъ смѣстилась книзу матка, или же опусканіе стѣнокъ влагалища явилось послѣдствіемъ опущенія матки.

Какъ развивается descensus vaginae? Въ анатомическомъ введеніи мы разсматривали влагалище, какъ въ нѣкоторомъ родѣ „полуколонку“ (см. стр. 9). Послѣ сильнаго растяженія влагалища и плохого послѣдующаго возстановленія его (роды и послѣродовой періодъ) оно, конечно, уже не можетъ исполнить назначеніе опорки, или исполняетъ его только въ слабой степени. Это функциональное разстройство, въ общемъ, не имѣетъ особенно существеннаго значенія при удовлетворительномъ состояніи подвѣшивающаго связочнаго аппарата. Только при повышеніи внутрибрюшнаго давленія, при



Рис. 50. — Наружные половые органы рожавшей женщины.



Рис. 51. — Плохая промежность.

натуживаніи во время дефекаціи, при ношеніи тѣснаго корсета, при тяжелой работѣ и т. д., слишкомъ широкая и ослабѣвшая балка уже не можетъ играть роль опоры, она сгибается при каждомъ такомъ отягощеніи, какъ мягкій резиновый столбикъ. Но и независимо отъ дѣйствія давленія, подобно тому какъ широкий рукавъ платья скорѣе образуетъ складки, чѣмъ узкій, такъ и расширенное и разслабленное влагалище легче ложится въ складки, чѣмъ эластичное, устойчивое влагалище. *Эти складки и перегибы являются, по моему мнѣнію, исходнымъ пунктомъ опусканія стѣнокъ влагалища.*

Вообще же къ этому присоединяется еще и третій важный новый моментъ: недостаточность тазового дна (разрывы промежности): а) наружныхъ тазовыхъ мышцъ, б) *trigonum urogenitale* и с) пластинки *levator'a* (см. стр. 9).

Резюмируя, можно, слѣдовательно, сказать: первичныя опусканія стѣнокъ влагалища обусловливаются недостаточностью собственно поддерживающаго аппарата внутреннихъ половыхъ органовъ.

2. Смѣщенія матки книзу.

Матка, какъ органъ, который заложенъ подвижно въ брюшной полости, удерживается особымъ подвѣшивающимъ связочнымъ аппаратомъ (стр. 8) и поддерживается особымъ подпирющимъ аппаратомъ (стр. 9), можетъ опуститься только при условіи, если одинъ изъ этихъ аппаратовъ или оба одновременно стануть недостаточными.

1. При недостаточности поддерживающаго аппарата (a, b, c, d, ср. стр. 9) матка можетъ сохранять свое нормальное положеніе, благодаря сохранности одного только подвѣшивающаго аппарата. Примѣръ: нормальное положеніе матки при *descensus vaginae* или послѣ экстирпаціи всего тазового дна, напр., при *carcinoma vulvae*. Однако, вслѣдствіе постоянной перегрузки подвѣшивающаго аппарата при этомъ можетъ постепенно развиться *descensus uteri*, а вслѣдствіи и *prolapsus uteri*.

2. При недостаточности подвѣшивающаго аппарата ранѣе или позже неизбежно развивается опущеніе или выпаденіе матки, такъ какъ поддерживающій аппаратъ никогда не бываетъ настолько развитъ, чтобы быть въ состояніи вынести тяжесть матки безъ участія подвѣшивающаго аппарата.

Здѣсь также имѣетъ значеніе еще и третій моментъ—положеніе матки и въ зависимости отъ него направленіе дѣйствія внутрибрюшного давленія (ср. стр. 16):

При *антефлексіи* давленіе дѣйствуетъ на заднюю стѣнку матки, прижимаетъ матку къ мочевому пузырю, который съ своей стороны находитъ опору въ симфизѣ — наиболѣе цѣлесообразное физиологическое приспособленіе для парализованія воздѣйствія на матку внутрибрюшного давленія (рис. 19).

При *ретрофлексіи* внутрибрюшное давленіе дѣйствуетъ на переднюю поверхность матки, матка отгѣсняется по направленію къ крестцу, при чемъ со стороны прямой кишки встрѣчаетъ только слабую опору (рис. 20).

Въ *среднемъ положеніи* давленіе дѣйствуетъ на дно матки, опорой служитъ полая колонка влагалища, и это—наихудшее приспособленіе для парализованія внутрибрюшного давленія.

Наконецъ, въ качествѣ четвертаго фактора играетъ роль особенность анатомическаго строенія поддерживающаго аппарата, заключающаяся въ образованіи расщелины вследствие

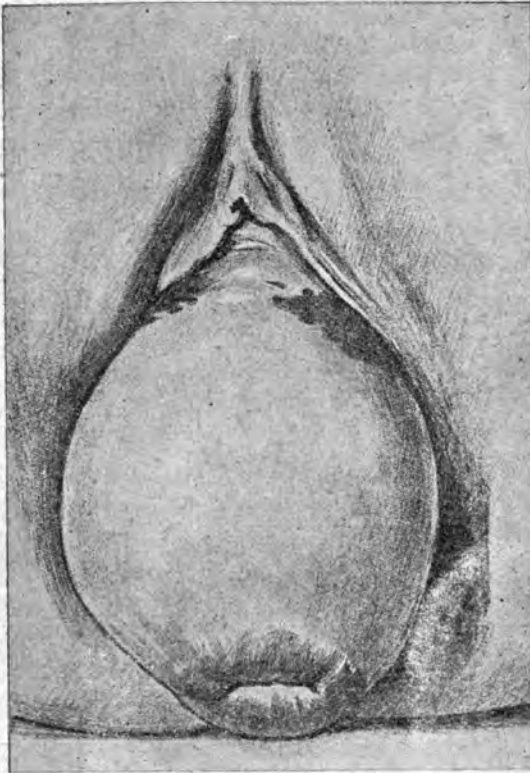


Рис. 52.—Полное выпаденіе матки (erosio влагалищной части).

расхожденія волоконъ m. levatoris, такъ наз. *hiatus genitalis*, которой Halban и Tandler въ своей прекрасной монографіи о пролапсѣ приписываютъ особенное значеніе. Чѣмъ болѣе матка или часть ея дѣйствіемъ внутрибрюшного давленія оттѣсняются къ *hiatus genitalis*, этимъ грыжевымъ воротамъ у женщинъ въ тазовомъ днѣ, тѣмъ скорѣе можетъ произойти выпаденіе матки (рис. 52). Такимъ образомъ, могутъ быть объяснены и тѣ случаи, клиническою особенностью которыхъ является удлиненіе маточной шейки — *elongatio colli*. Шейка

матки, находившаяся въ этихъ случаяхъ въ области *hiatus* подъ вліяніемъ внутренняго давленія, при условіи, что тѣло матки осталось фиксировано, продвинулась впередъ и вытянулась. Впрочемъ, въ объясненіи происхожденія многихъ случаевъ удлиненія шейки матки мы придерживаемся стараго взгляда, что первично происходитъ выпаденіе влагалища, удлиненіе же влагалищной части шейки матки образуется подъ вліяніемъ влеченія со стороны стѣнокъ влагалища. Существуетъ, слѣдовательно, два вида *elongatio colli*, отличающихся другъ отъ друга по анамнезу и по симптомамъ: 1) *elongatio colli per pressionem*, 2) *elongatio colli per tractionem*.

Выпаденія у дѣвственницъ и нерожавшихъ. Значительно менѣе понятныя въ этиологіи своей, они, повидимому, обусло-

влены, главнымъ образомъ, недостаточностью развитія lig. suspensoriorum (fascia endopelvina ср. стр. 8). Въ этихъ случаяхъ играютъ роль разстройства питанія и развитія въ періодъ наступленія половой зрѣлости, а также и инфантилизмъ. Сюда же относится и сдѣланное Freund'омъ, Sellheim'омъ и Küstner'омъ наблюдение, что въ этихъ случаяхъ excavatio rectouterina и excavatio vesico-uterina особенно глубоки.

3. Смѣщенія книзу придатковъ матки.

Они развиваются рука объ руку со смѣщеніями и перегибами матки и не требуютъ особаго разсмотрѣнія. Первичное опущеніе придатковъ наблюдается рѣдко: *низкое стояніе* по Waldeyer'у, называемое американскими авторами также prolapsus ovarii. Чаше наблюдается, что при хорошо развитомъ lig. infundibulo-pelvicum придатки сохраняютъ относительно высокое положеніе, несмотря на выпаденіе матки; въ такихъ случаяхъ развивается elongatio ovarii et tubae per tractionem.

Симптомы. Тянуція боли — „какъ будто что-то должно выпасть“; чаше, однако, большинство больныхъ приходитъ уже съ готовымъ діагнозомъ. При значительныхъ степеняхъ образуются опрѣлости и наблюдаются затрудненія при ходьбѣ.

Діагнозъ. Діагнозъ самъ по себѣ нетруденъ и ясенъ уже изъ этиологіи. Необходимо всегда отличать descensus отъ prolapsus, опредѣлить во всѣхъ случаяхъ уровень стоянія влагалищной части и, заставляя больную натуживаться, опредѣлить *размѣръ выпаденія*. Особенное вниманіе должно быть удѣлено m. levator'у, ножки котораго, въ общемъ, хорошо прощупываются и, вообще, должна быть подвергнута изслѣдованію функція мышечной части тазового дна. Въ дифференціально діагностическомъ отношеніи можетъ быть рѣчь только о кистахъ и опухоляхъ влагалища (см. соотв. мѣсто).

Леченіе. Величайшее значеніе имѣетъ профилактика, проведеніе которой является прежде всего задачей акушерства, а также общей гігіены женщины (опущеніе органовъ подъ влияніемъ корсета) см. стр. 13.

Консервативное леченіе, заключающееся въ ношеніи пессаріевъ, примѣняется при смѣщеніяхъ матки прежде всего при неповрежденной промежности. Пессарій замѣняетъ отсутствующую или ослабѣвшую функцію lig. suspensoriorum uteri (fascia endopelvina); онъ находитъ себѣ опору только въ непо-

врезденномъ тазовомъ днѣ. При недостаточности тазового дна можетъ быть рѣчь о примѣненіи пессаріевъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда больныя отказываются отъ операціи, или же если приходится отказываться отъ нея изъ-за опасенія по какимъ либо другимъ причинамъ (престарѣлый возрастъ, болѣзни сердца, почекъ, легкихъ, диабетъ). Введенное въ такихъ случаяхъ кольцо, слѣдовательно, не служитъ опорю, какъ въ вышеупомянутомъ случаѣ, а поддерживаетъ только путемъ расширенія влагалища. При давленіи на мочевой пузырь или прямую кишку его надо немедленно удалить. Наиболѣе употребительные пессаріи изображены на рис. 23 — 35. Только путемъ опыта и наблюденія можно установить, какое изъ колець наиболѣе подходитъ для cadaго даннаго случая. Начинающему слѣдуетъ испробовать всѣ виды и остановиться на томъ кольцѣ, которое субъективно окажется наилучшимъ, объективно — наиболѣе цѣлесообразнымъ. Считаемо долгомъ предостеречь противъ примѣненія крыловиднаго пессарія *Zwang'a* (рис. 35). Больная вводитъ его сама въ свинченномъ состояніи, со сложенными, какъ у мотылька, крыльями. Послѣ введенія пессарія поворотами винта расправляются крылья и, такимъ образомъ, путемъ расширенія влагалища устраняется выпаденіе его стѣнокъ. У одной пожилой женщины я наблюдалъ тяжкое прободеніе этимъ пессаріемъ мочевого пузыря и прямой кишки. Столь же опасны т. н. гистерофоры (рис. 36), легко вызывающіе глубокія изъязвленія влагалищной части матки. Какъ разъ въ этомъ году я оперировалъ двухъ женщинъ по поводу рака влагалища, который развился на томъ мѣстѣ, гдѣ производилъ давленіе слишкомъ большой пессарій. *Слѣдовательно, примѣненіе пессаріевъ требуетъ всегда осторожности.*

Оперативное леченіе. Если влагалище слишкомъ широко, то избыточная часть его удаляется путемъ изсѣченія соотвѣтственныхъ участковъ слизистой оболочки съ послѣдующимъ наложеніемъ шва: *colporrhaphia anterior* и *colporrhaphia posterior*. При *colporrhaphia anterior* необходимо низвести матку при помощи пулевыхъ щипцовъ ко входу во влагалище или даже еще ниже, насколько только возможно. По снятіи влагалищнаго лоскута становится виднымъ мочевой пузырь. Если одновременно имѣется и *cystocele*, вправляютъ послѣднюю и закрываютъ грыжевыя ворота путемъ сшиванія фасціи, прикрываю-

шей мочевого пузыря (ligam. pubo-vesico-uterinum, часть fasciae endopelvineae).

Colporrhaphia anterior.

Больная укладывается на спинѣ съ притянутыми къ животу и согнутыми въ колѣняхъ ногами; ягодицы находятся у края стола.

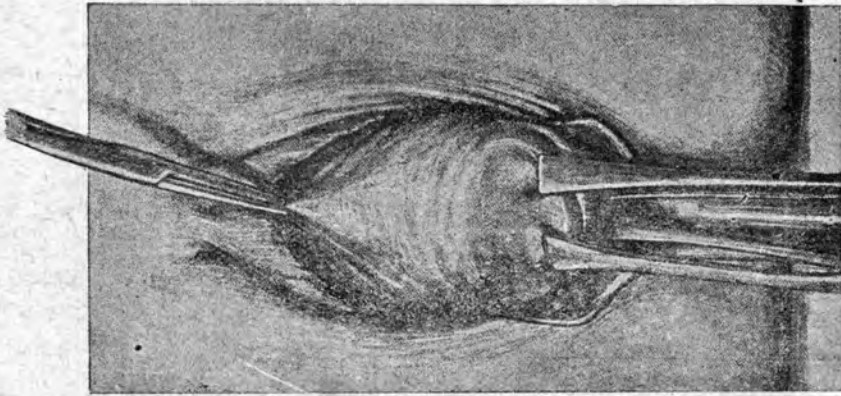


Рис. 53. — Влагалищная часть матки низведена. Пинцетъ наложенъ вплотную подъ шейку и указываетъ мѣсто начала разрыва.

Техника операціи: послѣ дезинфекціи влагалища выводятъ при помощи двухъ крючковатыхъ щипцовъ изъ половой щели влагалищную часть (рис. 53), а вмѣстѣ съ ней и переднюю стѣнку влагалища. Натянувъ при

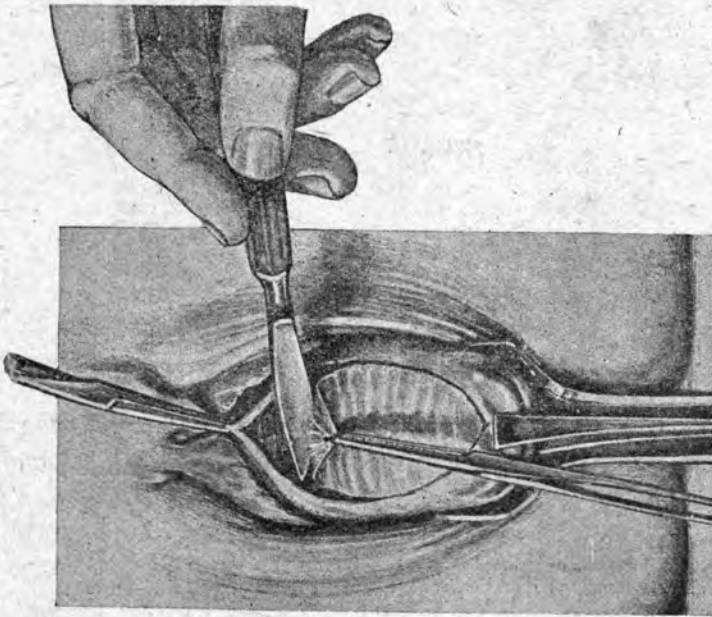


Рис. 54. — Яйцевидный разрывъ. Лоскутъ «снимается». Ножъ съ обращеннымъ въ сторону лоскута лезвиемъ перерезаетъ отдѣльные соединительнотканые тяжи.

помощи зажимного пинцета переднюю стѣнку влагалища, вырѣзаютъ изъ нея яйцевидный лоскутъ (рис. 54) и накладываютъ непрерывный шовъ

(рис. 55), предварительно фиксируя наверху мочевого пузыря при помощи 3—4 узловатых швов (рис. 56).

Заднюю колпоррафию целесообразно сочетать съ увеличеніем промежности (perineo-auxesis). Такъ какъ обыкновенно въ поверхностныхъ мышцахъ промежности не хватаетъ годныхъ къ препарированію мышечныхъ элементовъ, то взамѣнъ ихъ лучше всего въ качествѣ пластической подстилки использовать ножки *m. levatoris* (сшивание *m. levatoris*).

Colpo-perineorrhaphia.

Къ задней колпоррафii обыкновенно присоединяютъ операцію удлиненія промежности (perineo-auxesis) за счетъ половой щели.

Техника операціи: захвативъ однимъ зажимнымъ пинцетомъ заднюю стѣнку влагалища по средней линіи и двумя другими—концы малыхъ дѣтородныхъ губъ, дѣлаютъ разрѣзъ по линіи, соединяющей верхній пинцетъ съ правымъ и лѣвымъ пинцетами. Отсепаровываютъ выкроенный треугольный лоскутъ до самаго основанія, по возможности оставляя соединительную ткань. Затѣмъ надрѣзываютъ ножницами боковыя части лоскута, обнажая подкожную fascia perinei (рис. 57), и дѣлаютъ дугообразный кожный разрѣзъ отъ лѣваго пинцета къ правому. Послѣ удаленія лоскута, имѣющаго форму \triangle , накладываютъ швы.

При опущеніяхъ матки недостаточно только что описанныхъ пріемовъ. Въ виду того, что опущеніе матки въ большинствѣ случаевъ сочетается съ неправильностями положенія, здѣсь необходимы способы, описанные на стр. 17—20.

Въ очень тяжелыхъ случаяхъ хорошимъ способомъ является полное вырѣзываніе матки съ вшиваніемъ во влагалище культей придатковъ, которыя тогда до извѣстной степени удерживаютъ отрѣзокъ влагалища. Способъ этотъ испытанъ уже въ теченіе многихъ лѣтъ *Vimt*'омъ.

Полная экстирпація при выпаденіи матки по *Vimt*'у.

Vimt считаетъ наиболее рациональной операціей при выпаденіи матки и влагалища комбинацію полной влагалищной экстирпаціи матки съ colpoorrhaphia anterior и colpoperineorrhaphia.

Техника операціи: опорожняютъ мочевой пузырь путемъ катетеризаціи, вставляютъ влагалищное зеркало и двумя парами щипцовъ *Miguel* захватываютъ влагалищную часть и притягиваютъ ее ко входу во влагалище. Затѣмъ въ виду предстоящей colpoorrhaphia anterior проводятъ овальный разрѣзъ, концы котораго окружаютъ влагалищную часть. Отодвигаютъ кверху мочевой пузырь и прикрываютъ его для защиты отъ пораненія

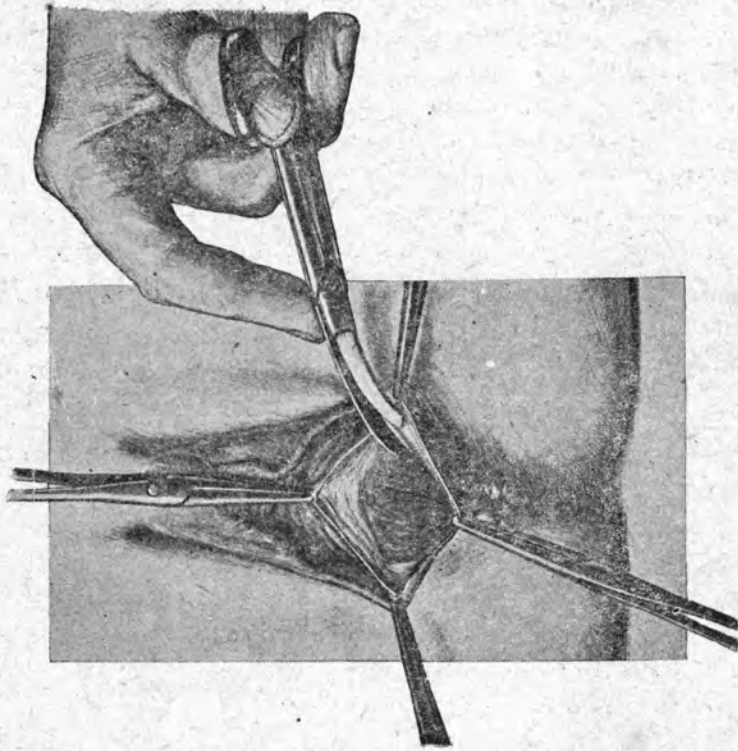


Рис. 57. — Разръзъ при солрорегинеогtharria. Лоскутъ отпрепарованъ до основанiя. Ножницы обнажаютъ fascia perinei.

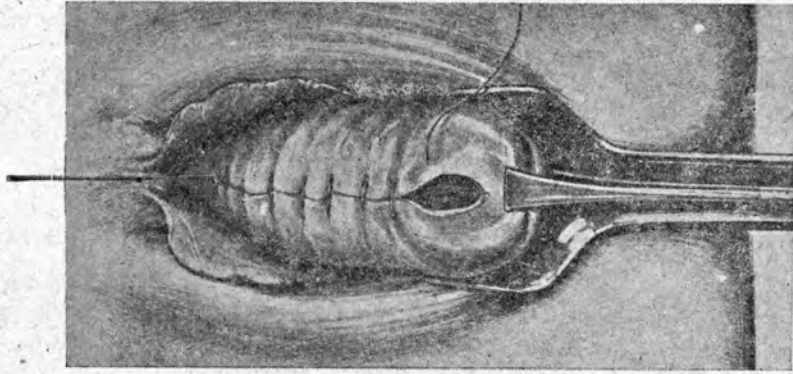


Рис. 56. — Непрерывный кетгуттовый влагалитный шовъ.

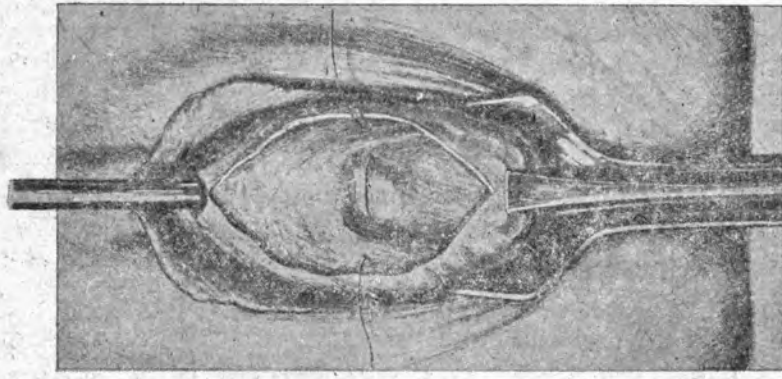


Рис. 55. — Влагалитный лоскутъ отпрепарованъ. Виденъ мочевой пузырь со введеннымъ въ него катетеромъ и обѣ ножки фасци; между шейкой и мочевымъ пузыремъ наложенъ первый *кетгуттъ* шовъ.

подъемником; захватывают пинцетом *plicam vesico-uterinam* брюшины, прорѣзывают въ приподнятой складкѣ отверстіе, которое удлиняютъ въ обѣ стороны. Затѣмъ разсѣкаютъ ножницами переднюю стѣнку шейки матки, пока не покажется дно матки и при помощи щипцовъ *Muzeux* извлекаютъ дно матки за половую щель. Наложивъ предварительно зажимы на придатки съ обѣихъ сторонъ, перерѣзаютъ послѣдніе и удаляютъ матку. Культы трубъ пришиваютъ къ влагалищу, которое благодаря этому приподымается. Въ заключеніе дѣлаютъ *colporperineorrhaphia*.

Менѣе привлекательна, но иногда неизбежна операція *Schaut'a-Wertheim'a*; при ней, по разработанной въ дальнѣйшемъ идеѣ *Вильгельма Александра Freund'a*, самую маткою пользуются въ качествѣ пелота: матка, въ качествѣ поддерживающаго аппарата при *cystocele* фиксируется экстраперитонеально и экстравагинально между мочевымъ пузыремъ и передней стѣнкою влагалища.

Операція *Schaut'a-Wertheim'a* (использование матки въ качествѣ опоры для выпадающаго мочевого пузыря).

Техника операціи: при помощи щипцовъ *Muzeux* низводятъ влагалищную часть, разсѣкаютъ слизистую оболочку влагалища разрѣзомъ, который начинается на палецъ ниже *orificium uretrae* и оканчивается у фиксирующихъ влагалищную часть щипцовъ. Затѣмъ вскрываютъ *plicam vesico-uterinam*, выворачиваютъ матку, какъ при влагалищной экстирпации ея, пришиваютъ брюшину къ задней части шейки, закрываютъ просвѣтъ трубъ (стерилизація трубъ), выводятъ матку за края разрѣза влагалищной стѣнки и вшиваютъ ее между мочевымъ пузыремъ и влагалищемъ. Въ такомъ положеніи матка играетъ роль живого пелота для мочевого пузыря.

Причинное леченіе. Эта пока единственная терапія будущаго заслуживаетъ во всякомъ случаѣ быть испробованной при начинающемся выпаденіи. При помощи прибора *Bergonie* и съ примѣненіемъ электрода *Liepmann'a* пытаются при недостаточности мышцъ тазового дна достигнуть активнаго укрѣпленія ихъ.

Глава III.

Воспалительныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ.

Подраздѣленіе. Воспалительныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ это широкая, особенно важная для начинающаго и для практика область, такъ какъ заболѣванія эти наблюдаются чрезвычайно часто. Подраздѣленіе ихъ проще всего сдѣлать по органамъ:

1. Воспаленія наружныхъ половыхъ частей.
2. Воспаленія влагалища.
3. Воспаленія матки.
4. Воспаленія околовлагалищной и околоматочной клѣтчатки.
5. Воспаленія яичниковъ и трубъ (придатковъ) и брюшины.
6. Воспаленія мочеиспускательнаго канала.

Наконецъ, необходимо выдѣлить въ виду особенности ихъ въ отношеніи діагноза и терапіи

7. Гоноррею и
 8. Сифились половыхъ органовъ,
- а также упомянуть и о рѣдкихъ инфекціяхъ тифозными и дифтерійными бациллами.

Общій очеркъ. Воспаленіе всегда бываетъ обусловлено какой-нибудь причиной: бактеріальной, химической, термической, механической или другой какой-либо природы. Поэтому при леченіи всякаго воспаленія необходимо прежде всего опредѣлить причину, лежащую въ основѣ даннаго заболѣванія. *Если найдена этиологія, то въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ можетъ быть примѣнено и надлежащее леченіе.* Помимо венерическихъ болѣзней у женщинъ существуетъ еще много другихъ возможностей къ возникновенію всякаго рода воспаленій. Такъ какъ, при собираніи анамнеза, важно обратить на это вниманіе, то мы укажемъ на нѣкоторые изъ такихъ ведущихъ къ воспаленію моментовъ: недостаточная или ложно истолкованная гигиена при менструаціи (см. соотв. гл.), мастурбація, трибадія (извращенныя половыя отношенія женщинъ между собою), инородныя тѣла во влагалищѣ, напр., пессаріи, введеніе противозачаточныхъ средствъ въ матку, внутриматочныхъ вставниковъ и пессаріевъ, отъ которыхъ

слѣдовало бы отказаться, въ виду ихъ безусловной опасности, плохо залеченные разрывы промежности, катарры мочевого пузыря и прямой кишки, общія болѣзни, какъ туберкулезъ и въ особенности діабетъ.

1. Воспаленія наружныхъ половыхъ частей.

Этіологія. Подобно тому, какъ при остромъ насморкѣ появляются ссадненія на верхней губѣ, когда подъ вліяніемъ постоянного сморканія повреждается эпидермисъ, а раздражающее истеченіе вызываетъ воспалительное состояніе, такъ и воспаленіе наружныхъ половыхъ частей развивается въ большинствѣ случаевъ только при наличности катарровъ влагалища, матки, мочевого пузыря или кишекъ. О старыхъ разрывахъ промежности, какъ этиологическомъ факторѣ, мы уже упоминали, остается еще упомянуть и о различныхъ свищахъ, какъ о предрасполагающихъ моментахъ. О другихъ причинахъ, напр., діабетѣ, см. „Общій очеркъ“. Кожа ребенка, конечно, чувствительнѣе, чѣмъ кожа взрослога человѣка. О гонорреѣ, сифилисѣ и мягкомъ шанкрѣ будетъ изложено ниже отдѣльно.

Симптомы. Какъ при всѣхъ почти острыхъ воспаленіяхъ: rubor, tumor, calor, dolor и усиленное выдѣленіе.

Діагнозъ. Распознаваніе воспаленія легко, основную же причину установить трудно. Во всѣхъ случаяхъ необходимо изслѣдовать отдѣляемое мочеиспускательнаго канала на гонококки. Только послѣ исключенія этого самаго частаго заболѣванія надо искать другихъ причинъ.

Рѣдкими причинами, главнымъ образомъ, въ дѣтскомъ возрастѣ, являются: корь, скарлатина, дифтеритъ, пневмонія, оспа; наблюдались также случаи зараженія наружныхъ половыхъ частей оспенной вакциной, актиномикозомъ, рожей; очень часто наблюдается ekzema, intertrigo въ sulcus genitofemoralis, располагающемся кнаружи отъ большихъ губъ, особенно лѣтомъ у тучныхъ женщинъ; пустулы, аспе, фурункулезъ, себоррея, пузырьчатый лишай.

Терапія. Лечение основной причины является единственной надежной основой всякой терапіи. Слѣдовательно, прежде всего лечение катарровъ влагалища и матки (см. соотв. гл.). Послѣ однократной основательной очистки, смазываніе arg. nitr. (10—20%) или tinct. jodi, примочки изъ свинцовой воды,

леницетовая (изъ уксуснокислаго глинозема) или цинковая мазь; въ качествѣ основы для мазей очень хорошъ резорбинъ.

Больше рѣдкія хроническія формы. а) *Pruritus vulvae*—собственно безъ воспаленія — характеризуется сильнымъ зудомъ, появляющимся въ особенности послѣ согрѣванія въ постели. Всегда слѣдуетъ подумать о діабетѣ! Изслѣдовать мочу. *Walt-hard* описалъ психогенную форму зуда. Терапія: вышеописанная. Послѣ тщательнаго обмыванія, смазываніе при помощи кисточки 3% растворомъ карболовой кислоты; мазь съ anaesthetin'омъ, кокаиновая или новокаиновая мазь, t-ra jodī, наконецъ, рентгеновскіе лучи.

б) *Kraurosis vulvae* или *leucoplacia vulvae* (сморщиваніе наружныхъ половыхъ органовъ). Этіологія неизвѣстна. Терапія: въ тяжелыхъ случаяхъ вырѣзываніе пораженныхъ частей, распознаваемыхъ по сморщиванію и бѣлосѣровой окраскѣ.

с) *Ulcus rodens vulvae* (*esthiomène*)—ползучая язва, начинающаяся большею частью изъ *fossa navicularis* или въ *sulcus interlabialis* и не поддающаяся никакому леченію. Этіологія неизвѣстна. Терапія: прижиганіе или полное вырѣзываніе.

2. Воспаленія влагалища.

Изъ практическихъ соображеній воспаленія влагалища, поскольку они не гоноррейнаго происхожденія — о послѣднихъ рѣчь будетъ ниже — лучше всего объединять подъ общимъ понятіемъ *fluor albus* (бѣли), присвоеннымъ имъ на основаніи главнаго ихъ симптома — выдѣленій.

Этіологія. Чтобы обстоятельно ознакомиться съ богатствомъ и индивидуальнымъ разнообразіемъ бактерійной флоры влагалища, лучше всего поставить себѣ за правило производить по возможности во всѣхъ случаяхъ микроскопическое изслѣдованіе выдѣленій изъ влагалища на микробы (простое окрашиваніе метиленовой синькой). Но подобно тому, какъ микроорганизмы, находящіеся на поверхности нашихъ рукъ, совершенно безопасны для нихъ при условіи цѣлости эпителия, точно такъ же обстоитъ дѣло и со слизистою оболочкою влагалища, какъ и со слизистою оболочкою полости рта. *Основной причинойъ всѣхъ (также и гоноррейныхъ) катарровъ влагалища является механическое поврежденіе и раздраженіе, а также биологическое поврежденіе эпителиальныхъ клетокъ (пониженіе жизненной силы ихъ).*

а) Къ главнѣйшимъ механическимъ причинамъ относятся: ежедневныя спринцеванія (размягчающее дѣйствіе ихъ, заносъ микробовъ), эротическіе эксцессы, противозачаточныя средства (презервативы, закрывающіе пессаріи и т. п.), мастурбація (она-низмъ), неумѣлое изслѣдованіе пальцемъ (двумя пальцами, повторныя изслѣдованія, одно за другимъ), инородныя тѣла (тампоны, пессарій), пораненіе инструментами, ожоги и т. д.

б) Главнѣйшими причинами біологическихъ поврежденій являются: промыванія крѣпкими антисептическими растворами (карболовою кислотою, сулемою, лизолемъ и т. п.), всѣ болѣзни, ослабляющія нормальную сопротивляемость тканей (туберкулезъ, хлорозъ, инфантилизмъ и друг.).

Въ каждомъ данномъ случаѣ наличности выдѣлений изъ влагалища необходимо отыскать путемъ опроса одну изъ этихъ основныхъ причинъ. *Устраненіе этой основной причины является основнымъ условіемъ для успѣшности дальнѣйшаго леченія.*

Диагнозъ. Распознаваніе большею частью ставитъ уже сама больная. *Бѣлое, густое, похожее на сливки* отдѣляемое видно уже при ручномъ изслѣдованіи, еще лучше при изслѣдованіи зеркалами, и его легко отличить отъ тягучаго *стекловиднаго отдѣляемаго канала шейки.* При особенно сильныхъ или гоноррейныхъ катаррахъ влагалища оно по виду и на ощупь напоминаетъ терку: *colpitis granularis*; состояніе это обусловливается возвышеніями сосочковъ. У пожилыхъ женщинъ встрѣчается *colpitis vetularum adhaesiva* съ склонностью къ сморщиванію и сращенію стѣнокъ влагалища. Встрѣчающееся иногда у беременныхъ *colpitis emphysematosa* характеризуется типичными мелкими возвышеніями, величиною съ чечевицу и больше, похожими на маленькія бѣловатыя кисты. Въ этихъ случаяхъ эпителий приподнимается подъ вліяніемъ особыхъ палочекъ, развивающихъ газы. Во всѣхъ случаяхъ вагинита необходимо прежде всего исключить путемъ микроскопическаго изслѣдованія гоноррейное его происхожденіе.

Симптомы. Истеченіе. Ощущеніе ссадненія, — в послѣдствіи *vulvitis* (см. посл.). Иногда — источникъ тяжелыхъ нервныхъ симптомовъ.

Прогнозъ. Болѣзнь въ большинствѣ случаевъ упорна и часто рецидивируетъ, если ее не лечитъ совсѣмъ или же лечитъ неправильно.

Терапія. Какъ ни ясно, что прежде всего необходимо побороть корень зла — какъ это часто и дѣлается — однако, этому противодѣйствуютъ обыкновенно два важныхъ момента:

1) первичная инфекція подвергшейся выскабливанію или прижиганію шейки;

2) вторичныя инфекціи проникающими изъ влагалища микробами.

Перваго обстоятельства можно бы, пожалуй, избѣжать, предпосылая — что амбулаторно почти невозможно — каждому внутриматочному прижиганію тщательную дезинфекцію влагалища, какъ это дѣлается обычно при операціяхъ.

Устранить вліяніе второй причины невозможно. Ибо, какъ невозможно обеззаразить полость рта, такъ и невозможно привести въ такое стерильное, между прочимъ — неестественное — состояніе и слизистую оболочку влагалища. Можно, пожалуй, даже сказать, что чѣмъ энергичнѣе мы будемъ очищать влагалище передъ операціей въ полости матки, тѣмъ болѣе будутъ созданы благопріятныя условія для поселенія въ немъ микробовъ, вслѣдствіе неизбѣжныхъ при этомъ механическихъ инсультовъ и поврежденія біологическихъ свойствъ его тканевого аппарата.

Какъ же устранить оба эти момента, противодѣйствующіе нашимъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ? Во всякомъ случаѣ не *такъ*, какъ насъ учитъ опытъ нашей поликлинической дѣятельности — *посредствомъ промываній*; равнымъ образомъ и не леченіемъ тампонами. И здѣсь мы слѣдуемъ старымъ давно извѣстнымъ хирургическимъ приемамъ. Ни одинъ благоразумный врачъ не будетъ предписывать женщинамъ спринцеваніе во время менструацій или при острой гонорреѣ. Почему же? Потому что ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ не достигается обезпложиваніе и полное удаленіе зараженного микробами матеріала; наоборотъ, увеличивается опасность проникновенія микроорганизмовъ дальше вглубь. Между тѣмъ, при леченіи истеченій изъ влагалища спринцеванія стоятъ какъ то внѣ общаго закона.

Разсмотримъ простой случай бѣлей: при раздвиганіи дѣтородныхъ губъ видно, что изъ наружныхъ половыхъ частей больной вытекаетъ бѣловатое, густое, похожее на сливки и мало тягучее выдѣленіе. При обнаженіи влагалищной части матки зеркалами у наружнаго маточнаго зѣва замѣчается

стекловидная тягучая пробка изъ отдѣляемаго канала шейки. Предъ нами, слѣдовательно, типичный случай fluor albus, вызванный и поддерживаемый катарромъ шейки. Кромѣ того, больная сообщаетъ, что несмотря на многолѣтнее лечение дезинфицирующими и вяжущими средствами, она не излечилась отъ мучащей ее болѣзни. Она добросовѣстно дѣлала ежедневно спринцеванія утромъ и вечеромъ, въ самое послѣднее время прекраснымъ, какъ она утверждаетъ, средствомъ, — неочищеннымъ древеснымъ уксусомъ. Я предложу больной произвести такое спринцеваніе въ 1 литръ, и мы посмотримъ, что изъ этого выйдетъ. Если теперь снова осмотрѣть влагалище зеркалами, то можно констатировать, что, по крайней мѣрѣ, на видъ нижнія двѣ трети влагалища чисты. Въ заднемъ же влагалищномъ сводѣ, въ данномъ случаѣ также и въ правой сторонѣ передняго влагалищнаго свода ясно видны еще массы выдѣленій, которыя мы видѣли раньше. Такимъ образомъ, если мы скажемъ по правдѣ, эффектъ этихъ спринцеваній таковъ: 1) *занесеніе микроорганизмовъ въ верхнія части влагалища* и 2) что я считаю еще большимъ зломъ, *разрыхленіе, размягченіе и слущиваніе влагалищнаго эпителия*. Если бы больная употребляла еще вмѣсто слабо дѣйствующаго древеснаго уксуса сулему, то присоединилось бы вдобавокъ 3) *упомянутое выше ослабленіе біологическихъ свойствъ тканевого аппарата*. Какъ бы много микроорганизмовъ не удалялось путемъ такого рода промываній, всегда неизбѣжно новое распространеніе ихъ на почвѣ, ставшей подъ вліяніемъ леченія особенно воспріимчивой.

Во второмъ случаѣ дѣло идетъ о недавно вышедшей замужъ особѣ, которая долго лечилась у врача отъ бѣлей. Въ этомъ случаѣ были примѣняемы не спринцеванія, а дѣлались прижиганія 10% хлористымъ цинкомъ. При изслѣдованіи больной съ обѣихъ сторонъ явственно прощупываются большія выпотныя массы, которыя несомнѣнно появились только во время прижиганій. Если теперь взять платиновой петлей нѣсколько частицъ отъ подвергавшейся прижиганію слизистой канала маточной шейки и, окрасивъ метиленовой синькой, наскоро приготовить препаратъ, то подъ микроскопомъ видна та же флора микроорганизмовъ, что и во влагалищѣ, но только въ болѣе пышномъ ростѣ. Да это и естественно: мертвая прижженная ткань представляетъ, вѣдь, прекрасную питательную

среду для этихъ микробовъ. И этотъ случай не являетъ намъ ничего новаго, такъ какъ извѣстно, что послѣ прижиганій могутъ иногда появляться, несмотря на величайшую осторожность, выпоты.

Что же дало леченіе въ обоихъ этихъ случаяхъ, къ которымъ можно было бы прибавить еще огромное число аналогическихъ случаевъ: въ одномъ изъ нихъ не было ровно никакой пользы, въ другомъ былъ причиненъ прямой вредъ.

Приходится, слѣдовательно, искать другого, болѣе подходящаго для тканей данной области способа леченія. Подобно тому, какъ въ хирургіи влажный способъ леченія ранъ замѣненъ сухимъ, а ушные врачи при отитѣ съ прободеніемъ барабанной перепонки уже въ теченіе десятковъ лѣтъ примѣняютъ вмѣсто промываній вдуванія борной кислоты по *Penzold'y*, такъ и мы должны при леченіи катарровъ влагалища замѣнить не принесшую никакой пользы терапію орошенія *высушивающимъ способомъ*.

23 апрѣля 1907 года я впервые началъ систематически лечить порошками вмѣсто примѣнявшихся мною до этого времени промываній, при чемъ поступалъ такъ, какъ опишу сейчасъ. Въ то время какъ я еще собиралъ матеріалъ, независимо отъ меня въ 1909 г. въ *Münch. med. W.*, стр. 753 появилась чрезвычайно интересная и заслуживающая вниманія статья *Nassauer'a*, къ основной идеѣ и выводамъ которой я всецѣло присоединяюсь. Впослѣдствіи *Nassauer* многократно высказывался въ пользу высушивающаго метода леченія и вполне своевременно поддержать его въ борьбѣ дѣйствительнаго противъ недѣйствительнаго.

Но практика идетъ впереди теоріи, а потому я хочу сейчасъ же на первомъ нашемъ случаѣ показать, какъ я велъ, начиная съ 1907 года, леченіе при *fluor albus* у своихъ пациентовъ.

Прежде всего я устанавливаю влагалищную часть въ зеркалѣ изъ молочнаго стекла, возможно болѣе соотвѣтствующемъ размѣрамъ влагалища данной больной. Послѣ этого я беру пулевыми щипцами сухой комокъ ваты, ввожу его въ зеркало, осторожными движеніями тщательно очищаю влагалищную часть и, слегка вытянувъ наружу маточное зеркало, аналогичнымъ же образомъ вытираю свѣжимъ шарикомъ другой участокъ слизистой оболочки влагалища. Такъ я продол-

жаю до тѣхъ поръ, пока не будетъ очищено отъ выдѣленій, по крайней мѣрѣ, макроскопически, все влагалище, входъ во влагалище и наружныя половыя части. Эта предварительная механическая очистка должна производиться спокойно и осторожно; надо избѣгать сильнаго тренія, рѣзкихъ движеній при выдвиганіи зеркала, чтобы нарушеніе цѣлости эпителія было минимальнѣйшимъ.

Если послѣ такой очистки, эффектъ которой по сравненію съ демонстрированнымъ въ первомъ случаѣ промываніемъ вполнѣ очевиденъ, снова ввести зеркало, то можно замѣтить, что оно не скользитъ уже, какъ раньше, когда влагалище было покрыто скользкими выдѣленіями, а прилегая плотно къ сухимъ стѣнкамъ влагалища, постоянно задерживаясь, туго и медленно продвигается впередъ.

Установивъ снова влагалищную часть въ зеркалѣ, приступаютъ ко второму акту: высушиванію влагалища. Всыпаютъ въ зеркало около чайной ложки соотвѣтственнаго высушивающаго порошка: изоформа, *bolus alba* или 20% леницета, которые я въ теченіе трехъ лѣтъ исключительно примѣняю; берутъ обмотанный ватой зондъ *Playfair*'а и, подобно тому какъ мы раньше при выдвиганіи зеркала тщательно и систематически очищали слизистую оболочку влагалища отъ выдѣленій, такъ и теперь наносятъ зондомъ послѣдовательно участокъ за участкомъ довольно толстый слой порошка. Ни одно мѣсто не должно быть оставлено нерасправленнымъ, ни одно изъ нихъ не должно остаться неприсыпаннымъ.

Я могу продемонстрировать воздѣйствіе этого способа леченія на третьемъ, совсѣмъ почти однородномъ съ предыдущимъ случаемъ. Эта больная вчера въ первый разъ подверглась только что описанному способу леченія. Субъективно она сообщается, что истеченіе сразу прекратилось и что она давно уже не чувствовала себя такъ хорошо и такой „чистой“. Слѣдовало бы полагать, что объективныя данныя ни въ коемъ случаѣ не могутъ соотвѣтствовать этому субъективному ощущенію. И тѣмъ не менѣе наблюденія нашей больной совершенно правильны. Порошокъ леницета, нанесенный надлежащимъ образомъ на влагалищную часть и всю слизистую оболочку влагалища, впиталъ въ себя всѣ выдѣленія и, такимъ образомъ, предотвратилъ столь непріятное для женщинъ истеченіе выдѣленій и загрязненіе ими бѣлья. Такъ какъ лени-

цетъ (уксуснокислый глиноземъ) проявляетъ слабое дезинфицирующее дѣйствіе какъ въ щелочномъ, такъ и въ кислотномъ растворѣ, то къ механическому всасывающему свойству его присоединяется еще и другое, которое я не могу обойти молчаніемъ, а именно мѣстное, дезинфицирующее дѣйствіе. Последнее имѣетъ свою пріятную сторону: оно уничтожаетъ столь часто наблюдающійся у такихъ больныхъ дурной запахъ. Удалимъ теперь при помощи зеркала увлажнившіяся массы леницета и замѣнимъ ихъ свѣжимъ, сухимъ леницетомъ. Въ дальнѣйшемъ планъ леченія почти типично таковъ, что продѣлываютъ надъ больной эти процедуры на 1, 2, 4, 6, 8, 10, 14 и 18 дни. Почти въ 90% случаевъ удается достигнуть полного успѣха. Во время леченія больная, конечно, не должны дѣлать спринцеваній; ванну я разрѣшаю больнымъ принять непосредственно передъ началомъ леченія и только лишь на 8-й день леченія, дабы вода ванны не проникла въ просушенное влагалище.

Простые катарры шейки при такомъ леченіи излечиваются сами собой безъ прижиганій; при упорныхъ формахъ я на восьмой день леченія леницетомъ дѣлаю еще прижиганіе шейки іодомъ, или выскабливаніе, смотря по обстоятельствамъ.

Послѣ каждого внутриматочнаго леченія я обыкновенно продѣлываю еще 4-кратную манипуляцію съ леницетомъ.

Для дальнѣйшаго леченія, которое больная сама можетъ продѣлать, я рекомендую приборъ для вдуванія во влагалище порошка *antifluor*; видъ и устройство его понятны изъ рис. 58 и 59.

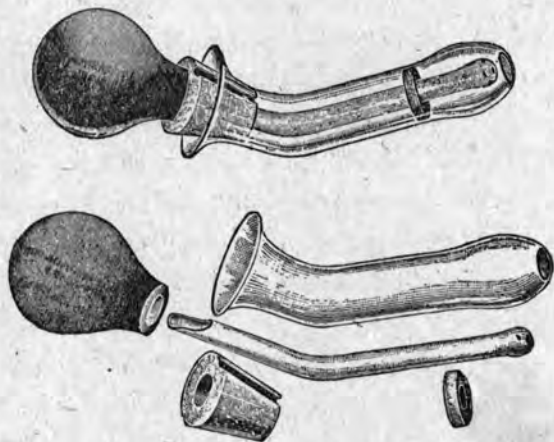


Рис. 58 и 59.—*Antifluor* по *Liepmann*'у.

3. Воспаленія матки.

Понятіе воспаленіе мы должны разсматривать здѣсь съ чисто патолого-анатомической точки зрѣнія, какъ мѣстное по-

вреждение ткани, вызванное различными вредными моментами, сопровождающееся образованием выпотовъ или гиперсекреціей и завершающееся либо регенераціей, либо разрастаніемъ тканей (гипертрофія).

Этіологія. Въ противоположность влагалищу, каналъ шейки и полость тѣла матки нормально не содержатъ бактерій. Имѣющаяся въ каналѣ шейки слизистая пробка въ качествѣ биологическаго барьера защищаетъ полость матки отъ вторженія въ нее бактерій изъ влагалища. Однако менструальная кровь, процессы родового акта и послѣродового періода прорываютъ этотъ биологическій барьеръ. Въ эти періоды женщины подвергаются особенной опасности въ случаѣ нахождения у нихъ во влагалищѣ вирулентныхъ бактерій. Если исключить вызванные особыми микроорганизмами, какъ-то: стрептококками и гонококками и др., формы воспаленія, то наиболѣе распространенныя воспаленія матки, сопровождающіяся истеченіемъ, обыкновенно не бактеріальнаго происхожденія.

При простомъ выскабливаніи (по французски *curettage*, а не *curettement*, по латыни *abrasio*), при послѣдующемъ бактеріологическомъ изслѣдованіи, находятъ бактеріи только въ очень рѣдкихъ случаяхъ; слѣдовательно, должны существовать какія-то другія причины, вызывающія главный симптомъ воспаленія матки — гиперсекрецію. *Hitschmann*'у и *Adler*'у принадлежитъ заслуга открытія, что разрастаніе слизистой оболочки матки и ея железъ, описывавшееся раньше подъ названіемъ *endometritis glandularis*, представляетъ собою физиологическій предменструальный процессъ, не имѣющій ничего общаго съ воспаленіемъ. Точно такъ же не имѣетъ ничего общаго съ воспаленіемъ и гиперплазія слизистой оболочки. Лишь одинъ признакъ указываетъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, и то не всегда безспорно, на наличность воспалительнаго процесса, а именно, появленіе плазматическихъ клѣтокъ; что же касается круглоклѣточной инфильтраціи, то она представляетъ физиологическій атрибутъ менструаціи.

Въ качествѣ этиологическихъ моментовъ играютъ роль: погрѣшности въ діететикѣ во время менструаціи, неправильно проведенный послѣродовой періодъ, мастурбація и эротическіе эксцессы, запоры, задержаніе мочи; короче говоря, всѣ моменты, вызывающіе кратковременный усиленный приливъ крови и вслѣдствіе этого раздраженіе тазовыхъ органовъ; инородныя

тѣла (напр., пессарій) или неестественныя частицы тканей, играющія роль инородныхъ тѣлъ, напр., послѣ неполнаго выкидыша, полипы и др.; расстройства въ области нервной системы; чрезмѣрная работа самой матки, въ видѣ повторныхъ, быстро слѣдовавшихъ другъ за другомъ родовъ; кормленіе грудью во время новой беременности; вліяніе раздраженій при выпаденіи матки (см. соотв. мѣсто); нецѣлесообразная одежда, давленіе корсета и другія вредности, какъ, напр., неправильныя положенія матки.

Диагнозъ. Насколько легко путемъ двуручнаго изслѣдованія опредѣлить хроническій метритъ, благодаря твердости и равномерному увеличенію матки, поскольку сильныя кровотеченія во время менструаціи (меноррагіи) въ соединеніи съ прочимъ анамнезомъ опредѣленно указываютъ на хроническое воспаленіе матки, настолько же трудно нерѣдко бываетъ правильно распознать острый метритъ, проявляющійся размягченіемъ органа вслѣдствіе отечнаго пропитыванія тканей. Въ одномъ случаѣ въ моей практикѣ только путемъ тщательнаго клиническаго наблюденія удалось поставить дифференціальныи диагнозъ между развившимся послѣ родовъ *metritis acuta*, беременностью и злокачественною опухолью. При изслѣдованіи зеркаломъ часто опредѣляется гипертрофія влагалищной части, и видны многочисленныя ретенціонныя кисты (*ovula Nabotii*). Отдѣляемое канала шейки вязкое. *Metroendometritis* часто *сопровождается эрозіей влагалищной части, выворотомъ ея* (*ectropion*) *и полипами*. Подъ эрозіей разумѣютъ изъязвленное мѣсто. Однако, большинство эрозій представляютъ не изъязвленія, а оказываются при микроскопическомъ изслѣдованіи разрастаніями цилиндрическаго эпителія (рис. 60 и 61) на влагалищной части, обычно покрытой плоскимъ эпителиемъ. Эта наиболѣе часто встрѣчающаяся форма называется *pseudoerosio simplex*. Клинически эрозія производитъ впечатлѣніе язвы, яркочернаго цвѣта, легко кровоточитъ; часто въ области ея просвѣчиваютъ небольшія *слизистыя кисты—ovula Nabotii*. Начинающему лучше всего при всякой эрозіи предположить начало карциномы. Вопросъ разрѣшится при микроскопическомъ изслѣдованіи. Можно иногда использовать химическую

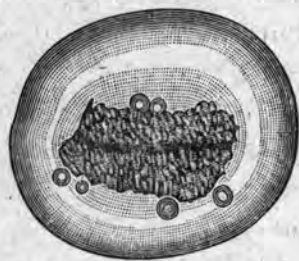


Рис. 60.—Эрозія.

реакцію: *pseudoerosio simplex* быстро заживает послѣ однократнаго смазыванія *acido nitrico fumante*, при помощи деревянной палочки; оно безболѣзненно, но должно быть произ-

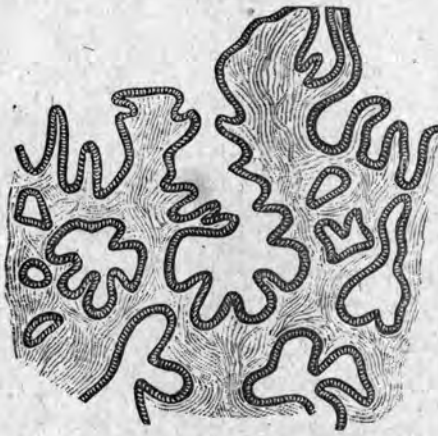


Рис. 61. — Микроскопическая картина эрозиі.

ведено осторожно (предохранить влагалище при помощи зеркала); начинающаяся карцинома отъ этого никогда не заживетъ. Наконецъ, можно предположить еще сифилитическую язву, но въ этомъ случаѣ въ настоящее время можно легко поставить точный діагнозъ путемъ обнаруженія спирохетъ, сывороточную реакцію. Четвертой возможностью является *ulcus tuberculosum*. Здѣсь діагнозъ выясняется путемъ исключенія. Карци-

нома, *ulcus syphiliticum* и *ulcus tuberculosum* въ противоположность *pseudoerosio simplex* поражаетъ вначалѣ только одну губу маточной шейки.

Если *pseudoerosio* можетъ быть разсматриваема какъ увеличеніе поверхности канала шейки, цилиндрической эпителий котораго распространяется путемъ разрастанія, то *ectropium* представляетъ уменьшеніе поверхности слизистой оболочки канала шейки матки въ томъ смыслѣ, что плоскій эпителий появляется на мѣстѣ цилиндрическаго. Обычно плотно сомкнутыя губы маточнаго зѣва послѣ разрыва шейки при родахъ выворачиваются, какъ губы у негровъ, и расходятся; лежащія теперь вслѣдствіе выворота обнаженными во влагалищѣ части шейки матки находятъ въ плоскомъ эпителии болѣе надежную защиту, чѣмъ въ нѣжномъ цилиндрическомъ эпителии: получается *ectropium*. Наилучшимъ способомъ леченія является въ этихъ случаяхъ пластическая операція, возстановливающая нормальныя отношенія путемъ освѣженія вывороченныхъ частей съ послѣдующимъ наложеніемъ шва: операція Emmet'a (рис. 62).

Полипы канала шейки матки легко образуются изъ складки слизистой оболочки, утолщенной подъ вліяніемъ воспалительныхъ измѣненій; какая-нибудь одна изъ складокъ начинаетъ сильнѣе выпячиваться и въ концѣ концовъ, въ силу собствен-

ной тяжести, вытягивается на подобие полипа. И въ такихъ случаяхъ надо произвести микроскопическое изслѣдованіе: не находится ли ткань въ состояніи раковаго перерожденія. Терапія: удаленіе, лучше всего при помощи раскаленной петли или при помощи лигатуры и ножа.

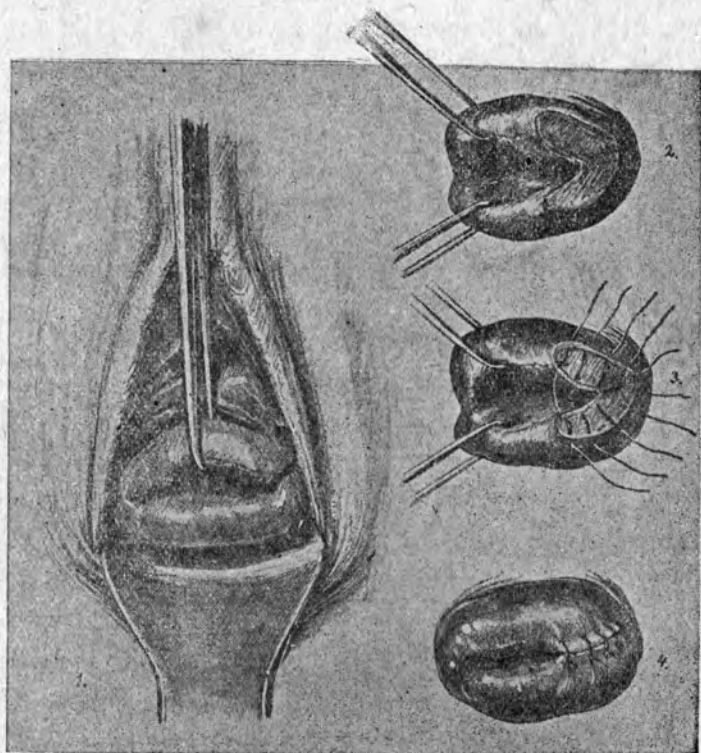


Рис. 62.—Операция Emmet'a.

Симптомы. На ряду съ неправильными кровотеченіями (*метроррагіями* или *меноррагіями*), тупое чувство *тяжести* въ нижней части живота (вслѣдствіе увеличенія объема матки), *боли въ крестцѣ* и т. п.

Прогнозъ. Предсказаніе въ общемъ *quoad dolores* благоприятное, *quoad restitutionem* при давнемъ заболѣваніи не безусловно надежное.

Терапія. Противъ кровотеченій: рентгенотерапія у женщинъ, возрастъ которыхъ (свыше 45 лѣтъ) допускаетъ физиологическую кастрацію (дѣйствіе рентгеновскихъ лучей). Въ другихъ случаяхъ *кровоостанавливающіе* препараты. Я часто применялъ весьма успѣшно: *secacornin*, *crystipticum*, *pituglandol*,

stypticin, *styptol* и др. Выскабливаніе часто, но не всегда даетъ хорошіе результаты. *Abrasio, curettage, выскабливаніе*:

Прежде чѣмъ произвести выскабливаніе, надо опредѣлить положеніе матки и произвести изслѣдованіе матки зондомъ. Опредѣленіе положенія и зондированіе необходимо для того, чтобы опредѣлить, нѣтъ ли рѣзкой антефлексіи или ретрофлексіи, такъ какъ въ случаѣ нераспознанія таковой возможно прободеніе матки. Затѣмъ надо захватить шейку матки пулевыми щипцами, низвести ее и произвести расширеніе канала шейки; при выскабливаніи безъ предварительнаго расширенія канала шейки легко можно вызвать haematometram.

При выскабливаніи надо держать кюретку легко и свободно, какъ зондъ. Сначала выскабливаютъ переднюю стѣнку, затѣмъ, повернувъ кисть руки, заднюю стѣнку и подъ конецъ трубные углы. Появленіе скрипящаго звука указываетъ на то, что кюретка дошла до мышечнаго слоя. Промываютъ полость матки, вводятъ въ нее марлевую полосу и тампонируютъ слегка влагалище.

Надо всегда помнить о томъ, что маточныя кровотеченія могутъ быть также только послѣдствіемъ заболѣванія яичниковъ, и въ такихъ случаяхъ, слѣдовательно, необдуманное выскабливаніе можетъ явиться совершенно бесполезной операціей. — Обь *atmokaussis, zestokaussis* и полномъ вырѣзываніи матки рѣчь можетъ быть только въ тѣхъ случаяхъ, когда рентгено-терапия не умѣстна и когда желательно сохранить функцію яичниковъ.

Противъ прочихъ болѣзненныхъ явленій рекомендуются: *вибраціонный массажъ*, гальваническая и фарадическая *электризація матки*, свѣтовыея и *грязевыя ванны*, сидячія со Стасфуртской солью, короче говоря, отвлекающее, уменьшающее притокъ крови къ маткѣ леченіе; цѣлесообразны также *настилки* на влагалищной части матки.

Въ начальномъ періодѣ metroendometritidis можно начать съ описаннаго выше высушивающаго способа леченія и въ большинствѣ случаевъ при помощи его удастся достигнуть хорошихъ результатовъ.

4. Воспаленіе околوماتочной клѣтчатки (параметритъ—parametritis).

Этіологія. Параметріемъ называется подбрюшинная, расположенная около матки соединительная ткань, направленіе которой и расположеніе совпадаютъ съ *fascia endopelvina* (lig. suspensorium автора) (рис. 63). Такимъ образомъ parametritis есть воспаленіе клѣтчатой ткани, расположенной внѣ матки

и внѣбрюшинно. Въ то время, какъ большинство метроэндо-метритовъ бываетъ вызвано не бактеріальными причинами (см. соотв. гл.), параметритъ представляетъ типичное, вызванное

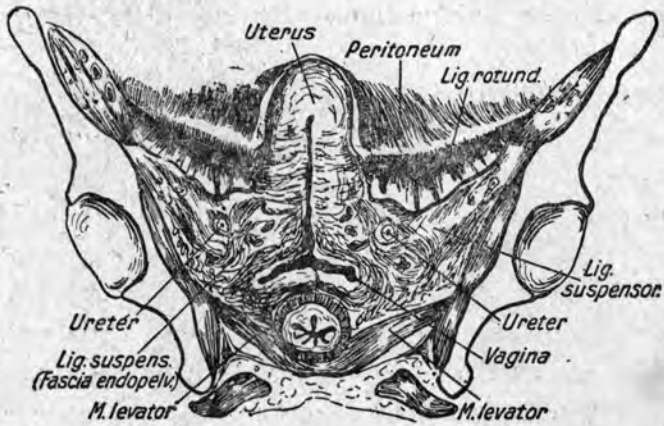


Рис. 63.—Parametrium (lig. suspensorium Liepmann'a).

бактеріями заболѣваніе. Безъ бактерій не развивается параметрита. Входными воротами являются въ большинствѣ случаевъ поврежденія стѣнки шейки матки подѣ влияніемъ родовъ (*parametritis puerperalis*) или при операціяхъ, произведенныхъ не по правиламъ искусства и не асептично (напр., при расширеніяхъ шейки матки на амбулаторномъ приѣмѣ)—*parametritis operativa*. Путиами распространенія для микроорганизмовъ являются въ этихъ случаяхъ лимфатическіе сосуды. Исходъ—либо нагноеніе, произвольное вскрытіе абсцесса или же распространеніе процесса по лимфатическимъ путямъ на брюшину со смертельнымъ исходомъ, либо *restitutio ad integrum*, или же рубцовое сморщиваніе.

Диагнозъ. Свѣжій параметритъ большею частью легко распознается при отсутствіи пораженія брюшины на основаніи показаній термометра и при помощи двуручнаго изслѣдованія. Гнойные выпоты вѣрнѣе всего опредѣляются при помощи прокола на мѣстѣ выпячиванія, образующагося большею частью въ сторону влагалища. Они наблюдаются значительно рѣже, чѣмъ ниже описываемые нарывы въ Дугласовомъ пространствѣ, расположенные внутрибрюшинно.

Въ первой стадіи воспаленія съ отложеніемъ выпота матка оттѣснена на здоровую сторону, въ позднѣйшей стадіи рубцово-ваго сморщиванія она перетянута на больную сторону; въ

обоихъ случаяхъ, слѣдовательно, характернымъ является ограничение подвижности и смѣщеніе матки. Очень часто бываютъ заняты Дугласовы складки — parametritis posterior. Въ этихъ случаяхъ влагалищная часть почти неподвижно укрѣплена къ крестцу. Нерѣдко въ дальнѣйшемъ развивается retropositio uteri fixata.

О дифференціальномъ діагнозѣ будетъ рѣчь при воспаленіяхъ яичниковъ и трубъ, внѣматочной беременности и аппендицитѣ.

Симптомы. Помимо лихорадки въ началѣ заболѣванія наблюдаются только обычныя почти у всѣхъ гинекологическихъ больныхъ боли и страданія, изъ-за которыхъ онѣ обращаются къ врачу и въ которыхъ нѣтъ ничего патогномонистичнаго.

Прогнозъ. Предсказаніе въ общемъ настолько благоприятно, что каждый акушеръ свободно вздыхаетъ, когда при лихорадкѣ въ послѣродовомъ періодѣ устанавливается діагнозъ параметрита. Излеченіе наступаетъ не скоро и не всегда достигается *restitutio ad integrum*, въ смыслѣ возстановленія положенія и подвижности матки. Боли почти всегда удаётся устранить.

Терапія. Въ первой стадіи строгое соблюденіе покоя въ постели, легкая діета, заботы о правильной дѣятельности кишечника, Приснитцевскіе компрессы, при сильныхъ боляхъ подкожно *пантупонъ*. Въ хронической стадіи, послѣ паденія температуры — тепло, лучше всего въ видѣ *световыхъ ваннъ*. Горячихъ спринцеваній, которыя часто оказываютъ хорошее дѣйствіе, надо все же по возможности избѣгать, вслѣдствіе наносимыхъ ими поврежденій слизистой оболочки влагалища. Грязевыя или разсольныя полуванны. Позже *вибраціонный массажъ*. Весьма популярны тампоны, пропитанные *тигеноломъ*, *тіопиноломъ* или *ихтіоломъ* (20% глицериновый растворъ этихъ средствъ). Въ частной практикѣ очень удобны, къ сожалѣнію, довольно дорогіе „Tompol'ы“ фирмы Hoffmann—La Roche.

5. Воспаленіе придатковъ (тубъ и яичниковъ).

Этіологія. Яичники и яйцеводы составляютъ одно цѣлое, на подобіе железы и выводного протока; имѣется, однако, важное анатомическое различіе, заключающееся въ томъ, что Фаллопиева труба, какъ до извѣстной степени обособленный выводной протокъ, свободно открывается въ брюшную полость

въ области infundibulum и только чрезъ посредство fimbria ovarica находится тамъ въ соединеніи съ яичникомъ. Въ виду наличности этого отверстія у infundibulum должно быть принято во вниманіе при нашемъ обзорѣ, что при воспаленіи этихъ органовъ вовлекается въ страданіе и третій компонентъ — брюшина. Поэтому при воспаленіи придатковъ намъ приходится считаться съ участіемъ Фаллопиевыхъ трубъ, яичниковъ и тазовой брюшины. Практически все это объединяется подъ общимъ названіемъ воспалительной опухоли придатковъ.

Болезнь всегда бываетъ вызвана микробами; пути, по которымъ послѣдніе достигаютъ придатковъ, таковы:

1. Per continuitatem: влагалище, затѣмъ шейка матки, дно матки, Фаллопиева труба, наконецъ, брюшина.

(Этотъ путь во всѣхъ его этапахъ удобнѣе всего прослѣдить при гоноррейной инфекціи).

2. Путь лимфатическихъ сосудовъ: изъ околоматочной клѣтчатки или чрезъ складки брюшины, соединяющія, хотя бы и непостоянно, справа—правую Фаллопиеву трубу съ червеобразнымъ отросткомъ (lig. appendiculo-ovaricum), слѣва—лѣвую трубу съ flexura sigmoidea (lig. infundibulo-colicum), — очень рѣдкій путь распространенія инфекціи. Доказательнѣе всего тѣ случаи, въ которыхъ послѣ исключенія всѣхъ прочихъ возбудителей инфекціи констатируется переселеніе *bact. coli* подъ вліяніемъ хроническихъ запоровъ.

3. Черезъ свободную брюшную полость. Въ этихъ случаяхъ бактеріи до извѣстной степени привлекаются мерцательнымъ движеніемъ бахромокъ яйцеводовъ и затѣмъ распространяются дальше. (Наблюдается при гнойномъ аппендицитѣ съ послѣдующимъ вторичнымъ сальпингитомъ на противоположной сторонѣ).

4. Черезъ токъ крови. Самый рѣдкій и съ большимъ трудомъ опредѣляемый, но несомнѣнно существующій путь зараженія.

Возбудителями инфекціи, по порядку частоты наблюденія, являются слѣдующіе микроорганизмы: гонококки приблизительно въ 80% случаевъ, далѣе стрептококки и стафилококки, также и въ видѣ смѣшанной инфекціи, туберкулезныя палочки, *bacter. coli*, лучистый грибокъ, тифозныя палочки, палочки инфлюэнцы, пневмоніи и др.

Различные виды воспаления.

1. При слабой вирулентности бактерий: *salpingitis catarrhalis acuta*, который въ большинствѣ случаевъ не удается наблюдать, такъ какъ онъ даетъ мало явленій. Исходъ: *restitutio ad integrum*.

При срастаніи бахромокъ происходитъ задержка катаррального отдѣляемаго: *hydrosalpinx* или *sactosalpinx serosa*. Въ этихъ, довольно рѣдкихъ, случаяхъ также возможно еще до нѣкоторой степени исцѣленіе путемъ опорожненія содержимаго трубъ въ полость матки (*hydrops tubae profluens*).

[Мѣшечатая опухоль трубы развивается также въ случаяхъ какого-либо механическаго закрытія брюшного конца яйцевода (опыты на животныхъ, перегибы подъ вліяніемъ опухолей и т. п.)].

При разрывѣ капиллярныхъ сосудовъ образуется *haematosalpinx*.

При простыхъ катарральныхъ формахъ яичникъ и брюшина обыкновенно остаются нормальными.

2. При высокой вирулентности бактерий: послѣ *salpingitis purulenta acuta* сравнительно быстро развивается *sactosalpinx purulenta* или *pyosalpinx* — опухоль, по формѣ напоминающая



Рис. 64 — Pyosalpinx (слѣва виденъ лѣвый яичникъ).

почтовый рогъ (см. рис. 64). Образование ея всегда сопровождается заболѣваніемъ яичника и брюшины. Наиболѣе частымъ механизмомъ инфекціи яичниковъ является поступленіе микробовъ въ переполненный кровью *corpus luteum* послѣ вскрытія Граафова фолликула. Образуется *абсцессъ corporis*

lutei. При пораженіи брюшины развивается *perisalpingitis* и *perioophoritis*, происходятъ сращенія съ прилежащими отдѣлами кишекъ, получается отграничивающій *pelveoperitonitis*. Вслѣд-

ствіе параллельности процессовъ образуются воспалительныя опухоли придатковъ, при которыхъ часто затруднительно бываетъ отграничить другъ отъ друга анатомически, и даже при препаровкѣ, отдѣльныя составныя части опухоли.

Нерѣдко образуется сообщеніе между *трубными и яичниковыми абсцессами (оваріальный абсцессъ)* или же между *hydrosalpinx* (рис. 65) и *оваріальной кистой*, получается *тубооваріальная киста*.

Распознаваніе. Диагнозъ долженъ быть поставленъ на основаніи осторожнаго, двуручнаго изслѣдованія, при сильной бо-
лѣзненности—подъ нар-
козомъ. Необходимо, по
возможности, всѣми мѣ-
рами выяснить первич-
ную причину. Распозна-
ваніе воспалительной опу-
холи придатковъ еще ни-
чего не говоритъ. Гонор-
рейное происхожденіе мо-
жетъ быть признано толь-
ко въ случаѣ находенія
гонококковъ. Область *чер-
веобразнаго отростка* все-
гда должна быть подверг-
нута тщательному осмотру, пальпации и перкуссии.

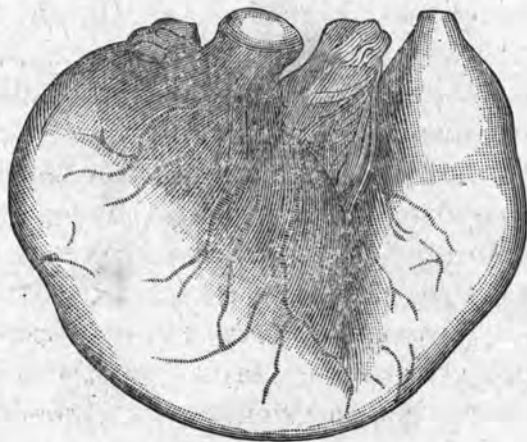


Рис. 65. — Hydrosalpinx (sactosalpinx serosa).

Дифференціальный діагнозъ: помимо аппендицита прихо-
дится исключать еще:

- 1) внѣматочную беременность,
- 2) параметритъ,
- 3) карциному яичника, опухоли яичника вообще и опу-
холи Фаллопиевой трубы иного происхожденія.

Внѣматочная беременность чаще бываетъ съ одной сто-
роны, воспалительная опухоль придатковъ обыкновенно дву-
сторонняя. Но и это бываетъ не во всѣхъ случаяхъ; такъ,
напр., послѣ sigmoiditis наблюдается односторонняя воспали-
тельная опухоль придатковъ слѣва. Опухоль при внѣматочной
беременности мягче и болѣе подвижна. Анамнезъ (отсутствіе
менструацій и т. п.) указываетъ на беременность. Подр. см.
въ главѣ: внѣматочная беременность.

Parametritis, часто сочетающийся съ воспалительною опухолью придатковъ, въ силу анатомическихъ отношеній лежитъ ниже и ближе къ влагалищной части матки, въ видѣ разлитой опухоли по сосѣдству съ шейкою матки. Если параметритъ рѣзко выраженъ, то, пока не разсосется экссудатъ, невозможно прощупать опухолей яичниковъ и трубъ. Нерѣдко взаимныя отношенія легче выяснитъ путемъ изслѣдованія *per rectum*.

Опухоли яичниковъ (см. соотв. главу) большею частью болѣе подвижны; всѣ, за исключеніемъ рака, односторонни, шаровидной формы; воспалительное происхожденіе ихъ должно быть исключено. Большія затрудненія для распознаванія можетъ представлять у пожилыхъ женщинъ ракъ яичника, ибо пораженіе бываетъ также двустороннимъ, и опухоли нерѣдко малоподвижны. Въ такихъ случаяхъ вопросъ можетъ быть разрѣшенъ только путемъ самаго тщательнаго изслѣдованія всего организма (напр., первичный ракъ желудка). Діагноза — опухоль яичника, какъ значительно болѣе рѣдкое заболѣваніе, — лучше сразу не ставить.

Симптомы. Катарральная форма воспаленія Фаллопиевыхъ трубъ почти не даетъ симптомовъ и можетъ быть распознана только при двуручномъ изслѣдованіи. Нерѣдко женщинъ приводитъ къ врачу только безплодіе.

Гнойная форма, наоборотъ, сопровождается какъ въ начальной стадіи, такъ и въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи сильными болями въ тазу. Лихорадка, метеоризмъ, раздраженіе брюшины, распознаваемое по рвотѣ и сильной чувствительности нижней части живота. Боли при половыхъ сношеніяхъ. Впослѣдствіи вспышка старыхъ явленій при каждомъ физическомъ, особенно спортивномъ напряженіи, а также и при затрудненіяхъ въ актѣ дефекаціи.

Прогнозъ. Благоприятенъ только при катарральныхъ формахъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ можно заранѣе предсказать затяжное, мучительное заболѣваніе. При дѣлесообразномъ режимѣ и леченіи опухоль придатковъ всегда проходитъ; но зато столь же постоянно наблюдается и продолжительное безплодіе. Въ виду тонкости строенія трубъ невозможна полная *restitutio ad integrum*.

Леченіе. 1. *Въ острой стадіи:* пребываніе въ постели, *save coitum!* Для опорожненія кишечника — касторовое масло. Пу-

зырь со льдомъ. Противъ болей морфій или, лучше, пантопонъ въ свѣчкахъ или подкожно. Легкая діета.

2. *Хроническая стадія.* Черезъ 8 дней послѣ прекращенія лихорадки и по прекращеніи болей — разсасывающее лечение: Приснитцевскія обертыванія, спиртовые компрессы, паровыя ванны, послѣднія только для таза. Горячія разсолныя полуванны. Проводимое врачомъ лечение тампонами. Тампоны пропитываются глицериномъ, ихтіоль-глицериномъ, тигеноломъ, тіопиноломъ, іодомъ и т. д. Позже хорошо дѣйствуетъ лечение тяжестью: введеніе во влагалище наполненнаго ртутью колпейринтера и мѣшки съ пескомъ на животъ. Если по истеченіи 3—4 недѣль при вставаніи съ постели не наступаетъ ухудшенія, то больная можетъ оставлять постель на нѣсколько часовъ въ теченіе дня. Мѣсяца черезъ 3 назначаются ванны, лучше всего грязевыя и разсолныя въ Франценсбадѣ, Мариенбадѣ, Польшинѣ и др. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ является необходимою операція, полная экстирпація. Въ застарѣлыхъ случаяхъ нерѣдко даетъ благоприятные результаты осторожное примѣненіе вибраціоннаго массажа; въ болѣе свѣжихъ случаяхъ онъ абсолютно противопоказанъ.

6. Гоноррея женскихъ половыхъ органовъ.

Этіологія. При огромной распространенности этой столь опасной для женщинъ, особенно въ отношеніи дѣторожденія, болѣзни (согласно нѣкоторымъ статистическимъ даннымъ можно допустить, что 25% женщинъ перенесли гоноррейную инфекцію), знакомство съ нею врачей пріобрѣтаетъ особенную важность.

Многіе изъ ея симптомовъ вполне совпадаютъ съ симптомами при другихъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ, съ которыми мы только что познакомились. О гонорреѣ можно говорить только въ случаѣ обнаруженія гонококковъ (рис. 66), въ противномъ случаѣ можно лишь заподозрить гоноррею. Возбудитель гонорреи былъ открытъ *Neisser*'омъ; сначала удавалось выращивать его только на кровяной сывороткѣ, а затѣмъ *Bumm* съ успѣхомъ пересѣялъ его и на другія среды. Гонококкъ обладаетъ способ-



Рис. 66.—Гонококкъ *Neisser*'а.

обладаетъ способ-

ностью поселяться на здоровых слизистых оболочках, но бесспорно отдает предпочтение оболочкам с нѣжнымъ эпителиемъ, какъ слизистая мочеиспускательнаго канала, эндометрій, слизистая трубъ и т. п. (ср. рис. 67); на плоскомъ же эпителии влагалища онъ размножается относительно слабѣ; исключеніе составляетъ только плоскій эпителий наружныхъ половыхъ частей и влагалища у дѣтей, на которомъ онъ находитъ благоприятныя условия для своего роста.

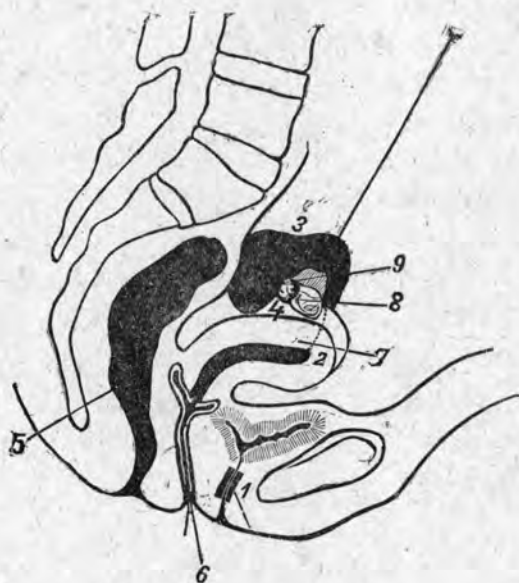


Рис. 67. — Путь гонококковъ.

1. Первая стадія (Urethritis gonorrhoeica). 2. Вторая стадія: Endometritis. 3. Pyosalpinx. 4. Абсцессъ corporis lutei. 5. Rectum. 6. Vagina. 7. Uterus. 8. Ovarium. 9. Tuba.

Соотвѣтственно этому гоноррея въ острой стадіи поражаетъ у взрослыхъ большею частью мочеиспускательный каналъ, у дѣтей — наружныя половыя части, мочеиспускательный каналъ и влагалище. Такимъ образомъ у взрослой женщины влагалище является до известной степени преградой, способной защищать верхніе отдѣлы полового канала отъ вторженія гоноррейной инфекции. Какъ только преграда преодолѣна, развивается гоноррея верхнихъ половыхъ путей — восходящая гоноррея.

Распространенію гонококковъ вверхъ благоприятствуютъ:

1) пальцевое изслѣдованіе при острой гонорреѣ (введенный во влагалище палецъ переноситъ бактерии на влагалищную часть и втираетъ ихъ, особенно при двуручномъ изслѣдованіи, въ каналъ шейки матки). Острая гоноррея должна быть *poli me tangere* для какого бы то ни было внутренняго изслѣдованія;

2) инструментальное изслѣдованіе (зеркалами, зондомъ и т. п.) или промыванія при помощи шприцовъ или изъ ирригатора, по причинамъ, изложеннымъ въ п. 1.

3) половыя сношенія;

4) менструація, при чьмъ стекающая кровь представляеть прекрасный путь для роста гонококковъ;

5) послѣродовой періодъ — по причинамъ, изложеннымъ въ п. 4.

Нижеслѣдующій обзоръ знакомить насъ съ областью распространенія гоноррейной инфекціи:

Первая стадія.

1. Urethritis gonorrhoeica (парауретральные абсцессы).
2. Vulvitis gonorrhoeica *) преимущественно у дѣтей.
3. Vaginitis gonorrhoeica почти исключительно у дѣтей.

Вторая стадія. Восходящая гоноррея.

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 4. Endometritis gonorrhoeica (Erosio gonorrhoeica). | } Распространение per continuitatem. |
| 5. Salpingitis gonorrhoeica. (Pyosalpinx). | |
| 6. Oophoritis gonorrhoeica. (Абсцессъ corporis lutei). | |
| 7. Perisalpingitis и perioophoritis gonorrhoeica. | |
| 8. Pelveoperitonitis gonorrhoeica. | |
| 9. Arthritis gonorrhoeica. | } Распространение черезъ токъ крови. |
| 10. Endocarditis gonorrhoeica. | |
| 11. Conjunctivitis gonorrhoeica (офтальмобленноррея) | } Распространение путемъ переноса. |

Симптомы. Послѣдніе, конечно, различны, смотря по стадіи и локализациі инфекціи. Съ одной стороны arthritis gonorrhoeica представляеть собою одно изъ самыхъ болѣзненныхъ страданій, а острая восходящая гоноррея часто сопровождается очень тяжелыми симптомами, совсѣмъ напоминающими воспаление слѣпой кишки; съ другой стороны, иногда въ начальной стадіи единственнымъ болѣе или менѣе существеннымъ симптомомъ гонорреи являются только бѣли; въ послѣднемъ случаѣ болѣзнь можетъ быть распознана лишь при помощи микроскопа.

Диагнозъ. На ряду съ описанными уже при прочихъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ діагностическими признаками

*) Часто развитіе острыхъ кондиломъ.

рѣшающее значеніе имѣеть только микроскопъ. Легче всего найти гонококковъ, если взять немного отдѣляемаго изъ мочеиспускательнаго канала при помощи прокаленной (и, само собою разумѣется, остывшей) платиновой петли: бисквитообразные кокки, лежащія внутриклеточно, и не окрашивающіеся по *Грону*.

Прогнозъ. Какъ становится уже яснымъ изъ сказаннаго подъ рубрикой этиологія, прогнозъ всегда сомнителенъ. Если процессъ распространился уже на трубы, то нѣтъ надежды на *restitutio ad integrum*; продолжительное, полное страданіе, заболѣваніе и послѣдующее бесплодіе являются почти неизбѣжнымъ слѣдствіемъ.

Терапія. Необходимо помнить, что примѣненіе цѣлесообразнаго леченія въ самомъ началѣ заболѣванія въ большинствѣ случаевъ имѣеть рѣшающее значеніе для всего хода болѣзни. Основной принципъ — задержать инфекцію въ предѣлахъ первоначальнаго очага, всячески препятствовать дальнѣйшему ея распространенію какими бы то ни было путями и, наконецъ, стерилизовать и самый очагъ. Въ случаяхъ установленной микроскопомъ гонорреи отнюдь не слѣдуетъ производить изслѣдованіе черезъ влагалище, а равнымъ образомъ не слѣдуетъ примѣнять внутривлагалищныхъ леченій. При подозрѣніи на гоноррею надо прежде всего изслѣдовать отдѣляемое мочеиспускательнаго канала на гонококки. Если *нѣтъ болѣе* при мочеиспусканіи, можно начать леченіе, пользуясь видоизмѣненнымъ по *Fritsch*'у уретральнымъ *наконечникомъ* (рис. 68), (онъ сдѣланъ изъ стекла, слегка изогнуть и легко насаживается на любой обыкновенный *Правацевскій шприцъ*).



Рис. 68. — Наконечникъ для мочеиспускательнаго канала, насаженный на *Правацевскій шприцъ*.

шприца, наполненнаго 2 — 10% растворомъ *argenti nitrici*, до *sphincter urethrae internus* (отхожденіе мочи показываетъ, что наконечникъ проникъ въ мочевой пузырь) и, нажимая на поршень шприца, осторожно по каплямъ опорожняють шприцъ. Процедуру повторяють 3 раза въ недѣлю, въ рѣдкихъ слу-

чаяхъ ежедневно; еженедѣльно производить микроскопическое изслѣдованіе, чтобы судить о достигнутыхъ результатахъ. При наличности болей при мочеиспусканіи слѣдуетъ воздержаться отъ мѣстнаго леченія и назначаютъ внутреннія средства: гоносанъ, копайскій бальзамъ или салоль, гелъмитоль, уротропинъ или настои, изъ: липоваго цвѣта, *foliogum uvae ursi*. Противъ болей назначаютъ сверхъ того свѣчки съ пантопономъ, морфіемъ, белладонной и др. Для предотвращенія вульвита очень хорошо дѣлать нѣсколько разъ въ день обмыванія надъ биде отваромъ ромашки, а при обиліи гонококковъ—сулемой 1/1000 съ послѣдующею присыпкою леницетомъ, который наносится толстымъ слоємъ и удерживается менструаціонной повязкой. Въ острой стадіи по мѣрѣ возможности больной предписываютъ пребываніе въ постели. У больныхъ, которыя не могутъ оставить своихъ занятій, нерѣдко удается устроить влагалищную преграду противъ дальнѣйшаго распространенія инфекціи тѣмъ, что въ нижнюю треть влагалища вводятъ маточное зеркало и покрываютъ стѣнки влагалища толстымъ слоємъ леницета. Половые сношенія воспрещены!

Отъ леченія гоноррейнаго эндометрита лучше всего совершенно отказаться и только слѣдуетъ воспрепятствовать восхожденію инфекціи, удерживая больную въ постели.

Свѣжіе сальпингиты и оофориты лечатся по принципу леченія свѣжаго перитонита: пребываніе въ постели, пузырь со льдомъ, свѣчки съ пантопономъ и т. п. Slѣдуетъ также испробовать предложенную въ послѣднее время вакцино-терапію. По истеченіи приблизительно 14 дней послѣ прекращенія всѣхъ острыхъ воспалительныхъ явленій (лихорадки, болей) приступаютъ къ леченію разсасывающими средствами: горячіе компрессы, горячія спринцеванія (послѣднія только тогда, когда уже не обнаруживается больше гонококковъ въ мочеиспускательномъ каналѣ), паровыя, свѣтovyя ванны, горячія (38°С) сидячія ванны со Стассфуртскою солью (6 ф. на ванну), продолжительностью въ 15 минутъ, съ послѣдующими прохладными обливаніями таза; впослѣдствіи грязевыя ванны раза три въ недѣлю. Къ леченію тампонами можно приступить только послѣ того, какъ въ мочеиспускательномъ каналѣ не находятъ уже болѣе гонококковъ. Тампоны пропитываютъ ихтіоломъ, тіопиноломъ, тигеноль—глицериномъ; вводятъ ихъ на 12—24 ч.

Vulvovaginitis у маленькихъ дѣтей требуетъ особенно осторожнаго леченія. Обильныя общія обмыванія; изоляція отъ здоровыхъ дѣтей; обмывать нѣсколько разъ въ день наружныя половыя части, а затѣмъ обильно присыпать ихъ леницетомъ. Повязка на половыя части во избѣжаніе зараженія глазъ. По минованіи острыхъ воспалительныхъ явленій осторожное смазываніе 0,5% растворомъ *argenti nitrici* при помощи зонда Playfair'a.

7. Туберкулезъ женскихъ половыхъ органовъ.

Этіологія. Подобно тому, какъ гоноррея распознается только на основаніи находженія гонококковъ, точно такъ же ставится распознаваніе и туберкулеза половыхъ органовъ на основаніи находженія туберкулезныхъ палочекъ (*Robert'a Koch'a*). Въ сравненіи съ широкимъ распространеніемъ гонорреи туберкулезъ женскихъ половыхъ органовъ играетъ относительно незначительную роль. Постановка діагноза (см. ниже) всегда сопряжена съ большими трудностями и возможна въ большинствѣ случаевъ только на основаніи изслѣдованія пробнаго кусочка или же соскоба тканей. Хотя по даннымъ статистики тѣс половыхъ органовъ составляетъ по частотѣ 1—3%, тѣмъ не менѣе заболѣваніе это, по всѣмъ вѣроятіямъ, встрѣчается въ дѣйствительности рѣже, такъ какъ статистика эта составлена на основаніи вскрытій, произведенныхъ въ большихъ общественныхъ клиникахъ, и, стало быть, матеріаломъ для нея послужила только бѣднѣйшая часть населенія.

Въ то время какъ гоноррея бываетъ только восходящею, туберкулезъ развивается въ большинствѣ случаевъ нисходящимъ образомъ, напр., вторичный туберкулезъ яйцеводовъ и матки при первичномъ туберкулезѣ брюшины. Восходящая форма, исходнымъ пунктомъ которой является влагалище, встрѣчается безусловно очень рѣдко, равнымъ образомъ эксперименты на животныхъ (*Jung, Vennecke* и др.) не позволяютъ ее совершенно отрицать. Важную роль въ распространеніи тѣс играютъ складки брюшины съ ихъ лимфатическими сосудами: справа *lig. appendiculoovaricum*, слѣва *lig. infundibulocolicum* (*Liermann*).

Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ трубы и матка заболѣваютъ одновременно.

Діагнозъ. Очень важны имѣющіяся въ анамнезѣ указанія. *Hofmeier* считаетъ характернымъ, что мѣшечкатыя опухоли трубъ туберкулезнаго происхожденія могутъ въ теченіе многихъ лѣтъ почти не причинять страданій и не подвергаться дальнѣйшимъ измѣненіямъ. Это обстоятельство очень важно для отличія ихъ отъ гоноррейнаго *pyosalpinx*. Само собою разумѣется, что необходимо общее изслѣдованіе всего организма. По *Hegar*'у въ Дугласовомъ пространствѣ и на придаткахъ прощупываются характерные узелки. При туберкулезномъ эндометритѣ микроскопическое изслѣдованіе (гигантскія и эпителиодныя клѣтки) часто вѣрнѣе ведетъ къ распознаванію, чѣмъ введенная *Birnbaum*'омъ въ гинекологію туберкулиновая реакція.

Прогнозъ. Весьма сомнителенъ.

Симптомы. Бесплодіе. Большею частью легкія боли.

Терапія. Лечение въ санаторіи. Укрѣпляющая діета. Лечение туберкулиномъ. У пожилыхъ женщинъ въ случаѣ надобности радикальная операція.

8. Сифилисъ женскихъ половыхъ органовъ.

Этіологія. Со времени открытія *Schaudin*'омъ *spirochetæ pallidæ* этиологія сифилиса стала на твердую почву.

Діагнозъ. Не представляетъ затрудненій при наличности первичнаго очага. Множественность сифилитическихъ язвъ на наружныхъ половыхъ частяхъ у женщины представляетъ явленіе нерѣдкое, и не можетъ служить доказательствомъ того, что имѣется дѣло съ *ulcus molle*. Нарушаютъ слегка цѣлость язвы платиновой иглой, и выступающую при этомъ сыворотку изслѣдуютъ на спирохеты — самый скорый и простой практической способъ: это способъ съ тушью по *Barri* или способъ освѣщенія темнаго поля. Такъ же поступаютъ при первичныхъ пораженіяхъ на влагалищной части матки. Распознаваніе можетъ представлять затрудненія въ случаѣ развитія не первичнаго пораженія, а индуративнаго отека. Въ такихъ случаяхъ доказательна наличность безболѣзненныхъ бубоновъ. Реакція *Wassermann*'а и вторичныя явленія въ позднѣйшихъ стадіяхъ окончательно выясняютъ діагнозъ.

Терапія. Если локалізація первичнаго очага такова, что его легко можно экстирпировать, то самое рациональное произвести

экстирпацию его и вмѣстѣ съ тѣмъ примѣнить ртутныя втиранія или леченіе сальварсаномъ; одновременное примѣненіе того и другого леченія по *Wechselmann*'у опасно, такъ какъ всѣ смертные случаи при леченіи сальварсаномъ представляли именно случаи такой комбинаціи.

Въ остальномъ сошлемся на руководства по кожнымъ и венерическимъ болѣзнямъ.

Глава IV.

Разстройство менструальной функціи и безплодіе.

Физиологія. Безъ овуляціи нѣтъ менструаціи. У зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины, начиная съ 12-14 лѣтъ, въ зависимости отъ классовыхъ и расовыхъ отличій, появляется съ промежутками въ 28 дней кровянистое, не образующее сгустковъ истеченіе изъ матки. Количество выдѣленной крови составляетъ около 50 к. стм. Раздраженіе, вызывающее такую періодическую гиперэмію слизистой оболочки матки и въ дальнѣйшемъ истеченіе крови, которая прокладываетъ себѣ путь чрезъ полость матки, исходитъ отъ яичниковъ, по *Fränkel*'ю отъ corpus luteum—железистаго образованія, развивающагося изъ Граафова фолликула. Въ видѣ внутренней секреціи это раздраженіе, очевидно, передается черезъ токъ крови.

Если не бываетъ менструаціи безъ овуляціи, то все же бываетъ овуляція безъ менструаціи, напр., кормящія грудью, не менструирующія женщины, могутъ забеременѣть; извѣстны также случаи наступленія беременности при аменорреѣ иного происхожденія.

Подраздѣленіе. Разстройства менструальной функціи можно подраздѣлить на слѣдующія группы:

1. *Аменоррея.*

- a) Псевдоаменоррея при зараженіяхъ половыхъ органовъ.
- b) Истинная аменоррея:

1. физиологическая аменоррея при беременности, у кормящихъ грудью женщинъ, въ климактеріи;

2. въ зависимости отъ заболѣваній половой сферы;

3. въ зависимости отъ причинъ, лежащихъ внѣ половыхъ органовъ (инфекціонныя болѣзни, аномаліи обмѣна веществъ, невроты и психозы).

II. *Меноррагія*. Усиленныя кровотеченія типа менструацій (антепонирующаго, рѣже постпонирующаго типа) въ противоположность метроррагіямъ, происходящимъ независимо отъ менструацій:

1. въ зависимости отъ половой сферы,
2. въ зависимости отъ внѣполовыхъ причинъ.

III. *Метроррагія*.

IV. *Дизменоррея*.

Аменоррея

представляетъ фізіологическое явленіе у дѣтей, во время беременности, во время кормленія грудью и послѣ наступленія климактерія (menopausa). Кровотеченія въ эти періоды жизни являются патологическими и требуютъ особенно внимательнаго отношенія.

Аменоррея имѣетъ мѣсто, когда вся или часть выводящихъ путей женскихъ половыхъ органовъ замкнуты. Въ такихъ случаяхъ кровь задерживается позади замкнутыхъ отдѣловъ: Haematokolpos, Haematometra, Haematosalpinx.

Диагнозъ: сильныя боли ко времени не появляющейся менструаціи; внимательный осмотръ и двуручное изслѣдованіе (въ данномъ случаѣ per rectum) даютъ возможность легко поставить распознаваніе.

Терапія: устраненіе заращенія оперативнымъ путемъ.

Половыя причины аменорреи. Различаютъ яичниковую и маточную аменоррею. Типичнымъ образцомъ яичниковой аменорреи являются случаи двусторонней оперативной или рентгеновской кастраціи; примѣромъ маточной аменорреи — полное вырѣзываніе матки. Въ другихъ случаяхъ играютъ роль различнаго рода пороки развитія (отсутствіе всѣхъ половыхъ органовъ или части ихъ), чаще всего инфантилизмъ. Послѣдствіемъ этихъ состояній являются постоянныя или же временныя аменорреи; запоздалому появленію менструацій будетъ соотвѣтствовать и преждевременное прекращеніе ихъ (climacterium praesox). Часто при условіи, что въ общемъ имѣется налицо менструація, наблюдается типичное скудное выдѣленіе кровей (oligomenorrhoea). Сравнительно нерѣдко фізіологиче-

ское обратное развитіе матки въ зависимости отъ лактаціи заканчивается полной атрофіей органа и, вмѣстѣ съ тѣмъ, слишкомъ продолжительною аменорреею.

Внѣполовыя причины. Тяжелыя заболѣванія, какъ тифъ, малярія, туберкулезъ и др.; тяжелыя отравленія алкоголемъ, свинцомъ, никотиномъ, фосфоромъ и др., вредно отражающіяся на всемъ организмѣ, естественно оказываютъ вліяніе и на овуляцію, а послѣдовательно и на менструацію. Точно такъ же, конечно, оказывать вліяніе должны и рѣзкія аномаліи обмѣна веществъ: диабетъ, нефритъ, злокачественное малокровіе, раковая кахексія и др. Тяжелый хлорозъ чаще ведетъ къ меноррагіи, чѣмъ къ аменорреѣ. Чрезмѣрная тучность въ большинствѣ случаевъ вызываетъ олигоменорреею, но можетъ также вызывать аменорреею. Извѣстно, что психическіе аффекты: испугъ, страхъ, тяжелыя душевныя потрясенія, перемѣна образа жизни (прислуга, приходящая изъ деревни въ городъ; внезапная перемѣна мѣстожителства, особенно переселеніе въ страну съ другимъ климатомъ и другими обычаями) и тяжелые психозы вызываютъ прекращеніе менструацій.

Диагнозъ. Основной принципъ: діагнозъ аменорреи можетъ быть поставленъ только послѣ безспорнаго исключенія беременности.

Прогнозъ. Неблагоприятенъ при всѣхъ тяжелыхъ аномаліяхъ развитія.

Терапія. Общее леченіе. При инфантилизмѣ спортъ (верховая ѣзда), пребываніе въ деревнѣ. При хлорозѣ: леченіе железомъ и мышьякомъ, минеральныя воды Levico, Pyrmont и др., всѣ средства, способствующія усиленному притоку крови къ тазовымъ органамъ, какъ то паровыя, сидячія, разсолыныя, грязевыя, свѣтовыя ванны нижней половины тѣла. Внутриполостная гальванизація матки. Вибраціонный массажъ. Специфическое лекарственное леченіе (оофоринъ, lutein, johimbin).

Меноррагія.

1. *Внѣполовыя причины.* Въ этихъ случаяхъ причина можетъ крыться также либо въ половыхъ органахъ, либо внѣ ихъ, въ общемъ заболѣваніи организма. Начнемъ съ послѣднихъ. Чрезмѣрныя менструальныя кровотеченія наблюдаются,

во-первыхъ, при болѣзняхъ самой кровеносной системы, какъ анемія и хлорозъ, во-вторыхъ, при болѣзняхъ, которыя и безъ того сопровождаются застоями крови: болѣзни сердца и легкихъ, циррозъ печени, рѣдко, впрочемъ, наблюдающійся у женщинъ, хроническіе запоры, всѣ болѣзни нервного происхожденія, какъ истерія, неврастенія, особенно если онѣ сочетаются съ эротическими инсультами (привычкой къ мастурбации и т. п.). Являясь первичной причиной, заболѣванія эти, а число ихъ могло бы быть увеличено цѣлымъ рядомъ другихъ—, ведутъ впослѣдствіи къ вторичнымъ измѣненіямъ міометрія и эндометрія, и, такимъ образомъ, создается какъ бы *circulus vitiosus*.

2. Половыя причины.

а) Astenia uteri. Для того, чтобы истечение крови скоро остановилось и во всякомъ случаѣ не выходило за предѣлы нормальнаго, необходимо, чтобы способность матки къ сокращенію и возможность ея сократиться не были нарушены. Ослабленная мускулатура матки никогда не бываетъ въ состояніи выполнить подобную работу. Такая слабость маточной мышцы встрѣчается въ видѣ врожденнаго состоянія при инфантилизмѣ, когда раздраженіе со стороны яичниковъ нормально, мышечный же аппаратъ слабо развитъ; въ періодѣ наступленія половой зрѣлости, когда органъ только что начинаетъ функционировать, но не успѣлъ еще достигнуть достаточнаго для этого развитія; послѣ повторныхъ быстро другъ за другомъ слѣдующихъ родовъ и при плохомъ состояніи питанія (астенія матки у пролетаріевъ); при ненормальной фиксаціи матки, какъ, напр., при *retroflexio fixata*, при *pelveoperitonitis* и т. д. Или же хорошо развитые мышечные элементы претерпѣваютъ соединительнотканное перерожденіе, какъ напр., при хроническомъ инфарктѣ (uteritis по Scanzoni); этимъ объясняются столь частыя тяжелыя кровотеченія въ климактеріи.

б) Гиперемія матки. (*Hyperaemia uterina*). Здѣсь слѣдовало бы снова перечислить всѣ моменты, которые мы привели въ качествѣ внѣполовыхъ причинъ. Кромѣ того, и нѣкоторыя занятія, какъ, напр., шитье на ножной машинѣ или нецѣлесообразныя причуды моды (корсетъ—фракъ) ведутъ замѣтно къ гипереміи тазовыхъ органовъ; далѣе—особенно значительное развитіе сосудовъ, какъ, напр., при міомахъ. Въ этихъ случаяхъ сѣтъ сосудовъ можетъ достигъ такого значительнаго раз-

витія, что образуются настоящія пазухи, какъ въ кавернозныхъ органахъ. Миомы вызываютъ, слѣдовательно, гиперэмію, но не воспаленіе.

с) Myo-endometritis особенно при гоноррейной, септической или сапрэмической инфекціи.

д) Гипертрофія и перерожденіе слизистой оболочки матки. Различныя ведущіе къ гиперэміи процессы, слѣдовательно и перечисленные въ б). Образованіе полиповъ слизистой оболочки, какъ высшая степень гипертрофіи слизистой оболочки. Недостаточная степень обратнаго развитія и перерожденія тканей послѣ абортовъ, преждевременныхъ и нормальныхъ родовъ, организація остатковъ deciduae, плацентарныя полипы.

Терапія. При *astenia uteri* общее укрѣпляющее леченіе. Мышьякъ, гальванизація и внутриволостная фарадизація, леченіе по *Bergonie* съ примѣненіемъ внутриматочнаго электрода *Liermann'a*, вибраціонный массажъ.—Лекарственное леченіе: *secacornin*, *stypol*, *stypicin*, *ulcusan*, *erystipticum*, *uteramin* и др. Весьма хорошіе результаты наблюдалъ я послѣ *pituglandol'a*.

При гиперэмической формѣ равнымъ образомъ необходимо прежде всего бороться съ основными причинами; всѣ оказывающія мѣстное раздраженіе мѣропріятія, конечно, будутъ соотвѣтствовать описанному лекарственному леченію. Нерѣдко хорошо дѣйствуетъ выскабливаніе полости матки съ послѣдующимъ прижиганіемъ іодомъ (на зондѣ *Playfair'a*). Въ тяжелыхъ случаяхъ—рентгенотерапія.

При воспалительной формѣ устраненіе воспаления; въ остальномъ вышеописанное леченіе.

При гипертрофической и дегенеративной формѣ—выскабливаніе и вышеописанное лекарственное леченіе.

Метроррагія.

Кромѣ патологическихъ состояній беременности (выкидышъ, *placenta praevia*) и послѣродового періода (*subinvolutio uteri*) метроррагіи патогномонистичны для злокачественныхъ опухолей. Мы еще разъ подчеркиваемъ, что характернымъ для метроррагіи является нерегулярность кровотеченій и независимость ихъ отъ менструацій, но не интенсивность ихъ, которая при меноррагіяхъ можетъ даже быть болѣе значительной.

Метроррагія требуетъ всегда внимательнаго клиническаго и гистологическаго изслѣдованія (выскабливаніе, вырѣзываніе пробныхъ кусочковъ).

Только послѣ того, какъ изслѣдованіями установленъ доброкачественный характеръ заболѣванія (напр., полипы слизистой оболочки, hyperaemia mucosae и т. п.), можно поступать по вышеизложеннымъ правиламъ. Въ противномъ случаѣ вопросъ можетъ идти о карциномѣ, саркомѣ, злокачественномъ перерожденіи міомъ, хоріонэпителиомѣ, а также о туберкулезѣ половыхъ органовъ. Въ такихъ случаяхъ поступаютъ такъ, какъ это указано при описаніи этихъ болѣзней.

Дизменоррея.

Различаютъ слѣдующія формы дизменорреи:

1. Астеническая форма. При аплазіи матки, встрѣчающейся главнымъ образомъ при инфантилизмѣ. Мускулатура матки недостаточно сильна, чтобы выгнать кровь. Слѣдствіемъ этого являются застой, давленіе и боли. Аналогичное состояніе наступаетъ послѣ повторныхъ истощающихъ родовъ или при привычномъ абортѣ.

2. Воспалительная форма. Подобно всѣмъ воспаленнымъ тканямъ, и матка точно такъ же реагируетъ болями на необходимость усиленной работы во время менструаціи.

3. Механическая форма. Наиболѣе распространенная. Имѣемъ ли мы дѣло съ суженіемъ orificiі internі или закупоркой внутренняго маточнаго зѣва опухольями (полипы, міомы и др.), съ аномаліей положенія (остроугольный перегибъ впередъ), съ улиткообразной маткой по Bossi, retroflexio—во всѣхъ случаяхъ механическое выталкиваніе менструальной крови встрѣчаетъ затрудненіе, а преодоленіе сопротивленія сопровождается болями. Высшей степени послѣднія достигаютъ, конечно, при приобрѣтенныхъ или врожденныхъ атрезіяхъ. Но тяжелыя дизменорреи наблюдаются также и при ограничивающихъ подвижность матки заболѣваніяхъ, какъ parametritis posterior, pelveoperitonitis, appendicitis.

4. Нервно-спастическая форма. У особенно чувствительныхъ, и безъ того страдающихъ нервными проявленіями особъ наблюдаются настоящія маточныя судороги, напр., у телефонистокъ, стенографистокъ, работающихъ на пишущихъ машинахъ и т. п.

5. Чисто нервная форма. У нервныхъ особъ страдаетъ весь организмъ подѣ влияніемъ менструаціи и при отсутствіи судорогъ. Самое легкое недомоганіе воспринимается какъ тяжелая физическая боль. Къ рубрикѣ 4 и 5 относится также т. н. „носовая дизменоррея“ (*Fliess*).

6. Оваріальная форма (оваріальная невралгія *Olshausen'a*). Сомнительно, можно ли назвать ее особой въ этиологическомъ отношеніи разновидностью или эти оваріальныя невралгіи, какъ само собою понятно, только особенно рѣзко проявляются ко времени менструаціи.

Терапія. При астенической формѣ лечение то же, что и при аменорреѣ (см. посл.), при воспалительной формѣ—мѣры, рекомендованныя при воспалительныхъ состояніяхъ половыхъ органовъ (см. посл.); при механической формѣ—устраненіе препятствія; въ зависимости отъ характера случая расширеніе и выскабливаніе, исправленіе аномалій положенія, уничтоженіе сращеній при помощи вибраціоннаго массажа или оперативнымъ путемъ, въ соотвѣтственныхъ случаяхъ своевременная апендектомія. Нервно-спастическая и чисто нервная формы служатъ областью господства лекарственнаго леченія. Въ этихъ случаяхъ оказался очень полезнымъ новый препаратъ *Hofmann—la Roche—hydrastopon*, комбинація гидрастинина съ папавериномъ. Онъ тѣмъ болѣе хорошъ, что лишень неприятныхъ свойствъ препаратовъ опія, такъ какъ папаверинъ не обладаетъ дѣйствіемъ опія. Изъ другихъ болеутоляющихъ средствъ большой популярностью пользуются салипиринъ, діонинъ, пирамидонъ, аспиринъ, антипиринъ, а также свѣчки (ранторон 0,02, ext. belladonnae 0,02). Впрыскиванія морфія только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ. Во всѣхъ случаяхъ дизменорреи этого рода необходимо прежде всего леченіе носа. Смазываніе свободнаго края нижней раковины и tuberculum septi (подѣ руководствомъ носоваго зеркала) 20% растворомъ кокаина, который на кусочкѣ ваты оставляется на названныхъ мѣстахъ около 5—10 минутъ, часто ведетъ къ поразительному непосредственному излеченію. Если благоприятное дѣйствіе повторяется, то можно выжечь эти мѣста для достиженія стойкаго излеченія. Весьма пріятны для больныхъ также теплые компрессы на животъ (термофоръ).

При оваріальныхъ невралгіяхъ я достигалъ хорошихъ результатовъ при помощи вибраціоннаго массажа.

Добавленіе. Въ рѣдкихъ случаяхъ при менструаціи извергаются цѣлыя слѣпки слизистой оболочки матки, которые по наружному виду очень схожи съ decidua при внѣматочной беременности: dysmenorrhoea membranacea. Дѣло идетъ въ такихъ случаяхъ объ отдѣлившемся слоѣ стромы пременструальной слизистой оболочки (по *Hitschmann'у* и *Adler'у*), процессъ, аналогичный enteritis membranacea. Въ большинствѣ случаевъ форма эта наблюдается у нервныхъ особъ.

Безплодіе.

Такъ какъ безплодіе очень часто побуждаетъ больныхъ обращаться за врачебнымъ совѣтомъ, то мы и рассмотримъ его здѣсь. Произвольное безплодіе, т. е. являющееся результатомъ примѣненія предохранительныхъ мѣръ, сюда не относится.

Подраздѣленіе.

A. *Causa ex spermati.* Сперма не доходитъ до яйца:

1. Azoospermia, oligospermia, necrospermia,
2. Химическія причины,
3. Механическія причины (атрезіи, аномаліи влагалища, влагалищной части шейки матки и трубъ, аномаліи положенія).

B. *Causa ex ovulo.* Яйцо не подвергается оплодотворенію:

1. отсутствіе, аплазія, перерожденіе яичниковъ,
2. механическія причины (заращеніе трубъ).

C. *Causa ex nidatione.* Полость, въ которой должно развиваться оплодотворенное яйцо, неблагоприятна для воспріятія (nidatio).

1. Инфантилизмъ, эндометритъ, астенія матки,
2. Опухоли въ полости матки (міомы, карциномы).

D. *Impotentia coeundi.*

1. со стороны мужчины,
2. со стороны женщины (вагинизмъ),

A. 1. Въ 75% случаевъ виновникомъ безплодія является мужчина. Прежде чѣмъ приступить къ леченію женщины, надо непременно произвести изслѣдованіе сѣмени мужа (coitus condomatus, принести кондомъ для изслѣдованія).

A. 2. Химическія причины заключаются въ реакціи *) влагалищной слизи, которая лишаетъ сперматозоида подвиж-

*) Кислой (ред.).

ности. Изслѣдовать post coitum въ висячей капль безъ окрашиванія. Лечение: спринцеванія физиологическимъ растворомъ поваренной соли непосредственно передъ coitus'омъ. Лечение бѣлей. Въ крайнемъ случаѣ искусственное оплодотвореніе при помощи стерильнаго шприца, который долженъ быть сдѣланъ только изъ металла и стекла (шприцъ рекордъ) и который послѣ кипяченія прополаскивается физиологическимъ растворомъ поваренной соли. Coitus condomatusus. Непосредственно послѣ этого впрыскиваютъ въ шейку матки или до самага дна каплю спермы. Иногда достаточно однократнаго зондированія post coitum (сперматозоиды заносятся выше зондомъ).

А. 3. При атрезіяхъ возможность оплодотворенія, само собою разумѣется, исключена; однако оплодотвореніе часто не наступаетъ и послѣ устраненія атрезіи, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ одновременно имѣются еще и другія причины безплодія (см. С). Изъ числа аномалій влагалищнаго свода, по *Витт'у*, главную роль играетъ *уплощеніе задняго влагалищнаго свода*: сѣменная жидкость стекаетъ. *Терапія*: coitus при возвышенномъ положеніи таза, закрывать влагалище post coitum стерильной ватой, растяженіе свода влагалища при помощи вибраціоннаго массажа. Создать болѣе значительное укрѣпленіе матки кпереди при помощи операціи *Alexander-Adams'a* или модификаціи ея по *Liermann'у*. (Этотъ способъ рѣзкой antefixatio uteri рекомендованъ *Витт'омъ* противъ безплодія при имѣющейся уже anteflexio).

При рѣзко выраженной конической шейкѣ матки и узости канала шейки—сомнительно, можетъ ли это явиться причиной безплодія при сравнительно малой величинѣ сперматозоида; здѣсь съ успѣхомъ примѣняютъ разсѣченіе шейки матки (dis-cisio), расширеніе канала ея (при помощи ламинарій или расширителей *Hegar'a*); полезно произвести одновременно выскабливаніе.

Противъ аномалій трубъ (сильная извилистость при инфантилизмѣ, *W. A. Freund*) — мы безсильны.

При измѣненіяхъ положенія матки слѣдуетъ устранять аномаліи по извѣстнымъ уже правиламъ.

В. 1. Въ борьбѣ съ дефектами: аплазіей и дегенераціей мы столь же безсильны, какъ и при азоосперміа, oligo и necrosperміа.

В. 2. На заращеніе трубъ, которое развивается главнымъ образомъ послѣ гонорреи и воспаления тазовой брюшины, мы прямо воздѣйствовать не можемъ. Въ этихъ случаяхъ надо поступать по правиламъ, изложеннымъ при воспаленіи, и назначать купанья въ Франценсбадѣ, Мариенбадѣ, Швальбахѣ, Пирмонтѣ съ грязевыми, углекислыми и желѣзистыми водами.

С. 1. При патологической или атрофической слизистой оболочкѣ матки укрѣпленіе яйца затруднено или невозможно. Лечение инфантилизма см. ниже. При заболѣваніяхъ эндометрія расширение канала шейки и выскабливаніе часто ведутъ къ образованію болѣе здоровой слизистой оболочки и, вмѣстѣ съ тѣмъ, къ излеченію безплодія. При *asthenia uteri* общее укрѣпленіе, іодъ-ферратоза, внутривлагалищная электризація по *Bergonie* (электроды *Liepmann'a*).

С. 2. При *опухоляхъ* удаленіе этихъ послѣднихъ по возможности съ сохраненіемъ способности къ зачатію.

D. *Impotentia coeundi*, конечно, тоже ведетъ къ безплодію. *Impotentia virilis* здѣсь не можетъ быть обсуждаема. Нѣкоторую роль играетъ также *вагинизмъ*, представляющій по *Waltherd'u* психической рефлексъ. Спазмъ наступаетъ раньше, чѣмъ *penis* или какойнибудь инструментъ успѣетъ прикоснуться къ половымъ частямъ. Въ этихъ случаяхъ можетъ быть умѣстно только психическое леченіе, внушеніе; такъ, напр., предлагаютъ, по *Waltherd'u*, сдѣлать сильное напряженіе брюшнымъ прессомъ и тогда безъ труда удается ввести во влагалище пальцы или инструментъ; такимъ путемъ удается убѣдить больную.

Существуетъ, однако, несомнѣнно, также *вагинизмъ* на почвѣ мѣстнаго воспаления или вслѣдствіе изолированнаго сокращенія *constrictor'a cunni* (атавистическое явленіе, „висячая“ мышца у плотоядныхъ); въ такихъ случаяхъ я достигалъ хорошихъ результатовъ при воспаленіи—мѣстнымъ леченіемъ; при спазмѣ *constrictor'a cunni*—вибраціоннымъ массажемъ. При чрезмѣрно узкомъ влагалищѣ умѣстна двухсторонняя эпизиотомія съ наложеніемъ расширяющаго шва.

Глава V.

Внѣматочная беременность (haematosalpinx).

Подраздѣленіе и этиологія. Если оплодотворенное яйцо приобретаетъ способность укрѣпиться на пути своего передвиженія, то наступаетъ внѣматочная беременность: у яичника—*graviditas ovarica*, въ брюшной полости—*graviditas abdominalis*, къ *fimbria ovarica*—*graviditas fimbriae ovaricae*, къ *infundibulum*—*gr. infundibularis*, къ *ampulla*—*gr. ampullaris*, къ *isthmus*—*gr. isthmica*, къ *pars interstitialis tubae*—*gr. interstitialis* (рис. 69). Причину можно усматривать либо въ особой пролиферационной энергіи яйца, либо въ условіяхъ со стороны

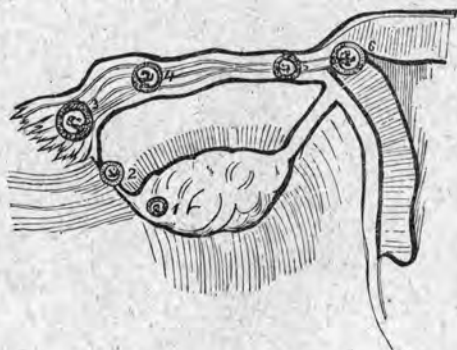


Рис. 69. — Различные виды внѣматочной беременности по локализациі ихъ.

трубъ, замедляющихъ передвиженіе яйца, какъ то: сильная извилистость трубъ при инфантилизмѣ, предшествовавшее воспаление трубъ съ уничтоженіемъ мерцательнаго движенія эпителия трубъ, перегибы трубъ, образованіе дивертикуловъ изъ складокъ трубъ и т. п. — Наиболее частыя формы— это *gr. ampullaris* и *gr. isth-*

mica.— Прикрѣпленіе яйца происходитъ по тѣмъ же законамъ, что и въ маткѣ (*Werth, Füth*). Но такъ какъ въ трубѣ нѣтъ настоящей *decidua*, то ворсинки — трофобласты проникаютъ непосредственно въ мышечную стѣнку и разрушаютъ ее.

Это создаетъ грозную опасность разѣданія трубы ворсинками и ея разрыва. Если разрывъ происходитъ кнаружи, въ сторону къ покрывающей трубу брюшинѣ, то говорятъ о *наружномъ* вскрытіи плоднаго мѣшка—разрывѣ трубы; если разрывъ происходитъ кнутри, въ сторону просвѣта трубы, то говорятъ о *внутреннемъ* вскрытіи плоднаго мѣшка—трубномъ выкидышѣ (рис. 70). Такъ какъ при трубномъ выкидышѣ вслѣдствіе медленнаго и постепеннаго продвиженія чрезъ трубу свернувшейся крови постепенно образуется *haematocele peritubarium*, а позже и *haematocele retrouterinum*, то онъ менѣе опасенъ, чѣмъ разрывъ трубы; послѣдній можетъ произойти уже

въ первыя недѣли беременности, происходитъ обыкновенно внезапно и сопровождается сильнымъ артеріальнымъ кровотеченіемъ. Отношеніе частоты трубнаго выкидыша и разрыва трубы по *Frankl'*у равно 4:1. Въ маткѣ одновременно идетъ образованіе deciduae, которая въ сомнительныхъ случаяхъ пріобрѣтаетъ патогномонистическое значеніе для діагноза. Попавшій въ брюшную полость плодъ, если онъ малъ, под-



Рис. 70.—Внѣматочная беременность, трубный абортъ съ haematocoele peritubarium.

вергается всасыванію. Въ случаѣ отложенія известковыхъ солей образуется окаменѣлый плодъ—*lithopaedion*, при обызвествленіи плодовмѣстилища говорятъ о *lithokelyphos*, при обызвествленіи того и другого говорятъ о *lithokelyphopaedion*. На упомянутыхъ выше болѣе рѣдкихъ случаяхъ укрѣпленія яйца мы здѣсь останавливаться не будемъ. *Frankl* допускаетъ безусловную возможность укрѣпленія яйца на брюшинѣ (*gr. abdominalis*); однако, это долго оспаривалось.

Симптомы. Они могутъ быть рѣзко выражены при внезапномъ разрывѣ: шокъ, коллапсъ, тяжелая анэмія—больная часто даже не подозрѣваетъ своей беременности. *При внутреннемъ кровотеченіи у женщины надо всегда предположить внѣматочную беременность и соответственно этому и поступать.* Нерѣдко внѣматочную беременность принимаютъ за аппендицитъ, прободной перитонитъ (температура) и перекручиваніе ножки опухоли яичника (см. посл.); но такъ какъ

во всѣхъ этихъ случаяхъ такъ или иначе необходимо чревосѣченіе, то такая ошибка въ діагнозѣ не можетъ, по крайней мѣрѣ, причинить вреда. При постепенномъ отдѣленіи яйца появляются болѣзненные сокращенія трубы, которыя ощущаются на соотвѣтственной сторонѣ и вѣрно опредѣляются повторнородящими. При образованіи haematocеле retrouterinum появляются симптомы давленія на прямую кишку. — Въ рѣдкихъ случаяхъ трубная беременность вскрывается въ полые органы, причиняя тогда самыя разнообразныя страданія. Часто больныя обращаются къ врачу якобы по поводу неправильныхъ кровотеченій при беременности или по поводу выкидыша, или же ихъ приводитъ къ врачу отхожденіе deciduae изъ матки.

Діагнозъ. Діагнозъ можетъ быть очень легкимъ: беременность, при чемъ матка меньше, чѣмъ должна бы быть въ соотвѣтствіи со срокомъ, протекшимъ отъ послѣдней менструаціи; рядомъ съ маткою прощупывается опухоль трубы. *Прежде чѣмъ производитъ выскабливаніе послѣ аборта, врачъ всегда долженъ подумать о внѣматочной беременности.* При прогрессирующей внѣматочной беременности маточныхъ кровотеченій почти никогда не наблюдается. Распознаваніе сохранившей свою цѣлость внѣматочной беременности почти невозможно вслѣдствіе мягкости опухоли (*Vimm*).

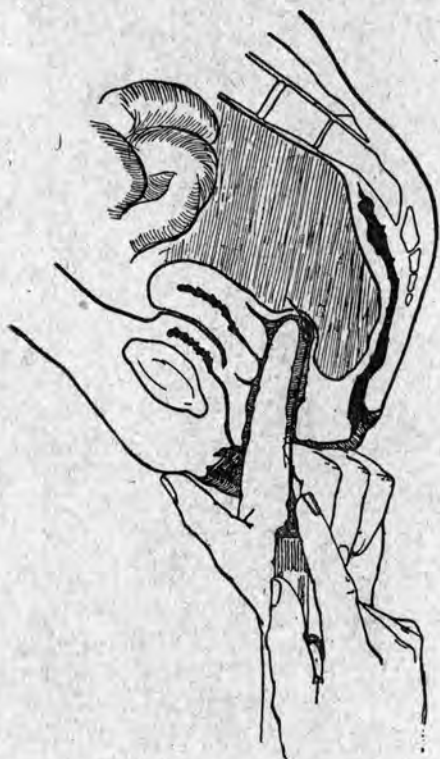


Рис. 71.—Пробный проколъ при помощи шприца *Flatau*.

Отъ смѣшенія съ небольшими кистами предохраняетъ болѣе сферическая форма послѣднихъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ лучше всегда предположить внѣматочную беременность. Haematocеле retrouterinum легко діагностицировать; въ крайнемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ пробному проколу зад-

него Дугласова пространства при помощи Правацевскаго шприца или шприца *Flatau* (рис. 71). Дифференцировать приходится отъ retroflexio uteri gravidi. При наличности уже кро-

вотеченія можно прибѣгнуть къ зондированію матки. *При отсутствіи кровотеченія зондировать не полагается.* Въ такихъ случаяхъ вопросъ разрѣшается на основаніи изслѣдованія подъ наркозомъ. Рѣдко встрѣчающееся haematosalpinx безъ трубной беременности не поддается распознаванію; недавно я наблюдалъ 2 случая, въ одномъ изъ нихъ имѣлась одновременно и маточная беременность. Труба была перекручена и помѣщалась въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ.—Возможны также ошибки въ видѣ смѣшиваній съ воспалительною опухолью придатковъ. Быть можетъ, реакція *Abderhalden'a* облегчитъ намъ постановку діагноза; хотя я опасаюсь, что она въ нѣкоторыхъ случаяхъ окажется столь же несостоятельной, какъ и предложенное мною еще въ 1902 году серологическое изслѣдованіе беременности при помощи преципитиновъ. Можно также использовать подсчетъ лейкоцитовъ.

Терапія. При трубномъ выкидышѣ, разрывѣ трубы, а также и при сохранившей свою цѣлость внѣматочной беременности — въ клинику для операціи, которая даетъ безусловно хорошіе результаты даже у больныхъ, оперированныхъ *in extremis*.

Операція при трубной беременности (*laparokelyphoectomy*).

Лапаротомія: продольный разрѣзъ въ случаѣ спѣшности или разрѣзъ по *Pfannenstiel'ю* (поперечный разрѣзъ въ надлонной складкѣ отъ наружнаго края одной прямой мышцы до наружнаго же края другой, проникающій до самой мышечной ткани, затѣмъ разъединеніе мышцъ тупымъ путемъ по *linea alba*) въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ спѣшности и большихъ размѣровъ разрѣза не требуется. Войдя лѣвою рукою въ брюшную полость, захватываютъ большимъ и указательнымъ пальцами яичникъ (рис. 72) и извлекаютъ его вмѣстѣ съ трубою поближе къ

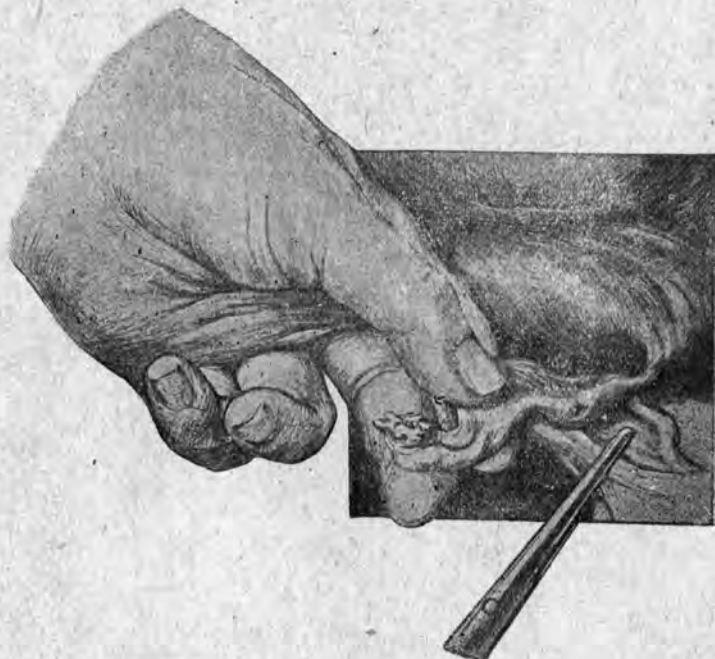


Рис. 72.—Захвативъ лѣвой рукою разорванную трубу, выводятъ ее наружу. Пинцетъ лежитъ на *lig. infundibulo-pelvicum*. Впереди нея видна *lig. rotundum dextrum*.

ранѣ, останавливаютъ кровоточеніе при помощи 2 Кохеровскихъ пинцетвоѣ, наложенныхъ на приводящіе сосуды (рис. 73), экстирпируютъ ткани между обоими пинцетами, щадя *lig. rotundum*, и накладываютъ лигатуры (рис. 74).



Рис. 73. — Труба вмѣстѣ съ яичникомъ ущемлены пинцетами въ видѣ V. (Видъ сзади).

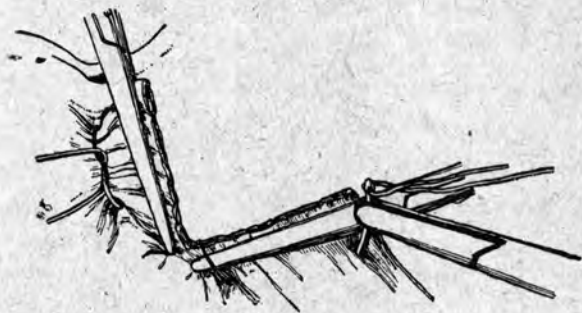


Рис. 74. — Труба съ яичникомъ удалены съ сохраненіемъ *lig. rotundum*. Справа — первый, слѣва — второй моментъ накладыванія лигатуры.

Никогда не слѣдуетъ дѣлать вливанія поваренной соли прежде чѣмъ кровоточеніе не будетъ остановлено при помощи лигатуръ; въ противномъ случаѣ результатъ получается тотъ же, къ которому стремится физиологъ при искусственномъ обезкровливаніи — *кровоточеніе усиливается*. При *haematocele retrouterinum* можно выждать. Полный покой въ постели. Пантопонъ. Пузырь со льдомъ. Кровяныя опухоли оперируютъ и по влагалищному способу,

но преимущественно только въ случаѣ нагноенія или при дальнѣйшемъ увеличеніи опухоли.

Глава VI.

Опухоли женскихъ половыхъ органовъ.

Общая часть. По *E. Gurlt*'у изъ числа 15880 лицъ съ опухолями было

4740 мужчинъ	} т. е. женщинъ вдвое больше—2,3:1.
11140 женщинъ	

Если же принять во вниманіе локализацию, то у 4316 мужчинъ опухоли половыхъ органовъ встрѣтились 256 разъ	} Слѣдовательно, опухоли половыхъ органовъ встрѣчаются у женщинъ въ 11 разъ чаще, чѣмъ у мужчинъ.
9557 женщинъ—6530 разъ.	

Столѣ значительная частота опухолей женскихъ половыхъ органовъ, доказанная на основаніи богатаго матеріала, является показателемъ необходимости знакомства съ ними для каждаго практическаго врача. Изъ дидактическихъ соображеній и во избѣжаніе повтореній я нахожу цѣлесообразнымъ дать общій обзоръ *всѣхъ* истинныхъ опухолей женскихъ половыхъ органовъ. Болѣе рѣдкихъ опухолей, какъ менѣе важныхъ для врача-практика, я намѣренно не касаюсь.

Подраздѣленіе:

I. *Опухоли наружныхъ половыхъ частей.*

- а) Доброкачественныя. 1. Кисты.
2. Фибромы, липомы (энхондромы, ангиомы, невромы).
3. Аденомы.
б) Злокачественныя. 1. Карциномы.
2. Саркомы (меланомы).
с) Ложныя опухоли.
1. Haematoma vulvae (послѣ травмъ, *intra partum*).
2. Condylomata accuminata } (гипертрофія).
3. Elephantiasis }
4. Kraurosis (атрофія).

II. *Опухоли влагалища.*

- а) Доброкачественныя 1. Кисты влагалища и дѣвственной плевры.
2. Міомы.
б) Злокачественныя. 1. Карциномы.
2. Саркомы.

III. *Опухоли матки.*

- а) Доброкачественныя. 1. Полипы слизистой оболочки.
2. Міомы (аденоміомы)
б) Злокачественныя. 1. Карциномы
2. Хоріонэпителиомы.
3. Саркомы (эндотелиомы)

IV. *Опухоли трубъ.*

- а) Доброкачественныя. 1. Полипы, папилломы, кисты, фибромы, лимфангиомы, тератомы.
б) Злокачественныя. 1. Карциномы первичныя (по *Frankl'*ю 150 случаевъ) и вторичныя.
2. Саркомы (хоріонэпителиомы).

V. Опухоли яичниковъ и придатковъ ихъ (*parovarium*).

- а) Доброкачественныя. 1. Ретенціонныя кисты.
2. Кистоаденомы.
3. Фибромы.
4. Дермоиды и тератомы.
- б) Злокачественныя. 1. Карциномы.
2. Саркомы (перителіомы и эндотеліомы).

Примѣч. Часть болѣе рѣдкихъ формъ опухолей перечислена; остальные, какъ и рѣдкія опухоли тазовой клѣтчатки, не упомянуты.

Клиника опухолей. Рѣдкостныя опухоли представляютъ интересъ, главнымъ образомъ, въ патолого-анатомическомъ отношеніи; для клинки же важны собственно опухоли только 3 видовъ: міомы матки, карциномы наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища и матки и доброкачественныя и злокачественныя опухоли яичниковъ; всѣ прочія опухоли въ виду рѣдкости своей играютъ въ діагностическомъ и практическомъ отношеніи второстепенную роль.

Наружные половые органы.

Довольно часто встрѣчаются ложныя опухоли наружныхъ половыхъ частей, *condylomata accuminata*, придающія наружнымъ половымъ органамъ видъ, сходный съ „цвѣтной капустой“. Онѣ разрастаются особенно пышно во время беременности, особенно часто при гоноррейныхъ выдѣленіяхъ, не будучи, однако, характерными для гонорреи. Неопытный врачъ-ислѣдователь часто поспѣшно діагностицируетъ въ этихъ случаяхъ ракъ, отъ котораго, однако, острия кондиломы легко отличить: въ отличіе отъ рака (который, впрочемъ, именно на наружныхъ половыхъ частяхъ только рѣдко имѣетъ видъ „цвѣтной капусты“, чаще обнаруживая язвенный характеръ)

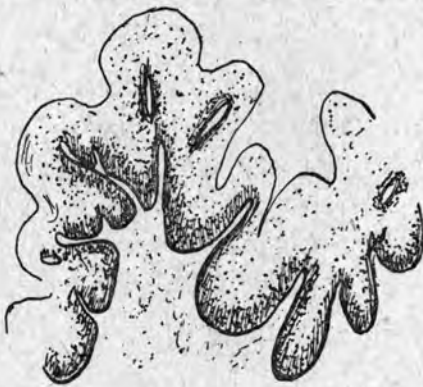


Рис. 75.—Папилломы, доброкачественный ростъ.

тканевая основа папилломъ мягка, небольшія разрастанія явственно носятъ доброкачественный, папиллярный характеръ)

и не имѣютъ наклонности распадаться. Яснѣе всего видно различіе на микроскопическомъ препаратѣ: чисто сосочковый видъ, возвышающійся *надъ* соединительно-тканною основою у кондиломъ, инфильтрирующій, выходящій *за предѣлы* соединительной ткани злокачественный типъ у карциномъ (ср. рис. 75 и 76).

Терапія. перевязка у основанія стерильными шелковыми лигатурами. Прижиганія ас. nitrico fumante, наносимой осторожно при помощи деревянныхъ палочекъ; замораживаніе хлористымъ этиломъ; прижиганіе пакеленомъ. Легче смѣшать острыя кондиломы съ *плоскими кондиломами*, или вѣрнѣе съ мокнущими папулами. Какъ показываетъ ихъ названіе, онѣ шире и мокнуть. Если распознаваніе ихъ и представитъ иногда затрудненіе, то вопросъ можетъ быть рѣшенъ изслѣдованіемъ на спирохеты.

Терапія: противосифилитическое леченіе и опрятность.

Elephantiasis. Слабую степенью; слоновяго перерожденія можно въ извѣстномъ смыслѣ считать часто встрѣчающуюся и объясняющуюся мастурбаціей гипертрофію малыхъ губъ, такъ называемый готтентотскій передникъ (рис. 77). Клинически элифантіазъ представляетъ увеличеніе большихъ дѣтородныхъ губъ до огромныхъ размѣровъ;

гистологически — это бѣдная клѣтками соединительная ткань,



Рис. 76.—Железистый ракъ, злокачественный, инфильтрирующій ростъ.

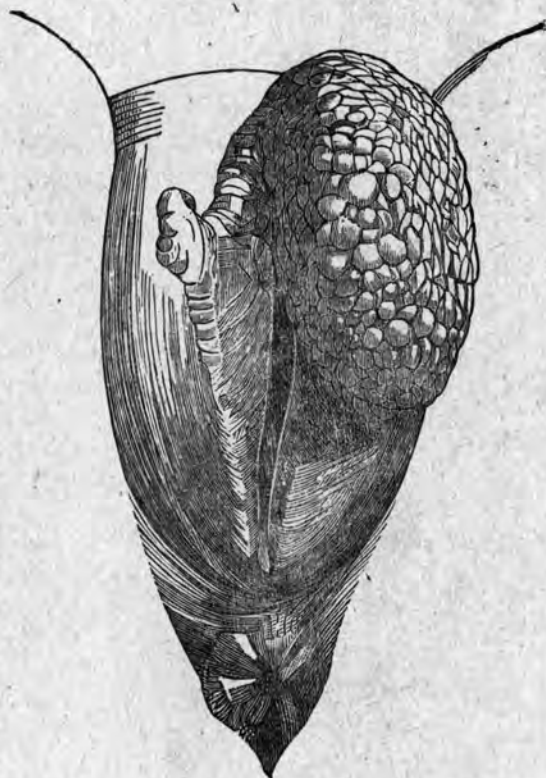


Рис. 77.—Слоновое перерожденіе малыхъ срамныхъ губъ.

волокна которой раздвинуты выступившею лимфою. Въ нашихъ широтахъ заболѣваніе это встрѣчается крайне рѣдко, этиологія его (отношеніе къ сифилису) еще темна; въ виду этого здѣсь не приходится вдаваться въ дальнѣйшія подробности. *Терапія*: экстирпація. Относительно *kraurosis vulvae* и *ulcus rodens* см. стр. 47.

Кисты. Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о кистахъ Бартолиніевыхъ железъ, или же онѣ берутъ свое начало отъ *Gartner*'овыхъ ходовъ (см. уродства); ангиомы, фибромы, липомы, энхондромы и невромы мы тоже обойдемъ здѣсь молчаніемъ въ виду рѣдкости ихъ.

Даже карцинома и та на наружныхъ половыхъ частяхъ является самую рѣдкою формою изъ встрѣчающихся въ области женскихъ половыхъ органовъ. Такъ, *Schwarz* наблюдалъ на 1147 случаевъ карциномы матки только 30 карциномъ наружныхъ половыхъ частей. Если бы распознаваніе представило затрудненія, то гистологическое изслѣдованіе частицы тотчасъ же выяснитъ истинное положеніе вещей. Болѣзни часто предшествуетъ *pruritus* и *kraurosis*. Карцинома наружныхъ половыхъ частей чаще всего встрѣчается у пожилыхъ женщинъ. *Терапія*: радій, мезоторій, рентгеновскіе лучи, экстирпація наружныхъ половыхъ частей вмѣстѣ съ лимфатическими железами.

Extirpatio vulvae (рис. 78).

Разрѣзъ начинается на 2 пальца ниже *spinae iliacae anter. super.*, идетъ дугообразно книзу, не доходя на ширину пальца до *commissura labiorum anterior*, отсюда дугообразный разрѣзъ проводится къ соотвѣтствующему мѣсту на другой сторонѣ. Второй разрѣзъ начинается тамъ же, гдѣ и первый, проходитъ вокругъ наружныхъ половыхъ частей и оканчивается по возможности ближе къ заднепроходному отверстию, но не задѣвая *sphincter'a ani*. Въ заключеніе дѣлаютъ циркулярный разрѣзъ вокругъ влагалища на самой границѣ слизистой оболочки, стараясь не задѣть отверстія мочеиспускательнаго канала. Удаляютъ кожу вмѣстѣ съ жировою клѣтчаткою, соединительнотканнымъ слоемъ и лимфатическими железами и накладываютъ швы.

Еще болѣе злокачественны, но зато онѣ и значительно рѣже встрѣчаются, саркомы (расознаваніе возможно только путемъ гистологическаго изслѣдованія). Изъ числа ихъ самый худшій прогнозъ даютъ меланосаркомы, развивающіяся, по *Veit*'у, изъ *naevi pigmentosi*.

Терапія та же, что и при *carcinoma vulvae*.

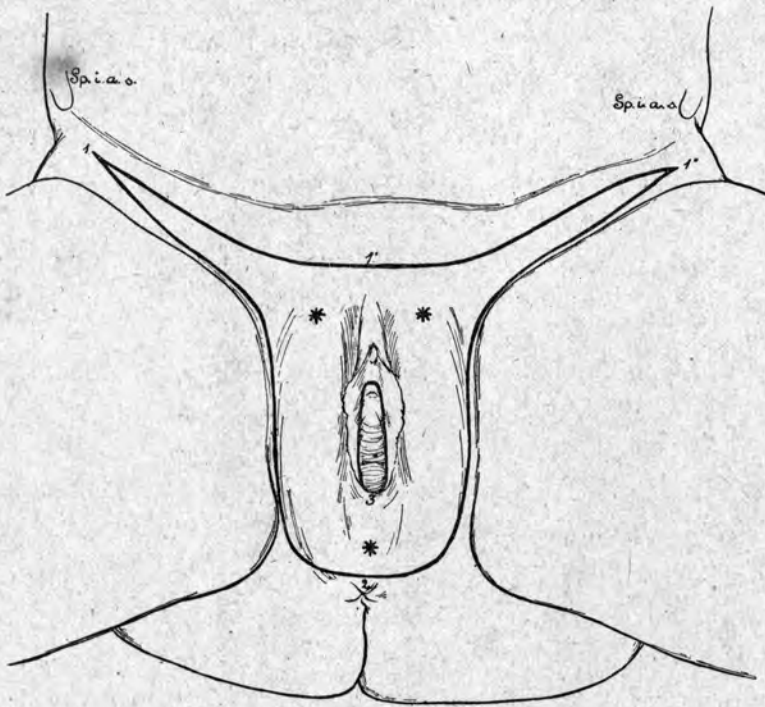


Рис. 78. — Extirpatio vulvae (схема). 1. 1'. 1''. 2. Наружный край разреза. 3. Внутренний край разреза. Звѣздочки указываютъ мѣста дренажей.

Влагалище.

И здѣсь особаго вниманія заслуживаютъ въ клиническомъ отношеніи только раки и саркомы; рѣдкія же и доброкачественныя кисты и міомы отступаютъ на задній планъ.

На 100 женщинъ, страдающихъ ракомъ половыхъ органовъ, приходится только *одна* съ ракомъ влагалища, но и въ этомъ случаѣ часто нельзя съ увѣренностью сказать, развился ли ракъ во влагалищѣ первично или же перешелъ на него съ сосѣднихъ частей. Къ сожалѣнію, діагнозъ можетъ быть поставленъ только путемъ гистологическаго изслѣдованія. Нерѣдко (я наблюдалъ за послѣдній годъ 2 такихъ случая) ракъ влагалища развивается на почвѣ изъязвленія, образовавшагося подъ вліяніемъ ношенія въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ чрезмѣрно большого пессарія. Симптомы см. ракъ матки.

Прогнозъ: даже при радикальной операціи сомнительный.

Терапія: радій, мезоторій, рентгеновскіе лучи, радикальное удаленіе всего полового канала (влагалища, клѣтчатки, матки, параметрія, трубъ и яичниковъ).

Саркомы влагалища представляютъ крайне рѣдкія новообразованія, встрѣчающіяся, однако, и въ дѣтскомъ возрастѣ.

Матка.

Теперь перейдемъ къ опухолямъ матки, излюбленному на ряду съ яичниками мѣсту опухолей.

И здѣсь для клинициста существенное значеніе имѣетъ меньшее число различныхъ опухолей, чѣмъ для патологоанатома.

1. Полипы слизистой оболочки.

Исходя изъ слизистой оболочки тѣла матки, либо слизистой шейки, рѣже влагалищной части, они представляютъ, по *Frankl*'ю, „постепенный переходъ отъ гиперпластическихъ процессовъ къ опухолямъ“.

Ихъ легко діагностицировать путемъ изслѣдованія пальцемъ и при осмотрѣ зеркалами. Симптомами ихъ нерѣдко являются обильныя кровотеченія или дизменоррея (см. посл.)
Терапія: удаленіе при помощи ножа и ножницъ послѣ перевязки ножки или же при помощи раскаленной петли. Гистологическое изслѣдованіе обязательно во всѣхъ случаяхъ, такъ какъ нерѣдко наблюдается злокачественное перерожденіе.

2. Міомы и аденоміомы матки.

Локализациія и частота видны изъ рис. 79.

Міомы состоятъ изъ мышечныхъ клѣтокъ. Настоящихъ фибромъ, т. е. опухолей безъ мышечныхъ волоконъ, *Frankl* никогда не видѣлъ. Такимъ образомъ названіе „фиброма“ ничѣмъ не оправдывается. Аденомы встрѣчаются рѣдко, по *Recklinghausen*'у онѣ ведутъ свое происхожденіе отъ первичной почки. Внутри ихъ встрѣчаются железы и кисты, похожія на настоящіе *glomeruli*. Мы не знаемъ ничего достовѣрнаго объ этиологіи этого столь часто встрѣчающагося новообразованія; единственное, что намъ теперь достовѣрно извѣстно, это то, что развитіе міомъ находится въ причинной связи съ внутреннею секреціею яичниковъ. Міомы очень часто сочетаются съ явленіями перерожденія въ яичникахъ; съ другой же стороны міомы послѣ кастраціи подвергаются обратному развитію (см. терапію).

Чаще всего міомы появляются въ возрастѣ между 40 и 60 годами. У женщинъ моложе 25 лѣтъ онѣ встрѣчаются рѣдко.

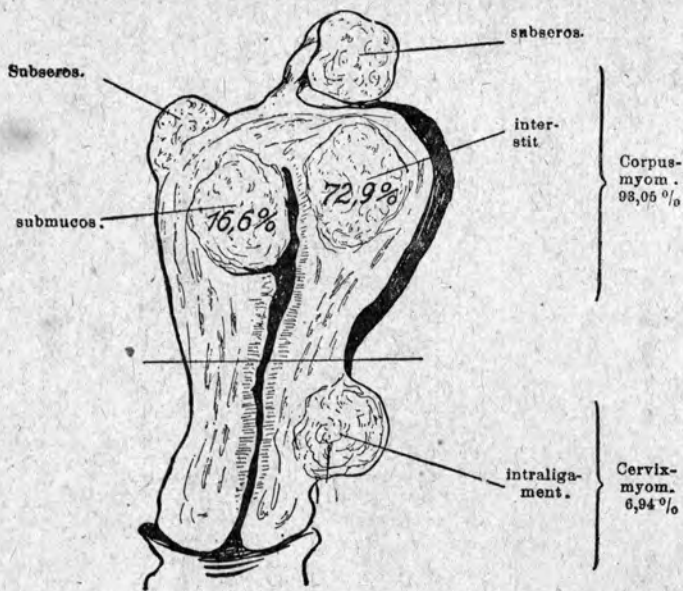


Рис. 79.—Различная локализация миомъ.

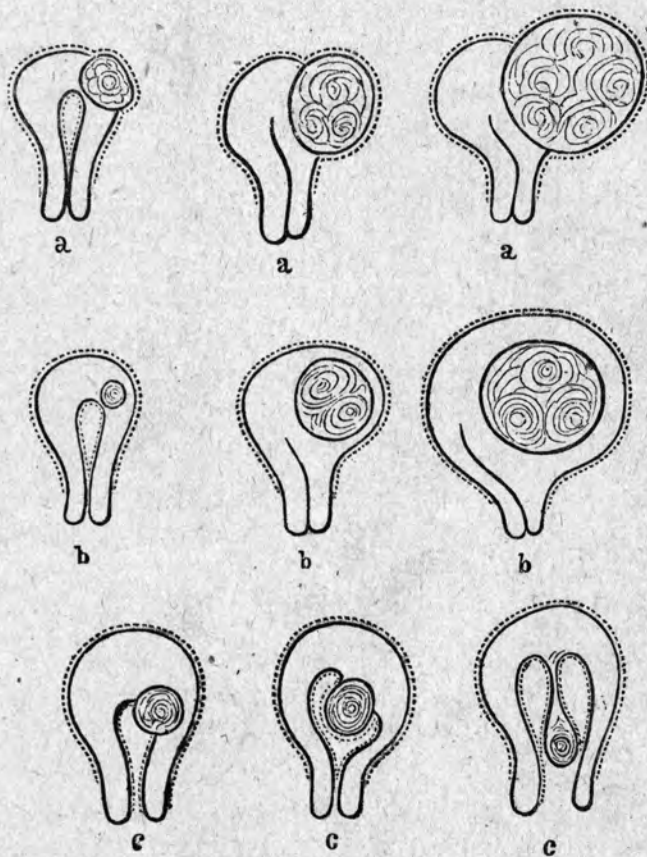


Рис. 80.—Схема развития миомъ: а — подбрюшинная, б — внутристѣночная, с — подслизистая миомы.

Симптомы. Главнымъ симптомомъ міомъ являются кровотеченія, сначала меноррагіи, типа настоящихъ менструацій, а затѣмъ атипическія кровотеченія—метроррагіи. Причиною этихъ кровотеченій является не гиперплазія слизистой оболочки, а измѣненная и усиленная васкуляризація, которая можетъ привести къ развитію въ слизистой оболочкѣ настоящихъ сосудистыхъ пазухъ (*Frankl*).

Несомнѣнно, что значительная часть всѣхъ встрѣчающихся міомъ остается не узанною, такъ какъ онѣ не даютъ себя знать вообще никакими болѣзненными явленіями. Міомы могутъ вызывать различные тяжелые симптомы и помимо кровотеченій. Вслѣдствіе закладыванія канала шейки можетъ появиться рѣзкая болѣзненность при менструаціяхъ и даже развиться haematometra. Большія интерстиціальныя міомы могутъ вызывать тупыя боли вслѣдствіе напряженія брюшины, покрывающей матку. Даже самые незначительные узлы, величиною съ грецкій орѣхъ, если они вслѣдствіе своего положенія оказываютъ давленіе на мочевой пузырь или прямую кишку, нерѣдко вызываютъ чрезвычайно непріятныя ощущенія при мочеиспусканіи или при дефекаціи. Наблюдались также случаи сдавленія мочеточника съ послѣдующимъ развитіемъ гидронефроза. Увеличеніе объема живота замѣчается только тогда, когда опухоль начинаетъ выступать изъ полости малаго таза. Помимо осложненій, изъ которыхъ имѣетъ значеніе пельвеоперитонитъ съ образованіемъ сращеній, часто становится очевиднымъ отдаленное дѣйствіе (при посредствѣ гормонов) міомы на сердце (*Strassmann* и *Lehmann*).



Рис. 81. — Субмукозная міома, какъ препятствіе для родового акта.

Нерѣдко міомы, особенно подслизистыя, являются причиною безплодія. Во время беременности нерѣдко можно наблюдать усиленный ростъ опухоли, и замѣчается повышенная склонность къ дегенеративнымъ процессамъ, причемъ и то, и другое можетъ вызывать очень тяжелыя явленія. Извѣстны случаи затрудненія родового акта вслѣдствіе образованія со стороны опухоли препятствія въ родовыхъ путяхъ (см. рис. 81).

Діагнозъ. Діагнозъ ставится на основаніи двуручнаго изслѣдованія, а у тучныхъ особъ онъ и подъ наркозомъ не всегда представляется легкимъ. Большія затрудненія можетъ представить дифференціальныи діагнозъ между міомой и беременностью.

Беременность.	Міома.
Аменорея.	Меноррагія.
Мягкость опухоли.	Твердость опухоли.
Другіе признаки беременности.	Отсутствіе таковыхъ.
Признакъ <i>Hegar</i> 'а.	Отсутствуетъ.

Всѣ эти симптомы, въ большинствѣ случаевъ достаточныи для дифференціального діагноза могутъ отсутствовать:

- a) у менструирующихъ беременныхъ,
- b) при міомахъ безъ значительныхъ меноррагій,
- c) при мертвомъ плодѣ,
- d) при размягченныхъ міомахъ.

Каждый опытный клиницистъ знаетъ случаи, когда діагнозъ былъ поставленъ только при чревосѣченіи, а *Opitz* приводитъ случай, когда даже при вскрытой брюшной полости чрезъ стѣнки матки было прощупано I черепное положеніе, брюшная полость была зашита, а на вскрытіи (смерть отъ эмболии) то, что симулировало части плода, оказалось міоматозными узлами.

Непреодолимыя затрудненія для распознаванія могутъ представить также приросшія ко дну матки воспалительныя опухоли яичниковъ и трубъ, имѣющія тогда видъ міоматозныхъ бугровъ. Бугристость при субсерозныхъ міомахъ можно отличить отъ опухолей яичника по тому, что при міомахъ удается иногда прощупать придатки, въ особенности яичники—въ видѣ образованій величиною съ миндалину. Начинаящему рекомендуется не пользоваться зондомъ съ діагностическою цѣлью (беременность).

Прогнозъ. Можно вполне присоединиться къ высказанному *Opitz*'емъ мнѣнію, „что несмотря на свою доброкачественность въ гистологическомъ отношеніи, міома все же является довольно серьезнымъ заболѣваніемъ для женщины“. Имѣющіяся въ большинствѣ случаевъ кровотеченія, злокачественное и

другого рода перерожденія, многочисленныя осложненія могутъ, помимо причиняемыхъ растущею опухолью неудобствъ и опасностей, сдѣлать носительницу такой опухоли тяжело больною, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже послужить прямою или косвенною причиною смерти. Такъ какъ для прогноза имѣютъ значеніе *процессы перерожденія*, то мы здѣсь вкратцѣ упомянемъ о главнѣйшихъ изъ нихъ, по *Frankl'*ю:

Не имѣютъ большого значенія: гіалиновое, известковое перерожденіе и окостенѣніе (важны, однако, въ акушерскомъ отношеніи), атрофическое перерожденіе въ климактерическомъ возрастѣ послѣ прекращенія дѣятельности яичниковъ.

Важны: некрозы, которые часто множественно появляются въ міомахъ; въ этихъ некротическихъ очагахъ находятъ иногда занесенныя токомъ крови бактеріи, способныя вызвать нагноеніе міомы (авторъ нашелъ въ одномъ случаѣ стрептококковъ въ чистой разводкѣ).

Особенно важно также въ отношеніи леченія злокачественное-саркоматозное перерожденіе, которое *Opitz* признаетъ въ 5%, *Frankl* только въ 2,3% случаевъ.

Терапія. Въ неосложненныхъ случаяхъ, не дающихъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, спокойное выжиданіе при постоянномъ наблюденіи за больною (злокачественное перерожденіе).

Лекарственное леченіе: впрыскиванія эрготина, лучше всего *secacornin per injectionem* или *per os*, а также *eryspticum*. Способъ леченія ненадеженъ.

Въ качествѣ измѣняющаго внутреннюю секрецію средства рекомендуется *matmin Poehl'*я, отъ котораго я въ одномъ случаѣ наблюдалъ хорошій эффектъ. Въ виду безопасности его можно испробовать.

Рентгенизація, являющаяся новѣйшимъ лечебнымъ факторомъ, до извѣстной степени разсматривается, какъ физическая кастрація. Обратное развитіе міомъ подъ вліяніемъ кастраціи было открыто *Hegar'*омъ и *Sixinger'*омъ. Такъ какъ рентгенизація ведетъ къ нарушенію функціи яичниковъ, то она противопоказана у болѣе молодыхъ женщинъ, при предположеніи беременности, а также и при подозрѣніи относительно злокачественнаго характера опухоли.

Оперативныя мѣры. Противъ выскабливанія имѣются всегда соображенія практическаго свойства: полость матки слишкомъ

неправильна, опасность инфекции слишком велика. Въ качествѣ консервативныхъ способовъ примѣняется вылуценіе міоматозныхъ узловъ съ послѣдующимъ зашиваніемъ ложа опухоли, съ сохраненіемъ такимъ образомъ матки. Радикальныя мѣры: полная экстирпація матки или надвлагалищная ампутація.

Купанья имѣютъ малое значеніе при леченіи міомы: назначаютъ Маріенбадъ, Франценсбадъ, Эльстеръ, Пирмонтъ, Крейцнахъ, Тельцъ, Гаштейнъ.

Вылуценіе міомъ.

Подслизистыя міомы удаляютъ влагалищнымъ путемъ; въ случаѣ большихъ размѣровъ міомъ приходится предварительно изсѣкать изъ нихъ клинообразные куски съ цѣлью уменьшенія объема ихъ (кускованіе—*morsellement*).

Техника операціи: захвативъ влагалищную часть двумя щипцами *Muzeux*, разсѣкаютъ переднюю маточную стѣнку (*hysterotomia vaginalis anterior*) (рис. 82 и 83), отодвигаютъ кверху мочевою пузырь и для защиты его помѣщаютъ между нимъ и маткою подъемникъ *Dojen*'а (рис. 84).



Рис. 82. — *Hysterotomia vaginalis anterior*. Видна поверхность міомы.



Рис. 83. — То же, что и на рис. 82, послѣ введенія передней пластинки.

Послѣ этого захватываютъ міому крючковатыми щипцами или вводятъ въ нее штопоръ и вылущаютъ ее при помощи обоюдоостраго ножа *Segond* (рис. 84). Если міома величиною съ дѣтскую головку, то ее предварительно уменьшаютъ, изсѣкая изъ нея клиновидные куски до тѣхъ поръ, пока не станетъ возможнымъ провести ее чрезъ наружныя половыя части. Послѣ удаленія міомы либо накладываютъ шовъ на матку, либо экстирпируютъ ее.

Подбрюшинныя и внутривѣстничныя міомы удобнѣе удалятъ абдоминальнымъ путемъ. Производятъ лапаротомію, разсѣкаютъ покрывающую матку брюшину и мышечный слой, вскрываютъ капсулу, захватываютъ міому крючковатыми щипцами и, пользуясь Куперовскими ножницами, вы-

лущают міому; ложе ея зашиваютъ этажнымъ кѣтгутовымъ швомъ, а брюшину надъ ней сводятъ серо-серозными швами.

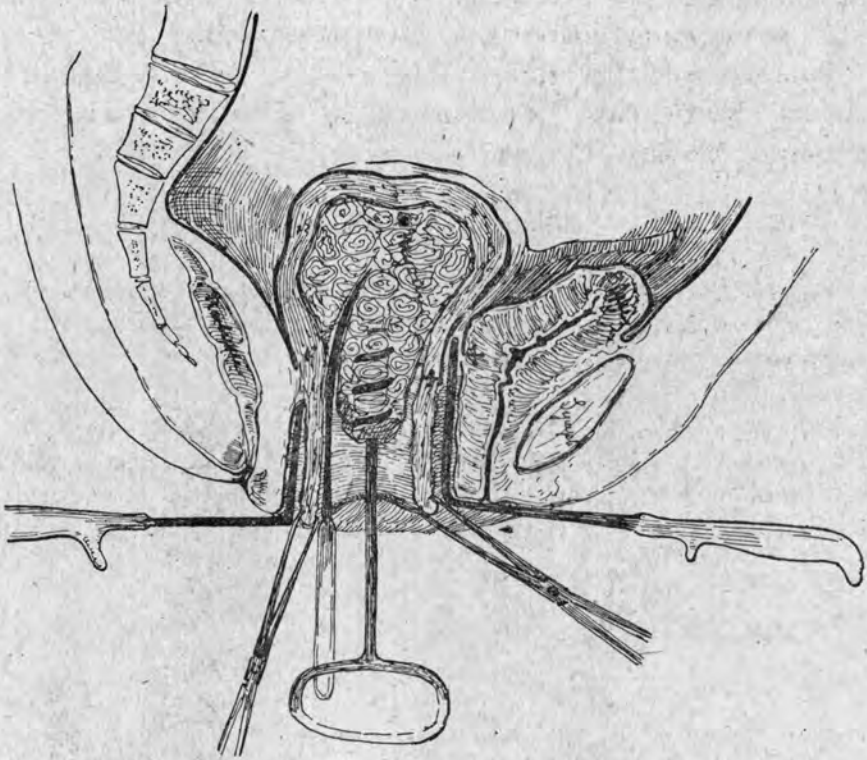


Рис. 84. — Влагалищная міомотомія съ изсѣченіемъ кусковъ.

Передняя colpocoeleiotomia. Разрѣзанная рѣса отмѣчена крестиками. Штопоръ in situ. Ножъ Segond'a изсѣкаетъ клиновидный кусокъ. Подъемникъ Doyen'a in situ: короткая задняя пластинка, длинная пластинка для отодвиганія мочевого пузыря.

При стебельчатыхъ субсерозныхъ міомахъ извлекаютъ міому изъ брюшной полости, перевязываютъ 2 лигатурами ножку ея и отсѣкаютъ ее. Еще лучше вырѣзать небольшой клиновидный кусокъ маточной стѣнки у основанія ножки и закрыть сдѣланный разрѣзъ 3—4 узловатыми швами.

Лапаро-міотомія (простое полное изсѣченіе матки рис. 85, 86, 87, 88). Лапаротомія. Величина разрѣза зависитъ отъ размѣровъ міомы. Оперируютъ попеременно справа и слѣва, стараясь держаться (при здоровыхъ придаткахъ) возможно ближе къ маткѣ.

Накладываютъ зажимные пинцеты на придатки у самой матки, перерѣзаютъ вплотную у матки круглыя и широкія связки; дѣлаютъ дугообразный разрѣзъ брюшины выше дна мочевого пузыря и, отодвигая тупымъ путемъ мочевой пузырь отъ шейки матки, оттягиваютъ матку кпереди и разрѣзываютъ брюшину сзади на уровнѣ задняго свода, отсепааровываютъ ее книзу. Перевязываютъ обѣ art. и ven. uterinae. Затѣмъ оттягиваютъ матку

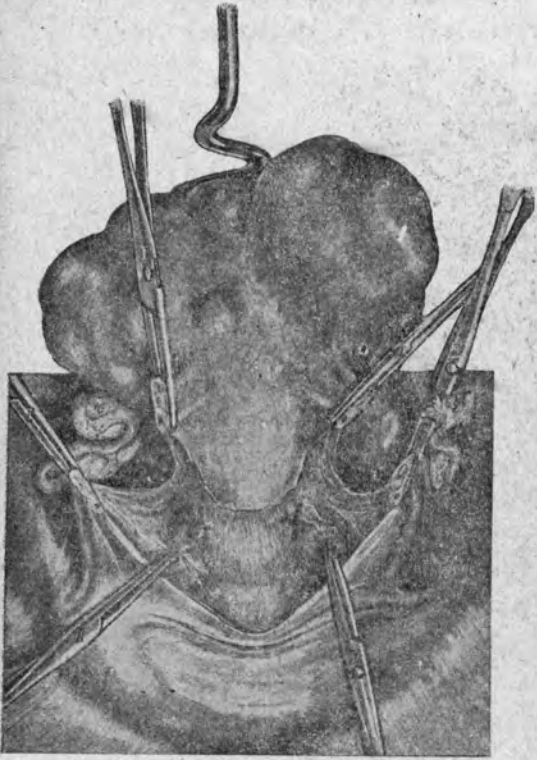


Рис. 85. — Матка отведена при помощи штопора къ мысу. Придатки удалены (I). Передній соединительный разръзъ между пинцетами I, Aa. uterinae захвачены пинцетами отдѣльно (II). Мочевой пузырь отодвинутъ. Ясно видна граница между шейкой и влагалищемъ.



Рис. 86. — Матка сильно оттянута къ симфизу. Задній соединительный разръзъ отъ пинцета I къ пинцету I.

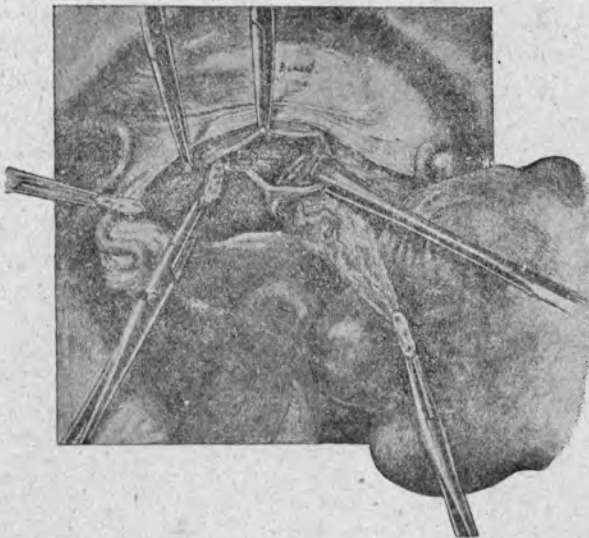


Рис. 87. — Вырѣзаніе влагалищной части изъ влагалища.

къ мысу, надрѣзають переднюю стѣнку влагалища остроконечными ножницами или ножемъ и захватываютъ край разрѣза влагалища Кохеровскимъ

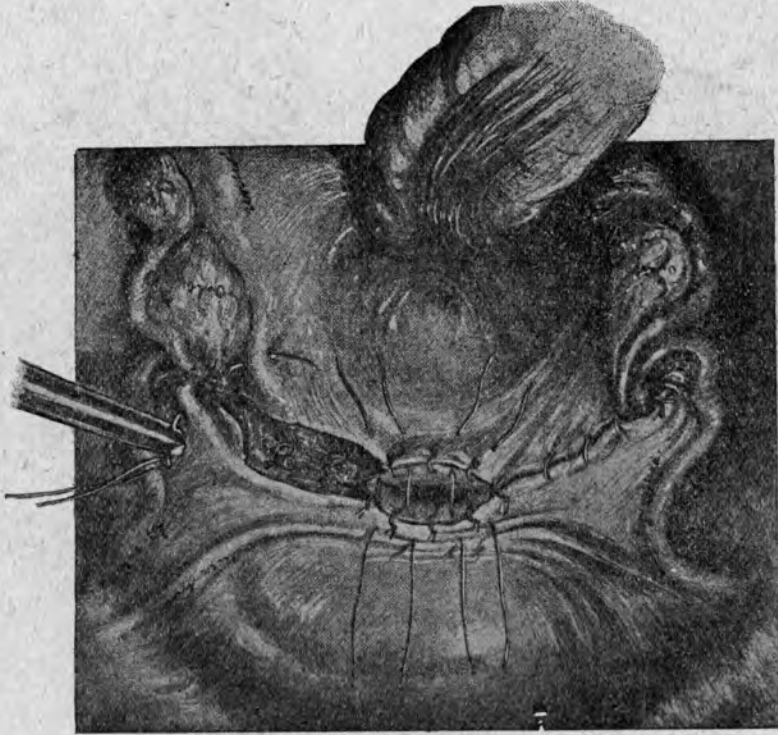


Рис. 88. — Накладываніе шва на рану. Культи придатковъ инвагинируются.

пинцетомъ, а шейку матки — крючковатыми щипцами. Перетянувъ матку направо, ущемляютъ пинцетомъ боковую часть влагалища и обрѣзають его у самой влагалищной части, затѣмъ дѣлають то же и на правой сторонѣ. Остается только перерѣзать Куперовскими ножницами соединенныя еще съ шейкою матки части влагалища сзади; перевязываютъ культы широкихъ связокъ, круглыхъ связокъ; зашиваютъ наглухо брюшину надъ влагалищемъ и закрываютъ рану брюшной стѣнки.

Надвлагалищная ампутація матки.

Надвлагалищная ампутація производится или какъ самостоятельная операція, или какъ предварительная при удаленіи міоматозной матки, при чемъ тотчасъ послѣ удаленія опухоли удаляютъ и культю шейки.

Техника операціи: тампонируютъ влагалище, дѣлають лапаротомію, перевязываютъ art. ovaricae, дѣлають передній и задній разрѣзы брюшины. Культя должна быть возможно меньше. Перевязываютъ съ обѣихъ сторонъ идущую вверхъ ramus cervicalis art. uterinae и отрѣзають шейку клиновидно (вершина клина обращена въ сторону канала шейки). Въ заключеніе накладываютъ швы на культю шейки и покрываютъ ее брюшиною.

Влагалищное изъятие матки (рис. 89, 90, 91 и 92).

Стянув влагалищную часть матки ко входу во влагалище, дѣлають циркулярный разръзъ влагалища вокругъ шейки (рис. 89), отдѣляютъ мочевой пузырь (рис. 90) и отодвигаютъ его кверху, находятъ *plicam vesico-*

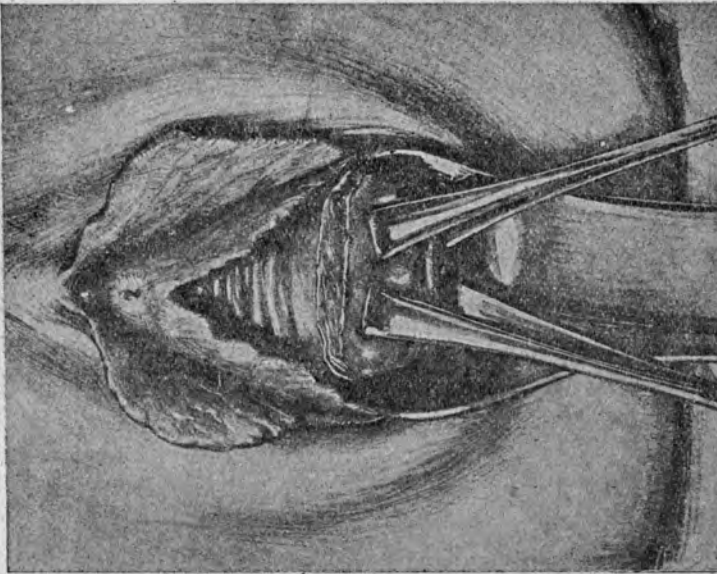


Рис. 89. — Влагалищное изъятие матки.
Циркулярный разръзъ вокругъ влагалищной части.

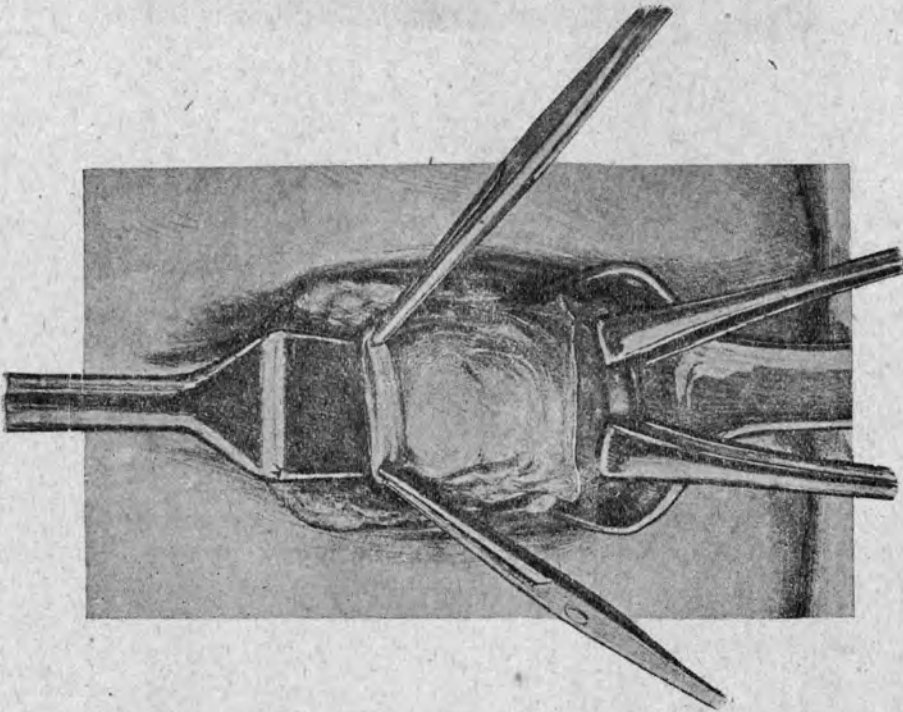


Рис. 90. — Влагалищное изъятие матки.
Мочевой пузырь прикрывается узкимъ зеркаломъ. 2 тупыми пинцетами приподнята въ складку *plica vesico-uterina*.

uterinam, приподымають ее пинцетомъ и прорѣзають въ ней отверстіе. Послѣ этого разсѣкають ножницами по средней линіи переднюю стѣнку

шейки до самого дна матки (рис. 91), или же выворачивают дно матки через разръзъ брюшины и влагалища въ переднемъ сводѣ и, захвативъ верхніе края разръза щипцами (рис. 92), извлекаютъ матку за половую

Рис. 91.—*Вагинальное изсѣченіе матки.*
Ріса разръзана. Передняя стѣнка шейки разсѣчена по средней линіи.

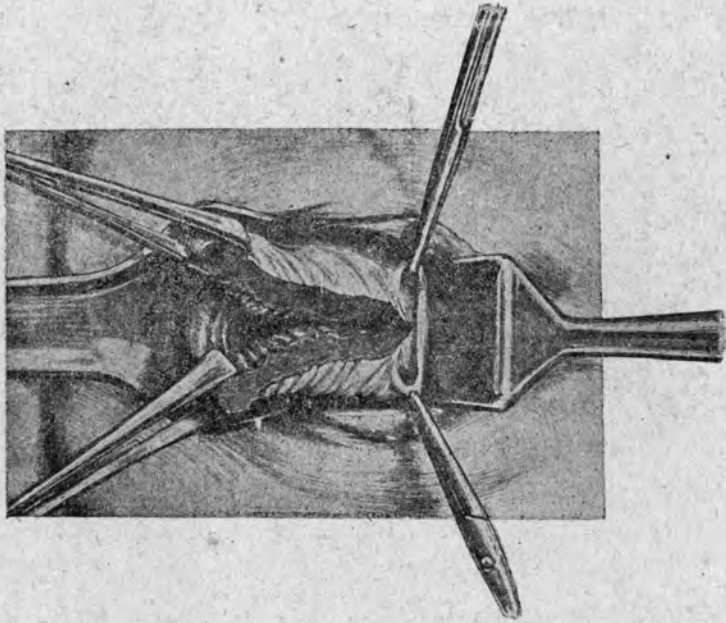
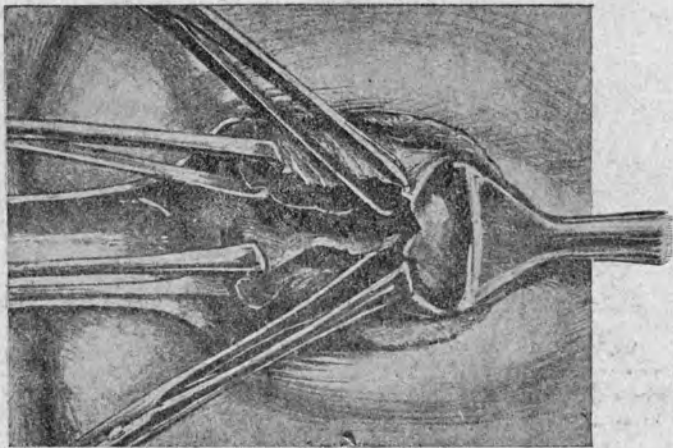


Рис. 92.—*Вагинальное изсѣченіе матки.*
Въ отверстіе въ ріса введено узкое длинное зеркало. Видно дно матки.



щель (рис. 93 и 94). Оттянувъ матку вправо, захватываютъ въ зажимные пинцеты связочный аппаратъ вблизи края матки и перерѣзываютъ его между послѣднимъ и пинцетомъ. Затѣмъ продѣлываютъ то же на правой сторонѣ. Послѣ перевязки маточныхъ сосудовъ на обѣихъ сторонахъ остается только вскрыть брюшину задняго Дугласова пространства, проколовъ ее ножницами, введенными чрезъ нижній циркулярный разръзъ, и перерѣзать послѣ наложенія зажимнаго пинцета fascia endopelvina, т. е. плотную соединительнотканную массу, на которой только и держится еще матка.

Замѣняютъ зажимные пинцеты въ порядкѣ накладыванія ихъ лигатурами, сшиваютъ брюшину *placa vesico-uterinae* съ брюшиною Дугласова пространства.

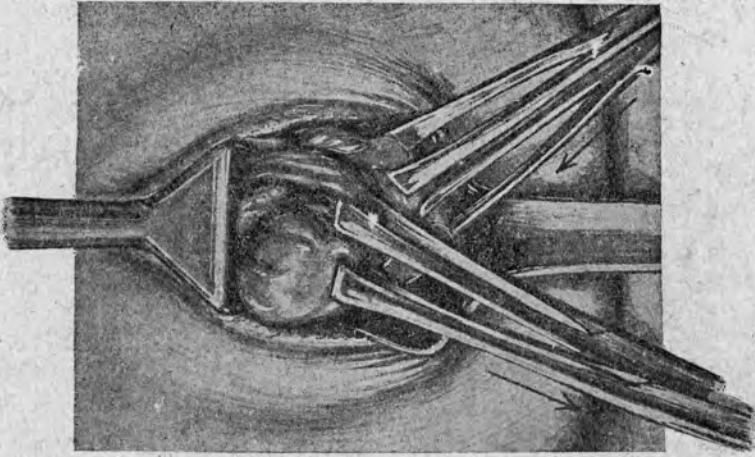


Рис. 93.—Влагалищное извѣщеніе матки.

Матка въ моментъ выворачиванія. Стрѣлки указываютъ дѣйствіе пинцетовъ. Слева видна уже лиг. rotunda, труба и бѣлый съ блескомъ яичникъ.

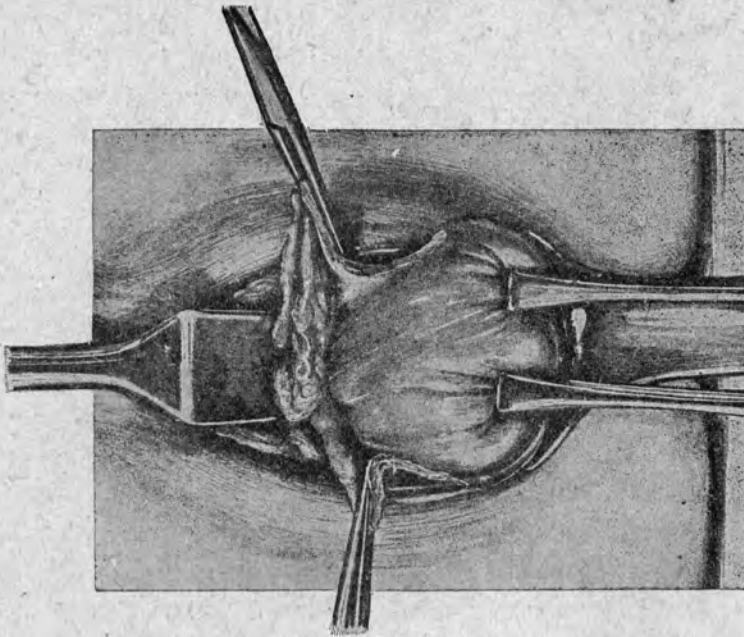


Рис. 94.—Влагалищное извѣщеніе матки.

Матка извлечена за половую щель. Придатки съ обѣихъ сторонъ захвачены у угла матки пинцетамъ и перерѣзаны вмѣстѣ съ лиг. rotunda.

Ракъ матки.

Съ подраздѣленіемъ и частотой знакомитъ рис. 95. Характернымъ для всѣхъ раковыхъ новообразованій, на гистологическихъ деталяхъ которыхъ мы здѣсь останавливаться не можемъ, является ихъ безграничный ростъ, прорастаніе черезъ всѣ ткани и образованіе метастазовъ по пути лимфатическихъ

сосудовъ. Дальнѣйшимъ характернымъ свойствомъ является обусловленный быстрымъ ростомъ распадъ, гнилостное разложене и кровотечене и, наконецъ, кахексія въ зависимости отъ общаго разстройства обмѣна веществъ.

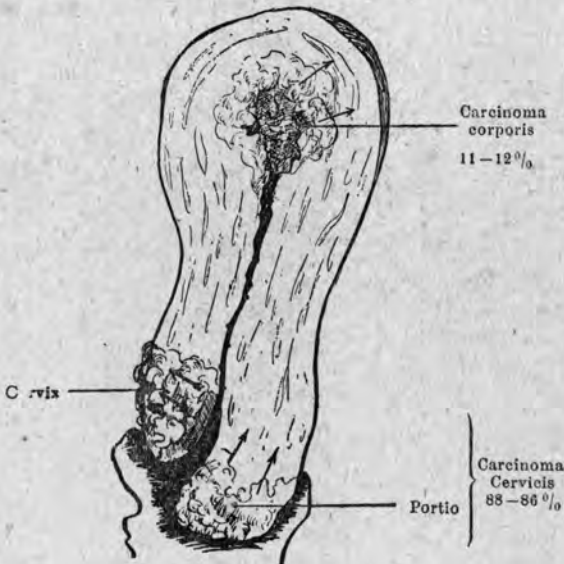


Рис. 95. — Различныя формы рака матки.

Диагнозъ. Долгъ совѣсти каждаго врача относиться подозрительно ко всякому, даже ничтожнѣйшему кровотеченію изъ половыхъ органовъ. Необходимо произвести изслѣдованіе пальцемъ, осмотрѣть влагалищную часть зеркаломъ. *Своевременное распознаваніе рака спасаетъ больной*

жизнь, всякое упущеніе такого изслѣдованія по небрежности есть погрѣшность, могущая стоить жизни больной. Трудно въ достаточной мѣрѣ высказать порицаніе по поводу случаевъ въ родѣ тѣхъ двухъ, которые мнѣ пришлось недавно видѣть за короткій промежутокъ времени: въ теченіе двухъ лѣтъ больныхъ лечили отъ ischias, ни разу не подвергнувъ гинекологическому изслѣдованію; между тѣмъ какъ въ дѣйствительности обѣ страдали ракомъ, къ тому времени уже не поддававшимся операциі. Въ подозрительныхъ случаяхъ надо сдѣлать пробное выскабливаніе или же ставить точный діагнозъ на основаніи изслѣдованія вырѣзанныхъ кусочковъ.

Кто сильно занятъ практикою, можетъ обратиться за микроскопическимъ изслѣдованіемъ въ казенное, городское или даже частное учрежденіе. Поэтому діагнозъ рака *всегда* можетъ быть поставленъ легко и точно.

Симптомы. „Если бы ракъ вначалѣ причинялъ столько же страданія, какъ каріозный зубъ, то было бы спасено гораздо больше женщинъ“ (изъ лекціи *Vimm'a*). Важнымъ начальнымъ симптомомъ являются кровотечения при половыхъ сношеніяхъ! Позже наступаетъ кровянистое истеченіе, а еще

позже гнилостное и зловонное истечение. Боли появляются только при болѣе глубокомъ прорастаніи здоровыхъ тканей, при распространеніи на сосѣдніе органы.



Рис. 96. — Ракъ влагалищной части. Въ тѣлѣ метрэндометритъ.

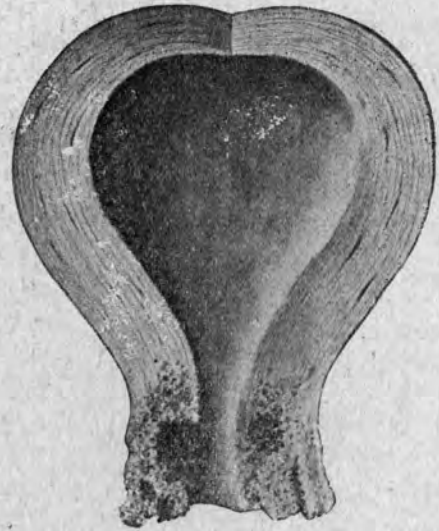


Рис. 97. — Цервикальный ракъ. Въ тѣлѣ рѣзко выраженный эндометритъ съ расширеніемъ полости.

Осложненія. Переходъ на мочевой пузырь и прямую кишку, вскрытіе въ брюшную полость, общіе метастазы, изъязвленіе костей таза, полное уничтоженіе просвѣта или сильное суженіе мочеточниковъ, наконецъ, въ большинствѣ случаевъ смерть отъ кахексіи *) или отъ неудержимаго кровотечения вслѣдствіе разъѣданія какой-нибудь артеріи.

Какъ рѣдко, къ сожалѣнію, ставится своевременный діагнозъ, лучше всего можно убѣдиться на статистикѣ *Frankl'*я, по которой среди 1007 точно изслѣдованныхъ случаевъ оказалось только 34 въ ранней стадіи развитія новообразованія.

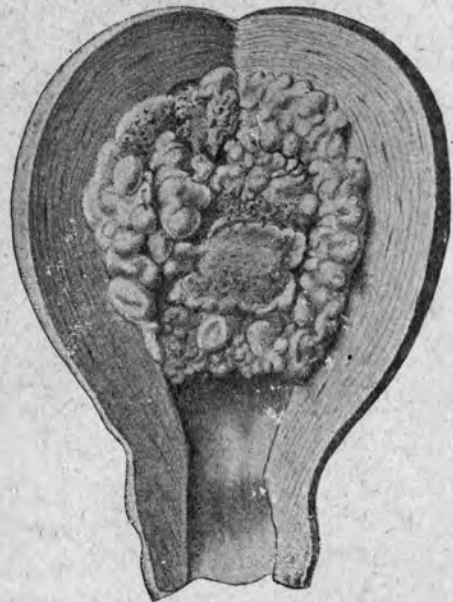


Рис. 98. — Ракъ тѣла матки.

*) Иногда уремии (ред.).

Прогнозь. Несмотря на возможность оказать хирургическую помощь, или лечить известными физическими методами, прогноз всегда сомнителен; при отсутствии таковой во всех случаях мучительная смерть — немногие редкие случаи излечения без радикального вмешательства только подтверждают правило.

Терапія. Во всех вообще случаях, когда операция еще выполнима (решение этого вопроса дело оперирующего врача), слѣдует попытаться удалить все больное путем расширенной полной экстирпации матки по *W. Alexander Freund*'у (произведенной впервые 30 января 1878 г. и технически усовершенствованной *Rumpf*'омъ, *Mackenrodt*'омъ, *Wertheim*'омъ, *Bumm*'омъ, *Küstner*'омъ, *Franz*'омъ и др.).

Такъ какъ операция эта даетъ наилучшій обзоръ всехъ важныхъ вопросовъ, касающихся анатомическихъ отношеній

женскаго таза, то желательно было бы, чтобы все врачи были знакомы съ техникой ея, хотя бы даже по демонстраціямъ. Но это можно сдѣлать, только имѣя подъ рукою очень хорошіе рисунки съ натуры (см. Оперативн. гинеколог. *Liepmann*'а).

Полное изсѣченіе матки вмѣстѣ съ придатками (по *Wertheim - Bumm*'у рис. 99, 100, 101, 102, 103). Цѣль операціи — удалить по возможности весь половой аппаратъ съ окружающею его клетчаткою и относящимися къ нему лимфатическими железами.

Техника операціи.

Предварительно производится дезинфекція влагалища, выскабливаніе и прижиганіе рака. Больная укладывается съ высоко поднятымъ тазомъ. Лапаротомія съ широкимъ раз-

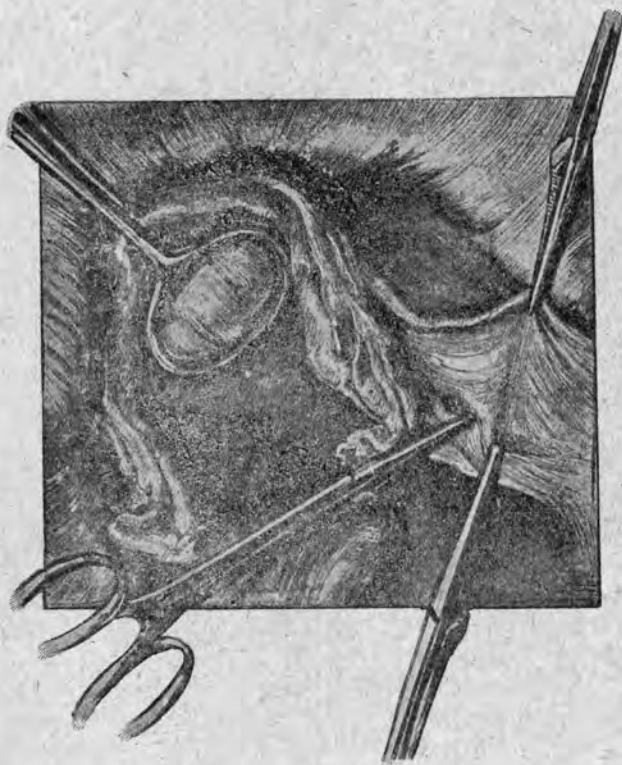


Рис. 99. — Полное изсѣченіе матки. Матка отведена зажимомъ влѣво; lig. infundibulo-pelvicum зажата 2 Кохеровскими пинцетами. Верхній пинцетъ лежитъ на lig. rotundum.

рѣзомъ отъ симфиза до пупка. Отводятъ матку* влѣво, перевязываютъ и перерѣзаютъ правую *lig. infundibulo-pelvicum* и одновременно съ переднимъ листкомъ *lig. latum* и правую *lig. rotundum*.

Затѣмъ разъединяютъ тупымъ путемъ листки *lig. latum*, перевязываютъ и перерѣзаютъ *art. uterinam* и отсепааровываютъ мочеточникъ до самого мочевого пузыря. Продѣлавъ ту же процедуру на лѣвой сторонѣ, соединяютъ оба конца перитонеальныхъ разрѣза двумя поперечными разрѣзами (передній идетъ отъ одной *lig. rotundum* къ другой, задній — на уровнѣ задняго свода), отсепааровываютъ мочевой пузырь

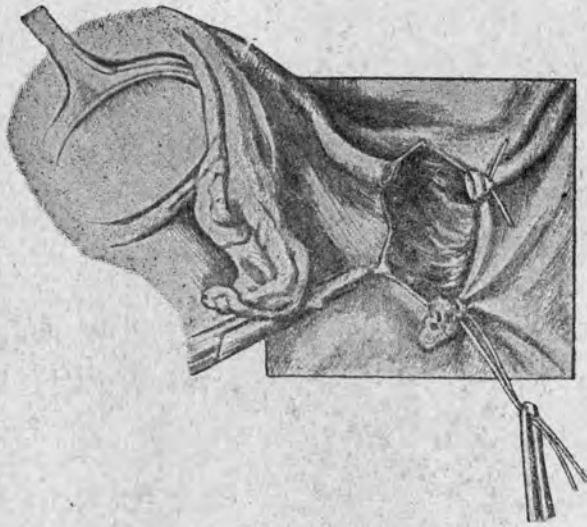


Рис. 100.—*Lig. infundibulo-pelvicum*, а также периферическая часть *lig. rotundi* перевязаны. Видно направление разрѣза, разсѣкающаго *lig. latum*.

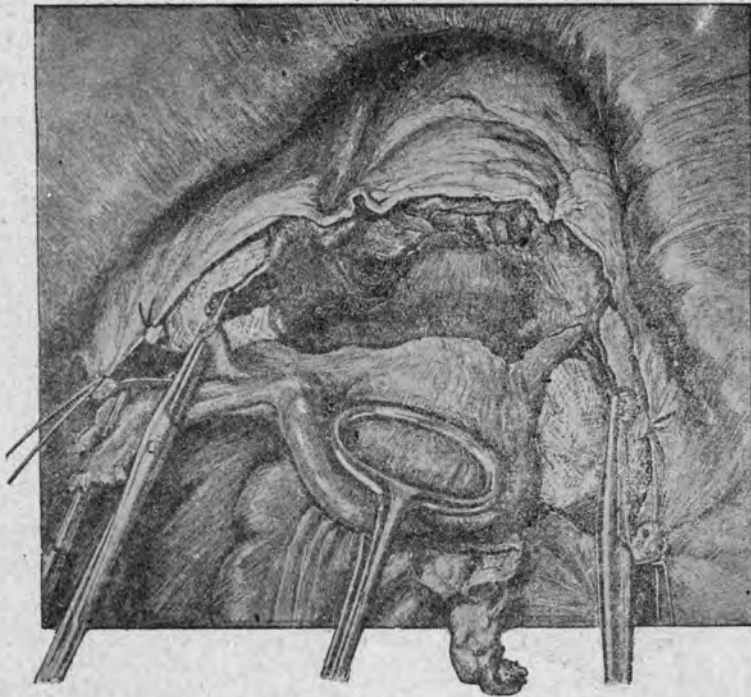


Рис. 101.—Правый и лѣвый мочеточники отпрепарованы, *vasa uterina* отведены въ медиальную сторону. Обѣ раневыя полости затампонированы. Передній соединительный разрѣзъ обнажаетъ шейку, верхнюю часть влагалища и мочевого пузыря.

отъ стѣнки влагалища. Остается только отдѣлить матку отъ влагалища. Съ этой цѣлью отводятъ матку къ мысу, накладываютъ на влагалище одну

ниже другой (см. рис. 103) двѣ лигатуры или же специальный зажимъ и перерѣзываютъ влагалище вмѣстѣ съ окружающею его клѣтчаткою въ промежуткѣ между лигатурами или ниже зажима.

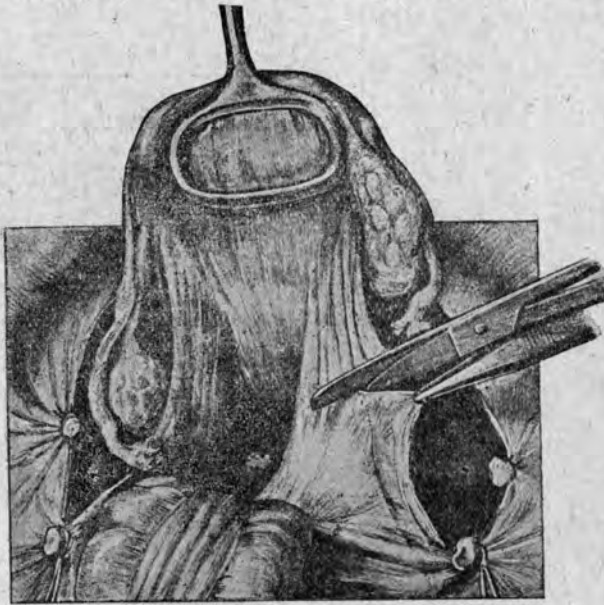


Рис. 102. — Начало задняго соединительнаго разрѣза.

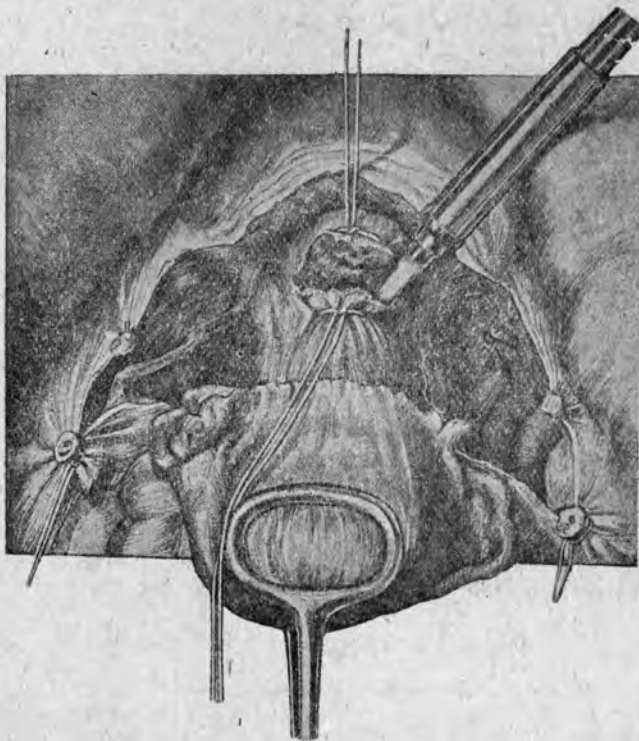


Рис. 103. — Послѣ двойной перевязки крѣпкимъ шелкомъ вскрываютъ влагалище между обѣими лигатурами при помощи нажелена.

Чѣмъ большая часть влагалища удаляется, тѣмъ лучше. Удаляютъ всѣ ближайшія лимфатическія железы вмѣстѣ съ находившимися съ ними въ соединеніи лимфатическими путями, сшиваютъ переднюю стѣнку влагалища съ брюшиною мочевого пузыря, а заднюю съ брюшиною задняго Дугласа, снявъ, конечно, предварительно лигатуру съ влагалища. Въ заключеніе зашиваютъ разрѣзъ брюшины надъ влагалищемъ и накладываютъ швы на брюшную стѣнку.

Опухоли, надъ которыми операція невыполнима, надо попытаться сдѣлать поддающимися операціи при помощи радія и мезоторія. Послѣ операціи всѣ больныя должны подвергнуться леченію лучами (въ томъ числѣ и Рентгеновскими). Не обладая специфическимъ дѣйствіемъ, леченіе лучами является, тѣмъ не менѣе, очень цѣннымъ приобрѣтеніемъ въ медицинѣ, такъ какъ до того мы ча-

сто, несмотря на всѣ лекарства, оказывались безсильными въ борьбѣ съ неподдающимся операціи гнилостнымъ, распадающимся ракомъ.

Хорошій способъ леченія предлагаетъ *Opitz*: выскобленную острую ложкою и прижженную пакеленомъ карциноматозную

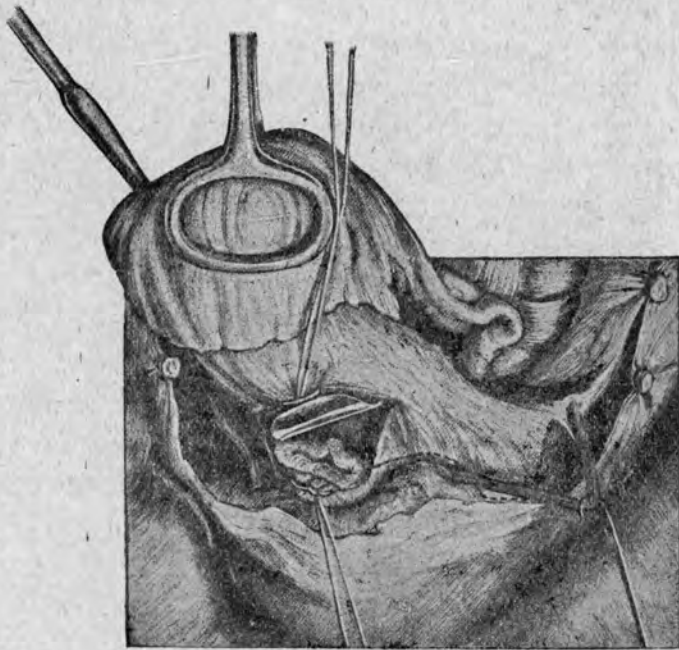


Рис. 104. — Черезъ сдѣланное пакеленомъ отверстіе всдѣять съ задней стороны небольшой тупой крючокъ. Если тянуть за крючокъ, то слѣва видна околоматочная и около-влагалищная соединительная ткань. Мочеточникъ отпрепарованъ и оттянутъ крючкомъ въ сторону. Пунктиромъ отмѣчена граница изсѣченія.

полость смазываютъ іодною настойкою и затѣмъ плотно тампонируютъ марлевымъ мѣшечкомъ, наполненнымъ *bolus alba*. Мѣшечекъ необходимо ежедневно замѣнять свѣжимъ. Изъ другихъ прижигающихъ средствъ примѣняются: хлористый цинкъ, ацетонъ, формалинъ, дымящаяся азотная кислота и др.

Хоріонэпителіома.

Этіологія. Намъ извѣстно только, что опухоль эта развивается, большею частью, послѣ пузырныхъ заносовъ, но также и послѣ абортовъ и нормальныхъ родовъ. Извѣстна, и этого больше всего слѣдуетъ опасаться, поражающая быстрота образованія метастазовъ; излюбленнымъ мѣстомъ послѣднихъ являются легкія и влагалище, но и всѣ прочіе органы не обезпечены отъ появленія въ нихъ метастазовъ. Синевато-

красныя метастатическія опухоли, напоминающія по виду ограниченныя гематомы или варикозныя узлы и часто за нихъ принимаемыя, появляются прежде всего во влагалищѣ; состоятъ онѣ изъ синцитіальныхъ элементовъ и клѣтокъ *Langhans'a*, кромѣ того, изъ многочисленныхъ кровяныхъ свертковъ.

Диагнозъ въ начальной стадіи можетъ быть поставленъ только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія; необходима осторожность при всѣхъ, даже незначительныхъ кровотеченіяхъ и не только послѣ пузырьнаго заноса, но также и послѣ абортвовъ и родовъ. Толкованіе данныхъ микроскопическаго изслѣдованія не всегда легко, для этого надо быть опытнымъ гистопатологомъ (препровождать для изслѣдованія выскобленныя или вырѣзанныя частицы въ институты).

Прогнозъ. Прогнозъ еще менѣе благопріятенъ, чѣмъ при ракъ матки. Большею частью быстро наступаетъ смерть отъ кахексіи или потери крови.

Терапія. Въ большинствѣ случаевъ безнадежна, въ общемъ та же, что и при ракъ. Слѣдуетъ, во всякомъ случаѣ, попытаться вызвать раствореніе опухолевыхъ клѣтокъ при помощи стерильной плацентарной кашицы (*Liepmann*).

Саркома матки.

Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о саркоматозно перерожденныхъ міомахъ; это обстоятельство очень важно при рѣшеніи вопроса о рентгенотерапіи при міомахъ (см. стр. 96). Диагнозъ можетъ быть поставленъ только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія. Терапія та же, что и при ракъ матки.

Фаллопиева труба.

Опухоли трубъ, въ томъ числѣ и ракъ трубы мы въ виду рѣдкости ихъ обойдемъ молчаніемъ (статистическія данныя см. подраздѣленіе опухолей).

Яичникъ и придатокъ яичника (*parovarium*).

Общая часть. Мелкокистозное перерожденіе, подъ которымъ разумѣютъ появленіе нѣсколькихъ или многихъ кистъ величиною отъ просяного зерна до горошины, развивающихся по *R. Meyer'у* и *Frankl'ю* подъ вліяніемъ хронической гипереміи, а также кисты *corporis lutei* — въ обоихъ случаяхъ ре-

тенціонныя кисты, представляютъ лишь незначительный клинической и діагностической интересъ. Опухоли эти въ большинствѣ случаевъ являются случайными находками при гистологическомъ изслѣдованіи послѣ операций, предпринятыхъ по какимъ-нибудь другимъ соображеніямъ.

Cystoadenoma pseudomucinosum (названная такъ вслѣдствіе содержанія въ ней псевдомуцина, не осаждающагося подъ вліяніемъ уксусной кислоты), достигаетъ часто огромныхъ размѣровъ. Самая большая была описана *Zacharias*, она вѣсила 132 килогр. — Въ то время какъ онѣ представляютъ большею частью многокамерныя опухоли, раздѣленныя перегородками на отдѣльныя полости, *cystoadenoma serosum* представляетъ однокамерную на видъ кисту, при внимательномъ же осмотрѣ ея и здѣсь въ большинствѣ случаевъ находятъ единичныя дочернія кисты.

Раковое перерожденіе серозныхъ кистоаденомъ, въ особенности же сосочковыхъ опухолей, наблюдается чаще, чѣмъ раковое перерожденіе псевдомуцинозныхъ опухолей (*Frankl*).

Фибромы представляютъ твердыя опухоли, нерѣдко подвергающіяся некрозу и клинически часто смѣшиваемыя съ субсерозными міомами матки.

Ракъ яичника, первичный или вторичный, напр., при ракѣ желудка, развивается, по *Lippert*'у, въ 10,66% всѣхъ случаевъ новообразованій яичниковъ. Встрѣчается также и въ дѣтскомъ возрастѣ. Наконецъ, *дермоиды* *); по *R. Meyer*'у, въ качествѣ продукта всѣхъ трехъ зародышевыхъ листковъ, они до извѣстной степени представляютъ прототипъ плода, содержатъ всѣ виды тканей (мышцы, кости, хрящъ, гангліозныя клѣтки, невроглію, ткани глаза, уха, щитовидной железы и т. п., особенно же часто сало, волосы и зубы) и тоже могутъ подвергаться раковому перерожденію.

Направленіе роста яичниковыхъ опухолей можетъ быть различнымъ. Для уясненія см. рис. 105, 106, 107. Очень часто образуются сращенія съ сосѣдними петлями кишекъ.

Анатомическій субстратъ, изъ котораго чаще всего образуется *ножка*, указанъ на рис. 106.

Перекручиваніе ножки представляетъ самое важное явленіе и наблюдается чаще всего при опухоляхъ средней величины. При опухоляхъ на длинной ножкѣ такое перекручиваніе легко

*) Тератомы, эмбриомы (ред.).

объясняется механическими причинами при ростъ опухоли, перистальтикой кишекъ, передвиженіями содержимаго брюшной

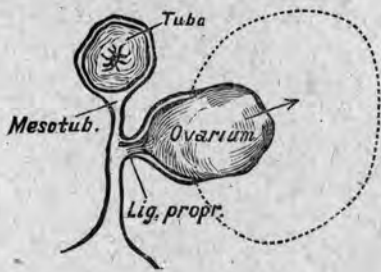


Рис. 105.— Ростъ опухоли по направленію кнаружи.

полости при дыханіи, внезапными сотрясеніями (при спортѣ), массажемъ и т. п. причинами. Слѣдствіемъ перекручиванія ножки является застой въ кистѣ, шокъ, раздраженіе брюшины и при самопроизвольномъ разрывѣ кисты обильное кровоизліяніе въ брюшную полость, ileus, главнымъ образомъ при

существованіи сращеній и т. д. Относительно нерѣдко наблюдаются случаи *проникновенія микробовъ въ вещество опухоли* черезъ лимфатическіе или кровеносные сосуды или *per continuitatem*.
Симптомы. При небольшихъ кистахъ безъ осложненій симптомовъ можетъ и совсѣмъ не быть, при осложненіяхъ же, напр., при перекручиваніи ножки, внезапно появляются тяжелые симптомы, часто ошибочно толкуемые какъ воспаленіе слѣпой кишки, перитонитъ и т. п. При ростѣ замѣчается увеличеніе объема живота. Явленія давленія на мочевой пузырь и прямую кишку.

Діагнозъ. При небольшихъ и средней величины опухоляхъ распознаваніе при помощи двуручнаго изслѣдованія можетъ оказаться иногда необычайно легкимъ. Чѣмъ большихъ размѣровъ опухоль, чѣмъ болѣе она спаяна съ окружающими частями, чѣмъ больше выдвигаются на первый планъ перитонитическія явленія при внезапномъ перекручиваніи ножки, тѣмъ затруднительнѣе поставить діагнозъ.

Нерѣдко киста яичника *смѣшивается съ мышечнатою опухолью трубы*, но послѣдняя имѣетъ болѣе продолговатую форму, первая болѣе сферическую. Параметрическіе экссудаты легче достигаются введеннымъ для изслѣдованія пальцемъ, неподвижны и носятъ разлитой характеръ. Во избѣжаніе смѣшенія съ haematocoele retrouterinum дѣлаютъ пробный проколъ при помощи Працаевскаго шприца или шприца *Flatau* (см. рис. 71). Чрезвычайно трудно, а иногда совершенно невозможно, даже и при изслѣдованіи подъ наркозомъ и чрезъ прямую кишку (при этомъ, большой палецъ вводится во влага-

лище, чтобы опредѣлить высоту стоянія влагалищной части), поставить дифференціальныи діагнозъ между кистою яичника

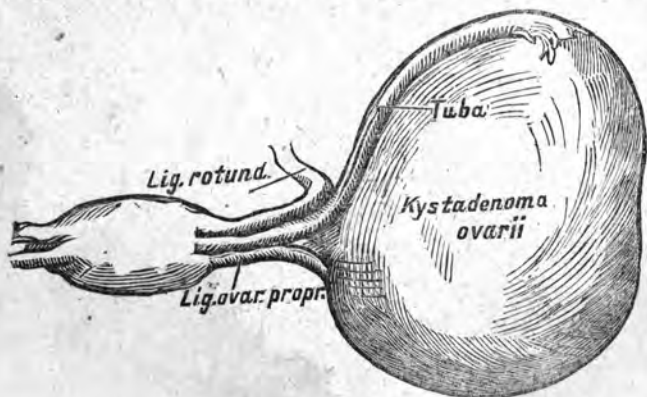


Рис. 106.—Образованіе ножки при опухоли яичника.

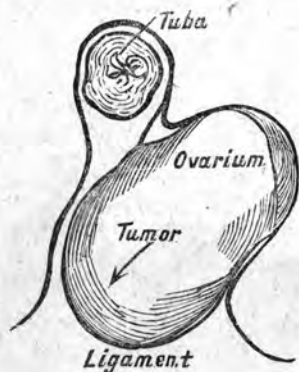


Рис. 107.—Ростъ опухоли по направленію кнутри (интралигаментарно).

и цѣлымъ плодомѣстилищемъ при *внѣматочной беременноти*. Случалось также нерѣдко, что ущемленная въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ киста бывала принята за *тѣло беременной матки* и діагностицировалась какъ *retroflexio uteri gravidi*. При внимательномъ отношеніи къ анамнезу и тщательномъ изслѣдованіи подѣ наркозомъ въ большинствѣ случаевъ удается избѣгнуть ошибки. То же относится и къ *нормальной беременноти*, при которой размягченное тѣло матки принимается за кисту, а болѣе плотная шейка — за увеличенную матку.

Большія опухоли почекъ (гидронефрозъ, блуждающая почка) и селезенки, а также и брюшная водянка часто создаютъ не меньшія затрудненія для распознаванія.

Помѣщенные здѣсь рисунки (рис. 108 — 111) даютъ указаніе, какъ толковать данныя изслѣдованія. Въ *опухоляхъ селезенки и почки* при хорошо



Рис. 108.—Данныя ощущенія при большой опухоли яичника.

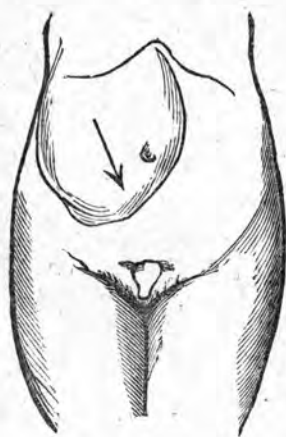


Рис. 109.—Опухоль печени.

разслабленной брюшной стѣнкѣ (въ случаѣ надобности наркозъ) прощупывается явственно нижній край, между тѣмъ



Рис. 110.— Опухоль селезенки.

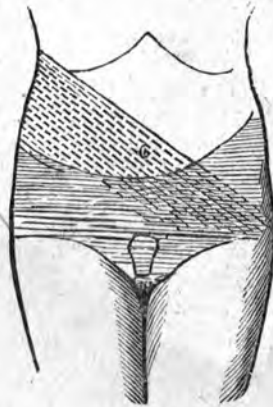


Рис. 111.— Ascites при спинно-боковомъ положеніи (при перкуссии).

какъ въ опухоляхъ яичника прощупывается обращенный вверху, въ сторону sternum выпуклый край. При опухоляхъ почекъ вопросъ часто рѣшается на основаніи цистоскопіи и катетеризаціи мочеточниковъ. *Асцитъ* — свободный и неограниченный сращениями — можетъ

быть распознанъ путемъ перкуссіи и на основаніи неизбежнаго при немъ перемѣщенія области притупленія книзу. *Особенно труденъ діагнозъ въ случаяхъ врожденнаго смѣщенія*

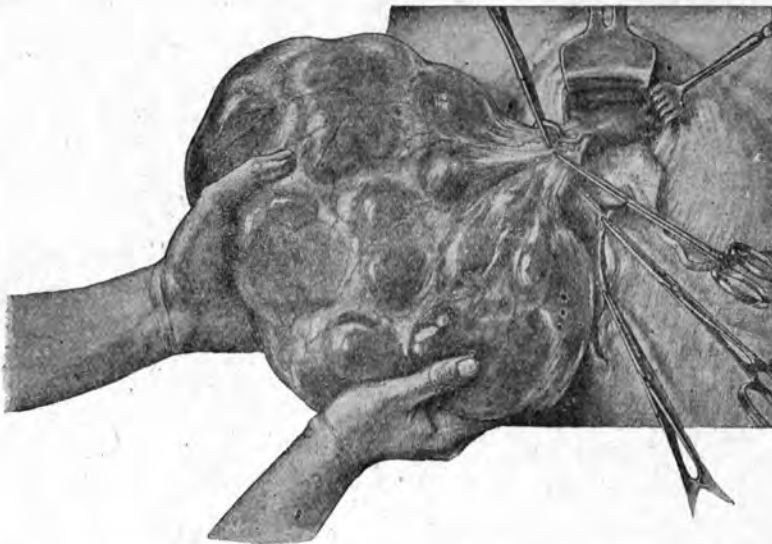


Рис. 112.— Экстирпация большой многокамерной кисты.

почки въ тазъ (цистоскопія и катетеризація мочеточниковъ), при эхинококкѣ тазовой брюшины и при стебельчатыхъ кистомѣмахъ матки. Подробности объ этомъ въ высшей степени

интересномъ вопросѣ дифференціальной діагностики см. большія руководства.

Прогнозъ. Въ виду возможности раковаго перерожденія, перекручиванія ножки или разрыва опухоли прогнозъ всегда сомнителенъ.

Терапія. Единственное и наилучшее леченіе — это удаленіе опухоли; въ зависимости отъ размѣровъ и подвижности ея операція производится либо *per laparotomiam*, либо *per colpotomiam*. Большинство операцій опухолей яичника въ настоящее время относится къ самымъ простымъ и наименѣе опаснымъ.

Глава VII.

Пороки развитія. Инородныя тѣла. Поврежденія половыхъ органовъ.

I. Пороки развитія.

Этіологія. Хотя часть уродствъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ видныхъ авторитетовъ, и можно объяснить воспалительными процессами въ эмбриональной жизни, однако, подавляющее большинство ихъ слѣдуетъ разсматривать какъ пороки развитія. Для уразумѣнія ихъ необходимо знаніе эмбриологіи. Мы сошлемся здѣсь на трудъ *Tandler'a* въ руководствѣ *Opitz'a* и на болѣе извѣстные учебники. Помѣщаемая здѣсь таблица составлена на основаніи труда *Tandler'a*.

Таблица эмбриологическаго развитія женскихъ половыхъ органовъ.

Названіе остающагося органа.	Изъ чего развился органъ.
1. Ovarium.	Половой железы.
2. Eoophoron. } Paoophoron. }	Первичной почки.
3. Gartner'овъ ходъ.	Вольфова хода.
4. Tuba Fallopii, uterus, vagina.	Мюллерова хода.
5. Lig. rotundum.	Паховой связки первичной почки (хвостовой части).
6. Lig. ovarii proprium.	Паховой связки первичной почки (головной части).
7. Lig. infundibulo-pelvicum.	Діафрагмальной связки первичной почки.
8. Vestibulum vaginae.	Sinus urogenitalis.

Помимо этихъ преобразованийъ въ эмбриональномъ періодѣ происходятъ еще два перемѣщенія:

1. *Descensus ovariorum*. 2. *Ascensus renum*.

Зачатки половыхъ желёзъ находятся въ поясничной области, зачатки почекъ въ области позднѣйшей впадины крестцовой кости. Если они при странствованіи своемъ гдѣ нибудь застреваютъ, то образуются измѣненія положенія, изъ коихъ наиболѣе часто наблюдаются высокое положеніе яичника выше *lineae terminalis* при *status infantilis*, и низкое положеніе почки, извѣстное подъ названіемъ тазовой почки.

Такъ какъ въ образованіи женскихъ половыхъ органовъ участвуютъ главнымъ образомъ Мюллеровы ходы, то при остановкѣ въ развитіи ихъ должны возникать полные или частичные пороки развитія.

1. Полный порокъ развитія: аплазія всего маточно-влагалищнаго канала встрѣчается очень рѣдко. Клиническимъ путемъ ихъ обнаружить невозможно. Недавно я наблюдалъ случай, когда при изслѣдованіи *per rectum* подъ наркозомъ не удалось обнаружить ни влагалища, ни матки, ни яичниковъ. Одно только гистологическое изслѣдованіе можетъ установить, имѣются ли зачатки этихъ органовъ.

2. Такъ какъ маточно-влагалищный каналъ образуется изъ двухъ отдѣльныхъ частей, Мюллеровыхъ ходовъ, которые сливаются въ одинъ, то нерѣдко наблюдаются пороки развитія, указывающіе на первоначальное состояніе.

Если одинъ изъ Мюллеровыхъ ходовъ отстаётъ въ развитіи, то образуется либо *uterus unicornis*, либо *uterus unicornis* съ обособленнымъ придаточнымъ рогомъ.

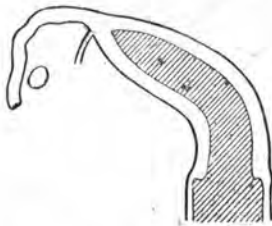


Рис. 113. — *Uterus unicornis*.



Рис. 114.—*Uterus bicornis* съ зачаточнымъ придаточнымъ рогомъ.

Если оба Мюллеровыхъ хода развиваются въ одинаковой степени, но не сливаются, то образуется *uterus duplex separatus didelphys* съ однимъ или двумя влагалищами. Если не происходитъ образованія маточной полости, то образуется *uterus*

solidus rudimentarius. Если слияніе Мюллеровыхъ ходовъ бываетъ неполнымъ, то говорятъ объ *uterus bicornis unicollis* или *bicollis*.

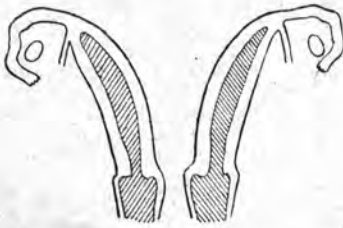


Рис. 115. — *Uterus duplex separatus* (*uterus didelphys*).

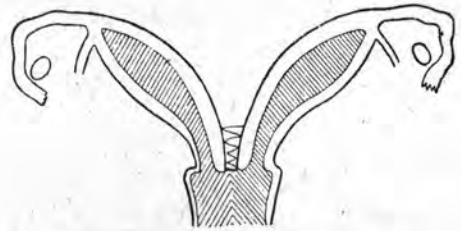


Рис. 116. — *Uterus (pseudo) didelphys*.

Если имѣется только намекъ на такое раздѣленіе, то говорятъ объ *uterus septus*, какъ говорятъ о *vagina septa*.

Объ *uterus foetalis* говорятъ въ тѣхъ случаяхъ, когда шейка, какъ у зародыша, шире и длиннѣе, чѣмъ тѣло матки, а объ

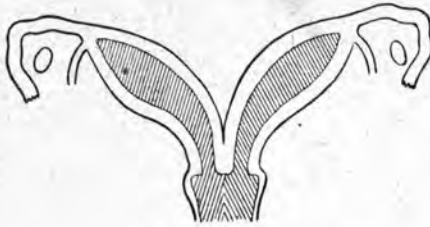


Рис. 117. — *Uterus bicornis bicollis*.

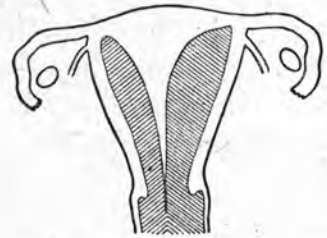


Рис. 118. — *Uterus septus*.

uterus infantilis — въ тѣхъ случаяхъ, когда тѣло матки равно по ширинѣ шейкѣ, при чемъ длина всего органа въ цѣломъ по меньшей мѣрѣ вдвое больше ширины его (*Frankl*).

О терапевтическомъ значеніи *status infantilis* мы уже говорили.

На порокахъ развитія влагалища, которое образуется одновременно съ маткою путемъ слиянія Мюллеровыхъ ходовъ, мы не будемъ долго останавливаться. Двойное влагалище, одинъ каналъ котораго оканчивается слѣпо, можетъ, какъ я наблюдалъ это въ одномъ случаѣ, повлечь за собой бесплодіе. Съ устраненіемъ перегородки этотъ порокъ развитія быстро излечивается. *Vagina septa* наблюдается довольно часто. Если перегородка служитъ препятствіемъ для половыхъ сношеній, ее удаляютъ. Инфантильное, слишкомъ узкое влагалище можно сдѣлать шире при помощи массажа, какъ упоминалось уже, когда рѣчь шла о бесплодіи (стр. 80).

Интересны и важны въ терапевтическомъ отношеніи атрезіи маточно-влагалищнаго канала. Поскольку онѣ не возникли

вообще только послѣ рожденія подѣ влияніемъ воспалительныхъ сращеній, происхождение ихъ объясняется или воспалительными процессами въ эмбриональномъ періодѣ жизни, или же неправильностями развитія.

Различаютъ:

1. Atresia vulvaris,
2. „ hymenalis,
3. „ vaginalis,
4. „ uterina.

Симптомы ихъ были указаны въ главѣ о менструаціи. Лечение обычно оперативное, заключающееся въ томъ, чтобы возстановить проходимость зарощеннаго пути. При полномъ отсутствіи влагалища нѣкоторые операторы создають годное для половыхъ сношеній влагалище изъ участка тонкой или прямой кишки.

Пороки развитія яичниковъ (аплазія, гипоплазія) и трубъ (особенно сильная извилистость ихъ, инфантилизмъ трубы по *W. A. Freund*'у) представляютъ тѣмъ меньше интереса для врача практика, что въ терапевтическомъ отношеніи мы противъ нихъ безсильны.

Гермафродитизмъ. Истинный гермафродитизмъ, встрѣчающійся у многихъ растений, у человѣка не наблюдается. Истинный гермафродитъ долженъ былъ бы, по *Neugebauer*'у, оплодотворять и быть способнымъ забеременѣвать. Но такъ какъ истинныхъ гермафродитовъ не бываетъ, то можно, стало быть, говорить только о *псевдо-гермафродитахъ*. Въ пяти случаяхъ анатомически установлена была гермафродитическая железа (ovotestis). Такая железа встрѣчается также у самокъ кротовъ. Такія железы слѣдуетъ считать съ функціональной точки зрѣнія за однополую (*Menge*).

Если исключить эти рѣдкіе случаи, то всѣ прочіе случаи гермафродитизма можно подраздѣлить на

- a) Pseudohermaphroditismus masculinus (функціонируетъ мужская половая железа).
- b) Pseudohermaphroditismus femininus (функціонируетъ женская половая железа).

Такимъ образомъ, при экспертизѣ относительно пола гермафродита рѣшающее значеніе имѣетъ наличность функціонирующей мужской или женской половой железы.

Всѣ прочіе пороки развитія легко объяснить на основаніи эмбриологіи.

2. Инородныя тѣла.

Инородныя тѣла во влагалищѣ представляютъ явленіе не рѣдкое и вводятся частью съ цѣлью мастурбаціи, частью для предупрежденія зачатія или же съ цѣлью вызвать преступный выкидышъ.

Во влагалищѣ находили головныя шпильки, пессаріи, восковыя и стеариновыя свѣчи, обломки маточныхъ зеркалъ, чайные стаканы, даже подсвѣчникъ; мнѣ лично недавно пришлось удалить изъ влагалища кусокъ банана, введенный во влагалище въ качествѣ предохранительнаго средства. Эти инородныя тѣла могутъ совершенно окаменѣть вслѣдствіе отложенія известковыхъ солей и представляютъ тогда чрезвычайныя затрудненія при извлеченіи. Самое цѣлесообразное распилить инородное тѣло посредствомъ пилы *Gili* на двѣ части, которыя затѣмъ можно легко извлечь.

3. Поврежденія.

Поврежденія наружныхъ половыхъ частей и влагалища могутъ быть обусловлены слѣдующими причинами:

- 1) т. н. раненія отъ паденія на коль,
- 2) поврежденія при половыхъ сношеніяхъ,
- 3) поврежденія во время родовъ,
- 4) оперативныя раненія.

Въ то время какъ первая и вторая группа раненій наблюдаются относительно рѣдко, двѣ послѣднія группы хорошо знакомы акушеру и достаточно подробно описаны въ руководствахъ по акушерству въ видѣ самопроизвольныхъ или операціонныхъ разрывовъ промежности. Въ послѣднюю категорію входятъ введенный *Dürhssen*'омъ влагалищно-промежностный разрѣзъ и эпизиотомія. Насколько легко образуются во время беременности разрывы влагалища, видно изъ описаннаго мною случая, когда при ручномъ удаленіи остатковъ выкидыша влагалищный сводъ былъ прободенъ *пальцемъ* и чрезъ отверстіе извлеченъ яичникъ.

Раненія матки происходятъ главнымъ образомъ при преступномъ выкидышѣ; излюбленнымъ мѣстомъ прободенія является въ этихъ случаяхъ задняя стѣнка матки. Очень часто происходятъ раненія зондами и кюретками. Особенно опасны щипцы для удаленія выкидыша, которыми отрывались и извлекались наружу не только сальникъ и петли тонкихъ кишекъ,

но, какъ мнѣ самому пришлось видѣть, цѣлый кусокъ толстой кишки и, какъ описываетъ *Frankl*, кусокъ межпозвоночнаго хряща и кусокъ *promontorium'a*.

Терапія. Долгъ каждаго врача, у котораго произошелъ случай прободенія, пригласить на помощь спеціалиста или отправить больную въ клинику. Тѣмъ временемъ надо воздержаться отъ какихъ бы то ни было мѣропріятій, какъ промыванія, зондированіе, продолженіе операціи. Отъ характера случая и отъ возрѣнія хирурга зависитъ, будетъ ли зашито поврежденіе, или же произведена полная экстирпація матки. Получающіеся при родахъ надрывы и разрывы шейки матки могутъ достигать такихъ размѣровъ, особенно въ случаяхъ оперативныхъ родоразрѣшеній при недостаточномъ раскрытіи зѣва, что въ будущемъ они могутъ давать поводъ къ заболѣванію эндометрія и могутъ потребовать гинекологической помощи. Извѣстная операція *Emmet'a* состоитъ въ освѣженіи стараго рубца и наложеніи шва (см. рис. 62).

На разрывахъ матки мы здѣсь подробно останавливаться не можемъ.

Приведемъ еще здѣсь краткое описаніе свищей полового канала:

Подраздѣленіе. Свищи раздѣляются на:

- 1) уретрально-влагалищные,
- 2) пузырно-влагалищные,
- 3) пузырно-маточные,
- 4) мочеточнико-влагалищные,
- 5) прямокишечно-влагалищные,
- 6) толстокишечно- и тонкокишечно-влагалищные и кишечно-маточные свищи (рис. 119).

Этіологія. Различаютъ *самопроизвольные* (вслѣдствіе чрезмерно продолжительныхъ родовъ, некрозы отъ давленія) и *насильственные влагалищные свищи*. Къ числу послѣднихъ относится, напр., случай выкидыша, когда женщина сама себѣ производитъ свищъ при помощи крючка для вязанья.

Сообщенія между мочеточникомъ и влагалищемъ часто возникали раньше при расширенной полной экстирпаціи матки по поводу карциномы, при влагалищныхъ операціяхъ и т. д.

Прямокишечно-влагалищные свищи образуются преимущественно послѣ разрывовъ промежности третьей степени.

Кишечно-влагалищные и кишечно-маточные свищи образуются послѣ случайныхъ прободеній или послѣ операцій.

Симптомы ясны и подробное изложение их излишне.

Диагноз. Диагноз может быть очень легким, но может также представлять большія затрудненія. Начинающему рекомендуется въ случаях истеченія мочи черезъ влагалище или, вообще, при непрерывномъ отхожденіи мочи влить въ мочевой пузырь черезъ катетеръ кипяченое сильно разведенное молоко. Влагалище осматриваютъ при помощи зеркаль. Бѣлая струя жидкости указываетъ мѣстонахожденіе свищевое отверстие. При фистулахъ мочеточника влитое молоко, конечно, не будетъ вытекать. Въ этихъ случаяхъ легко поставить діагнозъ при помощи цистоскопа, а при помощи катетера для мочеточника можно даже опредѣлить точно мѣсто нахождения свища.

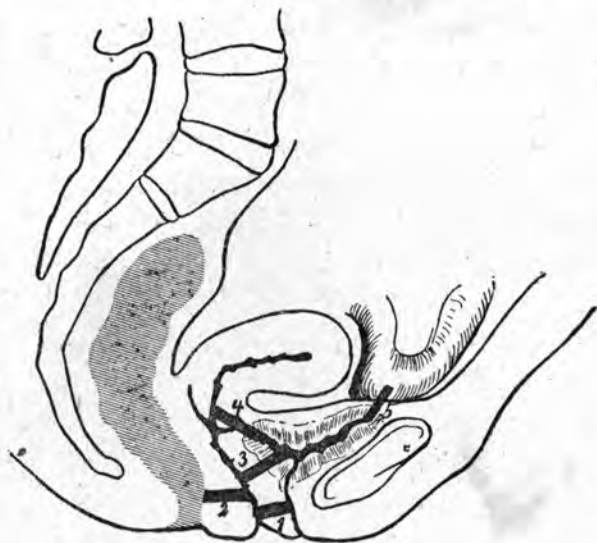


Рис. 119. — Свищи половыхъ органовъ.

1. Уретро-влагалищный свищъ. 2. Прямокишечный влагалищный свищъ. 3. Пузырно-влагалищный свищъ. 4. Пузырно-маточно-влагалищный свищъ. 5. Тонко-кишечно-пузырные свищи.

детъ вытекать. Въ этихъ случаяхъ легко поставить діагнозъ при помощи цистоскопа, а при помощи катетера для мочеточника можно даже опредѣлить точно мѣсто нахождения свища.

Терапія. Для излеченія свищей, представляющихъ одно изъ самыхъ мучительныхъ страданій, требуется оперативное вмѣшательство. Освѣжаютъ края свищевое отверстие, отдѣляютъ мочевой пузырь, зашиваютъ отверстие мочевого пузыря первымъ этажемъ шва, отверстие во влагалищѣ въ видѣ второго этажа. Аналогичнымъ же образомъ поступаютъ и при свищахъ между прямой кишкой и влагалищемъ, присоединяя еще пластическую операцію промежности. При свищахъ мочеточника вшиваютъ мочеточникъ въ мочевой пузырь. При кишечныхъ свищахъ дѣлаютъ резекцію кишекъ. На чрезвычайно трудномъ способѣ заживленія большихъ дефектовъ мочевого пузыря путемъ пластическаго закрытія ихъ при помощи тѣла матки *) мы здѣсь останавливаться не будемъ.

*) Операція проф. Н. М. Волковича (Ред.).

Глава VIII.

Отношеніе къ сосѣднимъ органамъ.

Вслѣдствіе анатомическаго положенія женскихъ половыхъ органовъ между мочевой системой и кишечнымъ каналомъ (*inter faeces et urinas nascimur*) заболѣванія этихъ органовъ имѣютъ важное значеніе въ гинекологическомъ отношеніи, а потому мы считаемъ нужнымъ дать здѣсь хотя бы краткое описаніе ихъ.

А. Мочевыдѣлительная система.

Диагностическія свѣдѣнія. Благодаря изобрѣтенію цистоскопа (*Nitze*) изслѣдованіе мочеиспускательнаго канала, мочеточниковъ и почечной лоханки стало настолько точнымъ, что каждый гинекологъ долженъ быть знакомъ съ техникой пользованія этимъ инструментомъ и катетеризаціей мочеточниковъ.

Несмотря на прекрасныя руководства по цистоскопії у женщины, образцово составленныя именно для начинающихъ (*Stöckel*'я, *Knorr*'а), для владѣнія техникой этихъ изслѣдованій точно такъ же безусловно необходима практическая подготовка. Въ сравненіи съ этимъ способомъ изслѣдованія химическое и бактериологическое изслѣдованіе мочи, расширеніе мочеиспускательнаго канала и ощупываніе мочевого пузыря пальцемъ, а также и двуручное изслѣдованіе играютъ только второстепенную роль.

1. *Мочеиспускательный каналъ.* При тѣсной анатомической связи между мочеиспускательнымъ каналомъ и переднею стѣнкою влагалища измѣненія положенія послѣдняго (см. соотв. гл.) должны отражаться и на мочеиспускательномъ каналѣ. Послѣдствія такихъ измѣненій положенія, особенно недержаніе мочи, будутъ описаны отдѣльно. Къ измѣненіямъ положенія относится также *выпаденіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала*, часто наблюдающееся у слабыхъ дѣтей и у пожилыхъ женщинъ.

Диагнозъ: ярко-красное возвышеніе слизистой оболочки, величиной отъ горошины до вишни, посрединѣ котораго находится наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала.

Леченіе: радіальная каутеризація*) или удаленіе слизистой оболочки при помощи ножа. О значеніи воспаленія мочеиспу-

*) Также діатермія (ред.).

скательнаго канала при гонорреѣ и леченіи его уже была рѣчь въ соотвѣтственной главѣ. Изъ новообразованій встрѣчаются, кромѣ рака мочеиспускательнаго канала, нерѣдко еще *поллипы* мочеиспускательнаго канала (*carunculae urethrales*). Ихъ трудно діагностицировать при помощи уретроскопа *Valentin'a* — трубки, которая вводится при помощи obtуратора въ мочеиспускательный каналъ и освѣщается при помощи миниатюрной лампочки; удаляютъ ихъ при помощи электрической раскаленной петли. *Карциномы* требуютъ леченія радіемъ или оперативнаго вмѣшательства.

Самыя тяжелья раненія мочеиспускательнаго канала возникаютъ послѣ *гемистеотоміи* и *симфизеотоміи*, особенно у первородящихъ, когда послѣ оперативнаго расщепленія тазового кольца приходится накладывать щипцы. При леченіи отдають предпочтеніе оперативнымъ мѣрамъ передъ опаснымъ впрыскиваніемъ парафина въ сосѣдную ткань (смертельный эмболіи). Сюда же относится и образованіе *уретро-вагинальныхъ свищей*, основной принципъ леченія которыхъ заключается въ томъ, что сначала высепаровываютъ уретру въ области свища, затѣмъ зашиваютъ отверстіе въ мочеиспускательномъ каналѣ, а поверхъ этого шва накладываютъ шовъ на влагалище. Затѣмъ по предложенію *Stöckel'*я вкалываютъ вплотную у симфиза троакаръ во влагалище, чтобы дать стокъ черезъ него мочѣ и такимъ образомъ защитить свѣже-сшитый мочеиспускательный каналъ (инфрасимфизарный дренажъ).

Къ числу частыхъ заболѣваній у женщинъ относится *incontinentia urinae*, въ большинствѣ случаевъ относительная, рѣдко абсолютная. Различаютъ:

1. *Incontinentia muscularis* (при пораненіи сфинктера; послѣ чрезмѣрнаго растяженія sphincter'a при пальцевомъ изслѣдованіи, послѣ продолжительныхъ родовъ).

2. *Incontinentia per tractionem* (рубцы, *descensus* или *prolapsus vaginae*, измѣненія положенія матки, міомы и т. п.).

3. *Incontinentia nervosa* (напр., *enuresis nocturna infantium*, при отсутствіи какого-либо органическаго дефекта).

Леченіе. Противъ мышечной и нервной формы рекомендуется вибраціонный массажъ, прижиганія мочеиспускательнаго канала, электризація и многіе другіе способы. Отъ операций, которыя при этомъ часто ведутъ къ ухудшенію, лучше воздержаться.

При *incontinentia per tractionem* устраненіе основной причины излечиваетъ и недержаніе мочи. *Ischuria*, т. е. затрудненное

мочеиспускание, при чемъ моча съ трудомъ отходить по каплямъ, чрезвычайно часто наблюдается въ послѣродовомъ періодѣ. Переменная положенія (сидячее или стоячее), тепловатая обливанія, термофоръ, увѣщеванія лучше небезопаснаго катетера, который часто вмѣсто излеченія легко вызываетъ *cystitis puerperalis*.

Различаютъ:

1. *Ischuria mechanica* (стриктуры, опухоли, инородныя тѣла, камни мочевого пузыря, опухоли мочевого пузыря, опухоли малаго таза, преимущественно дермоиды, расположенные между мочевымъ пузыремъ и маткою, шейчныя міомы передней стѣнки; классическая *ischuria* — при *retroflexio uteri gravidi*).

2. *Ischuria nervosa*, преимущественно у истеричныхъ и неврастеничныхъ особъ.

Лечение первой формы состоитъ въ устраненіи основной причины, при второй формѣ примѣняютъ внушеніе и электризацію (одинъ электродъ въ мочеиспускательный каналъ, другой — на брюшную стѣнку).

О рѣдкихъ формахъ пороковъ развитія, какъ гипоспадія и эписпадія — расщепленіе таза, *ectopia vesicae*, мы здѣсь, въ виду рѣдкости ихъ, только упомянемъ.

2. *Мочевой пузырь*. Самымъ частымъ заболѣваніемъ мочевого пузыря является *циститъ*.

Этіологія. Проникновеніе бактерій съ присоединеніемъ еще какой-либо предрасполагающей причины, напр., что особенно важно, неполное опорожненіе мочевого пузыря (остаточная моча). Это состояніе всего характернѣе выражено при пролапсахъ, при которыхъ задерживающаяся въ глубинѣ *vesicosele* моча съ трудомъ можетъ быть опорожнена. Аналогичные предрасполагающіе моменты съ послѣдующей инфекціей черезъ катетеръ играютъ роль также и при упомянутой выше *ischuria puerperalis*. Дальнѣйшими предрасполагающими моментами являются расстройства питанія стѣнокъ мочевого пузыря, какъ, напр., у пожилыхъ женщинъ, послѣ отсепаровки мочевого пузыря при операціяхъ; раздраженія инородными тѣлами и камнями; измѣненія формы мочевого пузыря подъ вліяніемъ опухолей или параметритовъ, прорывъ гноя или кала въ мочевой пузырь и т. д. Бактерійная инфекція можетъ быть восходящей или нисходящей. Для восходящей инфекціи характерна инфекція черезъ катетеръ, для нисходящей формы — туберкулезный циститъ, развивающійся отъ почки.

Особая форма представляют *бульбозный отек* мочевого пузыря, главным образом при раке матки, и сводчатый мочевого пузырь, — род мышечной гипертрофии, развивающейся при хронических циститах или продолжительной ишурии.

Симптомы. Боли в области мочевого пузыря, тенезмы, чувство давления и жгучия боли при мочеиспускании (франц. *chaude pisse*). Лихорадка бывает редко и всегда заставляет подозревать начинающееся или существующее воспаление почечной лоханки.

Диагноз. Добывают мочу двумя порциями, подвергают ее микроскопическому (гнойная глыбка, бактерии) и химическому (реакция: щелочная, кислая при туберкулезе) исследованию. Осмотр добытой при помощи катетера мочи, мутность ее, особенно второй порции легко наводит на диагноз. При острых катархах не следует производить цистоскопического исследования.

Терапия. Постельное содержание. Термофор в область мочевого пузыря, не употреблять алкоголя, праной пищи. Обильное промывание мочевого пузыря путем обильного питья минеральных вод (Fachingen, Apollinaris, Helenenquelle и др.) и молока. В качестве внутренних дезинфицирующих: уро-тропин, гексал, салоль, при гонорее — гоносань.

Промывания чрез простой стеклянный катетер 3% раствором борной кислоты в 37° С, при упорных катархах способ *Kolischer'a*: в течение 8—10 дней впрыскивают в мочевой пузырь из шприца 15—20 куб. сант. *ol. sesami* + 10% хероформии, *airoli* или *dermatoli*. После такого лечения мочевого пузыря становится безболезненным и переносит инъекцию из шприца 1—2 куб. сант. 1/2% раствора *arg. nitrici*, в заключение доходят до 10 куб. сант. 5% раствора*).

Из опухолей мочевого пузыря следует упомянуть о папиллярных разрастаниях и раке мочевого пузыря. Они распознаются при помощи цистоскопа, их удаляют либо эндозвизикальным путем при помощи особых приспособляемых к цистоскопу инструментов, или путем вскрытия мочевого пузыря со стороны влагалища, или, еще лучше, со стороны брюшной стенки — *sectio alta*.

Иородная глыба и камни. Диагноз легко поставить при помощи цистоскопа. Удаление таким же путем, как и опухолей.

Пузырно-влагалищные свищи см. гл. VII.

3. *Pyelitis* и *pyelonephritis**).

*) Cit. по *Fehling'y* и *Franz'y*.

Pyelitis представляет воспаление почечной лоханки, при распространении процесса на паренхиму почек говорят о pyelonephritis.

Этиология. Восходящая инфекция со стороны мочевого пузыря или инфекция током крови, чаще всего возбудителем является *bact. coli*. Известен *pyelitis gravidarum*. Болезнь локализуется в большинстве случаев справа.

Симптомы. Боли в области больной почки, сильная лихорадка, превышающая 40° , часто ознобы. Лихорадка ремиттирующего типа. Моча содержит значительную примесь гноя.

Диагноз. При каждом лихорадочном заболевании надо иметь в виду пиэлит, и тогда легко поставить диагноз на основании свойств мочи, чувствительности при давлении в области почки и на основании данных цистоскопического исследования (катетеризация мочеточниковъ).

Терапия. Приснитцевскія обертыванія, в остальномъ лечение точно такое же, какъ описано при циститѣ. Чтобы не обременять больной почки, больныя должны всегда лежать на здоровомъ боку. По истечении трехъ дней послѣ спадеиія температуры женщина можетъ встать.

При безрезультатности такого лечения — катетеризация мочеточниковъ, часто достаточно ея одной; в противномъ случаѣ промыванія почечной лоханки 5 куб. сент. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % стерильнаго раствора перекиси водорода. Промывать не чаще 2 разъ в недѣлю. В болѣе тяжелыхъ случаяхъ нефротомія или нефректомиа.

В заключение упомянемъ здѣсь еще о блуждающей почкѣ, *ren mobilis*. При наличности подвижной опухоли в брюшной полости надо всегда ощупать область почек; отсутствіе тамъ почки заставляетъ заподозрить блуждающую почку. Рентгеноскопія и катетеризация мочеточника довершаютъ диагнозъ.

Терапія. Откармливаніе, в случаѣ необходимости нефропексія.

В. Кишечный каналъ.

Какъ и мочевыдѣлительная система, кишечный трактъ тоже находится у женщинъ в разнообразныхъ соотношеніяхъ съ половыми органами.

Анатомически онъ находится в тѣсномъ единеніи *per continuitatem* вслѣдствіе того, что кишечныя петли лежатъ непосредственно на внутреннихъ половыхъ органахъ женщины;

далѣе, вслѣдствіе взаимоотношеній между кровеносными сосудами обѣихъ системъ и, наконецъ, черезъ посредство лимфатическихъ сосудовъ. Какъ показали опыты съ инъекціею, именно эти послѣдніе имѣютъ въ особенности важное значеніе и по нимъ получаютъ превосходные пути сообщенія, главнымъ образомъ въ складкахъ брюшины, которыя идутъ отъ червеобразнаго отростка къ правому яичнику (lig. appendiculo-ovaricum) и отъ брыжжейки fl. sigmoideae къ лѣвому яичнику (lig. infundibulocolicum *Liepmann*); и та, и другая связка, впрочемъ, непостоянны.

Proctitis, periproctitis, выпаденіе прямой кишки, особенно же хроническій запоръ должны быть обязательно включены въ область гинекологическаго изслѣдованія. Равнымъ образомъ и геморрой, который часто приводитъ больныхъ къ врачу. *При кишечныхъ кровотеченияхъ надо произвести изслѣдованіе прямой кишки, хотя бы при помощи пальца, лучше ректоскопомъ, дабы не упустить изъ виду рака прямой кишки.*

Особенно важны отношенія между червеобразнымъ отросткомъ и придатками (см. рис. 120). Если при воспаленіи придатковъ девизомъ является: не оперировать, то при аппендицитѣ наилучшимъ способомъ леченія является скорая операція. Здѣсь, стало быть, правильно поставленный діагнозъ имѣетъ рѣшающее значеніе для всего хода болѣзни.

Симптомы аппендицита.	Симптомы сальпинго-оофорита.
<p>1. <i>Анамнезъ</i>: при полномъ здоровьи появленіе боли въ правомъ боку.</p>	<p>Постепенное развитіе послѣ предшествовавшаго заболѣванія половой сферы (бѣли, изслѣдовать на гонококки).</p>
<p>2. <i>Локализациія</i>: Чувствительность, опухоль, перкуторно тупость надъ lig. Pouparti, въ точкѣ Mac. Burney'я (по линіи, соединяющей spina il. ant. sup. съ пупкомъ на разстояніи сантиметровъ 6 отъ spina).</p>	<p>Двуручное изслѣдованіе, чувствительность, на уровнѣ lineae terminalis, по краю матки. Въ этомъ мѣстѣ прощупывается опухоль. Сказанное относительно вибраціоннаго массажа на стр. 22.</p>
<p>3. <i>Температура</i>. Явленія раздраженія брюшины; рвота; запоръ.</p>	<p>Въ большинствѣ случаевъ не столь рѣзко выражены.</p>
<p>4. Заболѣваніе на одной сторонѣ.</p>	<p>Въ большинствѣ случаевъ <i>двустороннее заболѣваніе</i>.</p>

Какъ ни легко можетъ быть иногда діагнозъ, настолько же большія трудности можетъ онъ представлять въ осложненныхъ случаяхъ. Описано много случаевъ первичнаго аппендицита и вторичнаго сальпинго-оофорита, а также много случаевъ первичнаго заболѣванія придатковъ и вторичнаго эпитифлита.

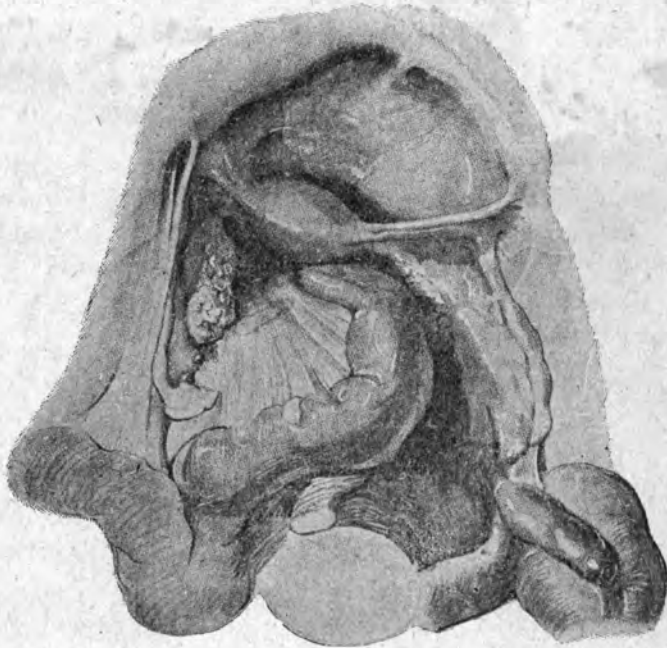


Рис. 120. — Эмпиема червеобразнаго отростка. Lig. appendiculo-ovaricum.

Хроническое теченіе воспаленія слѣпой кишки можетъ указывать на воспаленіе придатковъ. Лихорадка можетъ отсутствовать. Слѣпая кишка можетъ находиться ниже *linea terminalis* и быть принятой при двуручномъ изслѣдованіи за воспалительную опухоль трубы и яичника. Встрѣчается высокое положеніе яичника и трубы и односторонняя ихъ опухоль. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ начинающему настоятельно рекомендуется проявлять величайшую осторожность.

Воспаленіе слѣпой кишки нерѣдко наблюдается и во время беременности. Въ началѣ беременности можно оперировать безъ колебаній, не опасаясь вызвать прерываніе беременности.

Новыя изданія „СОТРУДНИКА“ по медицинѣ:

- Проф. Г. БРЕЗИКЕ—Анатомія челоуѣка. 3 ч.—по 2 р. 40 к.
Проф. В. КАРПОВЪ—Гистологія—2 р. 40 к.
Проф. ЦУНТЦЪ и ЛЕВИ—Физиологія челоуѣка. 2 т.—по 3 р. 20 к.
Проф. Е. ГЕДОНЪ—Физиологія челоуѣка—4 р. 20 к.
Проф. В. ЗАВЪЯЛОВЪ—Физиологія челоуѣка—1 р. 80 к.
Д-ръ А. ЮРЬЕВЪ—Физиологическая химія—1 р. 20 к.
Д-ръ Р. АБЕЛЬ—Бактеріологія—1 р. 80 к. (въ перепл.).
Проф. Л. ТАРАСЕВИЧЪ—Общая патологія—4 р. 80 к.
Д-ръ С. ИСАЕВЪ—Фармакологія—2 р. 40 к.
Д-ръ С. ИСАЕВЪ—Фармакологія и рецептура—1 р. 40 к.
Д-ръ М. ФРЕНКЕЛЬ—Фармакологія съ рецептурой—1 р. 40 к.
Д. МАРГОЛИНЪ—Химія, фармація и фармакогнозія—1 р. 80 к.
Д. МАРГОЛИНЪ—Краткая фармація и фармакогнозія—2 р. 40 к.
Проф. Г. КЛЕМПЕРЕРЪ—Клиническая діагностика—2 р. 40 к. (въ перепл.).
ШМИДТЪ и ФРИДГЕЙМЪ—Діагностика и терапія—2 р. 50 к. (въ перепл.).
Д-ръ С. ИСАЕВЪ—Частная патологія и терапія—3 р. 60 к.
Д-ръ С. ИСАЕВЪ—Внутреннія болѣзни и ихъ леченіе—1 р.
Д-ръ С. ИСАЕВЪ—Патологическая анатомія (съ атлас.)—3 р. 20 к.
Д-ръ М. ШНИРЕРЪ—Терапевтический справочникъ—2 р. 50 к. (въ перепл.).
Д-ръ С. ФРИДЪ—Сборникъ дешевыхъ рецептовъ—2 р. 10 к. (въ перепл.).
Д-ръ Э. КАНТОРОВИЧЪ—Praescriptiones. Сборникъ рецептовъ для клиники и практики—1 р. 40 к. (въ перепл.).
Прив.-доц. А. ФУКСЪ—Нервныя болѣзни—2 р. 80 к.
Д-ръ Е. БЪЛОВЪ—Нервныя болѣзни—1 р. 20 к.
Проф. В. ЧИЖЪ—Курсъ психіатріи—2 р. 50 к.
Проф. ТЮФЪЕ и ДЕФОССЪ—Малая хирургія—3 р. 60 к.
Проф. А. ШЕНВЕРТЪ—Вадемекумъ по хирургіи—2 р. (въ перепл.).
Проф. А. ШЕНВЕРТЪ—Полевая хирургія—60 к.
Проф. П. ТИХОВЪ—Хирургія съ механургіей—2 р. 20 к.
Проф. РЕЙТЕРЪ и КИРХГОФЪ—Частная хирургія—2 р. 40 к.
Д-ръ Е. МАКСИМОВЪ—Общая хирургія (хирург. патол.)—1 р. 40 к.
Д-ръ Г. НАВЯЖСКІЙ—Курсъ гинекологіи—2 р. 40 к.
Д-ръ Г. НАВЯЖСКІЙ—Курсъ акушерства—2 р. 40 к.
Проф. Г. РОССЪЕ—Вадемекумъ по акушерству—50 к.
Проф. Г. САЛЬГЕ—Дѣтская практика—1 р. 80 к. (въ перепл.).
Д-ръ Р. КАЙЗЕРЪ—Болѣзни гортани, носа и уха—2 р. 40 к. (въ перепл.).
Д-ръ С. АБРАМОВЪ—Глазныя болѣзни—2 р. 10 к.
Проф. БЛАШКО и ЯКОВСОНЪ—Кожныя и венерическія болѣзни—1 р. 80 к.
Проф. Е. КРОМАЙЕРЪ—Кожныя и венерическія болѣзни—2 р. 10 к.
Д-ръ Г. НАВЯЖСКІЙ—Кожныя и венерическія болѣзни—2 р. 20 к.
Д-ръ Э. ЗАЛЬФЕЛЬДЪ—Практическая косметика—2 р. 40 к. (въ перепл.).
Д-ръ мед. В. КАНЕЛЬ—Уходъ за больными—2 р. 80 к.
Д-ръ мед. В. КАНЕЛЬ—Первая помощь—1 р. 60 к.
Проф. Г. МАЙЕРЪ—Первая помощь—2 р. 40 к. (въ перепл.).
Проф. Ю. ШЕФФЪ—Зубныя болѣзни—65 к.
И. ВИКТОРОВЪ—Учебникъ латинскаго языка для фельдшеровъ—75 к.

ц. 2 р. 10 к.