

В.С. ГРУЗДЕВ

—
ГИНЕКОЛОГИЯ

akusher-lib.ru

М. С. Груздев

В. С. ГРУЗДЕВ



ГИНЕКОЛОГИЯ

ИЗДАНИЕ ТРЕТЬЕ

*Научно-технической секцией Государственного ученого совета
допущено в качестве руководства для высшей медицинской школы*

*

ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА
ЛЕНИНГРАД
1930

СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ
ПОКОЙНОГО УЧИТЕЛЯ
ПРОФЕССОРА
*ВЯЧЕСЛАВА АВКСЕНТЬЕВИЧА
МАНАСSEИНА*

ПОСВЯЩАЕТ АВТОР

*

ОТ АВТОРА

Вышедшее в свет в 1922 г. первое издание настоящего руководства весьма быстро разошлось, и уже через каких-нибудь два года явилась нужда в новом издании. К сожалению, не зависевшие от меня обстоятельства помешали мне заняться этим делом, тем более, что новое издание потребовало значительной переработки и дополнений. За те годы, которые истекли со времени появления первого издания настоящей книги, гинекология вообще и русская гинекология в частности сделали весьма значительные шаги вперед. В области гинекологической диагностики нашли себе широкое применение многие так называемые биологические реакции; в патологии женских болезней видное место заняло учение о конституциях, а равно выдвинулось значение профессиональных вредностей; в терапии гинекологических заболеваний выступил профилактический уклон, и круг применения оперативного лечения значительно сузился за счет таких неоперативных методов, как радиотерапия, протеиновая терапия и пр.

Введя в настоящее издание своей книги соответственные дополнения, я, однако, сохранил тот общий ее характер, какой она имела в первом издании. И в этом издании учение о женских болезнях излагается в том виде, как я много лет читал его в стенах Казанского университета, т. е. я сначала излагаю в нем основы диагностики женских болезней, затем — их патологию и, наконец, терапию гинекологических заболеваний, как неоперативную, так и оперативную.

Имея в виду двоякую цель настоящего труда: с одной стороны, служить учебником для студентов, с другой, — быть спутником в их дальнейшей врачебной деятельности, я по примеру многих авторов аналогичных же трудов считал удобным напечатать

его по внешности двойко: на шпонах напечатаны в нем более важные и более твердо установленные данные, знакомство с которыми необходимо и для студента, и для врача, без шпон — данные второстепенного значения (исторические, статистические, гипотетические, имеющие более узкопрактический интерес и т. п.).

К руководству мною приложен список важнейших из известных мне трудов по тому или другому вопросу, имеющих в нашей литературе, дабы русский врач, желающий ознакомиться с соответствующим вопросом более детально, знал, куда ему обратиться.

Настоящее издание руководства иллюстрировано 275-ю помещенными в тексте рисунками, частью оригинальными, рисованными по препаратам, моделям, инструментам и пр. Казанской акушерско-гинекологической клиники (отмечены звездочкой), частью заимствованными, преимущественно из произведений русских гинекологов. Все эти рисунки исполнены художником Э. Э. Спорисом.

Проф. В. Груздев.

Казань,
1 декабря 1927 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора

ОТДЕЛ ПЕРВЫЙ

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Стр.

Сравнительное значение анамнеза и объективного исследования в диагностике женских болезней	3
--	---

I. Анамнез

1. Возраст больных	5
2. Менструация	6
Нормальный тип месячных и его отклонения от нормы	—
Аменоррея	7
Меноррагии	9
Метроррагии	13
Дисменоррея	14
Другие расстройства менструации	18
3. Половая жизнь	20
4. Родовая деятельность	22
5. Жалобы гинекологических больных	28
Боли	—
Бели	32
Другие расстройства со стороны половой сферы	34
Расстройства мочеиспускания	36
Расстройства дефекации	39
Расстройства со стороны отдаленных от половой сферы органов	41
Общие расстройства	44

II. Объективное исследование

1. Классификация методов объективного исследования гинекологических больных	47
2. Обычно применяемые методы гинекологического исследования	—
Подготовка больной к гинекологическому исследованию и положение ее при последнем	48

	<i>Стр.</i>
Наружное исследование	50
Внутреннее (рукавное) исследование	60
Комбинированное (бимануальное) исследование	65
3. Методы гинекологического исследования, применяемые в более редких случаях	75
Прямокишечное (ректальное) исследование	76
Исследование при помощи пулевых щипцов	80
Исследование под наркозом	82
Исследование зеркалами	83
Зондирование матки	90
Расширение цервикального канала	94
Пробное выскабливание и пробная эксцизия	103
Парацентез и пробная пункция	107
Исследование выделений полового канала	111
Исследование х-лучами	113
Исследование мочевых органов у женщины	114
Пробное чревосечение	120
Другие методы исследования, применяемые в гинекологии	121

ОТДЕЛ ВТОРОЙ

ПАТОЛОГИЯ БОЛЕЗНЕЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

I. Пороки развития женского полового аппарата

II. Воспалительные процессы в половой сфере женщины

1. Паразитарные воспаления женских половых частей	142
Микробные воспаления	—
Гоноррея	144
Сепсис	149
Сифилис	154
Бугорчатка	155
Дифтерия	159
Другие инфекционные заболевания женской половой сферы	—
Немикробные паразитарные воспаления	161
2. Трофические воспаления женской половой сферы	163

III. Новообразования женской половой сферы

1. Ретенционные опухоли	166
Дополнение. Эхинококк женской половой сферы	174
Слоновость наружных половых органов	175
Эстиомена вульвы	177
Крауроз вульвы	—
2. Проллиферирующие опухоли	178
Десмоидные опухоли	179
Фибромиомы	—
Липомы	195
Саркомы	—

	<i>Стр.</i>
Эндотелиомы	201
Эпителиальные опухоли	202
Острые кондиломы (папиллома)	205
Аденомы	206
Раковые опухоли	223
Смешанные опухоли и тератомы	240
Смешанные опухоли	—
Тератомы	242

IV. Аномалии положения различных частей женской половой сферы

1. Аномалии положения матки	248
Элевация матки	—
Опущение и выпущение (проляпс) матки	249
Выворот матки	256
Неправильные позиции матки	258
Патологические наклоны (верзии) матки	260
Патологические перегибы (флексии) матки	264
Поворот и перекручивание матки по продольной оси	263
Грыжи матки	269
2. Аномалии положения рукава	270
Опущение и выпадение рукава	—
3. Аномалии положения маточных придатков	272
Дополнение. Выполнения слизистой оболочки женской уретры	273

V. Травматические повреждения женских половых органов

1. Частота и этиология	275
2. Разрывы наружного зева	283
3. Разрывы промежности	285
4. Свищи женского полового канала	286
5. Гематомы и гематоцеле	292
6. Рубцовые изменения женских половых органов	294

отдел третий

ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

I. Профилактика, режим, классификация

1. Профилактика женских болезней	299
2. Режим гинекологических больных	302
3. Классификация методов лечения женских болезней и их относительное значение в современной гинекологии	311

II. Неоперативные методы гинекологической терапии

1. Влагиальные спринцевания и обмывания наружных половых частей	313
2. Постоянное орошение	323
Влагиальные впрыскивания и вливания	326

	<i>Стр.</i>
3. Внутриматочные промывания	328
4. Внутриматочные впрыскивания	329
5. Смазывание стенок полового канала	337
6. Введение лекарственных веществ в женский половой канал в твердом виде	340
7. Вапоризация	343
8. Сухой душ	348
9. Прижигания	350
10. Тампонация	353
11. Колюмнизация и кольпейриз	356
12. Лечение тяжестью	358
13. Массаж	359
14. Насильственное разрывание сращений по Ш у л ь ц е	366
15. Врачебная гимнастика	—
16. Пессарии и гистерофоры	367
17. Электротерапия	376
18. Диатермия (термопенетрация), фульгурация и электрокоагуляция	384
19. Рентгенотерапия	386
20. Радиотерапия	396
21. Светолечение	405
22. Местные кровопроизведения из маточной шейки (пиявки и скарификации)	407
23. Лечение застойной гиперемией по Б и р у	408
24. Клизмы, вливания в прямую кишку и суппозитории	409
25. Ванны	411
26. Компрессы, грелки, припарки и отвлекающие на кожу	418
27. Подкожные, внутривенные и внутримышечные впрыскивания и вливания	421
28. Вакциноотерапия и серотерапия	424
29. Протеиновая терапия	429
30. Лечение скипидаром по К л и н г л ь м ю л л е р у	431
31. Гемотерапия	432
32. Психотерапия	434
33. Внутренние лекарственные средства, наиболее часто употребляемые в гинекологии	—

III. Оперативное лечение женских болезней.

1. Операционная комната	147
2. Положение больных при гинекологических операциях и устройство операционного стола	450
3. Обеззараживание рук оперируемых и их одежда	453
4. Обеззараживание инструментов, перевязочного и лигатурного материала и пр.	456
5. Подготовка больных к гинекологическим операциям и дезинфекция операционного поля	464
6. Обезболивание при гинекологических операциях	467
7. Классификация гинекологических операций и общие правила их техники	484
8. Влажлистные чревосечения (кольпотомии)	487
9. Брюшностеночные чревосечения (лапаротомии)	504
10. Сакральный способ чревосечений	530
11. Послеоперационный уход за больными	531
<i>Указатель русской гинекологической литературы</i>	<i>561</i>

ОТДЕЛ ПЕРВЫЙ

*

*ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ
ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ*

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНАМНЕЗА И ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Распознавание болезней женских половых частей, как и распознавание всяких других заболеваний, производится на основании данных, получаемых, с одной стороны, путем субъективного исследования или анамнеза больных, с другой — путем объективного исследования последних. Какое значение должны иметь данные той и другой категории в деле постановки диагноза болезни, — на этот счет существуют различные взгляды. Одни представители современной медицины, у нас принадлежащие к петербургской школе проф. Боткина, решительно переносят центр тяжести дела в сторону объективного исследования, другие — представители московской медицинской школы проф. Захарьина — придают в распознавании болезней громадное значение умело и обстоятельно собранному анамнезу. Каждый из этих взглядов имеет за себя многое. Не подлежит сомнению, что наши больные, принадлежащие к тому же нередко к малокультурным слоям населения, или вовсе не в состоянии бывают ответить на многие вопросы врача, или дают на них спутанные, а зачастую и прямо неверные ответы, которые могут только вводить исследующего в заблуждение. Как свидетельствует постоянное наблюдение, нередко ощущения и интеллигентных больных являются часто обманчивыми, совершенно не соответствующими действительности. Надобно иметь в виду, наконец, что именно врачу-гинекологу сплошь и рядом приходится касаться таких интимных сторон жизни больных, что последние или стесняются отвечать на его расспросы, умалчивая об очень многом, или даже сознательно говорят неправду. Ввиду всего этого идеальной постановкой дела распознавания болезней была бы такая, когда врач диагности-

ревал бы болезнь совершенно так же, как химик, напр., определяет состав того или иного вещества.

Однако на практике достижение этого идеала,— как, впрочем, и всякого идеала,— является совершенно неосуществимым. Прежде всего определение болезни путем исключительно объективного исследования больных потребовало бы от врача слишком большого времени, ибо каждого больного ему тогда пришлось бы исследовать буквально с головы до ног. Анамнез тем, между прочим, и ценен для врача, что он сразу указывает ту область организма, на которую врач должен обратить особенное внимание,— указывает, какой орган или какая система органов преимущественно поражены болезнью. Диагностическая задача врача, таким образом, значительно суживается и упрощается. Однако даже и в этих более узких пределах врач зачастую не в состоянии бывает, какой орган или какая система органов преимущественно исследован. Несмотря на весь прогресс современной медицины, наши методы объективного исследования еще далеки от совершенства, да и больной человек не может быть таким объектом исследования, каким является то или другое мертвое вещество в руках химика. Особенно важное значение имеют анамнестические данные в деле постановки диагноза психогенных и вообще функциональных заболеваний.

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

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

1. АНАМНЕЗ

1. ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ

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

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

Важно, наконец, при постановке гинекологического диагноза иметь в виду, что некоторые заболевания женской половой сферы в различном возрасте дают различную клиническую картину: так,

напр., одно из самых обыкновенных гинекологических заболеваний, эндометрит, у старух протекает настолько своеобразно, что некоторые гинекологи различают, как особую клиническую форму этой болезни, *endometritis senilis*; фибромиомы матки у больных различного возраста растут с неодинаковой быстротой и пр.

2. МЕНСТРУАЦИЯ

Нормальный тип месячных и его отклонения от нормы

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

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

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

женщины могут представлять и различные другие отклонения от нормы, встречающиеся реже и имеющие менее важное практическое значение.

АМЕНОРРЕЯ

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

От такой физиологической аменорреи надо отличать аменоррею патологическую, которая может быть или абсолютной, когда месячные у женщины совершенно отсутствуют, или относительной, когда они появляются, но гораздо реже нормы, продолжаясь при этом лишь короткое время и будучи очень малыми по количеству отделяющейся крови. Патологическая аменоррея может иметь место при целом ряде общих заболеваний организма, сопровождающихся резкими расстройствами питания, напр., при диабете, нефрите, малокровии, ожирении, алкоголизме, морфинизме, раке, малярии, бугорчатке, тифе и др. общих инфекционных болезнях. Иногда также она может возникать под влиянием сильных психических аффектов (испуг), простуды и резких изменений жизненных условий женщины.

К этой последней категории относятся многочисленные случаи так называемой «полодной» или «военной аменорреи», наблюдавшиеся как в Западной Европе, особенно в Германии, во время империалистической войны, так и у нас — во время войны, революции и последующей общей разрухи. Большинство авторов ставит ее в связь с плохим питанием — именно недостатком или белков, или жиров в пище, другие — с тяжелыми психическими переживаниями.

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

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

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

защиты свищ,— и менструация, до того отсутствовавшая, вновь появляется у женщины.

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

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

М Е Н О Р Р А Г И И

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

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

Как и аменоррея, меноррагии иногда имеют место у женщин, у которых исследование не открывает никаких выраженных заболеваний ни в половой сфере, ни в других частях организма, не считая, конечно, вызываемого сильными кровопотерями общего малокровия. По современному взгляду на вещи такие меноррагии, наблюдающиеся чаще у молодых девушек, вероятнее всего поставить в связь с расстройствами внутренней секреции, т. е. или с избыточным образованием гормонов, которые, как яичниковой гормон, вызывают усиленный приток крови к половой сфере, или с недостаточным образованием гормонов противоположного характера.

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

Обычно принято думать, что гемофилия, или конституциональная кровоточивость, передаваясь наследственно через женщин, щадит их самих и проявляется только у мужчин. Однако наблюдения некоторых авторов,— у нас, напр., Орлова,—заставляют думать, что женщины являются не только передатчицами этой болезни, но иногда и сами заболевают ею. Мои личные наблюдения говорят также в пользу возможности гемофилии у женщин.

В большинстве случаев, однако, жалобы на меноррагии в анамнезе женщины свидетельствуют о присутствии у ней заболеваний половой сферы. Наиболее часто, повидимому, таким заболеванием является то, которое прежде было известно под названием хронического, или гиперпластического, или кровоточивого, эндометрита (*endometritis chronica hyperplastica s. haemorrhagica*) и рассматривалось как воспалительный процесс, в настоящее же время носит название гиперплазии эндометрия и наряду с так называемой хронической метропатией квалифицируется не как воспалительное заболевание маточной мукозы в строгом смысле слова, а как результат хронической гиперемии матки, находящейся в зависимости от гиперфункции яичников. И действительно, этот, так называемый прежде кровоточивый, эндометрит в большинстве случаев бывает, повидимому, оофорогенного происхождения, являясь спутником и последствием воспалительных заболеваний

яичников — оофорита и периоофорита. Повидимому, тут играет роль повышенное при этих заболеваниях образование в яичниках растущих фолликулов: хотя последние в дальнейшем и подвергаются атрезии, но все же усиленное образование их ведет к повышенному содержанию в яичниках или лютеиновых клеток (в theca фолликулов), или клеток m. granulosaе, т. е. таких элементов, которые, по современным воззрениям, выделяют гормон, вызывающий усиленный приток крови к матке; вследствие этого матка при оофорите и периоофорите находится в состоянии повышенной гиперемии, которая и ведет к гиперплазии эндометрия и меноррагиям.

Некоторые авторы (у нас — Александров) объясняют происхождение меноррагий при гиперфункции яичников тем, что последняя ведет к понижению свертываемости крови — не только менструальной, но и всей вообще. Этому противоречат, однако, наблюдения Гудим-Левковича, который прямыми исследованиями убедился, что свертываемость крови как во время менструации, так и вне ее является одинаковою.

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

Иногда, далее, происхождение меноррагий может крыться в венозном застое, имеющем место в матке. Типичным примером этого рода служат меноррагии, наблюдающиеся при ретроверзии и ретрофлексии матки. Обе названных аномалии положения матки сопровождаются обычно перегибом широких связок, в которых залегают сосуды, как приносящие кровь в матку, т. е. артерии, так и отводящие, т. е. вены. Перегиб этот, конечно, гораздо сильнее отражается на сравнительно тонкостенных венах, чем на артериях с их толстыми, упругими стенками. В результате приток крови к матке при ретроверзии и ретрофлексии бывает сохранен в нормальных пределах, отток же затруднен, и ретровертированная или ретрофлектированная матка нередко находится в состоянии венозной гиперемии, которая в менструальном периоде сказывается меноррагиями.

К меноррагиям могут быть причислены и так называемые климактерические кровотечения. Когда женщина вступает в климактерический возраст, то очень часто месячные у нее, прежде чем окончательно прекратиться, приходят некоторое время в форме меноррагий. Явление это наблюдается зачастую даже у женщин с анатомически совершенно нормальной половой сферой, но особенно часто развиваются климактерические кровотечения,

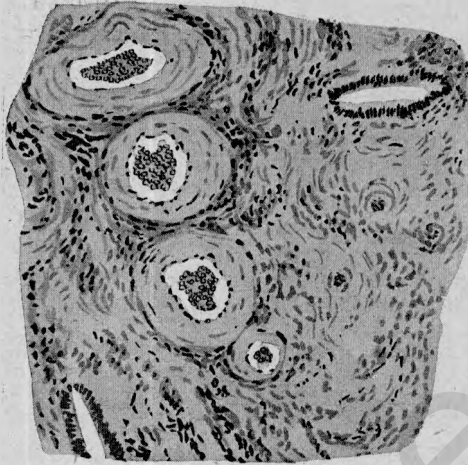


Рис. 1*. Слизистая оболочка матки при климактерическом кровотечении.

Большая 47 лет, последние 2 года страдала кровотечениями типа меноррагий. Бросаются в глаза сильно склерозированные сосуды в мукозе. Строма мукозы местами воспалительно инфильтрирована, местами представляет развитие волокнистой соединительной ткани, местами (вне изображенного на рисунке участка) пронизана диффузными кровоизлияниями.

разрывов капиллярных сосудов, как это бывает нормально, но и вследствие разрыва более крупных сосудов.

Практическое значение меноррагий гораздо более значительно, чем аменорреи. Если меноррагии, как это наблюдалось, иногда могут даже вести к смерти от острого малокровия, менее же значительные степени последнего бывают при них постоянно, то понятно, что борьба с ними является одной из обыкновеннейших задач врача-гинеколога. Лечение их должно быть, конечно, прежде всего направлено на устранение тех причин, которыми они вызываются. Но помимо этого гинекологам приходится лечить меноррагии и как таковые, независимо от болезней, симптомами которых они являются. Для этой цели было в различное время

достигающие притом высокой степени, у женщин с хроническими воспалениями матки и ее придатков, с фибромиомами матки, с неправильными положениями этого органа и т. п. Вероятнее всего происхождение таких климактерических меноррагий поставить в этиологическую связь со склерозом маточных сосудов, который у женщин данного возраста представляет собою отчасти физиологическое явление (рис. 1).

Уже отмеченное выше образование сгустков менструальной крови, наблюдаемое при меноррагиях, находит себе объяснение в том, что здесь кровь выделяется слизистой оболочкой маточного тела не только *per diapodesin* и путем

предложено и применяется до сих пор большое число различных средств, начиная с внутренних *styptica*, о которых речь будет ниже, при разборе терапии гинекологических заболеваний, и кончая такими формами оперативного вмешательства, как полное удаление матки.

МЕТРОРРАГИИ

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

Происхождение атипических маточных кровотечений, или метроррагий, не исчерпываются, однако, приведенными причинами.

Муратов, Марков и др. наблюдали, напр., метроррагии в зависимости от сифилиса, другие авторы отмечают возникновение атипических маточных кровотечений в связи с некоторыми другими, общими и местными, заболеваниями женщины.

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

ДИСМЕНОРРЕЯ

При нормальных условиях месячные приходят и протекают у женщины или без всяких болей, или лишь с незначительными болями в нижней части живота и пояснице. При опросе гинекологических больных врачу часто, однако, приходится слышать, что регулы у них сопровождаются сильными болями, — настолько сильными, что они являются одной из главных причин, заставляющих пациентку искать врачебной помощи. В подобных случаях гинеколог имеет дело с тем расстройством менструации, которое известно под названием дисменорреи.

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

Какие анатомические причины лежат в основе дисменорреи? Одно время в гинекологии господствовал взгляд Симса, объяснявшего происхождение дисменорреи чисто-механическими причинами, а именно затруднениями оттока менструальной крови из маточной полости вследствие или чрезмерной узкости церви-

кального канала, главным образом в верхней его части, в области внутреннего зева, или перегиба его при остроугольной антефлексии (рис. 2).

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

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

Однако наряду с такими случаями встречаются, как установил Шульце, и другие, где при наличии иногда очень сильной дисменорреи цервикальный канал на всем своем протяжении оказывается достаточно широким, напр., свободно пропускает маточный зонд с пуговкой около 1 мм в диаметре. Для объяснения подобных случаев некоторые авторы (Лебедев) указывают, что дисменорройные боли зависят от сокращений матки, необходимых не для изгнания менструальной крови, а для расширения выходных отверстий матки, внутреннего и наружного зева, почему в происхождении их играет роль не столько сужение этих отверстий, сколько ригидность окружающих их тканей; так именно, рубцовыми изменениями и спазмом круглых мышц цервикаль-



Рис. 2. Остроугольная антефлексия матки в сочетании с ретроверзией этого органа.

Такою представляется при исследовании матка у женщин с так наз. детской маткой (*uterus infantilis*), только во многих случаях этого порока маточное тело еще меньше по объему, а шейка — длиннее.

ного канала, объясняет Толмазов дисменоррею, наблюдающуюся нередко после искусственных и самопроизвольных выкидышей. Другие выдвигают учение о нервном происхождении дисменорреи, в пользу которого также имеются веские данные: клинический опыт учит, что болезненность месячных весьма нередко наблюдается у нервных женщин и в частности у истеричек, причем рациональное лечение истерии даже без всяких местных терапевтических мер ведет к исчезновению или ослаблению припадков дисменорреи, напр., последняя исчезает под влиянием внушения. К этой же категории относятся психические формы дисменорреи, напр., психо-травматическая форма, описанная у нас Эдельбергом.

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

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

В новейшее время весьма важную роль в происхождении дисменорреи приписывают конституциональным аномалиям женщины, особенно астенической конституции, при которой нервный аппарат тазовых органов бывает чрезмерно восприимчив ко всяким раздражениям, в том числе и к раздражению вызываемому менструальным приливом крови к органам женской половой сферы, а также к спазмофилии, при которой всякое раздражение весьма легко вызывает болезненное сокращение мышечных элементов. Некоторые авторы этой спазмофилией, именно возникающим на ее почве сокращением маточно-крестцовых связок при исследовании женщины, склонны объяснять и самое происхождение остроугольной антефлексии, значение которой при дисменоррее

было подмечено еще Симсом.. К аномалиям конституции относятся и инфантилизм, о роли которого при дисменоррее было сказано выше.

Разбирая вопрос о конституциональном происхождении дисменорреи необходимо отметить, что учение об аномалиях конституции, будучи продуктом новейшего времени, является еще до сих пор недостаточно разработанным, самая классификация этих аномалий еще неполно твердо установлена, и очень вероятно, что различные формы их зачастую комбинируются между собою.

Подводя итог только что сказанному о происхождении дисменорреи, правильнее всего будет прикнудить к воззрению тех авторов, которые думают, что это расстройство менструации в различных случаях имеет различное происхождение. Еще вернее будет сказать, что дисменоррея очень часто является результатом не одного, а нескольких факторов, причем в одних случаях ее играет преимущественную роль один фактор, в других — другой. В самом деле, при том же инфантилизме, напр., при котором так часто наблюдаются дисменоррейные припадки, мы встречаем, с одной стороны, резкую антефлексию, могущую в смысле Симса служить почвой для чисто механической дисменорреи, с другой — сплошь и рядом различные виды конституциональных аномалий организма женщины. При воспалительных заболеваниях женской половой сферы в возникновении менструальных болей могут играть роль и самовоспалительное заболевание, как таковое, и непроходимость цервикального канала в области внутреннего зева вследствие утолщения мукозы, и т. д.

Ввиду этого в каждом случае дисменорреи гинеколог первым делом должен выяснить, какие именно этиологические моменты обуславливают данное расстройство, ибо, лишь установив их, можно назначить правильное лечение дисменорреи. О характере последней можно отчасти догадаться уже на основании анамнестических данных. Для механической дисменорреи характерным является то обстоятельство, что она обыкновенно бывает первичною, т. е. регулы с самого их появления у девушки бывают болезненны; характерно здесь и то, что боли при регулах носят отчетливо спазмодический, схваткообразный характер. Наличие у пациентки резкой антефлексии и других признаков инфантилизма, определяемая путем бимануального исследования, и особенно непроходимость цервикального канала для маточного зонда окончательно выясняют диагноз. Первичной обычно бывает и дисменоррея, возникающая на почве аномалий конституции. Воспалительная дисменоррея также может быть распознана и на основании анамнестических данных, устанавливающих большую часть ее вторичный, приобретенный характер, и на основании бимануаль-

ющиеся в гнойных фокусах пирогенные вещества в большом количестве поступают в общий поток кровообращения, а это сопровождается температурной реакцией организма.

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

Говоря о тех расстройствах менструации, которые открываются врачом при собирании анамнеза у гинекологических больных, упомянем в заключение о менструальных кровотечениях из различных участков кожного покрова и слизистых оболочек других органов кроме матки. Так, в случае, описанном недавно Панкратовым, выделение менструальной крови происходило из кожи живота, ниже пупартовой связки. Такие кровотечения принадлежат большею частью к типу так наз. «викарных регул» и появляются при отсутствии или с прекращением у женщины нормальных месячных. В некоторых случаях, однако, они имеют место и при сохранении последних.

В случае Панкратова, напр., викарные регулы имели место у женщины с рудиментарной, не менструировавшей маткой и нормальными яичниками. В интересном же случае, описанном в печати Долгановым, женщина менструировала нормально, но параллельно с нормальными месячными у ней наблюдались кровотечения из кожи глазных век.

3. ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ

Закончив расспрос относительно месячных больной, врач-гинеколог переходит затем к собиранию анамнестических данных относительно половой жизни пациентки, осведомляясь у последней, имела ли она половые сношения и если имела, то с каких пор, регулярно или с значительными перерывами и пр., а также — носили половые сношения нормальный характер или же представляли какие-либо отклонения от нормы в смысле, напр., их болезненности, отсутствия при них полового удовлетворения и т. д.

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

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

Многие пациентки, далее, отвечая на вопрос врача-гинеколога о половых сношениях, сообщают о различных неправильностях последних — неправильностях, имеющих крупное патогномическое значение. Так, некоторые женщины жалуются на то, что *coitus* у них сопровождается атипическими кровотечениями; такие кровотечения являются крайне подозрительными, — зачастую, особенно у пожилых женщин, они указывают на развитие рака шейки, хотя иногда могут иметь место и при доброкачественных заболеваниях, напр., эктропионах, эрозиях и т. п. Иногда при расспросе выясняется, что нормальный *coitus* для больной оказывается механически совершенно невозможным; подобное явление указывает или на полное отсутствие рукава у женщины, или на наличие резких стенозов и атрезий его. Иногда, далее, расспрос выясняет, что попытки к половым сношениям оказываются совершенно невозможными вследствие сильнейшей болезненности; это является патогномичным большею частью для так наз. вагинизма, или спазма мышц, окружающих рукав — *constrictor'a cunni* (так наз. нижний вагинизм, *vaginismus inferior*) и *levator'a ani* (верхний вагинизм, *vaginismus superior*). Еще чаще приходится узнавать от пациенток, что болезненность при половых сношениях у них не настолько велика, чтобы совершенно исключать самую возможность правильного полового сношения, но все же заставляет больных искать врачебной помощи; подобная болезненность обыкновенно имеет место при инфантилизме, где наряду с другими внутренними половыми частями бывает недоразвит и рукав, а также при воспалительных процессах, особенно в маточных придатках и брюшине, где введение полового члена уже чисто меха-

нически раздражает больные органы, а равно ведет к усилению болей и та гиперемия половых частей, которою обыкновенно сопровождается акт полового сношения.

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

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

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

4. РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Если из расспроса выяснится, что пред врачом-гинекологом замужняя или вообще имевшая половые сношения женщина, то дальнейшие его вопросы должны касаться родовой деятельности

пациентки: врач спрашивает, была ли она беременна и если была то сколько раз и когда, как протекали у нее беременности, роды и послеродовые периоды.

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

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

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

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

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

Говоря о гоноррее, как причине бесплодия у женщины, необходимо иметь в виду то обстоятельство, что в большом проценте так наз. гонорройных браков причина бесплодия кроется не в жене, а в муже. Как известно, триппер у мужчины очень часто

осложняется орхитом или, точнее говоря, эпидидимитом, причем двухсторонний эпидидимит всегда ведет к утрате мужчиною способности оплодотворять женщину, а иногда неспособность быть отцом (*impotentia generandi*) развивается у мужчины и после одностороннего трипперного эпидидимита; семя у таких субъектов при исследовании оказывается или совершенно не содержащим сперматозоидов (*azoospermia*), или содержащим лишь небольшое количество семенных нитей, притом не обнаруживающих свойственных им в норме энергичных движений (*oligospermia*). По вычислениям некоторых авторов в 70% бесплодных гонорройных браков причина бесплодия лежит в мужчине, и лишь в 30% она кроется в патологических изменениях половой сферы у женщин; другие, как Мандельштам и Черток, в 30% определяют число бесплодных браков по вине мужа.

За последнее время с громадным распространением у нас искусственного прерывания беременности все более и более выясняется значительная роль, которую играют в этиологии бесплодия искусственные выкидыши. Конечно, операция искусственного выкидыша, произведенная как следует, далеко не всегда ведет к бесплодию. Губарев сообщает об одной женщине, которая 77 раз подвергалась выскабливанию с целью искусственного прерывания беременности, причем в последний раз эта операция была сделана у ней в 52-летнем возрасте. Но, с другой стороны, и я, и многие другие русские авторы могли убедиться в губительном влиянии искусственных выкидышей, даже протекших, по видимому, совершенно благополучно, на способность женщины к зачатию. Особенно часто, по моим наблюдениям, ведет к бесплодию искусственное прерывание первой беременности у женщин с инфантильной маткой, если притом оно производится путем внутриматочных впрыскиваний раздражающих жидкостей, напр., иодной настойки.

Разбирая эпологию бесплодия, следует далее оговориться, что иногда и половая сфера женщины при исследовании представляется, по видимому, совершенно нормальной, и семя мужчины не обнаруживает никаких отклонений от нормы, а между тем их брак остается бесплодным. Некоторые авторы усматривают в подобных случаях причину бесплодия в чересчур кислой реакции рукавного секрета, губительно действующей на семенные нити. Другие (Рабинович) объясняют происхождение бесплодия в подобных случаях спазмом фаллопиевых труб.

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

же — наоборот, причем бесплодие у женщин с разрывами промежности обыкновенно объясняют неспособностью таких женщин задерживать семя в рукаве полового сношения.

Вообще вопрос о причинах бесплодия у женщин представляет еще немало темного, невыясненного. Немудрено, что и меры, принимаемые против бесплодия, далеко не всегда достигают желаемой цели. Во всяком случае, прежде чем прибегать к этим мерам, гинеколог должен предварительно выяснить, от кого из супругов зависит бесплодие — от мужа, или от жены, причем относительно мужчины точное выяснение этого вопроса является гораздо более простым, — стоит лишь подвергнуть микроскопическому исследованию его семя. Для этого мужчине рекомендуется иметь сношение, надев на половой член кондом, и тотчас после сношения принести семя в кондоме для исследования, приняв, конечно, меры предосторожности для защиты его, напр., от чрезмерного охлаждения. Если микроскоп обнаружит, что в семени содержится достаточное количество энергично движущихся сперматозоидов, — значит, причина бесплодия кроется в женщине, и гинекологу надо путем тщательного исследования выяснить, какова эта причина. Особенное внимание при этом надо обращать на проходимость фаллопиевых труб, которая устанавливается или продуванием труб, или, по Отту, путем впрыскивания в полость брюшины завеси угольного порошка с последующим определением частиц последнего в секрете цервикального канала, или путем впрыскивания в матку и трубы так наз. контрастных жидкостей с последующей рентгенографией.

В зависимости от наиболее вероятной причины бесплодия у женщины применяются и те и другие способы его лечения. При стенозах цервикального канала лучшим средством является расширение его при помощи бужей; можно также прибегать к кровавому расширению (дисцизии) наружного зева, к расширению цервикального канала ламинариями и т. п. Остроугольная антефлексия лучше всего устраняется при помощи массажа, ретрофлексия — или путем введения пессария, или оперативным путем и т. д. Труднее всего бывает восстановить способность женщины к зачатию в тех случаях, где имеется заращение обеих фаллопиевых труб, — хотя для этой цели и применяются специальные операции, как *salpingostomia*, пересадка труб в матку, пересадка яичников в полость последней и пр., но они лишь очень редко приводят к цели.

Там, где гинекологическое исследование не обнаруживает в половой сфере бесплодной женщины никаких анатомических отклонений от нормы, а проба с лакмусовой бумажкой указывает на довольно резкую кислотность рукавного секрета, некоторые гинекологи рекомендуют применять непосредственно перед сношениями спринцевания с содой или смесью соды, поваренной соли и фосфорнокислого натра (1 чайн. ложку на стакан воды). Далее, женщинам, которые заявляют, что введенный в рукав при половом сношении эякулят у них немедленно изливается наружу, можно советовать некоторое время ($\frac{1}{2}$ часа) после полового сношения

неподвижно лежать на спине с плотно сдвинутыми ногами и приподнятым тазом (если причина указанного явления кроется, по видимому, в разрывах промежности; лучше всего, конечно, прибегнуть к зашиванию последних). Наконец, в подобных случаях можно прибегнуть к искусственному оплодотворению женщины.

Технически оплодотворение это выполняется различным образом: можно вскоре после сношения взять у женщины из рукава несколько капель оставшегося там семени и впрыснуть в полость матки при помощи брауновского шприца, можно получать семя путем прерванного сношения (*coitus interruptus*), а еще лучше рекомендовать мужу иметь сношение в кондоме, набрать из последнего семенной жидкости и ввести в матку (вводит достаточно бывает 1—2 капли). Иванюв на животных получил наилучшие результаты, вводя таким образом не чистое семя, а разбавленное слабым щелочным раствором. Чтобы достигнуть зачатия, введение оплодотворяющей жидкости надо повторять несколько раз, причем, рассуждая *a priori*, для этой операции лучше выбирать то время, когда у женщины происходит лопание зрелых граафовых пузырьков, т. е. вторую половину паузы между двумя последовательными менструациями (здесь заметим кстати, что новейшие, относящиеся уже ко времени мировой войны, наблюдения немецких авторов говорят как будто, что зачатие у женщины, в противоположность господствовавшему ранее взгляду, чаще происходит не во вторую, а в первую половину указанной паузы). Советуют также при искусственном оплодотворении вводить семя в матку вскоре после полового сношения, когда половое возбуждение женщины еще не вполне прошло; однако наблюдения еще древнейших авторов показывают, что половое возбуждение у женщины вовсе не необходимо для зачатия. Разумеется, искусственное оплодотворение женщины следует производить по возможности так, чтобы не занести в полость матки какую-либо инфекцию; в этих видах не должно прибегать к нему, когда семенная жидкость мужа содержит гонококки, палочки бугорчатки и т. п.

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

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

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

5. ЖАЛОБЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

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

Боли

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

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

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

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

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

Неменьшее разнообразие представляют боли у женщин с заболеванием половой сферы по своей локализации. Весьма часто, особенно при заболеваниях матки, больные заявляют, что боли сосредоточиваются у них в середине нижней части живота. При заболеваниях маточных придатков местом локализации болей являются, напротив, боковые отделы нижней части живота. Далее, при ретрофлексии и ретроферзии матки, при заднем параметрите, периметрите, нередко при сальпингоофорите и др. заболеваниях боли локализуются преимущественно сзади — в спине, пояснице и крестце.

Кроме заболеваний половых частей, крестцовые боли, по Гентеру, часто зависят от энтероптоза и особенно от воспаления грушевидной мышцы (*m. pyriformis*). Распознать это последнее

заболевание можно или путем влагалищного, или путем ректального исследования, причем в области большого седалищного отверстия определяется с обеих сторон или только с одной болезненная припухлость. Наилучшей терапией данного заболевания Гентер считает употребление иода или через рот (2 раза в день по 1—2 капли иодной настойки), или через прямую кишку (суппозитории с 0,06 иодистого калия и белладонной), а также диатермию.

Иногда местом локализации болей являются наружные половые части, причем это наблюдается не только в тех случаях, когда самая болезнь локализуется в вульве, но и тогда, когда болезненными являются внутренние половые части. Здесь врач имеет, стало быть, дело с отраженными болями.

Такие отраженные боли вообще чрезвычайно часто наблюдаются у гинекологических больных. Воспаления яичников, напр., почти как правило, сопровождаются отраженными болями в соответствующей ноге. Чрезвычайно часто, далее, болезни полового аппарата у женщин дают отраженные боли в области пупка, под ложечкой и т. п. Боли эти могут локализоваться или в глубине, или в различных участках кожного покрова. В отдельных случаях они могут являться в форме невралгий лица и затылка. В прежнее время таким отраженным болям особенно охотно приписывали истерическое происхождение. Что в основе их действительно нередко кроется истерия, — это навряд ли можно оспаривать. Однако они могут возникать и совершенно независимо от истерии, благодаря трансференции (переносу) болевых ощущений с пораженных половых частей, причем в этой трансференции могут принимать участие как симпатические, так и спинальные нервы, и, наконец, центральная нервная система (Порховник).

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

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

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

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

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

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

Бели

К числу самых частых жалоб, которые приходится выслушивать от своих больных врачу-гинекологу, относится и жалоба на бели—слизистые, серозно-слизистые, слизисто-гнойные, гнойные, иногда сукровичные выделения из женского полового канала. Выделения эти могут иметь различное происхождение и соответственно этому могут наблюдаться при различных болезнях. Очень часто источником их происхождения бывает слизистая оболочка матки, и бели служат одним из признаков ее воспалительного состояния, эндометрита (маточные бели); иногда, далее, исходным пунктом белей бывает слизистая оболочка рукава (вагинальные бели, реже — покровы преддверия рукава (вестибулярные бели), еще реже — слизистая оболочка фаллопиевых труб (трубные бели).

При эндометрите бели или частью, или нередко даже исключительно состоят из отделимого маточных желез, причем в первом случае к железистому секрету примешивается выпот из сосудов воспаленной мукозы. Исключительно или почти исключительно из железистого секрета бели состоят при хроническом неинфекционном эндометрите — при той форме его, которая в прежнее время была известна под названием железистого эндометрита — гипертрофического и гиперпластического (*endometritis glandularis hypertrophica et hyperplastica*) и которая в настоящее время рассматривается не как воспалительное состояние в собственном смысле слова, а как длительная гиперэмия и гиперплазия маточной мукозы, стойкое сохранение последней тех особенностей, которые в норме периодически наблюдаются в ней лишь короткое время, именно перед регулами. При такой гиперэмии и гиперплазии железы маточной мукозы являются увеличенными в числе и объеме, а вместе с тем и продуцирующими большее количество слизи, чем нормально. Эта-то гиперсекреция маточных желез и имеет своим результатом отделение белей. Подобные бели, обыкновенно характеризуются своею большею или меньшею прозрачностью. При этом если в отделении их участвует главным образом мукоза цервикального канала (шеечный эндометрит — *endometritis cervicalis*), то они имеют характер тягучей, густой, стекловидной слизи; если же источником их происхождения служит мукоза маточного тела (эндометрит тела — *endometritis corporis*), то бели представляются более водянистыми.

При эндометритах инфекционного характера, каковыми чаще всего являются гонорройные, в состав белей, кроме секрета желез, входит в воспалительный выпот, состоящий из кровяной

сыворотки и форменных элементов (гнойных телец). Количество последних зависит от многочисленности и вирулентности возбудителей инфекции: при сильной инфекции примесь гнойных телец очень велика, и бели приобретают резко выраженный гнойный характер, отличаясь своим желтым или даже зеленым цветом; при слабой же инфекции, когда примесь гнойных телец невелика, бели, состоя преимущественно из секрета желез, представляются полупрозрачными и лишь слегка желтоватыми.

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

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

Относительно вестибулярных белей, отделение которых наблюдается обычно при воспалении покровов входа во влагалище, можно повторить то же, что выше было сказано о рукавных белях.

Бели трубного происхождения замечаются больными лишь при той форме воспалительного заболевания труб, которое известно под названием *hydrops tubae profluens s. hydrosalpinx (pyosalpinx) profluens*. В основе этого заболевания лежит эндосальпингит или воспаление слизистой оболочки трубы, притом такое, при котором абдоминальное отверстие трубы является зарощенным, маточное же — проходимым. Во время предменструального прилива крови к полдвой сфере слизистая оболочка маточного отрезка трубы может настолько припухнуть, что и без того крайне узкое маточное отверстие трубного канала временно может оказаться совершенно непроходимым. Тогда воспалительный выпот, отделяемый трубной мукозой, не находя себе оттока ни в полость брюшины, ни в полость матки, скопится в просвете канала трубы, растягивая последнюю в более или менее объемистый сактосальпинкс. По окончании регул, когда прилив крови к половым частям уменьшится, и мукоза в маточном отрезке трубы опадет, маточное отверстие трубы может опять сделаться проходимым, и скопив-

шаяся в трубе жидкость сразу поступает в матку, затем в рукав и наружу. Обыкновенно выделяющиеся при этом бели имеют серозный характер (*hydrosalpinx profluens*), но в отдельных случаях — и гнойный (*pyosalpinx profluens*). Нередко выделению их предшествует ясно выраженные схваткообразные боли, которые зависят от сокращения мускулатуры яйцепровода, стремящегося вытолкнуть из его полости жидкое содержимое.

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

Говоря о происхождении белей, необходимо еще отметить, что иногда отделение их зависит от чисто психологических моментов (психогенные бели), а также что иногда в отделении их играют роль конституциональные условия и дисфункция яичников. Надо также оговориться, что, как совершенно справедливо указывает Мандельштам, субъективные ощущения белей у женщины часто не совпадают с объективно доказываемой наличием гиперсекреции со стороны покровов разных отделов полового канала.

Хотя многие женщины, даже интеллигентные, бывают убеждены, что выделение белей ведет к сильному истощению организма, однако на самом деле бели имеют лишь чисто симптоматическое значение, — на общем состоянии больных отражаются не бели, а та болезнь, которая их вызывает. Впрочем и сами по себе бели не лишены известного значения: помимо того, что они пачкают белье, они вызывают у женщин постоянное ощущение сырости в половых частях, раздражают кожу в окружности половой щели, действуют на психику женщины и пр. Поэтому они и сами по себе требуют лечения — обычно в форме дезинфицирующих и вяжущих рукавных спринцеваний. Особенно хорошие результаты дают при белях спринцевания с молочной кислотой (1 чайную ложку на литр воды), а также смазывания рукава и цервикального канала 2%-ным раствором ляписа, или вливания этого раствора в рукав. Емельянов в новейшее время особенно хвалит при упорных белях промывания рукава пантосептом — новым препаратом хлора.

Другие расстройства со стороны половой сферы

Нередко гинекологические больные при собирании у них анамнеза обращают внимание врача и на другие неправильности и расстройства со стороны половой сферы, помимо перечисленных.

выше. Так, относительно часто от них приходится выслушивать жалобы на появление «опухолей» в животе и в области половой щели. Жалобы эти, однако, далеко не всегда свидетельствуют о наличии в половой сфере пациенток действительно опухолей в патолого-анатомическом смысле этого слова, т. е. новообразований,— во многих случаях при объективном исследовании таких больных оказывается, что мнимая опухоль есть не что иное, как грыжевое выпячивание, пролябирующий рукав, воспалительный экссудат, а то просто вздувшаяся кишечная петля, недостаточно опорожняющийся мочевой пузырь, беременная матка и пр. Подобные ошибки со стороны больных легко понятны, особенно если принять во внимание, что в них иногда впадают и врачи, даже врачи-специалисты, после тщательного произведенного объективного исследования.

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

Во многих случаях, далее, больные являются в амбулаторию врача-гинеколога с жалобами на опущение и выпадение половых частей, причем объективное исследование подобных больных большею частью действительно подтверждает, что у них имеется та аномалия положения рукава и матки, которая в начальных

стадиях носит название опущения — *descensus*, а в дальнейших — выпадения, *prolapsus*. Надо, однако, иметь в виду, что сплошь и рядом ощущение «опущения» является у гинекологических больных чисто субъективным: больные жалуются на опущение, даже выпадение, а между тем объективное исследование их показывает, что и матка, и рукав у них находятся в совершенно нормальном положении.

Сравнительно частою жалобой гинекологических больных со стороны половой сферы является и жалоба на зуд и жжение в различных ее отделах — в наружных половых частях, реже в рукаве. Иногда, преимущественно у женщин, находящихся в климактерическом возрасте, зуд вульвы является сам по себе болезнью («идиопатический зуд вульвы»), иногда же имеет симптоматическое значение, развиваясь или под влиянием раздражения покровов вульвы, напр., вытекающими из полового канала белями, содержащую сахар мочою при диабете и пр., или отраженным путем, напр., при воспалительных заболеваниях яичников. Для врача-практика важно иметь в виду, что именно зудом обычно проявляется вначале самая опасная из болезней наружных половых частей женщины — рак вульвы. Что касается зуда рукава, то описаны случаи развития его на почве молочницы рукава (Штолль); часто, особенно у детей, зуд этот развивается вследствие заползания в рукав глистов (остриц, реже круглых глистов).

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

Расстройства мочеиспускания

Так как нижние отделы мочевого аппарата у женщин, мочевой пузырь и уретра, находятся в ближайшем соседстве и тесной анатомической связи с нижними отделами полового канала, ма-

точной шейкой и рукавом, то естественно, что гинекологические больные в значительном проценте случаев испытывают различные расстройства мочеиспускания: частые позывы на мочу, недержание мочи, задержание ее и, наконец, боли, жжение и резь при мочеиспускании.

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



Рис. 4. Опущение пузыря (*cystocele*) при опущении передней влагалищной стенки (*descensus vaginae anterior*) (по Губареву).

В непосредственной зависимости от заболеваний половых частей у женщины во многих случаях развивается и недержание мочи, которое может быть или полным, или неполным. Полное недержание мочи обычно наблюдается при мочеполовых свищах, чаще всего пузырно-рукавных, которые в свою очередь чаще всего бывают результатом или тяжелых родов, или распадающихся новообразований, особенно рака маточной шейки и влагалища. Неполное недержание мочи большею частью имеет место при кашле, смехе, чихании, поднятии тяжестей, — словом, тогда, когда у женщины происходит быстрое и значительное повышение внутрибрюшного давления; больные, жалующиеся на непроизвольное истечение мочи при подобных условиях, обыкновенно оказываются также страдающими опущением передней стенки рукава.

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

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

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

Из других расстройств дефекации, жалобы на которые приходится выслушивать от гинекологических больных при собирании анамнеза и которые стоят в непосредственной связи с болезнями половой сферы, надо отметить еще поносы (особенно при септических процессах в половой сфере), частые позывы на низ, недержание газов и кала (при некоторых пороках развития, напр., при *atresia ani vaginalis*, при кишечно-рукавных и кишечно-маточных свищах и полных разрывах промежности), тенезмы при испражнении (у больных, напр., с нагнаивающимися экссудатами в заднем дугласовом кармане), отхождение слизи и перепонок при стуле (слизистый и слизисто-перепончатый колит), особенно же геморроидальные кровотечения (при болезнях половой сферы, ведущих к венозному застою в геморроидальных сосудах) и боли при дефекации (при воспалительных процессах в яичниках, тазовой брюшине etc.). И здесь взаимоотношение между перечисленными

расстройствами (resp. заболеваниями кишечника, проявлениями которых они являются) и заболеваниями полового аппарата женщины может быть трояким: с одной стороны, гинекологические заболевания могут вести к кишечным, с другой,— могут быть обратные отношения, с третьей,— те и другие могут быть последствиями одной и той же причины.

Говоря о расстройствах, наблюдающихся у гинекологических больных со стороны ближайших к половой сфере отделов кишечного тракта, отметим также расстройства, исходным пунктом которых служит у женщины червеобразный отросток. Рудиментарный орган этот лежит часто в непосредственном соседстве с правыми придатками матки. Описана даже особая связка, соединяющая брыжейку отростка с подвешивающей связкой правого яичника (lig. suspensorium ovarii dextri)—lig. appendiculo-ovaricum или связка Кладо, а некоторые авторы, как Ростовцев, утверждают, что между лимфатической системой червеобразного отростка и таковой же правых маточных придатков существует непосредственная связь. Если даже это и не всегда так,— во всяком случае уже одной топографической близости достаточно, чтобы заболевания правых маточных придатков распространялись *per continuitatem* на отросток и обратно (рис. 5). Холодковский нашел, что в его материале, обнимающем 124 случая воспаления правых маточных придатков, червеобразный отросток оказался вовлеченным в заболевание в 14,5%, в том числе при пиосальпинксах процент этот



Рис. 5. Червеобразный отросток при правостороннем пиосальпинксе (по Л и п м а н у).

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

оказался равным 32,8, при гидросальпинксах—14,4, при хронических сальпинго-оофоритах—10,5. Со своей стороны я считаю эти цифры близкими к истине.

РАССТРОЙСТВА СО СТОРОНЫ ОТДАЛЕННЫХ ОТ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ ОРГАНОВ

Все органы и системы органов, входящие в состав человеческого тела, находятся между собою в известной функциональной связи и взаимоотношении,— так что известное состояние одного

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

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

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

Отражается состояние половой сферы женщины и на других органах внешних чувств, именно на глазах (кровоизлияния в разных отделах глаза при аменоррее, расстройства зрения при

патологической менструации и т. п.), ушах (усиление глухоты и шума в ушах при беременности и пр.) и коже (пигментации, экзантемы, зуд, отеки, кровоизлияния и т. д.).

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

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

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

Наблюдаются у гинекологических больных и расстройства со стороны дыхательного аппарата. Аменоррея, напр., нередко сопровождается кровохарканием; при септических заболеваниях женского полового аппарата, а равно и развивающихся в последнем

злокачественных новообразованиях, часто возникают метастатические поражения легких; кистомы яичников и фибромиомы матки, достигающие иногда громадных размеров, ведут к сильной одышке и пр.

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

Мы отметили сейчас лишь некоторые из тех расстройств, которые наблюдаются при страданиях женского полового аппарата в отдаленных от него частях женского организма. Подробнее расстройства эти разбираются обычно при изложении частной патологии и терапии отдельных гинекологических заболеваний.

Однако и сказанного сейчас достаточно, чтобы понять, как разнообразны могут быть эти расстройства и как внимательно должен врач-гинеколог при собирании анамнеза у своих пациенток относиться к их жалобам, даже не имеющим, на первый взгляд, никакого отношения к половой сфере.

ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА

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

Указанная связь в прежнее время истолковывалась почти исключительно так, что заболевания половой сферы служат причиной неврозов у женщины. В новейшее время, однако, все более и более укореняется противоположный взгляд,— что не женские болезни обуславливают развитие истерии, неврастений и других

общих функциональных неврозов, а, наоборот, последние вызывают расстройства, локализирующиеся иногда даже в совершенно здоровых анатомически половых органах женщины. Истина, по всей вероятности, находится, как и всегда, посредине. По крайней мере лечебный опыт учит, что в одних случаях истерия и др. неврозы являются, повидимому, непосредственным результатом заболеваний матки и ее придатков (особенно важную роль здесь играет, повидимому, инфантилизм), почему местное лечение женских болезней ведет в подобных случаях к исчезновению истерических и т. п. припадков; в других, наоборот, припадки со стороны половой сферы имеют истерическое происхождение, и рациональное лечение нервной системы дает неизмеримо лучшие результаты, чем местное лечение половой системы, успех же последнего почти всецело может быть отнесен на счет внушения.

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

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

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

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

акusher-lib.ru

II. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

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

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

ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЕМЫЕ МЕТОДЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Чтобы распознать заболевание полового аппарата у женщины, гинекологу обыкновенно достаточно бывает, не прибегая ни к каким инструментам, кроме разве инструментов для перкуссии,

произвести наружное исследование пациентки, внутреннее исследование ее через рукав, и, наконец, сочетанное рукавно-наружное исследование. Чтобы эти виды объективного исследования дали надлежащие результаты, нужно, однако, чтобы, во-первых, пациентка подготовила себя для исследования, а во-вторых, чтобы она занимала при нем соответствующее положение.

Подготовка больной к гинекологическому исследованию и положение ее при последнем

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

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

В описанном сейчас положении исследуемая больная помещается или на специальном кресле для исследования, или на кушетке resp. жесткой постели, или на столе, который обыкновенно может служить и для диагностических, и для лечебных целей.

Кресла для гинекологического исследования существуют различного устройства, но в общем все они более или менее похожи на модель Шредера Фейта, изображенную на прилагаемом рисунке (рис. 6). Хотя весьма многие гинекологи-практики и пользуются ими, но им не чужды и некоторые невыгодные стороны: во-первых, кресла эти сравнительно дороги, а во-вторых, больные неохотно всходят на этот «эшафот», как они часто называют кресло. Ввиду главным образом этого последнего обстоятельства многие врачи-гинекологи предпочитают исследовать своих больных или на обыкновенной кушетке, или на кушетке типа Туре-Брандтовского типа с поднимающимися головным и ножным концами и горизонтальною среднею частью. Кушетки эти вполне удобны

для целей обычного гинекологического исследования, а равно для таких способов лечения, как напр., массаж, но весьма неудобны для осмотра зеркалами и производства у больных внутриматочных впрыскиваний, смазываний, скарификаций и других способов лечения, требующих применения зеркал.

Столы лишены невыгодных сторон как кресел, так и кушеток обладая их удобствами. Поэтому я для целей как исследования гинекологических больных, так и простейших видов лечебного вмешательства у них давно уже пользуюсь столом (рис. 7), изготовить который может любой столяр, из какого угодно дерева. Станок его имеет 102 см в длину, 54 — в ширину и 74 — в высоту. Столешница состоит из двух частей: одна, именно головная, имеет около



Рис. 7*. Стол для гинекологического исследования

53 см в длину, другая немного более — около 58; обе эти части прикреплены к станку на петлях так, что могут подниматься и опускаться на любую высоту, на которой и удерживаются при помощи подпорок имеющих форму рамок; подпорки вставляются в имеющиеся на станке нарезки. Сверху столешница покрыта нетолстым матрацем, оболочку которого лучше всего сделать из клеенки. К ножному концу стола приставляется лесенка, около 65 см высотой из двух ступенек; на верхнюю ступеньку больная при исследовании ставит свои ноги; ступенька эта сделана на петлях и может откидываться;

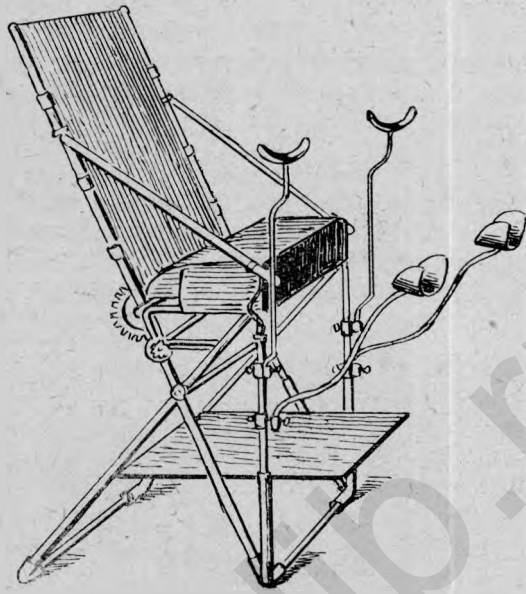


Рис. 6. Кресло Шредера-Фейта для исследования гинекологических больных.

Рис. 6. Кресло Шредера-Фейта для исследования гинекологических больных.

в этом последнем виде лесенка, именно нижняя ее ступенька, может служить для сидения врача, если ему приходится производить на столе такие операции, как расширение цервикального канала, выскабливание полости матки, зашивание промежности и т. п. На головной конец стола надевается при помощи шнура круглый валик, на который больные ложатся шейей. К нижнему концу стола или, точнее, лежащего на нем матраца можно в случае нужды прикрепить булавками кусок резинового полотна, нижняя часть которого опускается в стоящее на полу ведро; полотно это служит для стока жидкостей при спринцеваниях влагалища, обмывании наружных половых частей пациентки и пр. Наконец, к этому же концу стола можно привинтить подержатели,—если больной требуется на более или менее продолжительное время придать то положение, в каком обычно производятся влагалищные гинекологические операции.

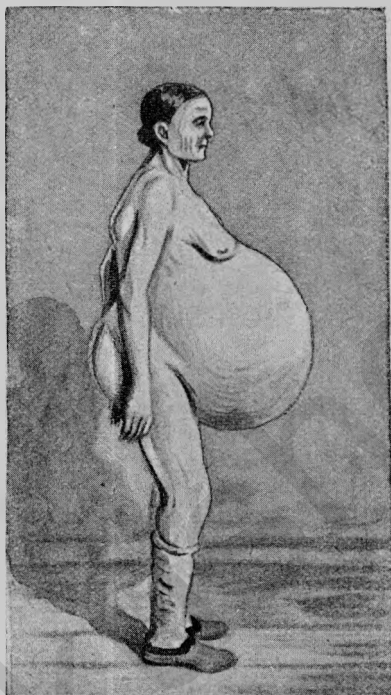


Рис. 8*. Увеличение живота при гигантской кистоме яичника.

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

Наружное исследование

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

Иногда уже одного простого взгляда на живот женщины бывает достаточно, чтобы заподозрить у ней страдание половой сферы. Особенно относится это к новообразованиям матки, преимущественно фибромиомам, и яичников, преимущественно кистам,—те и другие зачастую достигают такого объема, что обуславливают бросающееся в глаза выпячивание брюшных стенок. В отдельных случаях по величине и форме этого выпячивания

можно даже с известною степенью вероятности определить, какое именно новообразование половой сферы имеется у данной боль-

ной, а равно провести дифференциальный диагноз между кистой яичника и асцитом, между опухолями половой сферы и опухолями печени и селезенки и пр. Для этого надо иметь в виду, что никакое другое новообразование брюшной полости не достигает так часто и так сравнительно быстро огромных размеров, как яичниковые кистомы (рис. 8), именно та их разновидность, которая известна под названием железистой или псевдомуцинозной кистомы (*cystoma proliferum glandulare s. pseudomucinosum*), что кистовидные опухоли яичников большею частью имеют форму одиночных шаровидных образований, фибромиомы же матки — конгломерата связанных между собою шаров, причем эта разница в контурах опухолей иногда может быть замечена уже при одном

взгляде на живот больной, что при кистах яичника живот больных обыкновенно бывает выпячен куполообразно (рис. 9), при асците же представляется более уплощенным, что при объемистых опухолях, исходящих из половой сферы, выпячивание живота у женщины внизу непосредственно переходит в область малого таза, будучи сверху отграничено

от подреберий, тогда как при опухолях, исходящих из печени и селезенки, наоборот, выпячивание вверху продолжается в то или другое подреберье, внизу же бывает отграничено от входа в малый таз.

Еще более ценные для диагноза данные могут быть получены у гинекологических больных путем пальпации живота. Этим путем могут быть определены не только такие опухоли половой сферы, которые обуславливают заметное для глаза увеличение живота, но и менее объемистые, лишь бы они помещались в большом тазу, а также локализирующиеся в последнем экссудаты, скопления крови и т. п. Нужно, однако, иметь в виду, что иногда при пальпации впечатление опухолей производят такие образования, прощупываемые в животе, которые ничего общего с опухолями не имеют. Так, при занятиях со студентами я убедился, что иногда начинающие принимают за опухоль прощупанную ими



Рис 9*. Куполообразное выпячивание живота при кистоме яичника.

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

выпуклость позвоночника. Иногда, далее, впечатление опухолей производят при пальпации живота скопления кала и даже газов в кишках. Наконец, мне не раз приходилось наблюдать случаи, где даже врачами-специалистами были принимаемы за кисты яичника переполненный мочевой пузырь и беременная матка.

Чтобы пальпация живота у гинекологических больных дала врачу то, что она вообще в состоянии дать, при производстве ее не нужно забывать некоторых предосторожностей. Не следует прежде всего производить ее чересчур энергично, как то зачастую делают начинающие: во-первых, это иногда может быть опасно, так как слишком сильное надавливание может вы-



Рис. 10. Пальпация живота у гинекологических больных.

звать разрыв имеющегося у больной гнойного скопления, беременной трубы при внематочной беременности и т. п., а во-вторых, благодаря болезненности такого надавливания, больная непроизвольно сокращает при нем брюшные стенки, что затушевывает пальпаторную картину. Ввиду этого же последнего обстоятельства не следует производить ощупывания живота слишком холодными руками. Далее надо помнить, что прощупывание ладонными поверхностями пальцев (рис. 10) дает гораздо лучшие результаты, чем прощупывание концами пальцев, к которому так склонны начинающие.

Прощупав в животе пациентки то или другое патологическое образование, гинеколог прежде всего должен определить его контуры. Новообразования в большинстве случаев именно тем пальпаторно и отличаются от экссудатов, трансудатов и кровяных скоплений, притом не только свободных, но и осумкованных, что они более или менее резко контурируются. Нужно впрочем оговориться, что некоторые кистовидные новообразования, исходящие из женского полового аппарата, обладают настолько тонкими стенками, что их совершенно нельзя бывает контурировать и отличить на-ощупь даже от свободных скоплений жидкости

в брюшине (асцита). Особенно отличаются этим паровариальные кисты, чему способствует, кроме тонкости их стенок, однополостная их структура, водянистость содержимого и слабое наполнение. В некоторых случаях затем при пальпации не удается отчетливо определить контуров и яичниковых кистом, особенно если они выполняют всю брюшную полость, а также если они окружены по периферии сплошными сращениями. С другой стороны, и осумкованные выпоты, напр., при бугорчатом перитоните, могут иметь настолько резкие контуры, что их совершенно нельзя бывает отличить от кистовидных опухолей. Мне пришлось однажды наблюдать случай, где не только при клиническом исследовании, но и во время операции, даже после тщательного микроскопического исследования удаленного у женщины кистовидного образования нельзя было разрешить, представляло последнее кисту яичника или осумкованный брюшинный выпот.

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

Наряду с этим исследующий путем пальпации гораздо лучше, чем путем осмотра, в состоянии бывает уяснить себе топографические отношения имеющегося в брюшной полости пациентки образования, при опухолях, исходящих из матки и ее придатков, установить, что нижний отрезок их помещается в малом тазу или

примыкает ко входу в таз, верхний же является отграниченным от подреберий, при опухолях, исходящих из печени, что, наоборот, нижний их отрезок находится на известном расстоянии от малого таза, верхний же уходит в правое подреберье и т. д.

Важное распознавательное значение имеет также определение путем пальпации консистенции прощупываемой в животе больной опухоли. Консистенция эта может быть или плотной, или эластичной, или смешанной. Обыкновенно опухоли матки, большинство которых принадлежит к фибромиомам, имеют плотную консистенцию; лишь в меньшинстве случаев маточные фибромиомы представляются на-ощупь мягкими (отечные и сосудистые фибромиомы) или даже флюктуирующими (кистомиомы). Напротив, опухоли яичников, труб и яичниковых придатков, принадлежа большей частью к кистовидным, имеют обыкновенно эластическую консистенцию. При этом, если стенки их относительно толсты, содержащиеся внутри опухолей полости невелики, туго наполнены содержимым, и последнее отличается густотой (псевдомуцинозные кистомы яичников, пилосальпинксы, гематосальпинксы), то консистенция их представляется при ощупывании туго-эластической; если же стенки кисты тонки, полости объемисты и слабо наполнены водянистым содержимым (более старые железистые кистомы, паровариальные кисты), то консистенция их оказывается мягко-эластической и опухоль при пальпации обнаруживает явление флюктуации, иногда выраженное столь же резко, как это бывает при асците. Относительно плотных опухолей яичников надо иметь в виду, что они в большинстве случаев имеют злокачественную натуру (за исключением крайне редко встречающихся фибром). Наконец, смешанная, — частью плотная, частью эластическая — консистенция является характерною для дермоидов яичника, а также кистофибром, кистосарком и т. п. новообразований.

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

крайне ограниченную. Ограниченную бывает подвижность также у опухолей, окруженных сращениями, а равно у опухолей, хотя и не сращенных, но весьма объемистых, выполняющих всю брюшную полость.

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

В некоторых случаях исходящие из половых частей женщины новообразования дают затем при их пальпации такое ощущение, какое получается при раздавливании снежного кома, причем это иногда сопровождается явственным хрустом. Подобное явление особенно характерно для сосочковых кистом яичника, хотя иногда наблюдается и при других новообразованиях, осложненных хроническими воспалительными процессами в брюшине, особенно если последняя покрыта толстыми воспалительными отложениями.

Производя ощупывание живота пациентки, врач-гинеколог должен, наконец, обратить внимание на болезненность при давлении на различные его участки, преимущественно на те, которые соответствуют положению внутренних половых частей женщины. Оценивая получаемые при этом данные, не следует, однако, забывать, что и у совершенно здоровой женщины сдавливание живота в любом месте может оказаться болезненным, если оно производится чересчур энергично. У женщин, страдающих истерией и неврастенией, далее, и умеренное давление на участки, соответствующие положению половых частей, или близкие к ним, может вызвать сильную боль, хотя бы сами половые части и были совершенно здоровы. Особенно резко бывают выражены у истеричек боли при надавливании на область яичников, а у неврастеничек — боли при нажимании на боковые поверхности тела V поясничного позвонка (Иванов). Исследующий должен затем иметь в виду, что, с другой стороны, весьма нередко и у женщин с несомненными заболеваниями полового аппарата ощупывание живота может быть совершенно безболезненным,— так, напр., бывает у больных с новообразованиями матки, яичников и пр., не осложненными воспалением брюшины. Болезненность

при пальпации живота обыкновенно имеет место у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых частей, особенно такими, где в процесс вовлечена брюшина. Степень этой болезненности может быть весьма различна: при острых периметритах она бывает настолько велика, что уже самое осторожное прикосновение к животу может вызвать сильную боль, при хронических — даже и довольно сильное надавливание переносится больными без протестов. Важно помнить при этом еще, что у подобных больных болезненность локализуется не только в участке, непосредственно подвергаемом сдавливанию, но и в отдаленных.

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

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

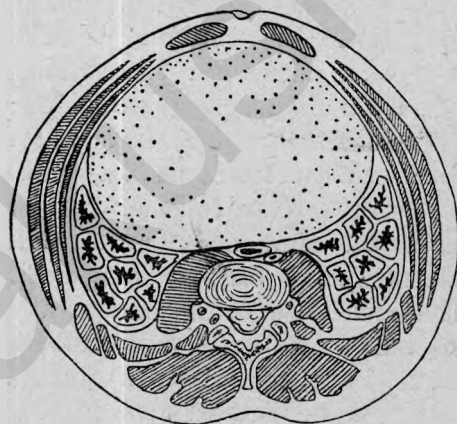


Рис. 11. Положение опухолей женской половой сферы в брюшной полости. Кишечные петли оттеснены в сторону и кзади, опухоль же (киста яичника) вплотную прилежит к переднейбрюшной стенке.

выше, если кистовидные опухоли, напр., яичника, выполняют собою всю брюшную полость, обладают тонкими стенками и заключают внутри большие камеры, наполненные негустым содержимым, то их чрезвычайно трудно, даже невозможно отличить путем пальпации от свободного асцита. Наоборот, перкуссия позволяет в подобных случаях сразу поставить дифференциальный диагноз: обычно опухоли, исходящие из полового аппарата женщины, поднимаясь в большой таз, подобно беременной

матке, вплотную прилежат к передней брюшной стенке, оттесняя кишечные петли кзади, а также отчасти кверху и в стороны (рис. 11). Поэтому, если выстукивать живот у лежащей на спине женщины с объемистой кистой яичника и вообще объемистой опухолью, исходящей из половой сферы, то спереди получается тупой тон, область которого книзу переходит в тупость малого таза, между тем, как сверху, справа и слева обнаруживаются полосы тимпанита, отделяющие тупость, принадлежащую опухоли, справа и слева от тупости позвоночника, а сверху — от тупости печени и селезенки. Надо при этом заметить, что при объемистых опухолях женской половой сферы эта рамка тимпанита не всегда

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

В противоположность этому, если у больной имеется свободная жидкость в полости брюшины, то при лежачем положении женщины на спине она по закону тяжести смещается в задние отделы брюшной полости, кишечные же петли всплывают к передней брюшной стенке (рис. 12), где перкуссия и дает тимпанит, тогда как по бокам, ближе к позвоночнику, получается тупой тон. Границы тимпанита и тупого тона при этом меняются в зависимости от положения пациентки (рис. 13): если последняя ложится, напр., на правый бок, то сюда перемещается и область тупого тона, тогда как выстукивание левой половины живота дает барабанный звук; при положении женщины на левом боку получаются обратные отношения.

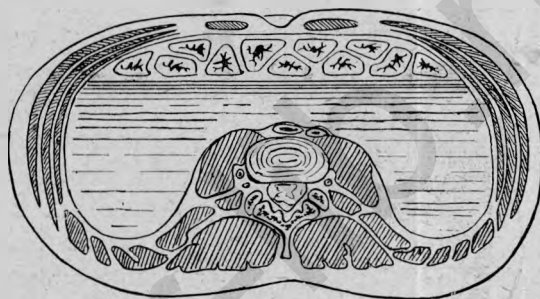


Рис. 12. Расположение кишечных петель и жидкости при асците. Кишечные петли всплывают к передней брюшной стенке, где при перкуссии и получается тимпанит, водяночная же жидкость при положении больной на спине скопляется в задних отделах брюшной полости, где постукивание и дает тупой тон.

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

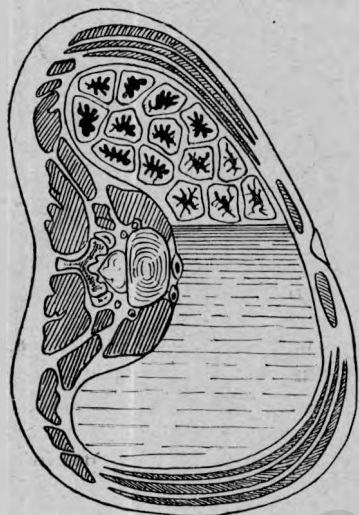


Рис 13. Расположение кишечных петель и водяночной жидкости у больной с асцитом при положении ее на боку.

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

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

Позволяя дифференцировать осумкованные скопления жидкости в брюшной полости и в частности кистовидные опухоли последней от асцита, выстукивание живота дает, кроме того, ценные данные для отличия опухолей женской половой сферы от опухолей печени, селезенки, почек, забрюшинных лимфатических желез и пр. Для печеночных опухолей характерным является то, что

при них тупость, принадлежащая опухоли, непосредственно переходит в тупость печени, тогда как от области малого таза она

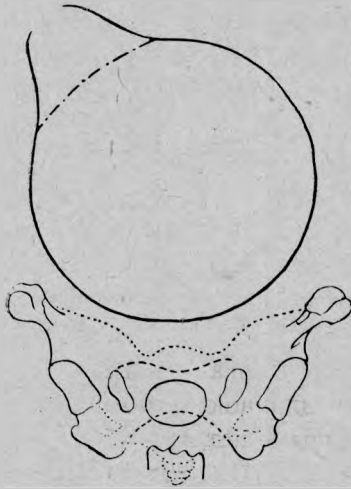


Рис. 14. Опухоль желчного пузыря (сильная водянка его) (по Кюстнеру).

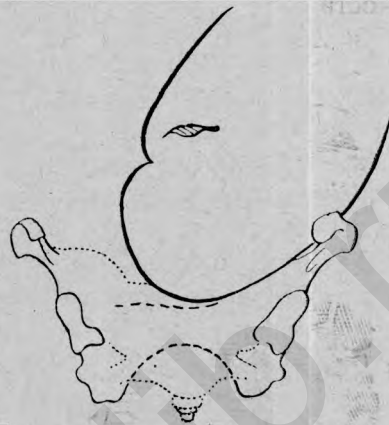


Рис. 15. Опухоль селезенки (при лейкемии по Кюстнеру).

бывает отделена зоной тимпанита (рис. 14). Последнее наблюдается и при опухолях селезенки, только здесь тупость опухоли продолжается не в правое, а в левое подреберье (рис. 15). Что касается почечных опухолей (рис. 16), то, располагаясь ретроперитонеально, они дают на своей обращенной кпереди поверхности большую часть тимпанит; кроме того, смещаясь книзу, опухоли эти оттесняют продольно идущие отделы толстых кишок в медиальном направлении — опухоли правой почки восходящую кишку (*colon ascendens*), опухоли же левой почки — нисходящую (*colon descendens*, почему при перкуссии с медиальной стороны их получается барабанный тон, с латеральной же — тупой, переходящий в тупость позвоночника. Тимпанит спереди получается

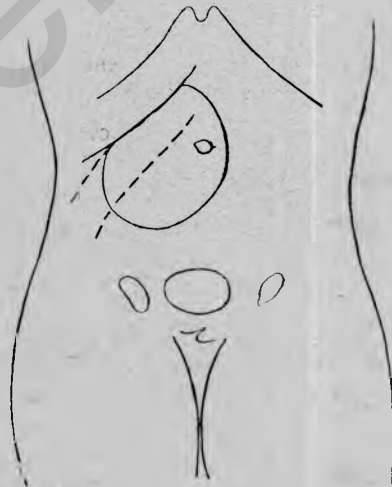


Рис. 16. Большой правосторонний гидронефроз (по Кюстнеру).

Пунктиром намечено положение восходящей части толстой кишки близ правостороннего его изгиба (*flexura colica dextra*).

и при выстукивании опухолей, исходящих из других органов, расположенных позадибрюшинно, напр., лимфатических желез, поджелудочной железы и пр.

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

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

Вместе с наружными половыми частями пациентки гинекологу следует осмотреть вход во влагалище, а у некоторых женщин, именно страдающих опущением и выпадением рукава, при этом удается видеть и рукавные стенки, и даже при полном выпадении (вывороте) рукава влагалищную часть матки. Нередко при обычных условиях влагалищные стенки не бывают доступны для осмотра через половую щель, но стоит заставить женщину потужиться,— и нижние отделы их покажутся из зияющей половой щели.

Внутреннее (рукавное) исследование

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

легко могут быть введены в половой канал пациентки, вводить и средний палец.

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

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

Рукавное исследование нужно, наконец, производить так, чтобы по возможности не причинять исследуемой женщине никакой боли и не вызывать у ней эротического возбуждения. В этих видах техника его должна быть такова: поместившись справа от пациентки, лежащей на спине с согнутыми и разведенными ногами, врач указательным и большим пальцем своей левой руки разводит большие половые губы больной и вводит указательный палец правой руки через половую щель, придерживаясь задней стенки рукава и стараясь не касаться области клитора; если при этом он увидит, что вход во влагалище свободно проходим для двух пальцев, то вслед за указательным вводит и средний палец.



Рис. 17. Резиновый чехол для пальца с манжеткою.

Проникнув пальцами в рукав, исследующий прежде всего определяет его проходимость и размеры просвета, распознавая таким образом атрезии и стенозы влагалища. Далее он ощупывает рукавные стенки, подмечая при этом имеющиеся в них опухоли, свищевые отверстия и пр. Дойдя затем до влагалищных сводов, исследующий может иногда концами пальцев ощупать в боковых сводах нижние отрезки параметритических экссудатов, гематом широких связок и интралигаментарных опухолей, но особенно ценные данные нередко дает ему пальпация заднего свода: как



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

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

Видеть концом пальца на прощупываемую массу,— если при этом в последней образуется не исчезающая и после прекращения надавливания ямка, то, значит, мы имеем перед собою скопление кала, при экссудатах же, опухолях и пр. признак этот обыкновенно отсутствует.

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

Выявить при внутреннем исследовании положение влагалищной части важно для гинеколога потому, что по положению ее мы до известной степени можем судить и о положении всей

известно, дно заднего дугласова кармана лежит значительно ниже места прикрепления задней стенки рукава к маточной шейке, и потому лежащие в нем экссудаты (периметритические), опухоли и особенно кровяные скопления (haematocoele retrouterina) (рис. 18),— а задний дугласов карман, как наиболее низко расположенный отдел брюшной полости, служит излюбленным местом их локализации,— в некоторых случаях весьма отчетливо прощупываются через заднюю стенку рукава. Надо при этом заметить только, что сходную картину при пальпации задней влагалищной стенки могут дать скопления фекальных масс в прямой кишке. Для отличия их от опухолей, экссудатов и пр. надо нада-

матки. Так, если влагалищная часть стоит настолько высоко, что совершенно не достигается или лишь с трудом достигается концами пальцев, то мы вправе говорить о чрезмерно высоком положении матки (*elevatio uteri*); при опущениях и выпадениях матки влагалищная часть ее шейки стоит, напротив, гораздо ближе ко входу в рукав, чем нормально. Если затем влагалищная часть находится тотчас у задней поверхности симфиза, то исследующий вправе заключить, что и вся матка смещена кпереди (*antepositio uteri*), тогда как положение влагалищной части вблизи передней поверхности крестца говорит о смещении матки кзади (*retropositio uteri*), а у одной из боковых стенок таза — о смещении матки вправо или влево (*lateropositio dextra* или *sinistra*). При нормальном положении (*anteversio-anteflexio*) матки, далее, влагалищная часть смотрит своею верхушкой — при стоячем положении женщины книзу и кзади, при потологической (чрезмерной) антеверзии — кверху и кзади, при ретроверзии и ретрофлексии — книзу и кпереди, при боковом наклонении и боковом перегибе матки (*lateroversio* и *lateroflexio uteri*) — книзу и вбок.

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

Величина влагалищной части также может представлять значительное разнообразие. Иногда эта часть маточной шейки бывает настолько уменьшена в своих размерах, что почти совершенно не определяется, иногда же, наоборот, оказывается сильно увеличенною. Первое физиологически имеет место у старух, давно вступивших в климактерический возраст (рис. 20), патологически — при атрофиях матки, после некрозов шейки на почве родовой травмы, при язвенных раках шейки, ведущих к полному раз-



Рис. 19*. Коническая шейка (*collum conicum*). С муляжа из коллекции Стенбок - Фермор, пожертвванной в музей казанской ак.-гин. клиники.

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

рушению последней, и т. п. Второе наблюдается при цервикальных метритах, отеках шейки, являющихся обычными спутниками опущений и выпадений матки, особенно же при локализирующихся в шейке новообразованиях — фибромиомах, саркомах, гипертрофических формах рака и т. п.

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



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

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

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

Обследуя пальпаторно влагалищную часть матки, гинеколог должен обратить особенное внимание на состояние находящегося на ее верхушке наружного зева. При нормальных условиях даже у рожавших женщин, не говоря уже о нерожавших, размеры последнего таковы, что через него нельзя провести даже конца указательного пальца. Иногда, однако, наружный зев оказывается настолько зияющим, что указательный палец проходит через него в цервикальный канал.

Подобное состояние маточного зева может зависеть или от того, что края его значительно разорваны при родах, или оттого, что окружность зева изъедена раком, или наконец, от того, что цервикальный канал раскрыт под влиянием родовой деятельности матки, стремящейся вытолкнуть то или иное содержимое своей полости — части плодного яйца при выкидыше или полипозную опухоль.

Разобрать, отчего в данном случае раскрыт наружный зев матки, не так трудно: разрывы зева в громадном большинстве случаев имеют место у рожавших женщин, бывают чаще односторонними, внутренний зев при них обычно бывает закрыт, введенный в цервикальный канал палец нащупывает нормальные стенки канала, на поверхности которых определяются лишь складки так наз. дерева жизни (*arbor vitae*); при раке стенки цервикального канала представляются на-ощупь не-

ровными, изъеденными, хрупкими и сильно кровоточивыми; наконец, при раскрытии наружного зева под влиянием родовой деятельности края его оказываются ровными, но сильно истонченными, и в цервикальном канале конец пальца ощупывает или плодное яйцо (цервикальный выкидыш), или рождающийся полип (рис. 21). Если яйцо (resp. его остатки (или полипозная опухоль) находится еще в полости тела матки, тогда наряду с наружным зевом бывает открыт и внутренний, и исследующий может проникнуть пальцем в маточную полость, где и нащупывает указанные образования; можно бывает проникнуть в полость маточного зева и при раках, разъевших не только нижнюю, но и верхнюю часть цервикального канала.

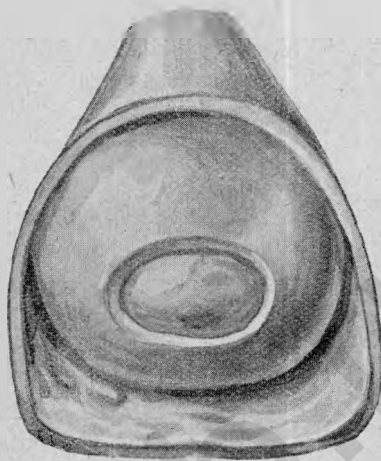


Рис. 21*. Раскрытие наружного зева при рождении маточного полипа (полип находится в цервикальном канале).

Комбинированное (бимануальное) исследование

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

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

Что касается техники последнего, то, как показывает самое его название, оно выполняется двумя руками, причем указательный или указательный и средний пальцы одной руки (обыкновенно правой) вводятся в рукав, а другая рука, обычно левая, кладется на нижнюю часть передней брюшной стенки (отсюда названия «наружно-внутреннее» и «рукавно-наружное» исследования, присваемые также этой форме пальпации) (рис. 22). Больная при этом находится в таком же положении, какое выше было описано для гинекологического исследования вообще, внутреннего — в частности. Равным образом при бимануальном исследова-



Рис. 22. Бимануальное рукавно-наружное исследование женщины.

нии должны быть соблюдаемы и те же меры предосторожности, какие выше были перечислены для наружного и внутреннего исследований.

Какую роль должны при бимануальном исследовании играть наружная рука с одной стороны, внутренняя — с другой? Мне не раз приходилось слышать даже от

компетентных гинекологов, что прощупывать тазовые органы следует главным образом наружною рукой, пальцы же внутренней должны лишь поддерживать прощупываемые части. Это, однако, по-моему не совсем так: правда, во многих случаях активная роль должна принадлежать действительно наружной руке, пальцы же внутренней должны играть более пассивную роль, роль поддерживающего агента; в других, однако, случаях, — приведу в виде примера случаи ретрофлексии матки, — бывает как раз наоборот, т. е. наружная рука фиксирует орган, внутренняя же пальпирует.

Как бы то ни было, во всяком случае бимануальную пальпацию надо всегда начинать с матки, как органа, который и по своему центральному положению, и по своей относительно легкой прощупываемости лучше всего может служить исходным пунктом, исследования. Прощупывая ее между обеими руками, гинеколог старается определить: 1) положение матки, 2) ее конфигурацию

3) объем, 4) подвижность, 5) консистенцию и, наконец, 6) чувствительность к давлению.

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

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

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

Патологические смещения матки по вертикальной линии могут происходить в двух взаимно противоположных направлениях — или кверху, или книзу. Если матка располагается выше, чем нормально, то мы говорим об элевации матки. Как уже упоминалось выше, для распознавания этой аномалии положения матки, наблюдающейся обыкновенно при интралигаментарных опухолях, при внутрибрюшинных туморах, расположенных в заднем дугла-

совом кармане, при объемистых новообразованиях рукавных стенок и пр., достаточно бывает одного внутреннего исследования,—если при последнем влагалищная часть вовсе не достигается или только с трудом достигается пальцами, то уже это говорит за элевацию матки. Что касается смещений матки книзу, то среди них нужно различать две вариации: в один случаях матка располагается ниже нормы, причем, однако, взаимное топографическое отношение главных ее частей, тела и шейки, а равно и различных слоев маточной стенки остается неизменным,—тело лежит выше шейки, слизистая оболочка бывает обращена кнутри, а брюшина кнаружи; подобное смещение матки носит

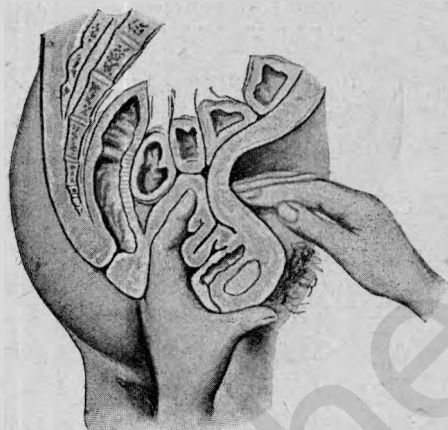


Рис. 23. Бимануальное прощупывание инвертированной матки.

По стенному рисунку Овара и Дэви (музей Каз. ак.-гин. клиники).

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

Среди смещений матки по горизонтальной плоскости следует различать прежде всего три основных типа: позиции, верзии

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

При позициях матка является целиком, вместе с точкой своей опоры, т. е. верхним отделом рукава, смещенною или кпереди (*ante-positio*), или кзади (*retropositio*), или вправо (*lateropositio dextra dexteropositio*), или, наконец, влево (*lateropositio sinistra, sini. tropo. itio*) Все эти аномалии обыкновенно легко распознаются путем бимануального исследования в частности при *antepositio* вся матка, т. е. и тело ее, и шейка, оказывается смещенною к задней поверхности симфиза, благодаря чему и прощупывается, при бимануальной пальпации, отчетливее обычного; при *retropositio*, напротив, весь этот орган является отодвинутым кзади,



Рис. 24. Pseudoprolapsus uteri (elongatio colli). (По Шредеру-Гофмейеру.)

к передней поверхности крестца, вследствие чего прощупывание его при бимануальной пальпации значительно затрудняется; при *lateropositio uteri* и тело, и шейка матки бываю смещены к той или другой из боковых стенок таза, причем один из боковых сводов рукава представляется гораздо более узким, чем другой.

Под верзьями разумеются наклоны матки. С механической точки зрения матка может быть рассматриваема, как двуплечий рычаг, одним плечом которого является влагалищная часть шейки, другим — надвлагалищная часть шейки вместе с телом, а точкою опоры служат влагалищные своды. Рычаг этот может повертываться около точки своей опоры, наклоняясь верхним плечом то кпереди — антеверзия (*anteversio uteri*), то кзади — ретроверзия (*retroversio*), то вправо или влево — *lateroversio dextra et sinistra* или *dextroversio et sinistroversio*. Антеверзия матки, собственно говоря, является нормальным положением этого

органа. Наряду с нормальной антеверзией можно, однако, различать патологическую, при которой наклонение маточного рычага бывает выражено очень резко — настолько резко, что верхнее плечо его, т. е. тело и надвлагалищная часть шейки, оказывается лежащим ниже нижнего (влагалищной части). При такой чрезмерной антеверзии матка, естественно, особенно легко прощупывается бимануально. Напротив, при ретроверзии бимануальное прощупывание матки является крайне затрудненным, потому что наружной рукой не удастся захватить отклоненную кзади верхнюю часть матки, ее тело, а с другой стороны при этой аномалии не удастся иногда прощупать ничего и через задний свод (рис. 25). Оттого начинающим можно посоветовать, если путем бимануального исследования им не удастся ясно контурировать матку, то они прежде всего должны подумать, не находится ли последняя в ретроверзии. При *latero-versio uteri* тело матки обыкновенно прощупывается по одну сторону от средней линии, а влагалищная часть шейки — по другую, причем со-

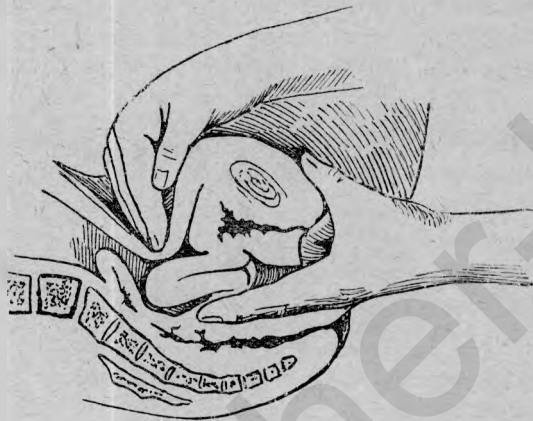


Рис. 25. Бимануальное прощупывание матки при ретроверзии ее.

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

Обе части верхнего плеча маточного рычага, тело и надвлагалищная часть шейки, иногда находятся на одной прямой линии, иногда же это плечо бывает изогнуто под более или менее выраженным углом, и тогда мы говорим о флексиях матки. Если указанный угол открыт кпереди, то такое положение матки называется антефлексией (*anteflexio*), если кзади — ретрофлексией (*retroflexio*), если вбок, то *lateroflexio dextra* или *sinistra*. Антефлексия в сочетании с антеверзией является нормальным положением матки, но как среди антеверзий мы различаем, кроме нормальных, и патологические, так это следует сказать и относительно перегибов матки кпереди, — наряду с нормальными антефлексиями часто встречаются и патологические, при которых перегиб является очень резким, остроугольным (см. рис. 2). Конечно перегиб матки

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

Вообще перечисленные сейчас смещения матки очень нередко комбинируются между собою. Матка, напр., иногда может быть одновременно и смещена вся кзади, т. е. находится в ретропозиции, и наклонена кзади, т. е. находится в ретроверзии, и согнута под углом, открытым кпереди, т. е. находится в антефлексии (см. рис. 2). Некоторые из этих смещений, однако, взаимно исключают друг друга. Так, напр., если матка находится в положении ретрофлексии, то она всегда бывает и ретровертирована, но никогда не лежит в антеверзии.

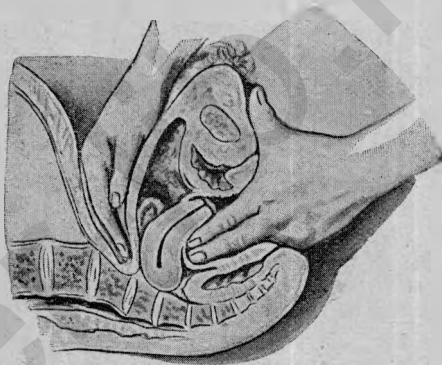


Рис. 26. Прощупывание ретрофлексированной матки.

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

Выяснив положение матки, исследующий определяет далее ее конфигурацию. Как известно, небеременная матка взрослой женщины имеет форму сплюсненной в передне-заднем направлении груши, во время же беременности тело ее вначале может приобретать асимметрическую конфигурацию, а потом становится яйцевидным. Среди патологических изменений конфигурации этого

органа особенно характерными являются те, которые свойственны так наз. хроническому метриту и фибромиомам матки: при первом из этих заболеваний передне-задний диаметр маточного тела становится равным поперечному, и оно приобретает правильно шаровидные очертания; при фибромиомах матка приобретает неправильную конфигурацию (рис. 27), варьирующую в зависимости от местоположения опухоли, причем, если фибромиомы, как то часто бывает, являются множественными, то матка представляется на-ощупь в виде конгломерата сросшихся шаровидных узлов разной величины.

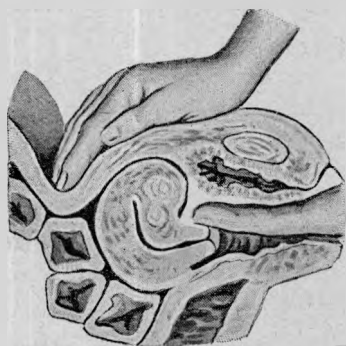


Рис. 27. Прощупывание матки с начинающимися развиваться в передней стенке ее тела межточными фибромиомами.

Важно бывает при бимануальном исследовании определить также объем матки, который у гинекологических больных бывает то меньше, то больше нормы. Уменьшение объема этого органа физиологически имеет место в климактерии, из патологических же состояний, при которых матка у взрослых женщин оказывается меньше нормы, следует упомянуть об инфантилизме (при котором тело матки имеет ненормально малые размеры как абсолютно, так и по сравнению с величиной шейки) и об атрофиях матки, возникающих на почве чересчур продолжительного кормления грудью (лактационная атрофия), на почве заболеваний яичников, сопровождающихся уничтожением их

фолликулярного аппарата, после оперативного удаления яичников (кастрационная атрофия) и пр.

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

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

В диагностическом отношении важно при бимануальном исследовании определить и консистенцию матки. Какова нормальная консистенция небеременной матки — это гинекологом узнается путем долговременного навыка. При беременности консистенция эта изменяется, становясь более мягкой, пастозною; пастозною представляется консистенция матки и при некоторых формах метрита, именно при так наз. отечном миометрите (*myometritis oedematosa*); далее мягкой на-ощупь бывает матка в климактерическом возрасте и вообще подвергшаяся в силу каких-либо причин атрофии, а также иногда пораженная раком тела, разъевшим его стенки и распадающимся. Если, далее, матка растянута жид-

ким содержимым, как это бывает при гематоме, пиоме и гидромете, то консистенция ее делается туго-эластической. Наконец, в большинстве случаев хронического метрита и фиброматоза консистенция матки отличается своею плотностью.

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

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

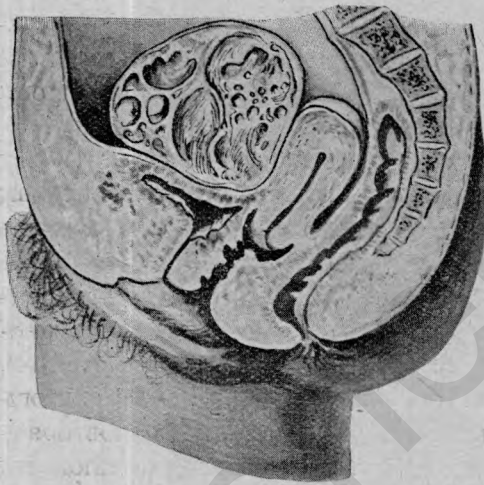


Рис. 28. Типичное положение дермоидной кисты яичника относительно матки.

Сначала исследуется бимануально передний свод, т. е. маточно-пузырная впадина, причем здесь обычно не ощупывается ничего, если не считать, конечно, тела самой матки, находящейся, как уже упоминалось выше, обыкновенно в антеерзии-аптефлексии: дело в том, что благодаря относительно высокому положению маточно-пузырной впадины

здесь лишь очень редко локализируются осумкованные внутрибрюшинные выпоты, кровяные скопления и пр., а равно редко помещаются и исходящие из внутреннего отдела полового аппарата новообразования. Исключение составляют лишь субсерозные миомы, исходящие из передней стенки маточного тела, из новообразований же маточных придатков — лишь один вид яичниковых кист, так наз. дермоиды. Расположение в переднем своде (рис. 28) является патогномичным для них потому, что дермоиды благодаря своему салному содержимому обладают относительно небольшим удельным весом по сравнению с другими кистовидными опухолями маточных придатков.

Чаще дает положительные результаты пальпация боковых сводов рукава, где ощупывается все, что лежит между двумя

листочками широких маточных связок, а именно параметрические экссудаты и рубцы, раковые инфильтраты, гематомы широких связок и межсвязочные опухоли.

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

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

МЕТОДЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В БОЛЕЕ РЕДКИХ СЛУЧАЯХ

Имея дело с гинекологической больной, врач в каждом случае обязательно должен, хотя бегло, произвести наружное обследование живота пациентки, вульвы и входа в рукав, после чего дол-

жен перейти к внутреннему исследованию чрез влагалище и комбинированной, рукавно-наружной, пальпации. Получаемых при этом данных в большинстве случаев бывает достаточно, чтобы поставить диагноз заболевания половой сферы. У некоторых больных, однако, проведение объективного гинекологического исследования по указанной типической схеме оказывается или совершенно невозможным, или сопряженным с значительной травмой, болезненностью и т. п., у иных же перечисленные виды исследования дают недостаточный материал для точного распознавания болезни; в тех и других случаях гинекологу приходится прибегать к специальным методам исследования, среди которых упомянем прежде всего о различных видах ректального исследования.

ПРЯМОКИШЕЧНОЕ (РЕКТАЛЬНОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ

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

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

Технически комбинированное прямокишечно-наружное исследование (рис. 29) производится совершенно так же, как и рукавно-наружное, только вместо рукава указательный палец «внутренней» руки вводится в прямую кишку. Так как палец при этом неизбежно загрязняется содержащимися обычно в воронке прямой кишки фекальными массами, а главное — инфицируется такими микробами, как кишечная палочка, то лучше пред введением надеть на него тонкий резиновый чехол («напалечник»).

Прямокишечное и прямокишечно-наружное исследование заслуживают зачастую применения и в тех случаях, где введение пальца, или даже двух, в рукав является вполне возможным. Прямокишечное исследование позволяет лучше, чем рукавное, определить состояние маточно-крестцовых связок, что является очень важным при заднем параметрите (parametritis posterior) и особенно при раке маточной шейки, проявляющем большую наклонность инфильтрировать клетчатку этих связок. Что касается бимануального прямокишечно-наружного исследования, то при нем через сравнительно тонкую стенку прямой кишки удается гораздо отчетливее, чем при рукавно-наружном исследовании, прощупать все, что лежит в задней половине малого таза, т. е. заднюю поверхность матки и широких связок, яичники, трубы, расположенные в заднем дугласовом кармане опухоли и пр.

Отчетливости получаемой при этом пальпаторной картины мешает лишь то обстоятельство, что нередко петли кишок опускаются в задний отдел малого таза и помещаются между прямой кишкой и по-

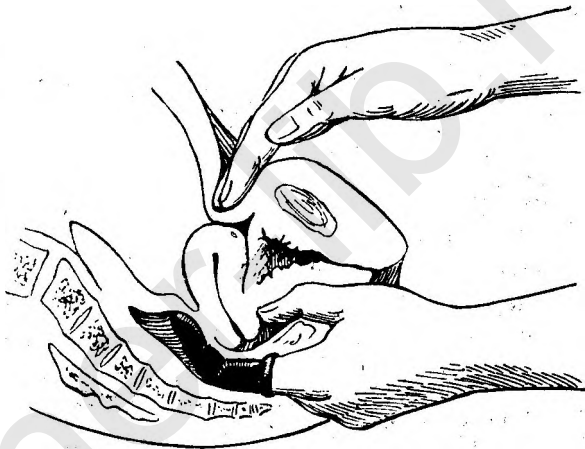


Рис. 29. Прямокишечно-наружное исследование.

ловыми частями. Приподнятое положение таза, в котором производится ректально-наружное исследование (как и рукавно-наружное), не всегда непременно ведет к смещению их в большой таз. Ввиду этого Губарев настоятельно рекомендует производить комбинированное ректальное исследование, предварительно наполнив прямую кишку воздухом. По совету Келли это производится таким образом: нижний отрезок кишечника у женщины сначала освобождается от каловых масс посредством клизмы; после этого пациентка принимает коленно-локтевое положение, и ей вводится, через заднепроходное отверстие, цилиндрическое прямокишечное зеркало с obturatorом (рис. 30), который потом вынимается; так как при коленно-локтевом положении внутрибрюшное давление делается отрицательным, то атмосферный воздух входит тогда через зеркало, растягивает

прямую кишку и оттесняет кишечные петли из малого таза вверх; после того зеркало извлекается, больная укладывается в спинно-крестцовое положение с приподнятым тазом, и врач приступает к прямокишечно-наружному исследованию.

Наполнение воздухом нижнего отрезка кишек является ценным вспомогательным приемом не только при ректальном, но и при простом наружном исследовании,— там, где требуется определить отношение находящейся в животе женщины опухоли к кишкам. Как уже было сказано выше, выяснить это можно лучше всего при помощи перкуссии брюшных стенок. Но перкуторная картина именно в левой половине живота нередко бывает неясною благодаря тому, что газы в нижнем отрезке кишечника

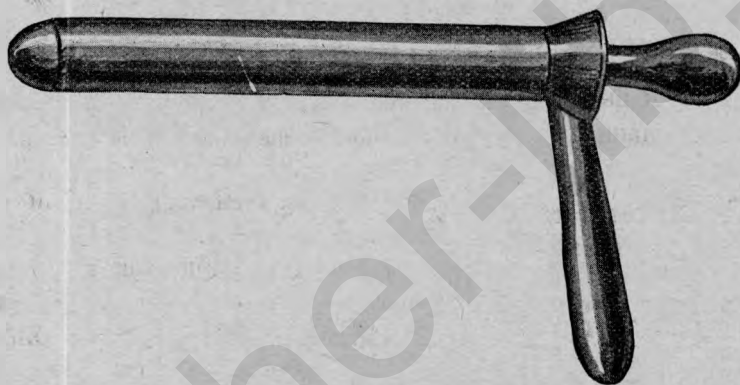


Рис. 30. Прямокишечное зеркало Келли с obturatorом.

обыкновенно не задерживаются, и потому постукивание вместо тимпанита дает тупой тон.

С целью наполнить прямую кишку и S-romanum воздухом, кроме описанного сейчас приема Келли, можно также прибегать к накачиванию воздуха при помощи резинового баллона. Наконец, для этой цели можно ввести больной в клизме сначала раствор соды, потом раствор виннокаменной кислоты.

Отт рекомендует вместо воздуха наполнять прямую кишку перед исследованием тепловатою водою в количестве 1—1½ стаканов. Прием этот он, впрочем, предлагает главным образом для того, чтобы лучше прощупать маточно-крестцовые связки там, где они плохо развиты или очень расслаблены,— при наполнении прямой кишки водой складки прямокишечной мукозы расправляются, а дугласовы складки напрягаются.

Так как одним указательным пальцем зачастую нельзя бывает проникнуть в прямую кишку достаточно глубоко, то некоторые авторы советуют в подобных случаях вводить per anum 2 паль-

ца — указательный и средний, а Симон — даже 4 пальца или всю руку. Однако исследование по Симону является чересчур болезненным, почему требует для своего выполнения паркоза; кроме того, при нем почти неизбежны надрывы в области заднепроходного отверстия, а после него может развиться недержание кала и газов. Все эти невыгодные стороны исследования по Симону далеко не искупаются достигаемыми при нем выгодами, почему данный вид прямокишечного исследования в настоящее время и оставлен почти всеми гинекологами.

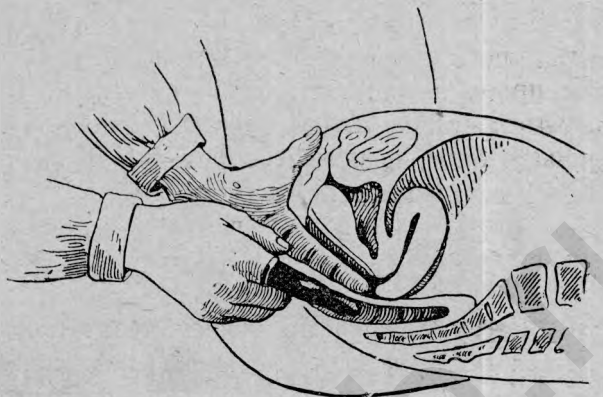


Рис. 31. Прямокишечно-вагинальное исследование.

При некоторых заболеваниях, локализирующихся в рукавно-прямокишечной перегородке (абсцессы, новообразования и пр.), выгодно бывает комбинировать прямокишечное исследование с рукавным. При этом указательный палец одной руки вводится в прямую кишку, ладонной поверхностью кпереди, а указательный палец другой руки ладонной поверхностью кзади вводится в рукав, и таким образом прямокишечно-вагинальная перегородка прощупывается между двумя пальцами (рис. 31). Иногда такой способ исследования заслуживает применения и при образованиях (экссудаты, кровоизлияния, опухоли), расположенных в дне заднего дугласова кармана.

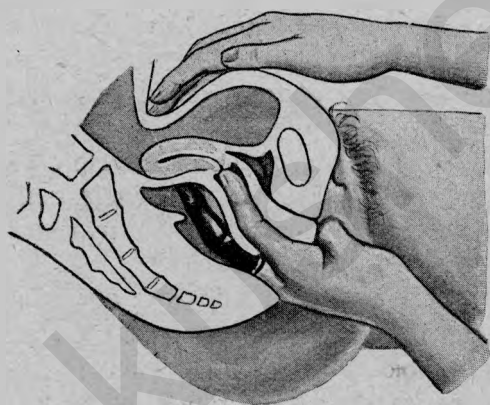


Рис. 32. Тройное исследование (по Отту).

Обозревая различные виды ручного гинекологического исследования, мы должны, наконец, упомянуть о так называемом трой-

Обозревая различные виды ручного гинекологического исследования, мы должны, наконец, упомянуть о так называемом трой-

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

Исследование при помощи пулевых щипцов

Если у больной в нижней части брюшной полости определяется обособленная от матки подвижная опухоль, то, чтобы установить связь ее с половым аппаратом, гинекологу надо прощупать так называемую ножку опухоли, ибо лишь при этом можно с уверенностью сказать, что опухоль действительно принадлежит половой сфере пациентки. Нередко ножку опухоли, ее анатомические особенности (длину, толщину), даже перекручивание, как это удалось в одном случае Зайцкому, и отношение к матке удается определить уже путем непосредственного ощупывания через рукав или прямую кишку и одновременно снаружи, т. е. теми методами ручного исследования, которые разобраны нами выше; в тех же случаях, где это не удается, можно прибегнуть к низведению матки при помощи пулевых щипцов.

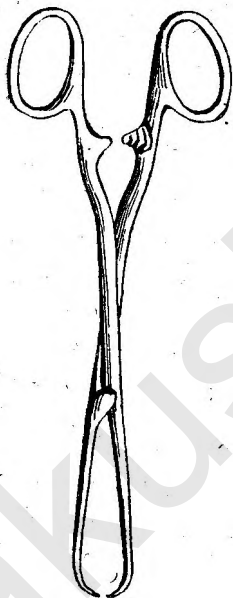


Рис. 33. Пулевые щипцы.

Производится это таким образом: обнажив влагалищную часть матки посредством зеркал, лучше ложкообразных, исследующий дезинфицирует ее поверхность, обмыв каким-либо обеззараживающим раствором и смазав иодной настойкой, потом захватывает переднюю ее губу одними или двумя пулевыми щипцами (рис. 33), — конечно, предварительно приведенными в асептическое состояние путем кипячения, — удаляет зеркала и передает щипцы помощнику, который, вытягивая их из рукава, смещает матку книзу. В то же время исследующий вводит в прямую кишку.

одни или два пальца правой руки, а пальцами левой старается проникнуть, через брюшные стенки, между нижним отрезком опухоли и маткой, отодвигая первую по возможности кверху. При этом ножка опухоли, если таковая имеется, сильно напрягается и может быть прощупана руками исследующего (рис. 34).

При помощи ножки бывают соединены с маткой из внутрибрюшинных опухолей, во-первых, субсерозные фибромиомы матки, во-вторых, опухоли яичников, большею частью кистовидные. У тех и других ножка представляет значительную разницу: ножка яичниковых опухолей, в состав которой обыкновенно входят часть

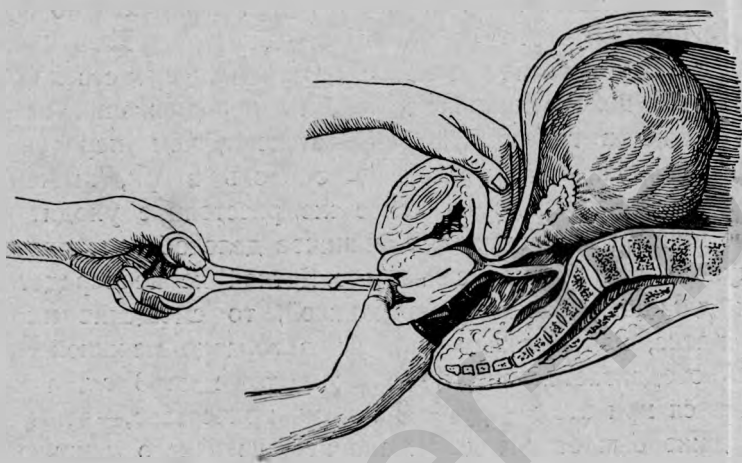


Рис. 34. Исследование ножки опухолей при помощи пулевых щипцов.

широкой связки, собственная связка яичника и труба, представляется обычно на-ощупь лентообразной (если только она не перекручена), более длинной и растяжимой, ножка же субсерозных фибромиом — более мясистой, округлой и короткой; кроме того, первая всегда отходит от одного из углов матки, вторая же может отходить и от других участков наружной поверхности маточного тела.

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

Иногда непосредственно установить связь опухоли с половую сферой у больной не удастся не только путем обычных способов пальпации, но и при помощи описанного сейчас приема. В подобных случаях гинекологу может иногда оказать большие услуги другой вид исследования с пулевыми щипцами: раскрыв рукав

больной зеркалами и наложив пулевые щипцы на влагалищную часть матки, исследующий оставляет их лежать свободно, а сам наружными приемами старается по возможности сместить опухоль или прямо кверху, или кверху и одновременно то в ту, то в другую сторону, т. е. вправо и влево. Если опухоль исходит из половой сферы, то, конечно, смещение ее в большей или меньшей степени передается матке, и пулевые щипцы втягиваются внутрь рукава; если же опухоль исходит, напр., из почки, то щипцы остаются при этом неподвижными.

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОД НАРКОЗОМ

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

У подобных больных нередко приходится для точной постановки диагноза прибегать к исследованию под наркозом. Чтобы последнее дало, однако, то, что оно в состоянии дать, наркоз при

этом непременно должен быть глубоким,— он должен сопровождаться полным расслаблением брюшных мышц и исчезновением болевых рефлексов. Пальпация при неполном наркозе, особенно сопровождающемся рвотными движениями, дает нередко менее ясную картину, чем даже исследование без наркоза.

Второе необходимое правило, которое следует строго соблюдать при исследовании под наркозом, это — чтобы ощупывание больных органов производилось осторожно, без малейшего насилия. Так как исследуемая под наркозом не реагирует на боль, то исследующий ее легко может при пальпации применить слишком сильное давление и таким путем причинить пациентке опасные, даже смертельные, повреждения. Особенная осторожность нужна при исследовании под наркозом у тех больных, у которых анамнез и предварительное исследование без наркоза позволяют заподозрить наличие прогрессирующей внематочной беременности или присутствие гноя в трубах, яичниках или тазовой брюшине. «Боль есть сторож здоровья», — совершенно справедливо говорит Кюстнер, и у подобных больных обусловливаемое наркозом отсутствие болевой реакции может служить при всех своих выгодных сторонах источником величайших опасностей: производя без помехи слишком сильное надавливание, гинеколог может здесь вызвать или лопание беременной трубы с опасным кровоизлиянием, или разрыв гнойных скоплений с излиянием вирулентного гноя в свободную полость брюшины.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗЕРКАЛАМИ.

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

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

Зеркала первого типа представляют собою трубки различной длины и калибра, один конец которых обыкновенно бывает снабжен раструбом, а другой — в некоторых зеркалах этого типа немного суженный — срезан или под прямым углом (рис. 35), или вкось (рис. 36); последняя форма цилиндрических зеркал более соответствует анатомическому строению рукава, в котором, как

известно, задняя стенка несколько длиннее передней. Изготавливаются круглые зеркала из различных материалов — разных металлов, дерева, стекла, гуттаперчи, целлулоида и др. Наиболее употребительными из них являются в

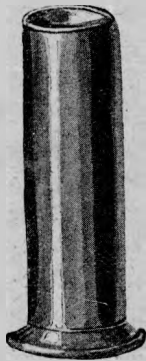


Рис. 35. Круглое зеркало Фергюссона со слегка суженным и срезанным под прямым углом внутренним концом.

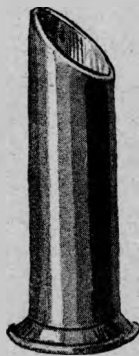


Рис. 36. Круглое зеркало Фергюссона со слегка суженным и срезанным под острым углом внутренним концом.

Германии зеркала Майера из молочного стекла, а у нас в СССР — зеркала Фергюссона, сделанные из прозрачного стекла, снаружи амальгамированные, а еще более снаружи покрытые слоем гуттаперчи. Майеровские зеркала имеют то преимущество, что их можно легко стерилизовать при помощи кипячения.

Исследование при помощи цилиндрических зеркал производится следующим образом (рис. 37): выбрав зеркало соответствующего калибра в зависимости от размеров

рукава у больной (т. е., другими словами, в зависимости от того, рожала данная женщина или нет и если рожала, то однажды или несколько раз), исследующий берет его правой рукой, вложив большой палец внутрь зеркала со стороны расгуба, а остальными пальцами захватив его снаружи, смазывает наружную поверхность его вазелином, указательным и большим пальцами левой руки раскрывает половую щель больной и вводит конец зеркала в рукавный вход, отдавливая промежность и держа более длинную стенку зеркала сзади. Когда узкий конец зеркала войдет в рукав, исследующий продвигает затем зеркало вглубь поглядного, делая при этом слегка вращательные движения — до тех пор, пока конец зеркала не упрется в своды, а влагалищная часть матки не вставится в просвет инструмента.

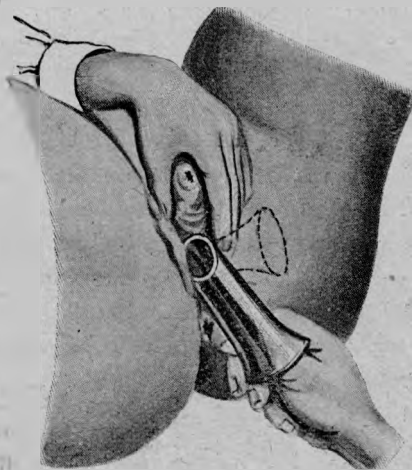


Рис. 37. Введение круглого зеркала.

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

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

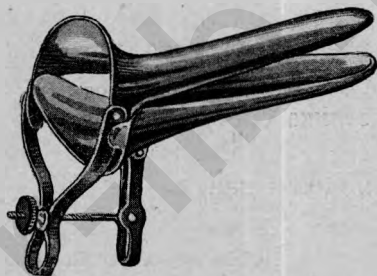


Рис. 38. Зеркало Куско.

В различное время и различными авторами были предложены разные модели зеркал этого типа, в том числе некоторые модели с тремя и даже четырьмя створками; в настоящее время, однако, все эти модели вытеснены у нас зеркалом Куско, которое и используется, можно сказать, всеобщим распространением у современных гинекологов. Как можно видеть по прилагаемому рисунку (рис. 38), зеркало это — двустворчатое, оно состоит из двух жолобоватых пластинок, подвижно соединенных между собою. Образующие так называемый клюв зеркала концы пластинок слегка закруглены и в сложенном виде вплотную прилегают друг к другу, противоположные — снабжены отростками или ветвями, образующими рукоятку зеркала. Одна из ветвей рукоятки, большею частью делается сплошною, снабжена винтом, другая же имеет прорез, в который и вставляется винт.

Взяв зеркало в сложенном виде правой рукой и смазав наружные поверхности его пластинок вазелином или карболовым мас-

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

У некоторых больных анатомические отношения рукава и влагалищной части матки оказываются такими, что исследующему при всех стараниях не удается вставить последнюю в просвет зеркала. В подобных случаях рекомендуют определять

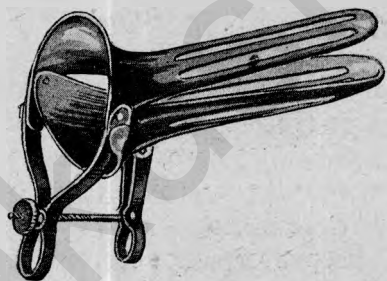


Рис. 39. Зеркало Куско с прорезами в пластинках.

положение влагалищной части ощущением, производимым указательным и средним пальцами левой руки, затем под контролем этих пальцев вводить в рукав пулевые щипцы, захватить ими влагалищную часть матки и только тогда вводить зеркало, — створчатое или цилиндрическое, надевая его на щипцы, для чего последние снабжаются съемными рукоятками.

Подобно цилиндрическим зеркалам и створчатые могут служить не только для диагностических, но и для терапевтических целей, — через них можно производить такие лечебные манипуляции, как смазывания влагалищной части и цервикального канала, внутриматочные впрыскивания и т. п. Они, однако, неудобны для таких лечебных способов, как скарификации, вливания в рукав и пр., так как изливающаяся при скарификациях кровь, употребляемые для вливания жидкости и т. д. через боковые щели зеркала изливаются в рукав и затем —

наружу, пачкая белье пациентки, ее тело и стол, на котором она лежит. Кроме того, в боковых щелях створчатых зеркал могут ущемляться стенки рукава. Во избежание этого Якимович предложил соединять края зеркал этого типа резиновой лентой. Однако это приспособление понижает достоинство зеркала, как диагностического инструмента, мешая осмотру через щели рукавных стенок. Надо стремиться скорее к тому, чтобы и пластинки створчатого зеркала не закрывали совершенно рукавной стенки; в этих щелях зеркала Куско изготавливаются в настоящее время с продольными прорезами в пластинках — ажурными (рис. 39).

Третий тип влагалищных зеркал — это зеркала ложкообразные или жолобоватые. Зеркало этого типа состоит из ложки, вводимой в рукав, и рукоятки, остающейся снаружи, причем ложки бывают различной ширины, длины и формы. В некоторых моделях ложкообразных зеркал ложка (или ложки) образует одно нераздельное целое с рукояткой; таковы, напр., зеркала Симса (рис. 40), Дуайена (рис. 41) и др. В большин-



Рис. 40. Зеркало Симса.



Рис. 41. Зеркало Дуайена.

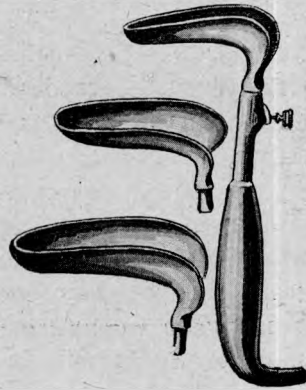


Рис. 42. Зеркало Симона с жолобоватыми (задними) ложками разной величины.

стве современных зеркал данного типа, однако, ложки соединяются с рукоятками при помощи замка того или иного устрой-

ства, допускающего снятие и надевание на одну и ту же рукоятку различных по величине и форме ложек; таковы зеркала Симона (рис. 42 и 43), Фрича (рис. 44) и пр.

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



Рис. 43. Зеркало Симона с плоскими (передними) ложками различной величины.

Рис. 44. Передняя и задняя ложки зеркала Фрича.

Рис. 45. Боковое ручное зеркало Брауна.

надо положить ее тазовую часть на край стола, с согнутыми, разведенными ногами, которые удерживаются или руками помощников, или при помощи особого ногодержателя — прибора из двух кожаных колец, соединенных металлическим стержнем. Зато, применяя ложкообразные зеркала соответствующей величины и формы, мы можем в каждом случае сделать доступными не только для осмотра, но и для оперативного воздействия и рукав, и влагалищную часть матки, и даже глубже лежащие части. Оттого зеркала данного типа являются незаменимыми при всевозможных влагалищных операциях, не исключая и сопряженных со вскрытием брюшины (кольпотомии).

Техника применения ложкообразных зеркал представляется в следующем виде: после того, как пациентка уложена описанным выше образом на край стола, исследующий садится на стул перед ее половыми частями, вводит в рукав один (указательный)

или два (указательный и средний) пальца левой руки, а правой берет заднее зеркало и вводит по пальцам его ложку во влагалище, после чего дает помощнику, стоящему сбоку от стола, держать рукоятку. Затем вводится в рукав и передается помощнику переднее зеркало, а иногда исследующий вынужден бывает прибегать и к боковым зеркалам, которые или держит сам, или опять-таки передает для держания помощникам; конечно, последних требуется в таком случае не один, а двое причем, кроме держания зеркал, они удерживают в надлежащем положении и ноги больной.

Чтобы доставить гинекологам возможность пользоваться ложкообразными зеркалами и при

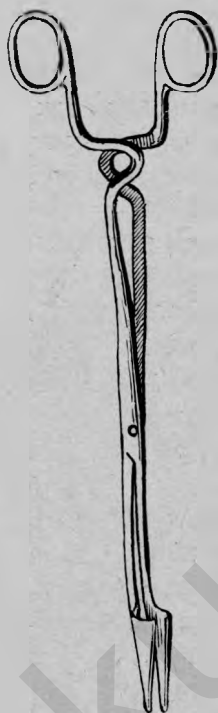


Рис. 47. Маточное зеркало Колена.

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

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

В прежней гинекологической литературе описанным нами здесь приборам, позволяющим обследовать полость рукава при помощи зрения, нередко присвоилось название «маточных» зеркал. Фактически, однако, это не маточные, а влагалищные зеркала. В гинекологии мы встречаем, впрочем, попытки сделать и полость

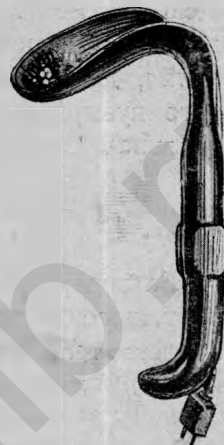


Рис. 46. Зеркало Отта с освещением для задней стенки рукава.

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

Зондирование матки

Благодаря узкости цервикального канала, особенно в области наружного и внутреннего зева, как самый этот канал, так и полость тела матки являются при обычных условиях недоступными ни для осмотра, ни для ощупывания пальцем. Между тем

в целях распознавания гинекологу зачатую бывает необходимо иметь в своем распоряжении более или менее точные данные о проходимости цервикального канала и полости маточного тела, об их величине и форме и об особенностях внутренней поверхности их стенок. Все эти данные могут быть получены путем зондирования матки.

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



Рис. 48. Маточный зонд Симса.



Рис. 49. Маточный зонд Мартина со шкалою.

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

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

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

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

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

Одно время внимание гинекологов привлекли случаи, где при зондировании не увеличенной, повидимому, матки зонд внезапно уходил на глубину 15—20 см, причем во всех почти случаях этого рода за единичными исключениями у больных не наблюдалось никаких вредных последствий от зондирования, а в некоторых из них повторное зондирование давало близкие к норме цифры длины маточной полости. Не раз бывали такие случаи и в моей практике. Указанное явление истолковывалось различно: одни авторы высказывали предположение, что здесь дело шло о прободении маточной стенки, другие, — что зонд здесь проникал в один из трубных каналов, третьи, наконец, что в подобных случаях можно думать о внезапном расслаблении матки, превращении ее в значительной величины тонкостенный мешок. Повидимому, первое объяснение стоит ближе всего к истине, хотя в отдельных, исключительных случаях могло иметь место и проникновение зонда в расширенную трубу; что касается третьего объяснения, то оно признается не выдерживающим критики.

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

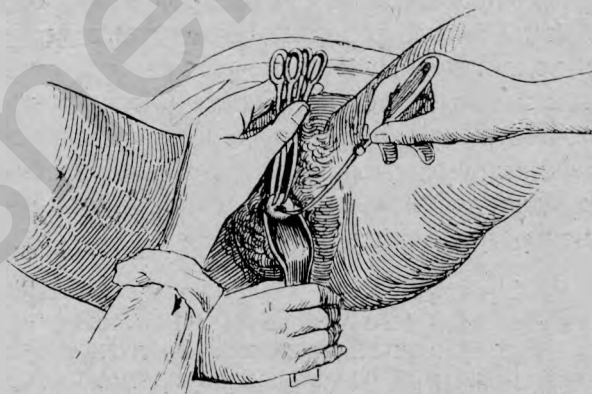


Рис. 50. Зондирование матки.

рый должен быть предварительно определен путем бимануальной пальпации. Вводить зонд (рис. 50) надо затем так, чтобы изогнутость его совпадала с изогнутостью матки, притом отнюдь не форсируя, без всякого насилия. В качестве орудия для исправления положения матки зонда лучше не употреблять. Беременность прстивопоказывает зондирование. Нужно избегать последнего и при острых воспалениях матки, особенно после родов (или после выкидышей), когда маточная стенка чрезвычайно легко перфорируется.

Крайней осторожности требует также применение маточного зонда при подозрении на рак маточной полости, туберкулез ее и т. п.

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

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

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

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

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

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

Этим обстоятельством Новицкий и Попов рекомендуют пользоваться для отличительного распознавания субсерозных фибромиом матки от плотных опухолей яичников, причем длина полости матки более 10 см говорит, по мнению этих авторов, за фибромиому. Махшеев, разбирая значение этого признака, нашел, что длина полости матки в 8—10 см наблюдается одинаково как при фибромиомах матки, так и при новообразованных яичников и дифференциально-диагностического значения не имеет, длина же более 10 см не зависит от опухолей яичников и сальпинго-оофоритов, более 13 см — делает диагноз кист широких связок маловероятным, а более 15 см — не зависит от межсвязочных кист.

РАСШИРЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

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

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

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

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

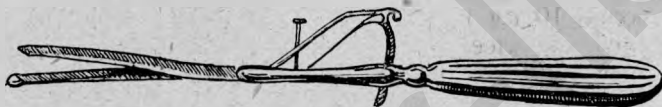


Рис. 51. Метротом Снегирева.

Для кровавого расширения цервикального канала при несглаженной шейке Симпсоном и др. предложены особые инструменты, известные под названием метротомов. Инструменты эти (рис. 51) представляют собою нечто вроде толстых маточных зондов, прямых или изогнутых, внутри которых скрыты один или два ножа с лезвиями, обращенными кнаружи. Для расширения шейечного канала метротом вводится в него со спрятанными ножами, затем оперирующей, надавливая на находящееся у рукоятки приспособление (пружину, винт), заставляет ножи (или нож) выйти наружу, причем их лезвия более или менее глубоко врезаются в стенку цервикального канала.

При помощи описанных инструментов расширение цервикального канала, однако, достигается лишь в незначительной степени, почему они и не употребляются в современной гинекологической практике. Современные гинекологи в тех случаях, где нужно проникнуть в полость матки с диагностическими или терапевтическими целями при несглаженной шейке, предпочитают, из кровавых способов, прибегать к операции по типу описываемого в курсах акушерства влагалищного кесарского сечения. Надрезав в попе-

речном направлении передний свод рукава, оперирующий пальцем отделяет пузырь от шейки, отслаивает затем брюшину, не вскрывая ее, от миометрия в области нижнего сегмента маточного тела (где брюшинный покров соединен с подлежащими слоями очень рыхло) и, наконец, защитив пузырь ложкообразным зеркалом (рис. 52), прямыми ножницами рассекает шейку и нижнюю часть тела в сагиттальном направлении. Этой частичной или внебрюшинной передней гистеротомии (*hysterotomia anterior partialis s. extraperitonealis*) обыкновенно бывает достаточно, чтобы ввести в маточную полость палец для ощупывания, а равно удалить сидящие здесь небольшие полипы и т. п. Там, где описанного

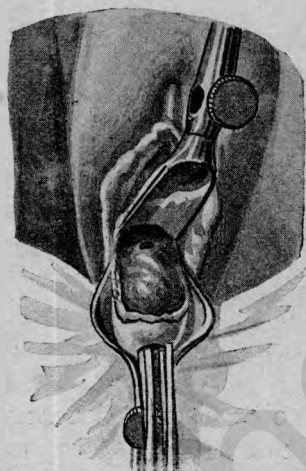


Рис. 52. Гистеротомия: пузырь отделен от маточной шейки и защищен ложкообразным зеркалом (по Отту).

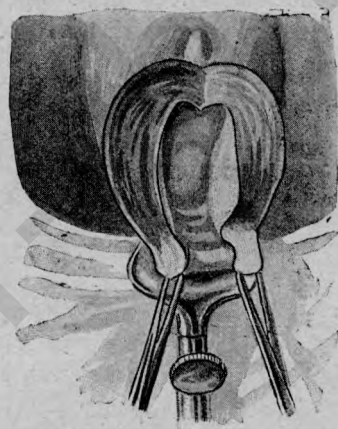


Рис. 53. Гистеротомия: разрез передней стенки матки от наружного зева до дна (по Отту).

разреза окажется недостаточно, можно прибегнуть или к удлинению его до дна (рис. 53), причем, конечно, операция делается уже трансперитонеальной, или к аналогичному внебрюшинному же разрезу задней стенки шейки и нижнего сегмента (*hysterotomia posterior*).

Из некровавых способов расширения шейечного канала мы должны отметить: 1) расширение при помощи створчатых дилаторов, 2) расширение путем введения в матку палочек из разбухающих веществ и 3) расширение путем методического вбедения в цервикальный канал бужей возрастающей толщины. Надо при этом оговориться что почти все эти способы нередко являются некровавыми лишь относительно,—при них сплошь и рядом наблюдаются надрывы стенок цервикального канала, сопровождающиеся кровотечениями, иногда весьма значительными.

Створчатые расширители (рис. 54), которых в гинекологии известно несколько моделей, представляют собою обычно металлические инструменты, состоящие из нескольких ветвей. Они вводятся в матку в сложенном виде, затем при помощи того или иного механизма ветви их раздвигаются и таким образом растягивают стенку цервикального канала. Употребляются эти инструменты в настоящее время лишь немногими гинекологами, так как применение их требует предварительного расширения цервикального канала бужами и наркоза; кроме того, оно сопряжено с значительными разрывами шейки.

Большим распространением пользуется до сих пор применение в целях расширения цервикального канала палочек из разбухающих веществ. В различное время для этих целей были предложены

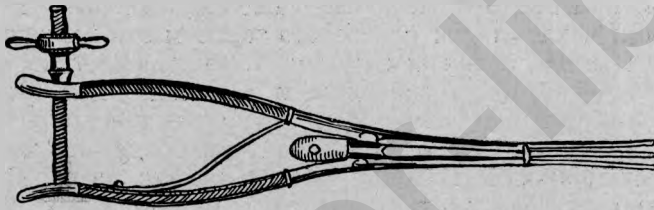


Рис. 54. Расширитель Сѣмса.

палочки из стеблей морской водоросли *Laminaria digitata*, из корня тупело, из прессованной губки, из корня горечавки и пр. Вещество всех этих палочек отличается значительною порозностью и гигроскопичностью; оттого, если вставить их в цервикальный канал, то они впитывают жидкое отделимое маточной мукозы, разбухают и, увеличиваясь в толщину, постепенно расширяют просвет канала. Так как расширение это происходит сравнительно медленно, то оно не требует наркоза и не сопровождается надрывами стенок шейки, в чем и заключаются главные преимущества данного метода пред другими способами расширения цервикального канала, более быстрыми.

Наряду с этими достоинствами данному методу, однако, присущи и крупные недостатки, заставившие многих гинекологов совершенно отказаться от его применения. Вещество некоторых палочек, напр., приготовленных из корня горечавки, при разбухании их становится мягким, как тесто (Солувьев), что, конечно, не может не отразиться на расширяющем эффекте палочек в отрицательную сторону. Поверхность других палочек, напр., приготовляемых из корня тупело, отличается неровностью, отчего палочки эти, разбухая, сильно травмируют стенку цервикального канала. Обратное извлечение разбухнувших палочек нередко

сопряжено бывает с значительными трудностями и опять-таки травмой; иногда палочки эти, как то было, напр., в случае, описанном Сердюковым, ломаются, причем извлечение их обломков бывает сопряжено с большими затруднениями; главное же — палочки эти нельзя надежно стерилизовать, почему применение их часто ведет к инфекции полости матки. Обеспложивание кипячением в том виде, как мы обеспложиваем большинство применяемых в практике инструментов, конечно, представляет собою здесь полный nonsens, а попытки стерилизовать их сухим жаром ведут к тому, что палочки становятся хрупкими, ломкими. Лучшие результаты, повидимому, дает стерилизация палочек сухим жаром в запаянных трубках (Ляхницкий), но это слишком хлопотливо. Чтобы избежать инфекции, некоторые гинекологи, напр., у нас Шлезингер, предложили вводить палочки из разбухающих веществ в резиновых чехлах, наполненных какою-либо дезинфицирующею жидкостью; однако, помимо того, что выполнение этого предложения при узком цервикальном канале встречает непреодолимые технические затруднения, и указанная мера не гарантирует вполне от инфицирования матки: мы знаем, что нижний отдел цервикального канала, подобно рукаву, всегда содержит в себе микробов; при введении палочек, даже защищенных стерильными резиновыми чехлами, мы неизбежно заносим этих микробов в полость тела матки, а так как палочки закупоривают цервикальный канал в течение продолжительного времени — полусуток, суток и даже более, то не находящие себе оттока секреты маточных желез, скопляясь, образуют благоприятную среду для размножения занесенных микробов. В конце концов я, напр., в своей практике совершенно отказался от применения разбухающих средств с целью расширения цервикального канала и никогда не имел повода сожалеть об этом.

Другие гинекологи, исходя из той мысли, что лишь при помощи разбираемого метода можно без глубоких надрывов достигнуть достаточного для введения пальца в маточную полость расширения цервикального канала, удержали применение разбухающих палочек. При этом они почти исключительно пользуются палочками ламинарии, нередко комбинируя их применение с расширением бужами. Обеззараживают они эти палочки различным образом: одни предпочитают обрабатывать их антисептическими веществами, другие находят более надежную стерилизацию высокой t^0 , хотя последнее и гораздо более кропотливо. Так, Кюстнер, согласно старому предложению Шульце, рекомендует хранить палочки ламинарии в 10%-ном эфирном растворе иодоформа или 1%-ном спиртовом растворе сулемы, а перед самым употреблением опускать минуты на 2 в кипящий 5%-ный карболовый или 1%-ный сулемовый раствор. Менге и Опиц советуют сначала кипятить ламинарии в продолжение часа, затем обезвоживать в спирте возрастающей крепости в течение суток, после чего на сутки же помещать их в абсолютный алкоголь, нагревать сухим жаром в стерилизаторе до 160°C в течение 10 минут и, наконец, помещать в стерилизованные пробирки, заткнутые ватными проб-

ками. Т о л о ч и н о в находит более выгодным комбинировать обеспложивание сухим жаром и обеззараживание антисептическими веществами, рекомендуя сначала подвергать палочки действию первого до 140°C в течение часа, потом держать их в 5%-ном спиртовом или эфирном растворе салициловой кислоты и, наконец, перед самым употреблением погружать палочку на несколько минут в 5%-ный горячий раствор карболки.

В продаже палочки ламинарии имеют различную толщины, причем более тонкие обыкновенно бывают сплошные, а более толстые — полые. Один конец каждой палочки бывает снабжен обычно крепкой ниткой. Желая произвести расширение цервикального канала ламинариями, гинеколог укладывает больную на край стола, как для всяких рукавных операций, дезинфицирует ей вульву и рукав, раскрывает последний ложкообразными зеркалами, захватывает влагалитическую часть двумя пулевыми щипцами и, промазав цервикальный канал иодной настойкой, определяет бужами величину его просвета. Выбрав затем ламинарию соответственной толщины, он смазывает ее поверхность стерильным маслом или смесью вазелина с иодоформом и, захватив снабженный ниткою конец палочки корнцангом либо специальными щипцами, вводит ее в матку так, чтобы один конец ламинарии выступал внутрь полости маточного тела, а другой немного выдавался из наружного зева. Чтобы палочка не выскользнула наружу, она удерживается при помощи введенного в рукав ватного тампона, после чего больная переносится на постель и оставляется на 8—12 часов. За это время ламинария успевает разбухнуть приблизительно вдвое против первоначальной толщины. Затем ее вынимают, извлекая за нитку или, если она не поддается при влечении за последнюю, то корнцангом (или щипцами) и заменяют более толстой. Двукратного применения палочек обыкновенно бывает достаточно, чтобы сделать цервикальный канал проходным для указательного пальца.

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

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

Наиболее распространенным в настоящее время способом расширения цервикального канала у гинекологических больных является расширение его бужами или дилататорами. Последние бывают различной формы — цилиндрические, конические и цилин-

рические с конически суживающимися концами; этот третий вид расширителей я считаю наилучшими. Далее, они бывают различной длины и делаются из различных материалов — гуттаперчи, целлулоида, стекла, металла. Гуттаперчевые и целлулоидные расширители представляют ту выгоду, что им, можно положив предварительно в горячую воду, придавать искривление, соответствующее искривлению матки в данном случае, между тем как металлические, напр., дилататоры, хотя и имеют несколько изогнутую форму, но этот изгиб у них является обыкновенно очень небольшим. Зато гуттаперчевые расширители труднее стерилизовать, — для этого их надобно тщательно обтирать стерильной ватой, смоченной в спирте, 10/00 растворе сулемы и т. п. тогда как металлические дилататоры можно надежно обеззараживать кипячением. Последнее относится и к стеклянным расширителям, но они, особенно более тонкие из них, очень непрочны.

Рис. 55. Расширитель Хегара из твердого каучука.

Цилиндрические расширители (рис. 55) обычно имеют на одном конце плоскую ручку для захватывания, на которой бывает помечен номер расширителя. Номер этот определяет, в миллиметрах диаметр расширителя, причем расширители низших номеров различаются друга от друга в толщину обыкновенно на $\frac{1}{2}$ мм, а высших — на 1 мм. На цилиндрических расширителях (см. рис. 57) ставится обычно два номера: один определяет диаметр более тонкой части инструмента, другой — более толстой. Нам остается добавить, что расширители низших номеров, более тонкие, делаются обыкновенно сплошными, а высших номеров — нередко (это относится к стеклянным и металлическим расширителям) полыми.

Ввиду значительной болезненности расширения цервикального канала дилататорами эта маленькая операция производится

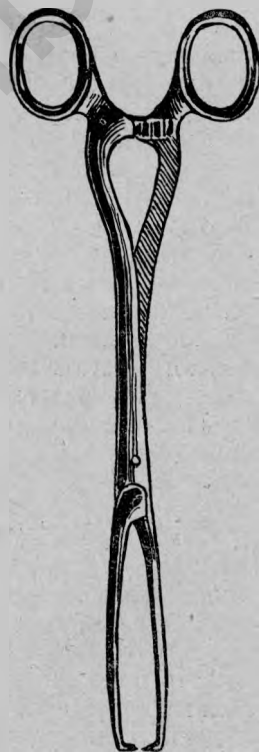


Рис. 56. Щипцы Мюзэ с тремя зубцами.

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

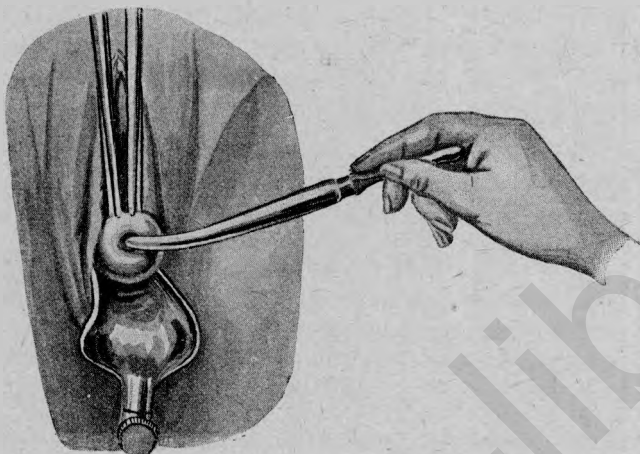


Рис. 57. Введение цилиндра конического расширителя К о л е н а в цервикальный канал матки.

Что касается техники самого расширения, то она очень проста: раскрыв рукав ложкообразными зеркалами и передав их держать помощникам, оперирующий захватывает переднюю губу влагалищной части двумя пулевыми щипцами или одними щипцами М ю з о (рис. 56), берет их в левую руку и удерживает ими матку по возможности неподвижно, а правой берет за ручку диллятор, толщина которого соответствует величине просвета цервикального канала в данном случае, и вводит его через наружный зев (рис. 57). Держать расширитель при введении его надо так, чтобы изгиб его совпадал с изгибом матки у данной больной. Расположение пальцев держащей руки может быть различно: можно захватить ручку расширителя большим и указательным пальцами, а тыльную и отчасти боковой поверхностью среднего поддерживать его снизу, а можно держать его почти как писчее перо. Самое важное при этом, чтобы рука держащего постоянно контролировала продвижение расширителя,

и последний не мог бы внезапно сорваться. Вводить его следует настолько, чтобы наиболее толстая часть расширителя миновала внутренний зев и конец его немного вошел в полость тела матки, но ютнюдь не настолько значительно, чтобы упираться в дно последней.

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

Как ни проста на первый взгляд разбираемая операция, однако и при ней возможны технические затруднения и нежелательные осложнения. При резкой остроугольной антефлексии матки, которая нередко имеет место при инфантилизме, проведение первых номеров расширителей иногда оказывается крайне затруднительным благодаря тому, что сравнительно мало изогнутый инструмент в месте перегиба матки упирается концом в ее заднюю стенку, не проникая в полость тела. Если употреблять при этом значительное насилие, конец бужа может перфорировать маточную стенку, что мне и приходилось не раз наблюдать, при производстве расширения начинающими товарищами. Во избежание этого я рекомендую в подобных случаях сначала вводить в матку жолобоватый зонд, изогнутый соответственно изгибу органа, и первые номера расширителей проводить концом по жолобку зонда; так как матка при этом несколько распрямляется, то дальнейшие номера обыкновенно проходят без труда.

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

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

Во многих случаях, наконец, введение расширителей более высоких номеров сопровождается кровотечениями, зависящими

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

ПРОБНОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ И ПРОБНАЯ ЭКСЦИЗИЯ

Обследование полости матки пальцем требует сравнительно значительного расширения цервикального канала, достигнуть которого у гинекологических больных не так-то легко; кроме того, путем простого ощупывания далеко не всегда возможно бывает определить характер локализирующихся внутри матки болезненных процессов. Вот почему в диагностике заболеваний, местом локализации которых является *cavum uteri*, гораздо большее значение чем пальпация, имеет пробное выскабливание: во-первых, чтобы ввести внутри матки ложечку для выскабливания, требуется гораздо меньшее расширение канала шейки, чем для введения пальца, — совершенно достаточно, если мы расширим его до 10-го или 12-го номера расширителей, даже меньше; во-вторых, последующее микроскопическое исследование выскобленных кусочков позволяет гинекологу совершенно точно установить, с каким болезненным процессом он имеет дело.

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



Рис. 58.
Острая двойная юретка Поцци для выскабливания.



Рис. 59.
Острая круглая ложечка Симона для выскабливания.

с диагностическими целями в частности пользоваться двойной петлеобразной ложечкой с острыми краями вроде той, какая изображена на рис. 60.

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



Рис. 60.
Двойная
петлеоб-
разная
ложка
Б л э к а
для вы-
скаблива-
ния с
острыми
краями.

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

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

Как и при зондировании, при выскабливании описаны случаи внезапного значительного изменения длины полости матки. У Хайкиса ложка для выскабливания проникла в матку то на 8—8½ см, то на 13—14 см. Марков наблюдал 4 аналогичных

случая. Конечно, и здесь, как и в подобных же случаях, наблюдаемых при зондировании, возможно думать и о перфорации маточной стенки, и о проникновении ложки в расширенную трубу, но по крайней мере для некоторых случаев здесь можно думать и о расслаблении неповрежденной маточной стенки. Точно истолковать механизм такого расслабления нелегко; возможно, что здесь играет роль чисто механическое влияние введенных в матку инструментов — или расширителей, или кюретки для выскабливания — на нервный аппарат матки. Во всяком случае при подобном явлении вполне обоснован совет Маркова — извлекать из матки все введенные в нее инструменты и не продолжать операции, пока орган опять стойко не сократится.

Сходный по идее с пробным выскабливанием метод гинекологического исследования представляет собою пробная эксцизия. Если в доступных глазу и осязанию частях женской половой сферы — на вульве, рукавной стенке, влагалищной части, наконец, иногда в цервикальном канале — имеется язва или опухоль, природу которых нельзя определить путем осмотра и ощупывания, то надо вырезать из поверхности их небольшой кусочек и затем подвергнуть его микроскопическому исследованию. Особенно широкое применение имеет пробная эксцизия при начинающихся раках шейки, которые легко смешать без нее с доброкачественными или воспалительными эрозиями; представляющими собою места на поверхности влагалищной части, кругом наружного зева, покрытые вместо нормального многослойного плоского однослойным цилиндрическим эпителием.

Маленькая операция эта обычно не требует ни общего наркоза, ни даже местного обезболивания. Кусочек ткани из дна подозрительной язвы или поверхности опухоли можно вырезать обыкновенным скальпелем. Для производства пробной эксцизии в амбулаторной практике довольно удобным является инструмент Шуберта (рис. 61), которым я пользуюсь уже много лет и который представляет собою окончатые щипцы с треугольными отвер-

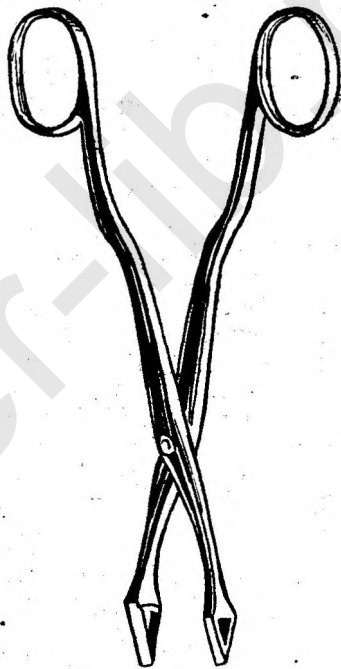


Рис. 61. Щипцы Шуберта для пробной эксцизии.

ствиями, имеющими острые края; этими щипцами и выкусывается кусочек из той или другой губы влагалищной части, поверхности опухоли и пр.

За последнее время в немецкой гинекологической литературе был высказан целый ряд предостережений против широкого применения пробной эксцизии при раке маточной шейки: указывалось, что иногда эксцизия служит толчком к более быстрому росту опухоли, что производимое при ней ранение зачастую является воротами для внедрения септической инфекции и пр. Указания эти, как я имел возможность убедиться на личном опыте, нельзя считать лишними основания. Ввиду этого пробную эксцизию следует применять лишь там, где без нее почему-либо нельзя установить диагноз рака маточной шейки или где требуется быстрое решение вопроса, имеется в данном случае рак или нет, так как больная не может долго оставаться под наблюдением. Там же, где эта возможность имеется, пробную эксцизию можно заменить другими способами распознавания. Обычно рак маточной шейки, — именно влагалищной ее части, — трудно бывает распознать вначале, когда его можно смешать с доброкачественной эрозией, являющейся обычной спутницей эндометрита. Чтобы отличить раковую язву от такой воспалительной эрозии, можно вместо пробной эксцизии прибегнуть к повторным смазываниям подозрительного места на поверхности влагалищной части слабыми прижигающими растворами, напр., 1—2%-ным раствором ляписа, 5%-ным раствором медного купороса и т. п. Наблюдая за больной, можно видеть, что доброкачественная (воспалительная) эрозия при таком лечении перестает кровоточить (если она кровоточила ранее) и постепенно заживает, тогда как раковая язва, несмотря на смазывания, продолжает прогрессировать.

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

По способу Любарша кусочки или после получасового фиксирования в формалине (1 ч. на 4—10 ч. дистиллированной

воды) при 37° , или непосредственно помещаются — лучше всего на вате — в абсолютный алкоголь, где и остаются в течение $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ч., причем алкоголь должен быть менее minimum 2 раза. После этого кусочки переносятся в ксилол, которым обрабатываются до тех пор, пока не сделаются прозрачными; но и достигши прозрачности, они еще $\frac{1}{2}$ ч. выдерживаются в ксилоле, сменяемом однажды. Далее кусочки кладутся в расплавленный параффин, переменяемый также однажды, после пребывания в котором в течение $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ч. являются готовыми для заливки и изготовления срезов.

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

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

Изготовленные по всем этим способам срезы могут быть окрашиваемы различным образом, причем я в своей практике пользуюсь обычно окраскою или гематоксилин-эозоном, или по ф а н-Г и з о н у.

ПАРАЦЕНТЕЗ И ПРОБНАЯ ПУНКЦИЯ

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

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

Однако встречаются в гинекологической практике и такие случаи, где парацентез, являясь сравнительно безопасным, оказывает существенные услуги делу постановки диагноза и потому безусловно заслуживает применения. Весьма нередко исходящие из половой сферы новообразования (большой частью злокачественные) бывают осложнены настолько значительным асцитом, что последний делает совершенно невозможным прощупывание самой опухоли, а также определение ее исходного пункта, отношения к различным органам брюшной полости, возможности радикального удаления и пр. В подобных случаях является необходимым пунктировать — конечно не самую опухоль, а брюшную полость, чтобы выпустить асцитическую жидкость, после чего пальпаторная картина делается гораздо более ясною. Кроме того, и исследование самой жидкости, между прочим и с помощью

микроскопа, дает некоторые ценные для диагноза указания: кровянистый характер ее и наличие в ней опухолевых клеток говорят, напр., за злокачественное поражение брюшины, присутствие желатинозных масс — за разрыв железистых кистом и пр.

Парацентез в таких случаях производится обыкновенно троакаром (рис. 62) среднего калибра в сидячем положении больной, причем для прокола избирается такое место брюшной стенки, где нет опасности встретить какую-либо более или менее крупную артерию (подчревную артерию или одну из ее главных ветвей). Обычно в качестве такого места указывается точка посредине линии, соединяющей пупок с передне-верхнюю остью левой подвздошной кости. Пункцируя в этой точке, мы, кроме того, не рискуем проколоть кишки, так как кишечные петли всплывают выше. Впрочем, прежде чем вкалывать и здесь троакар, следует предварительно путем перкуссии убедиться, что в данном месте

нет кишечных петель по близости брюшной стенки. Разумеется, операция парацентеза должна производиться вполне асептично, — троакар должен быть простерилизован путем кипячения, а место вкола его — дезинфицировано.

Общего наркоза при этой операции не требуется, но нелишней является местная анестезия путем, напр., замораживания эфиром или хлорэтилом. Кроме того, при значительном асците у больных со слабым сердцем надо позаботиться, чтобы быстрое изменение внутрибрюшного давления благодаря выпусканию большого количества асцитической жидкости не отразилось дурно на сердечной деятельности; для этого у больных подобного рода выпускание асцитической жидкости надо производить медленно, с перерывами, а во время самого выпускания надо окружить верхнюю часть живота пациентки бинтом или просто полотенцем, которое стягивается по мере опорожнения брюшной полости; наконец, больным этого рода даются через рот или вводятся под кожу средства, возбуждающие сердечную деятельность. Во всяком случае у подобных больных во все время выпускания жидкости врач должен строго следить за состоянием пульса.

Пробная пункция в узком смысле этого слова производится в современной гинекологической практике обыкновенно через рукав,

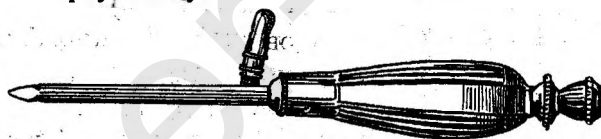


Рис. 62. Троакар Ольсгаузена.

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

именно в большинстве случаев через задний влагалищный свод. Как уже не раз упоминалось, задний дугласов карман является излюбленным местом локализации осумкованных жидких скоплений, причем для диагноза болезни важно бывает установить, какая именно жидкость образует скопление (кровь — при haematocoele retrouterina, гнойный или серозный экссудат — при периметрите

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

Пункцируются подобные скопления обыкновенно не троакаром, а шприцем типа правацевского шприца, лишь несколько более емким, чем обычно употребляемый для подкожных впрыскиваний шприц Праваца, напр., 5-граммовым, и снабженным более толстою и длинною иглою. Приборы с более сильным аспирирующим действием являются большей частью излишними; впрочем нельзя отрицать, что такой аппарат, как придуманный Склифосовским (рис. 63) и представляющий комбинацию обыкновенного правацевского шприца с тонким троакаром, является особенно удобным для пробной пункции. Вкалывать иглу шприца лучше всего под

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

контролем зрения, раскрыв рукав больной ложкообразными зеркалами, но предварительно надо наметить наиболее подходящее для пункции место путем ощупывания. Соблюдение правил асептики, конечно, и здесь должно быть проведено возможно строго. Вколов иглу достаточно глубоко, обратным движением поршня насыщают в шприц небольшое количество жидкости, которая затем в случае нужды может быть подвергнута микроскопическому и бактериологическому исследованию.

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

По наблюдениям Как ушки на пробная пункция может служить не только диагностическим, но и терапевтическим целям, давая толчок к более быстрому рассасыванию тазовых скоплений и выпотов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫДЕЛЕНИЙ ПОЛОВОГО КАНАЛА

Кроме жидкостей, получаемых путем пробной пункции, важное значение для диагностики гинекологических заболеваний имеет также исследование, — опять-таки главным образом микроскопическое, — и жидкостей, самопроизвольно выделяющихся из полового канала женщины. В своем месте нами уже было указано, что к числу наиболее частых жалоб у гинекологических больных относится жалоба на бели, являющиеся большею частью симптомом катарра матки. Для рациональной профилактики и терапии этой последней болезни недостаточно, однако, установить ее диагноз без дальнейших околичностей, — необходимо еще определить, какого именно происхождения эндометрит имеется у данной больной. Особенно важно бывает установить гонорройную натуру страдания, что безошибочнее всего достигается путем обнаружения в белях гонококков Нейссера.

Установить наличие этих микробов при гонорройном эндометрите очень легко уже путем простого микроскопического исследования мазков из белей, взятых из цервикального канала, причем мазки могут быть окрашены любой анилиновой краской, напр., метиленовою синькой: гонококки хорошо воспринимают окраску всеми анилиновыми красками и легко могут быть узнаны по своей характерной форме булочек или кофейных зерен, расположенных попарно и обращенных друг к другу плоскими сторонами (рис. 84). Характерна и форма колоний, resp. групп гонококков, что зависит от присущей этим микробам склонности делиться, размножаясь, во взаимно перпендикулярных плоскостях. Лежат группы гонококков на мазках, чаще в лейкоцитах (полинуклеарах), иногда, впрочем, и вне их. По Граму они обесцвечиваются.

Для более отчетливой дифференцировки гонококков мазки можно окрашивать различными сложными красками. Фон-Валь, напр., рекомендует для этого смесь аурамина и тионина. К 15 см³ насыщенного спиртового раствора аурамина II (1:10) прибавляют 8—10 см³ насыщенного же спиртового (1:20) раствора тионина, смесь взбалтывают и прибавляют 30 см³ воды. Указанная смесь

в 10—15 сек. окрашивает клеточные элементы в светлозеленый цвет, гонококки же получают при этом фиолетовую окраску. Весьма доволен я также картинками, которые получаются при окраске мазков по Унна-Паппенгейму (метиловой зелени 0,15, пиронина 0,25, 96%-ного спирта 2,5, глицерина 20,0, 0,5%-ного карболового раствора 100,0; мазки окрашиваются этой смесью в 3—5 мин., затем стеклышки с ними ополаскиваются водой и высушиваются; гонококки выходят при такой окраске ярко красными, ядра же лейкоцитов приобретают различные оттенки голубовато-зеленого и лилового цветов). Наконец, в последние годы в заведываемой мною клинике широко применяется способ окраски гонококков в мазках, разработанный Кривошеевым.

Вся процедура окрашивания сводится при этом способе к следующим моментам: 1) намазывание исследуемого секрета тонким слоем на предметное стекло, 2) высушивание мазка на воздухе, 3) осторожное фиксирование его на пламени горелки, 4) окрашивание в течение $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ мин. карболовым раствором генциана-виолета (генциана-виолета 1,0, абсолютного алкоголя 10,0, 1%-ного раствора ас. carbolicі purissimi 100,0), 5) споласкивание раствором иод-иодистого кали (jodi puri 1,0, иодистого калия 2,0, дистиллированной воды 50,0), 6) нанесение на препарат нескольких капель раствора иод-иодистого кали на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ мин., 7) смывание раствора иод-иодистого кали чистым 95%-ным или абсолютным спиртом, 8) обесцвечивание чистым 95%-ным или абсолютным спиртом, 9) споласкивание препарата водопроводной водой, 10) окрашивание смесью Унна-Паппенгейма в течение $\frac{1}{2}$ мин., 11) споласкивание водой и высушивание фильтровальной бумагой. Ядра гнойных клеток при этом представляются окрашенными в фиолетовый цвет, их протоплазма — слегка розоватой с сероватым оттенком, ядра эпителиальных клеток — фиолетовыми с розоватым оттенком, их протоплазма — нежно-розовой, Грам-положительные микроорганизмы имеют темнофиолетовый, почти черный цвет, наконец, гонококки представляются окрашенными в насыщенномалиновый цвет.

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

Реже гинекологу приходится исследовать выделения женского полового канала на присутствие Коховских бактерий (лучше всего — путем окраски мазков карболовым фуксином по Циль-Нильсену), бледных спирохет (проще всего — на мазках с тушью) и т. д.

Там, где матка выделяет незначительное количество секрета, можно прибегнуть к так наз. пробному тампону Шульце. Из гигроскопической ваты свертывают плоский тампон, перевязывают его крест-накрест ниткой, пропитывают смесью из равных частей танина и глицерина и помещают через зеркало перед

наружным маточным зевом, предварительно очистив последний ватными шариками. Через сутки тампон удаляется, причем у женщин, страдающих эндометритом, на нем оказывается скопление слизисто-гнойного секрета, который может быть подвергнут затем микроскопическому исследованию.

В сомнительных случаях, где микроскопическое исследование секретов полового канала женщины на гонококки дает отрицательный результат, можно, дабы окончательно выяснить вопрос об отсутствии гонорреи, прибегнуть к тому или другому методу провокации последней. Можно, напр., прибегнуть к механическому раздражению; так, Марков для распознавания хронического перелойного уретрита рекомендует прибегать к расширению уретры дилататорами, причем, в случае наличия заболевания, на 3-й или 4-й дни появляется обильное гнойное отделение с гонококками. Хохлов с успехом использовал для той же цели так называемый пилокарпиновый феномен: в уретру вводится 5 см³ раствора солянокислого пилокарпина 0,4:100,0 и удерживается там 10—15 мин.; через 40—60 мин. после того наступает обильная секреция уретральных желез с выхождением гонококков, если таковые имелись в уретре. Фронштейн и др. в видах провокации скрытой гонорреи рекомендуют введение гонококковой вакцины и пр.

Исследование x-лучами

Еще задолго до открытия рентгеновских лучей и введения рентгенодиагностики в медицину Лазаревич предложил использовать просвечивание в целях распознавания женских болезней. Метод, которому этот автор дал название «диафаноскопии», состоял в том, что в прямую кишку вводится толстостенный стеклянный пузырь, содержащий внутри петлю из платиновой проволоки, которая накаливалась проходившим через нее током от батареи из 6 гальванических элементов Бунзена. Конечно, просвечивание при таких условиях давало лишь крайне неясные картины органов и патологических образований, находившихся в брюшной полости.

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

рия, значительной технической подготовки для умелого обращения с ним и пр.

Лишь в самое последнее время рентгенодиагностика начинает завоевывать себе известное место в гинекологии — для определения проходимости фаллопиевых труб и выяснения анатомических условий, имеющих в маточной полости. С этой целью в матку впрыскивается, при помощи брауновского шприца, одно из так на-

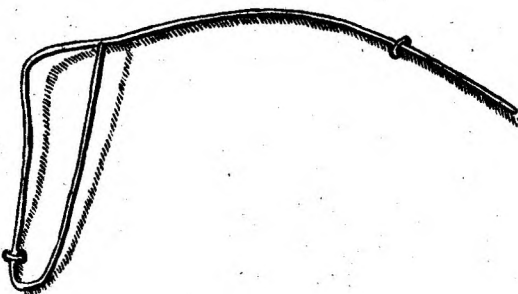


Рис. 64*. Головная шпилька, извлеченная через уретру из мочевого пузыря у молодой девушки.

зываемых контрастных средств — липиодол (впервые примененный для данной цели Хейзером), иодол, иодипин (20%), 25%-ный раствор бромистого натра и пр., после чего с тазовых органов женщины делается рентгеновский снимок.

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

Впрочем они все же попадают, причем правильная постановка диагноза в них крайне затрудняется, благодаря нежеланию больных, из чувства стыда, открыть врачу истинную причину болезни. Мне самому пришлось однажды удалить у молодой девушки из мочевого пузыря, чрез расширенную предварительно уретру, головную шпильку, сильно изогнутую и причинявшую больной невыносимые страдания (рис. 64). Несомненно, пациентка сама засунула туда шпильку, мастурбируя; тем не менее она как до операции, так и после извлечения шпильки упорно продолжала отрицать это.

Исследование мочевых органов у женщины

Так как мочевые органы у женщины, как у мужчины, расположены в непосредственном соседстве с половыми частями, то, с одной стороны, страдания последних зачастую значительно отражаются на них, и по состоянию, напр., мочевого пузыря гинеколог может судить и о состоянии матки (характерным примером может служить рак маточной шейки); с другой стороны нередко одна

и та же причина, напр., заражение гонорреей, одновременно вызывает заболевание и половых и мочевых частей, почему больные и ищут у одного и того же врача помощи от тех и других болезней; наконец, иногда, в силу близкого соседства, заболевания мочевых органов могут быть приняты за заболевания половых частей, и обратно. В виду всего этого гинекологу необходимо бывает владеть и основными методами исследования мочевого аппарата.

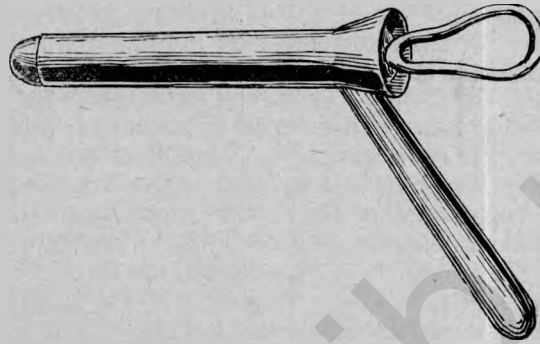


Рис. 65. Цилиндрическое зеркало Келли для женской уретры с ручкой и obturatorом.

Среди способов исследования женской уретры упомянем прежде всего об осмотре наружного уретрального отверстия, который производится обыкновенно вместе с осмотром вульвы. Одновременно врач может, в некоторых случаях, без каких-либо особенных приспособлений осмотреть и слизистую оболочку ближайшего к наружному отверстию отрезка мочеиспускательного протока. Что касается осмотра более глубоких отделов последнего, то он совершается при помощи уретральных зеркал. Зеркала эти в общем устроены по тому же типу, как и влагалищные, только отличаются от последних гораздо меньшими раз-

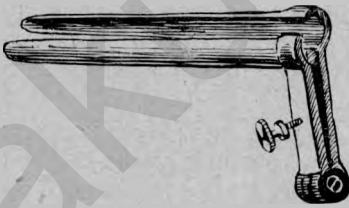


Рис. 66. Створчатое зеркало Каро для женской уретры.

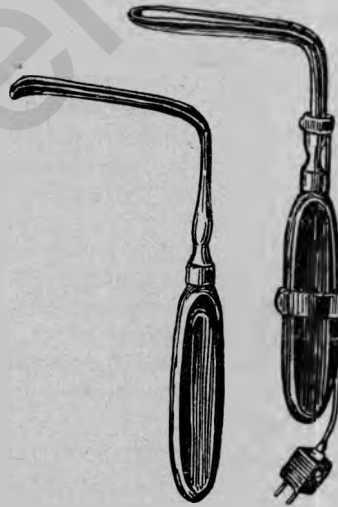


Рис. 67. Ложкообразные зеркала Отта для женской уретры (одно зеркало с электрической лампочкой).

мерами. Подобно влагалищным зеркалам они также бывают цилиндрические (рис. 65), створчатые (рис. 66) и ложкообразные (рис. 67). Для лучшего осмотра, при помощи их, внутренности уретры можно пользоваться освещением последней лобным рефлектором, в зеркалах же Отта для этого служит маленькая

электрическая лампочка, укрепляемая на самом зеркале. Кроме осмотра женской уретры теми же зеркалами можно пользоваться и для обследования полости мочевого пузыря у женщин. Так как введение в уретру зеркал более крупного калибра сопровождается нередко надрывами и является болезненным, то производить его приходится под наркозом, после предварительного расширения уретры бужами или зеркалами же, но меньшего калибра. Цилиндрические зеркала, в видах меньшей травматизации слизистой оболочки мочеиспускательного протока, вводятся в последний обычно с обтураторами.

Следующим методом исследования уретры является пальпация, которая может быть произведена, прежде всего, со стороны рукава указательным пальцем, обращенным ладонною поверхностью к симфизу. Прижимая уретру к задней поверхности последнего, мы можем определить ее чувствительность и утолщение ее стенок под влиянием тех или других патологических процессов, причем для более точного определения толщины обращенной к рукаву стенки уретры лучше ощупывать ее одновременно с введением в уретральный канал металлического катетера. Кроме того, придавливая уретру к симфизу по направлению сзади наперед (resp. сверху вниз), мы можем иногда выдавить из нее гнойный секрет, который может затем быть подвергнут микроскопическому исследованию — главным образом на содержание в нем гонококков.

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

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

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

Для распознавания болезней мочевого пузыря у женщин применяются в практике почти те же самые способы, какие сейчас были указаны для исследования уретры, и прежде всего — исследование мочи, как химическое (определение реакции, наличия в моче белка, слизи и пр.), так в особенности микроскопическое (на содержание в моче гнойных телец, морфологических составных частей крови, микробов, клеток пузырного эпителия, опухолевых

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

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

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

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

Осмотр внутренности пузыря может быть выполнен при помощи тех же зеркал, которые употребляются для уретры. Необходимость значительного расширения последней и здесь является существенным недостатком способа; кроме того при помощи зеркал

трудно осмотреть всю внутреннюю поверхность пузырных стенок. Отсюда — то решительное предпочтение, какое современные гинекологи и урологи оказывают пред зеркалами цистоскопу.

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

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

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

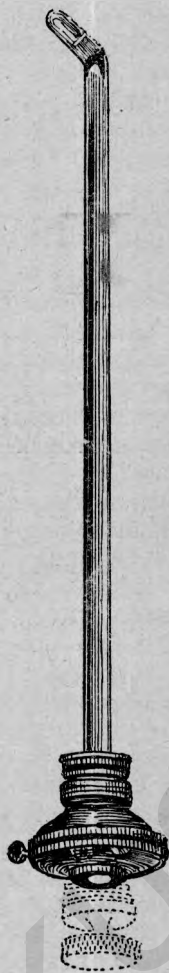


Рис. 68. Цистоскоп Нитце.

Техника цистоскопии (рис. 69) в основных своих чертах довольно проста. Для исследования служит комната, которая может быть заменяема. Уложив больную на столе или кресле, — в случае надобности при помощи ногдержателя, — в том положении, в каком производится, напр., исследование ложкообразными зеркалами, исследующий наполняет пузырь $120-150 \text{ см}^3$ 1%-ного борного раствора и затем вводит цистоскоп — или без всякого обезболивания или, в случае чувствительности уретры, после предварительного введения в нее шприца $1-2 \text{ см}^3$ 2%-ного раствора кокаина. Если в пузыре имеется значительное количество осадков, делающих борный раствор слишком мутным, то прежде, чем приступить к цистоскопии, надо удалить их путем промывания пузыря.

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

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

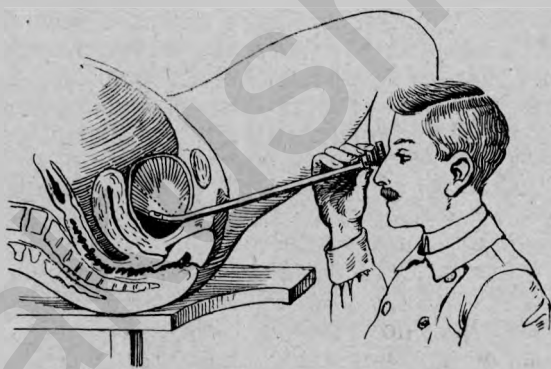


Рис. 69. Исследование цистоскопом мочевого пузыря у женщины.



Рис. 70. Цистоскоп с приспособлениями для катетеризации мочеточников.

Путем катетеризации мочеточников мы можем надежнее всего судить об их проходимости и работе. Кроме того о работе мочеточников мы можем судить при помощи так называемой хромоцистоскопии: больной даются внутрь какие-либо красящие вещества, выделяющиеся с мочей (индиго-кармин и пр.); осматривая после

того устье каждого мочеточника при помощи цистоскопа, исследующий может определить, поступают ли струйки окрашенной мочи из того или другого мочеточника в прозрачную жидкость, которою наполнен пузырь перед введением цистоскопа, или нет.

Вводя, далее, катетеры в почечные лоханки, исследующий может определить их размеры (другими словами — установить наличие или отсутствие гидро- и пионефроза), диагностировать присутствие в них почечных камней и пр., а собирая вытекающую через катетеры мочу и подвергая ее химическому и бактериологическому исследованию, может по результатам его судить и о состоянии самих почек, притом каждой в отдельности. В большинстве случаев, встречающихся в практике, заболевания почек могут быть, впрочем, распознаны и путем исследования мочи, полученной обычным способом.

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

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

ПРобное ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ

Как ни многочисленны и совершенны те диагностические методы, которыми располагает современный гинеколог, как ни высок процент случаев, где при помощи их удается безошибочно ставить точный диагноз заболеваний женской половой сферы, однако все же и в современной гинекологической практике приходится иметь дело со случаями, где точное распознавание имеющегося заболевания внутренних частей женского полового аппарата при помощи всех, описанных выше, методов оказывается невозможным. Еще чаще попадают в практике случаи, где, применяя эти методы, трудно бывает выяснить —

не самую натуру болезненного процесса, а то, возможно ли у данной больной радикальное оперативное вмешательство с шансами на стойкое излечение или нет. Особенно часто это бывает при злокачественных новообразованиях матки и ее придатков. Во всех подобных случаях гинекологу остается прибегнуть к пробному чревосечению.

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

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

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

В новейшее время, с успехами инфекционной патологии, в медицинскую практику был введен, как известно, целый ряд новых диагностических методов, основанных на определении биологических реакций крови больного организма. Нашли себе применение эти методы и при гинекологических заболеваниях, особенно, для распознавания воспалительных процессов вообще

и разных инфекционных форм их в частности, а также некоторых новообразований, особенно раков женской половой сферы.

Из числа таких методов особенно широкое применение в гинекологической практике нашла себе реакция скорости осаждения эритроцитов. Предложенный впервые Фарэусом и потом разработанный Линценмейером и другими авторами, в том числе и отечественными (Бронниковой, Живатовым и др.), способ этот заключается в том, что в пробирку (Линценмейер берет пробирки в 0,5 см диаметром и 6,5 см высотой, Бронникова — пробирку от гемоглобинометра Сали, Живатов рекомендует употреблять пробирки в 3 см длиною и в 2 мм в диаметре) наливается известное количество (например, 0,8 — по Линценмейеру и Бронниковой) крови, взятой или из локтевой вены шприцем (по тем же авторам) или из мякоти пальца уколком при помощи иглы Франка (по Живатову) и смешанной с четверо меньшим количеством 5% -ного раствора лимоннокислого натра, причем смешение производится или в шприце — по первым авторам, или в пробирке, при помощи пипетки, — по Живатову. Смесь остается в пробирке, после чего замечают или время, в течение которого эритроциты оседают до определенной черты (по Линценмейеру и Живатову), или высоту, которой достигает столбик плазмы над эритроцитами в течение 1/2 часа после смешения (по Бронниковой). Наблюдения, произведенные у нас Мандельштамом, Терebinской-Поповой, Изаконом, Крупенниковой, Бронниковой и др., свидетельствуют, что особенно быстро происходит оседание эритроцитов у гинекологических больных при воспалительных заболеваниях женской половой сферы, притом тем быстрее, чем вирулентнее вызывающая воспалительный процесс инфекция. Таким образом путем этой реакции можно отличить воспалительные экссудаты от новообразований и скоплений крови, при наличии гнойных скоплений — определить, вирулентен ли гной, или стерилен и т. п. Причина той или иной скорости оседания эритроцитов при данной реакции зависит, по Мандельштаму, от количественного отношения глобулинов кровяной плазмы с альбуминами и от электрического заряда эритроцитов в связи с содержанием в них нуклеопротеидов (коллоидно-химическая теория).

Из других биологических реакций, нашедших себе применение с диагностическими целями, в гинекологической практике, упомянем прежде всего об определении лейкоцитоза и опсонинового показателя по Райту. Вайнштейн нашел, что уже простое сосчитывание лейкоцитов в крови больных дает ценные указания при воспалительных заболеваниях женской половой сферы, позволяя судить о характере, степени и силе воспаления, его распространенности и до известной степени — о локализации воспаления. При септических воспалениях имеет место высокий гиперлейкоцитоз, при гоноррейных — резкого гиперлейкоцитоза, наоборот, не бывает, при бугорчатых — лейкоцитоз также бывает выражен слабо. Особенно важное диагностическое значение имеет, пови-

димому, определение различных форм лейкоцитов в крови больных (так называемой гемограммы Шиллинг-Арнета).

Опсониновый показатель, определяемый измерением фагоцитарной силы лейкоцитов по Райту, указывает, по наблюдениям Вайнштейна, на присутствие или отсутствие воспалительного процесса в женской половой сфере и этиологию его, а также дает возможность судить о целесообразности тех или других лечебных приемов и выбрать время для оперативного вмешательства. Особые услуги, по Вайнштейну, оказывает определение опсонинового индекса в случаях инкапсулированных гнояников, где лейкоцитоз остается нормальным, — именно, сильное понижение индекса указывает в подобных случаях на присутствие гноя.

Штернберг в деле распознавания гонорреи, однако, не советует пользоваться определением опсонинового индекса по Райту, придавая зато известное диагностическое значение реакции отклонения комплемента Борде и Жангу, рекомендованной для распознавания гонорреи у женщин Дембской и Папитовым. После впрыскивания 0,3—0,6 гонококковой вакцины этот автор получил у зараженных гонорреей женщин характерную очаговую реакцию, — набухание пораженных тканей, размягчение их и уменьшение болезненности, а у некоторых больных — и преждевременное появление регул. Очаговую реакцию, вместе с понижением t^0 на 0,7°, получал и Фронштейн, применивший впрыскивание гонококковой вакцины с диагностической целью в 30 сомнительных случаях гонорреи у женщин, причем у 14 больных он мог обнаружить, в появившихся или усилившихся выделениях, гонококков, которые ранее здесь не определялись. Попытки Дмитриева диагностировать гоноррею при помощи кожной реакции дали, напротив, во всех случаях отрицательный результат.

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

Больше всего различных биологических реакций предложено для распознавания рака в организме. Висковский в 1915 г. насчитывал 7 таких реакций, относя сюда: 1) анафилактическую реакцию Пфейфера и Фистерера (в брюшную полость морской свинки вводится 4 см³ сыворотки крови исследуемого больного и через 2 суток — такое же количество ракового сока; если у больного рак, то получается реакция с резким падением t^0); 2) изогемолитическую реакцию Эльсберга (под кожу исследуемому больному вводится 5 капель 20%/о-ной эмульсии нормальных красных кровяных телец человека; при наличии рака, благодаря имеющимся в крови изогемолитинам, через 3—12 ч. на месте впрыскивания развиваются припухлость, краснота и болезненность); 3) реакцию отклонения комплемента (наилучшим

антигеном при которой является, по Дунгерну, вытяжка из красных кровяных телец человека); 4) антитриптическую реакцию Бригера и Требинга (основана на повышении антитриптической силы сыворотки крови у раковых больных); 5) мейостагминовую реакцию (при смешении сыворотки от исследуемого больного с соответственным антигеном, напр., со спиртовой вытяжкой из раковой опухоли, происходит изменение поверхностного натяжения, определяемое сталагмометром Траубе; 6) реакцию Фрейнда и Каминера (основана на том, что нормальная сыворотка растворяет раковые клетки, сыворотка же раковых больных нет); 7) наконец, подробно разобранную нами при изложении основ акушерства реакцию Абдергальдена. На основании литературных данных Висковский признает реакции Пфейфера и Фистерера, Эльсберга и Фрейнда-Каминера — неспецифическими, антитриптическую реакцию — довольно постоянною, но также неспецифическою, реакции же отклонения, комплемента и мейостагминовою — дающими положительный результат в значительном большинстве случаев. Что касается реакции Абдергальдена, то по заключениям автора, основанным, между прочим, и на личных его наблюдениях, сыворотка раковых больных расщепляет ткань рака и лишь в небольшом проценте случаев и ткань послета, что Висковский склонен объяснять недостатками техники; равным образом и сыворотка больных фибромиомами матки расщепляет ткань фибромиом.

В новейшее время в литературе был опубликован еще целый ряд реакций для распознавания рака, причем многие из этих реакций были изучены и русскими авторами в применении к гинекологической диагностике. Таковы реакции Дэвиса, Ботельо (основана на способности сыворотки раковых больных давать осадок с люголевским раствором в присутствии раствора лимонной кислоты), Кана, Ланге и Хейера и др. К ним можно также присоединить определение щелочности крови, которая, по наблюдениям Пекарской, у раковых больных бывает сильно понижена.

Заканчивая обзор методов исследования крови, нашедших себе, в новейшее время, применение в гинекологической диагностике, упомянем в заключение об определении так называемой изоагглютинационной характеристики эритроцитов. По Барскому, который у нас особенно много поработал над этим вопросом, такое определение оказывает иногда ценные услуги и гинекологу, например, для выяснения причин бесплодия у женщин, безопасности переливания крови и пр.

Значительно меньший круг применения в гинекологической практике, чем исследование свойств крови, нашло себе применение здесь с диагностическими целями исследования мочи, например, при помощи сталагмометрии.

ОТДЕЛ ВТОРОЙ

*

*ПАТОЛОГИЯ БОЛЕЗНЕЙ
ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ*

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

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

весьма отдаленных от половой сферы. Особенно важное значение в этом отношении приписывают в настоящее время различным видам аномальной конституции женщины, каковы: астения, спазмофилия, инфантилизм и др., а равно профессиональным вредностям; важную роль в происхождении этих заболеваний отводят также вегетативной нервной системе и, наконец, чисто психическим влияниям.

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

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

1. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКОГО ПОЛОВОГО АППАРАТА

Название пороков развития обыкновенно усваивается по тем анатомическим аномалиям, которые получают свое начало еще во время утробной жизни. По отношению к порокам развития женской половой сферы это определение может быть принято лишь с значительной оговоркой. Как известно, половые части женщины получают свою окончательную анатомическую физиономию лишь на втором десятилетии внеутробной жизни, и то состояние их, которое для малолетней девочки является нормальным, у взрослой женщины может быть рассматриваемо, как порок развития. Наиболее часто встречающийся в практике порок развития женского полового аппарата, инфантилизм, при котором половые части взрослой женщины сохраняют детский тип, принадлежит именно к такой категории, хотя, весьма вероятно, причины его и коренятся — по крайней мере иногда — в зародышевой жизни, в прирожденном недоразвитии фолликулярного аппарата яичников и прирожденных аномалиях других эндокринных желез.

Точные эмбриологические наблюдения свидетельствуют, что наружный и внутренний отделы женской половой сферы развиваются независимо друг от друга из различных частей тела зародыша: наружные половые части развиваются из кожных покровов нижней части туловища эмбриона и мочеполовой пазухи, внутренние же — из вольфовых тел, причем среди внутренних частей влагалище, матка и трубы, с одной стороны, и яичники, — с другой, развиваются не из одних и тех же отделов вольфовых тел, — тогда как первые образуются из мюллеровых ходов, источником развития вторых служат медиальные участки первичных почек с зародышевым эпителием. Отсюда понятно, почему у жен-

щин пороки развития вульвы нередко встречаются обособленно от порочного развития внутренних половых частей и обратно (хотя, конечно, могут встречаться и совместно), — почему, далее,

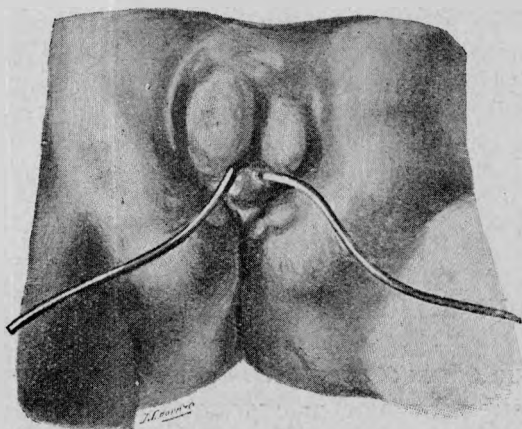


Рис. 71*. Эписпадия с расщеплением уретры, клитора и мочевого пузыря. Катетеры вставлены в устья мочеточников.

пороки развития влагалища обычно комбинируются с пороками развития матки, и почему при порочном развитии рукава, матки и труб яичники могут быть сформированы совершенно нормально.

С анатомической точки зрения пороки развития как наружных, так и внутренних половых частей женщины могут быть разделены, — правда, с известной натяжкой, — на имеющие количественный

характер и качественные. К первой категории могут быть отнесены различные степени или недоразвития их, до полного отсутствия включительно, или, наоборот, гипертрофии; ко второй относятся из пороков развития наружных половых частей эписпадия, или порочное развитие (расщепление) верхней стенки мочеиспускательного протока и вышележащих частей (рис. 71), гипоспадия, или порочное развитие нижней его стенки и нижележащих частей, ложный гермафродитизм, или такое состояние наружных половых частей, при котором последние становятся у женщин похожими на мужские, а у мужчин — на женские (рис. 72), и пр., из пороков же развития внутренних половых частей — преимущественно раздвоения и атрезии полового канала. Надобно заметить при этом, что нередко аномалии развития обеих указанных категорий встречаются совместно; так, например, при раздвоениях матки

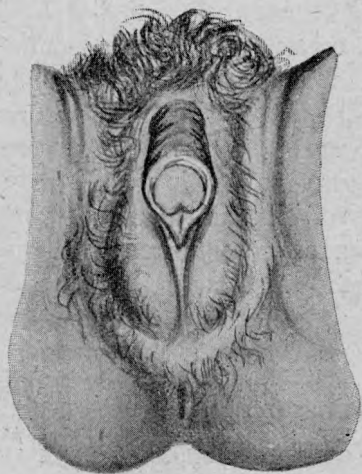


Рис. 72*. Наружные половые части у ложного гермафродита мужского пола, принятого первоначально за женщину.

часто одна из половин последней бывает развита нормально, другая же оказывается рудиментарною.

Так как пол определяется теми или иными половыми железами, — яичками у мужчин, яичниками у женщин, — то истинными гермафродитами будут те субъекты, у которых одновременно имеются и яичники и яички. Случаи такого рода хотя и встречаются, но очень редко. В отечественной литературе я нашел упоминания лишь о пяти случаях подобного рода: Богаевского, Тизенгаузена, Алексинского, Оболенского и Цимхеса (причем случай последнего был обследован гистологически в лаборатории заведываемой мною клиники). Напротив, случаи ложного гермафродитизма попадают довольно часто. Между прочим в Казанской клинике мне пришлось наблюдать два интересных случая подобного рода, из которых один был описан в печати Давыдовым (рис. 73), другой Козловым (рис. 74).

Этиология пороков развития представляет вообще немало темного. В частности это можно сказать и о пороках развития женской половой сферы. Во всяком случае наследственность в тесном смысле этого слова, т. е. передача предрасположения к уродствам через посредство половых клеток родителей, здесь не играет такой важной роли, какую она, повидимому, играет в этиологии уродств других органов, — по той простой причине, что некоторые пороки развития половой сферы исключают для женщины самую возможность быть матерью, а уродства половых органов отца вряд ли могут передаваться дочерям уже в силу разницы полов.

Наследственность, по всей вероятности, играет важную этиологическую роль преимущественно в происхождении таких пороков развития, которые имеют расовый характер («готтентотский передник» и пр.). Впрочем помимо этого встречаются иногда случаи,

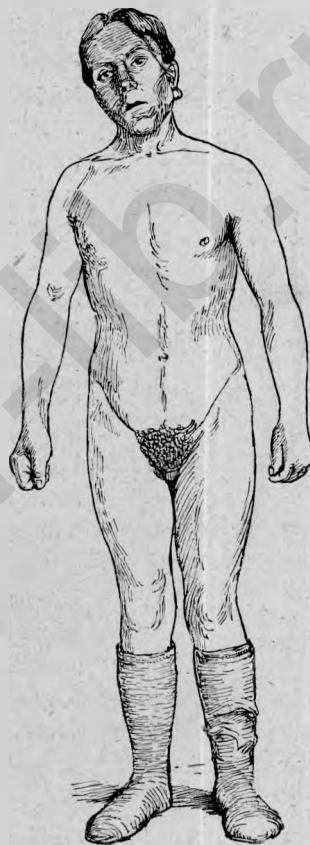


Рис. 73*. Ложный гермафродит-мужчина.

свидетельствующие о наследственном предрасположении женщин к порочному развитию половых частей. Сулима, например, наблюдал в одном семействе три случая ложного гермафродитизма, Динес встретил отсутствие матки у двух сестер и т. п.

В возникновении пороков развития количественного характера, очень вероятно, важную этиологическую роль играют условия питания организма больной вообще и половых органов ее в частности, притом не только во время эмбриональной, но и внеутробной жизни. Прямые наблюдения показывают, что, например, инфантилизм половых частей очень часто имеет место у женщин с плохим общим питанием и недостаточным развитием всего организма, особенно же скелета, сердечно-сосудистой системы и пр.,— является, как говорят теперь, частичным проявлением общей инфантильной конституции женщины. По современным научным взглядам весьма большое значение в происхождении пороков развития именно этой категории должны играть также нарушения внутренней секреции, стоящие в свою очередь в связи с анатомическими неправильностями различных эндокринных желез. Мы знаем, например, что яичники выделяют гормон, от которого непосредственно зависит кровоснабжение и питание матки, а также, вероятно, и других половых органов женщины,— что недостаточное отделение этого гормона ведет к атрофии их, избыточное же, наоборот,— к гипертрофии. Весьма вероятно, что именно недостаточная внутренне-секреторная работа яичников, зависящая от недоразвития их фолликулярного аппарата, и лежит в основе столь часто встречающегося в практике инфантилизма.



Рис. 74*. Ложный гермафродит-женщина.

Другие эндокринные железы действуют в данном направлении — одни так же, как и яичники, другие — противоположно последним. К числу желез первого рода относятся гипофиз, атрофия передней доли которого была находима при инфантилизме (Ключарев), а в утробной жизни плацента. Изучая совместно с Вергом историю развития матки, я мог установить, что в первые годы внеутробной жизни развитие этого органа не только не прогрессирует по сравнению с концом утробной жизни, но, напротив, как будто делает шаг назад; возможно, что это должно быть объяснено выпадением внутренне-секретор-

ной деятельности последа, хотя, с другой стороны, именно указанным выпадением объясняют и маточные кровотечения у новорожденных, т. е. думают, что плацента тормозит кровоснабжение матки у плода.

Уже давно,—еще со времен Жофруа Сент-Илера,—в науке утвердился взгляд, что в генезе пороков развития вообще первостепенную роль играют чисто механические моменты. Справедливость этого взгляда подтверждается и по отношению к порокам развития женских половых частей, именно порокам развития качественного характера. Чисто механическими моментами вероятнее всего будет объяснять происхождение — из пороков развития наружных половых частей эписпадии и гипоспадии, из пороков же развития внутренних частей — различных форм раздвоения полового канала.



Рис. 75*. Матка с седловидным дном (uterus arcuatus).

Как известно, матка и влагалище возникают у зародыша путем слияния первоначально обособленных мюллеровых ходов. Если какие-либо механические моменты воспрепятствуют этому слиянию, то результатом и могут быть более или менее значительные раздвоения или матки

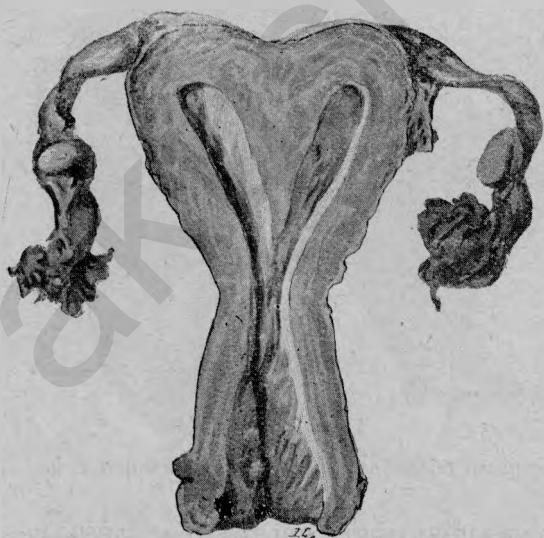


Рис. 76*. Двукогая матка, частично разделенная перегородкой.

или матки (рис. 75, 76, 77 и 78), или рукава, или той и другого вместе. В качестве таких моментов одни авторы особенно выдвигают наличность той брюшинной складки, которая при раздвоениях женского полового канала нередко идет в сагиттальном направлении от прямой кишки к мочевому пузырю (пузырно-прямокишечная связка) и эмбриологически может быть рассматриваема, как остаток колбасовидной оболочки (allantois), другие — короткость гентеровских свя-

зок, третьи — переполнение мочевого пузыря и прямой кишки в утробной жизни, четвертые — аномально значительное развитие вольфовых тел, их длительную персистенцию и чрезмерно латеральное положение и пр.

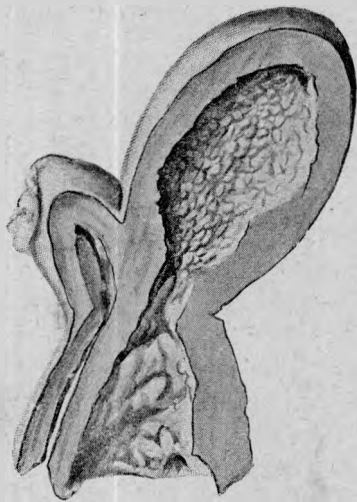


Рис. 77*. Двурогая двуполостная матка.

Пик, обратив внимание на развитие фибромиом в перегородке раздвоенных маток, высказал предположение, не служат ли зачатки фибромиом, существующие еще в зародышевой жизни, помехой для полного слияния мюллеровых ходов. В пользу такого взгляда наиболее говорят случаи развития в перегородке раздвоенной матки аденомиом, которым со времени появления в свет известной работы Реклингаузена особенно охотно приписывают эмбриональное происхождение. Такие случаи, впрочем, наблюдаются нечасто. Один из них в свое время был оперирован мною и описан в печати Чукаловым (рис. 79).

В происхождении других пороков развития качественного характера, имеющих важное практическое значение, именно, атрезий

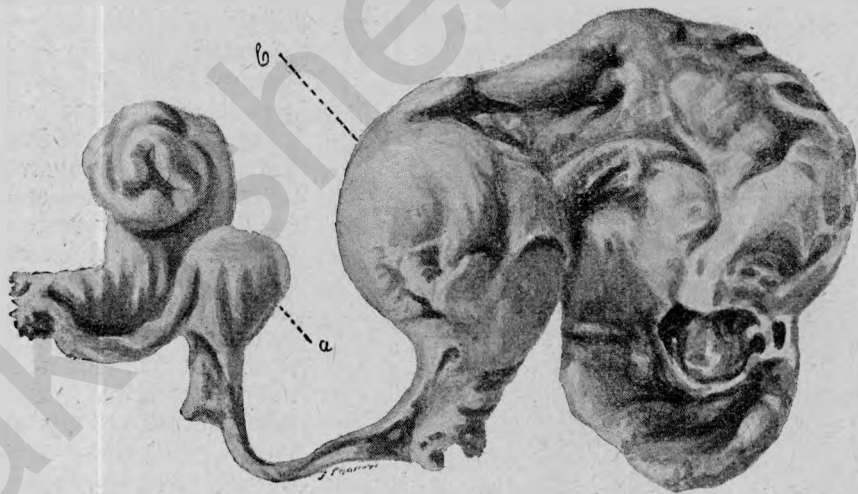


Рис. 78*. Двойная матка с полным обособлением обеих половин *a* и *b*.

полового канала, большую роль играют, повидимому, воспалительные процессы, притом имеющие место не только во время эмбриональной, но и во внеутробной жизни.

Принадлежащее главным образом Нагелю мнение, что большинство атрезий полового канала у женщин возникает уже во внутриутробной жизни, под влиянием воспалительных процессов, лично мне кажется вполне обоснованным. В пользу него отчасти говорят те нередкие случаи, где у лиц с якобы врожденными атрезиями полового канала в задержанном отделимом последнего были найдены микробы, например, стрептококки, как то было, например, в случае Грабовской. Наиболее веским возражением против него является следующее: оперируя случаи атрезий, например рукава, зачастую не находят в том месте, где должны находиться остатки этого органа, никаких следов их; на первый взгляд кажется невероятным, чтобы, под влиянием воспаления, вполне сформировавшийся рукав, уже во внутриутробной жизни, мог исчезнуть бесследно. Однако фактически это так. Мне пришлось однажды оперировать случай, где атрезия рукава у взрослой женщины несомненно произошла всего за несколько месяцев до операции, во время наступившей беременности, — и тем не менее, разрезав то место, где должен был находиться зарощенный рукав, я не нашел не только остатков его, но и более или менее выраженного рубца.

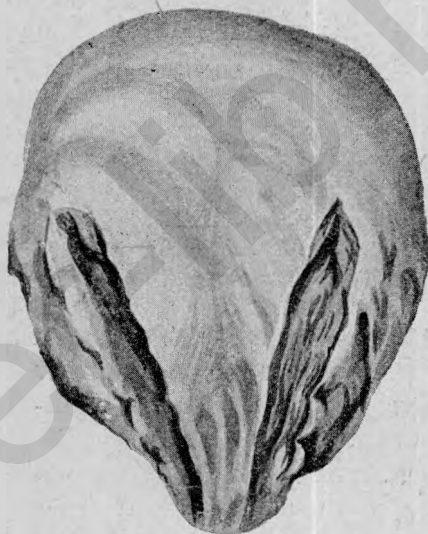


Рис. 79*. Аденомиома двурогой матки (случай Чукалова).

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

Значение уродств наружных половых частей сводится главным образом к тому, что они безобразят женщину, делают для нее невозможною нормальную половую жизнь, а иногда, — как то зачастую бывает при ложном гермафродитизме (рис. 72), — подают повод к ошибкам в определении пола. Опасности для здоровья, а тем более — для самой жизни субъекта они с собой не несут, не сопровождаются большею частью и тягостными расстройствами; если последние иногда и бывают, — укажем, в виде примеров, на недержание мочи при эписпадии, недержание кала при вульварной атрезии заднего прохода (*atresia ani vulvaris*) и пр., — то тут вино-

ваты не неправильности развития наружных половых частей сами по себе, а сопутствующие им пороки развития мочевого и кишечного аппаратов.



Рис. 80. Гематокольпос при атрезии нижнего отрезка рукава (по таб. Овара и Дэви).

пунксов (рис 81), а эти кровяные опухоли, достигая весьма значительной величины, могут уже чисто механически вызывать у женщины тяжелые расстройства, при разрыве же гематосальпинксов может возникнуть опасность для самой жизни больной, особенно если содержимое гематосальпинксов инфицировано. Еще большими опасностями грозят женщине раздвоения полового канала, когда один из рогов двойной матки является рудиментарным, снабженным притом замкнутой полостью, и когда этот замкнутый рудиментарный рог послужит местом развития беременности,— в подобных случаях женщине грозят те же опасности, какие присущи внематочной беременности. Вслед-

Совершенно иное следует сказать о пороках развития внутренних половых частей женщины, по крайней мере некоторых. Отсутствие матки при наличии яичников может вести к таким жестоким бслям (molimina menstrualia), что для устранения их приходится иногда прибегать к кастрации. Атрезии рукава и цервикального канала помимо того, что иногда делают для женщины невозможной половую жизнь, ведут, вследствие задержания менструальной крови в лежащих выше места атрезии отделах полового канала, к развитию гематокольпоса (рис. 80), гематометры и гематосаль-

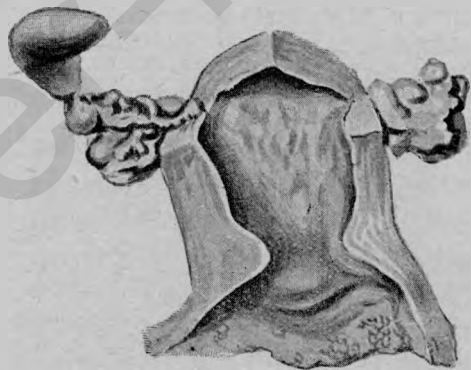


Рис. 81*. Гематометра и двусторонний гематосальпинкс при атрезии (полном отсутствии) рукава.

Больная была оперирована в Казанской клинике консервативно,— произведено опорожнение гематометры со стороны входа в рукав; при опорожнении — разрыв одного из гематосальпинксов с последующим гнойным пери-параметритом, имевшим, несмотря на произведенную повторную операцию, смертельный исход. Препарат получен на вскрытии и представляет матку с трубами и яичниками, нижний отрезок цервикального канала которой разорван при высепаровке органов на секционном столе.

ствие этого при пороках развития внутренних половых частей гинекологам приходится нередко прибегать к наиболее тяжелым и рискованным формам оперативного вмешательства.

Говоря о влиянии пороков развития рукава на половую жизнь женщины, необходимо отметить, что иногда не только атрезия, но и полное отсутствие рукава не мешает женщине вести супружескую жизнь. Роль рукава при акте полового соития играет обыкновенно в подобных случаях уретра, которая и бывает здесь настолько расширена, что свободно пропускает указательный палец. Интересно, однако, что, — как я имел возможность наблюдать в одном случае подобного рода, — такое расширение уретры может совершенно не вызывать никаких расстройств мочеиспускания.

II. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПОЛОВОЙ СФЕРЕ ЖЕНЩИНЫ

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

Одним из наиболее ярких примеров подобных заболеваний является так называемый хронический гиперпластический (или железистый, или, еще иначе,—паренхиматозный) эндометрит. Клинически выражаясь, как и настоящий эндометрит, главным образом белями (зависящими от гиперсекреции мукозы) и маточными кровотечениями (преимущественно типа меноррагий), анатомически он

характеризуется теми же изменениями, какие и физиологически имеют место в эндометрии в предменструальном периоде: макроскопически мы наблюдаем при нем значительное утолщение маточной мукозы, микроскопически (рис. 82)—гипертрофию желез, переполнение сосудов кровью, отек стромы и пр. Вся разница лишь в том, что физиологически указанные изменения наблюдаются в эндометрии лишь временно, в предменструальном периоде, сменяясь потом процессами обратного развития, а при так называемом гиперпластическом эндометрите они существуют стационарно, ибо причины, вызывающие гиперэмию мукозы, не выступают, как в норме, периодически, а действуют постоянно. Понятно поэтому, что называть подобное заболевание воспалением эндометрия, эндометритом, мы, строго говоря, не вправе, и некоторые из современных авторов не без основания предлагают заменить это название другим, именно выражением «хроническая гиперплазия эндометрия».

Вторым наглядным примером подобного рода является так называемый хронический метрит. Современ Скандони под этим названием гинекологи разумеют чрезвычайно часто встречающееся в практике заболевание матки, при котором больные жалуются обыкновенно на боли в нижней части живота и крестце, чувство тяжести в тазу, бели и меноррагии, бимануальное же исследование обнаруживает, что матка умеренно увеличена, имеет более плотную, чем нормально, консистенцию, и тело ее, вследствие увеличения передне-заднего диаметра, представляется шаровидным; на разрезе оказывается, что увеличение матки зависит от более или менее значительного утолщения ее стенок; указанные изменения иногда ограничиваются лишь телом матки, иногда — шейкой, иногда же распространяются на весь орган. Гистологические картины при так называемом хроническом метрите оказываются различными: иногда,—в тех именно случаях, где заболевание возникло на почве инфекции,—микроскоп обнаруживает в миометрии типичные воспалительные изменения (клеточную инфильтрацию мышечных пластов,

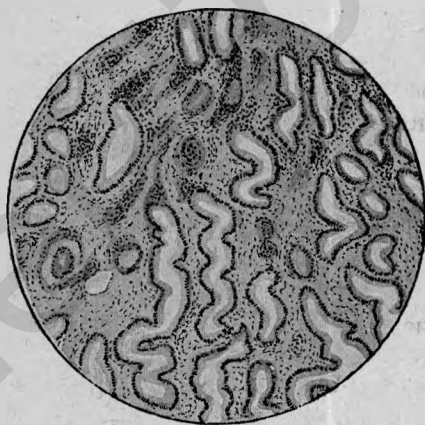


Рис. 82*. Микроскопическая картина маточной мукозы при гиперпластическом эндометрите.

последовательное развитие соединительной ткани и пр.), иногда же, — у тех больных, где заболевание развивается при ретрофлексии и опущении матки, — гистологические изменения сводятся к пассивной гиперэмии и отеку тканей (в стенках маточного тела — при ретрофлексии, в шейке — при опущении и выпадении матки), а иногда, — где так называемый хронический метрит возникает на почве порочного обратного развития матки после родов и выкидышей, — к гипертрофии и гиперплазии мышечных клеток; то же самое имеет место и в случаях, где «метритические» изменения матки развиваются при субмукозных фиброидах, слизистых полипах и пр. и где в основе процесса лежит так называемая гипертрофия от работы (*Arbeitshypertrophie* немецких авторов), вследствие длительных сокращений мускулатуры матки, стремящейся вытолкнуть из своей полости полипозную опухоль.

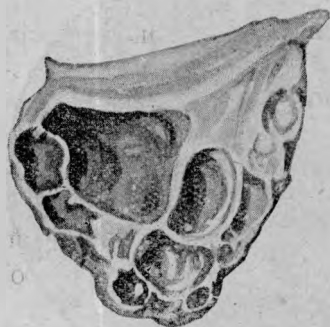


Рис. 83*. Разрез через яичник при резко выраженном мелкокистозном перерождении.

Для всех подобных случаев многие из современных авторов, опять-таки с полным основанием, рекомендуют совершенно отказаться от термина «метрит», заменив его термином «хроническая метропатия».

Аналогичные заболевания, клинически дающие картину, похожую на картину воспалительных процессов, но не имеющие под собою свойственного воспалению патолого-анатомического субстрата, наблюдаются и в других органах женской половой

сферы, особенно в яичниках. Таким заболеванием является, например, допускаемый одними авторами и отрицаемый другими так называемый паренхиматозный оофорит, гистологические изменения при котором сводятся к дегенерации эпителиальных элементов фолликулов. Такого же так называемое мелкокистозное перерождение яичников (рис. 83), при котором последние клинически представляются, подобно воспаленным, увеличенным и болезненным, нередко наблюдаются у больных и сопутствующие настоящему оофориту маточные кровотечения, но не бывает неизменного спутника настоящего оофорита — воспаления окружающей брюшины (*perioophoritis*), а при микроскопическом исследовании мы констатируем отсутствие воспалительной инфильтрации стромы при наличии массы мелких кист, от горошины до вишни и более величиною, в корковом слое яичника и резкого гиалинового перерождения артериальных сосудов — в мозговом слое.

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

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

Как установлено Мечниковым, воспаление с биологической точки зрения можно рассматривать, как реакцию живых тканей, имеющую своей целью защиту организма от различных вредных воздействий. Являясь нередко спасительною для организма, реакция эта имеет и свои невыгодные стороны. В частности последнее можно сказать и о воспалениях, имеющих место в половой сфере женщины: не говоря уже о том, что такие, свойственные воспалению, припадки, как боль, причиняют больным сильные, иногда прямо нестерпимые страдания, — образующиеся нередко при воспалениях гнойные скопления в трубах, яичниках и пр. могут служить источниками смертельной опасности для самой жизни больных; далее, на воспалительной почве у женщины могут развиваться более или менее объемистые образования, имеющие характер опухолей, а иногда воспалительные изменения способствуют возникновению в половой сфере и настоящих новообразований, притом даже злокачественных, например, рака матки;

на этой же почве очень часто возникают некрозы, сужения и атрезии полового канала, смещения матки и другие анатомические неправильности различных органов половой сферы, существенно отражающиеся на функциях последней, например, на менструации, родовой деятельности и т. д. Вследствие этого не только причины, вызывающие воспаление, но и воспалительные изменения сами по себе должны быть объектом терапевтического вмешательства со стороны гинеколога.

1. ПАЗАРИТАЛЬНЫЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ЧАСТЕЙ

Микробные воспаления

Как уже было упомянуто сейчас, среди возбудителей паразитарных воспалений в женском половом аппарате главную роль играют микроскопические паразиты, известные под общим названием микробов. Микробы могут вызывать воспалительную реакцию в тканях женского полового аппарата различным образом: прежде всего уже самое присутствие и размножение их в этих тканях, или инфекция последних, ведет к воспалительной реакции, а затем, несомненно, и поступление в ткани не самих микроорганизмов, но вырабатываемых ими токсических продуктов, интоксикация тканей может вызывать такую реакцию; наконец, зачастую воспаление является результатом и обоих указанных моментов, т. е. и инфекции и интоксикации.

Как сами микробы, так и вырабатываемые ими продукты могут поступать в половые части женщины, при воспалительных заболеваниях их, различными путями. Очень часто патогенные микроорганизмы первично поступают в половой канал женщины при половых сношениях (как то бывает с гонококками), а также при внутреннем исследовании женщины, при оперативных манипуляциях в половом канале (как это бывает с гноеродными кокками) и пр. Иногда, затем, они могут быть заносимы в ткани женского полового аппарата из других органов, в том числе и очень отдаленных, по кровеносной системе (так бывает, например, при сепсисе, бугорчатке и других заразных болезнях, причем, повидимому, этот способ возникновения воспалительных заболеваний в женской половой сфере, метастатический в тесном смысле слова, играет гораздо более значительную роль в патогенезе женских болезней, чем это думают обыкновенно). Нередко, далее, они переходят в принадлежащие женской половой сфере части из соседних органов, например, из прямой кишки, червообразного отростка, брюшины и т. п., *per continuitatem*, причем в таком переходе их

важную,—но, прибавим, не единственную,—роль играют лимфатические пути; не мешает иметь в виду, что этим путем воспалительные заболевания женской половой сферы могут возникать под влиянием таких микробов, которые в органах, служащих исходными их пунктами, иногда и не проявляют себя в качестве болезнетворных (кишечная палочка при так называемом заднем периметрите Шульце). Наконец, воспалительные заболевания одних отделов женского полового канала могут быть результатом перемещения микробов из других отделов его, например, из матки микроорганизмы (укажем, в виде примера, на палочки бугорчатки) могут вместе с маточным секретом поступать в рукав, вызывая заболевание последнего, и, наоборот, из вульвы или рукава микробы могут переходить или быть переносимы в вышележащие отделы полового канала. При этом опять-таки в органах, являющихся исходными пунктами инфекции, если они более защищены, микробы могут не вызывать никаких болезненных процессов, тогда как в органах, куда они переходят, они могут вести к серьезным заболеваниям; типичным примером такого рода являются уже разобранные нами в курсе акушерства пуэрперальные заболевания в тесном смысле слова, возникающие путем так называемого самозаражения.

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

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

Из всех воспалительных заболеваний женского полового аппарата, имеющих микробное происхождение, наичаще встречаются—

и потому имеют наиболее важное практическое значение — гоноррея, сепсис, сифилис, бугорчатка и отчасти дифтерия, почему мы и остановимся здесь более подробно на патологии названных процессов, поскольку последние не ограничиваются каким-либо одним органом, но охватывают всю половую сферу женщины.

Г О Н О Р Р Е Я

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

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

Такая частота гонорреи у женщин зависит от того, что причина ее — триппер у мужчин — является в наше время одною из распространеннейших болезней. Можно смело утверждать, что огромное большинство современных мужчин, особенно в городском населении, хоть раз в жизни, в молодые годы, имело эту болезнь. Хуже всего, при этом, то, что даже в интеллигентной среде смотрят на триппер, как на болезнь невинную, о которой даже принято говорить не иначе, как с насмешкой. И действительно, на первый взгляд это кажется именно так: гонорройный уретрит у мужчины лишь вначале причиняет больному известные страдания, а затем — после непродолжительного, лечения, а иногда и без всякого лечения — болезнь проходит, — повидимому, совершенно, — мужчина чувствует себя вполне здоровым, и лишь временами показывание в уретре и так называемая *goutte militaire* напоминают ему о перенесенной болезни. На самом деле, однако, в очень большом проценте случаев болезнь вовсе не проходит, а лишь переходит из явной формы в скрытую, причем возбудители ее, гонококки, могут в течение многих лет оставаться в недоступных уголках задней части уретры (задний уретрит, *urethritis posterior*), сохраняя свою вирулентность.

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

Возбудителем гонорреи у женщин, как и триппера у мужчин, является как известно, гонококк (рис. 84), открытый Нейссером в 1879 г. Каковы морфологические особенности этого микроба и его колоний, а также его отношение к краскам, — об этом нами уже было сказано выше при изложении основ гинекологической диа-



Рис. 84*. Гонококки (по Бумму).

Слева изображены гонококки при большом увеличении, справа типичная колония этих микробов при меньшем увеличении.

гностики. Здесь добавим лишь, что он не растет на обыкновенных средах (желатине, агаре и пр.), — питательные среды для разво- док этого микроба требуют особенных примесей: кровяной сыворотки, асцитической жидкости, содержимого яичниковых кист и пр.

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

Во многих случаях хронической гонорреи или вместе с типичными гонококками, или без таковых, в выделениях женского поло- вого канала встречаются — обыкновенно вне лейкоцитов — Gram-отрицательные диплококки, морфологически похожие на гонококков, но отличающиеся от них некоторыми свойствами, например, — что практически особенно важно, — меньшею вирулентностью. Повидимому, эти диплококки, описанные Ашем и потому извест- ные под названием диплококков Аша, представляют собою дегенеративные формы гонококков Нейссера.

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

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



Рис. 85. Гонококки в слизистой оболочке матки (по Бумму).

Проникши в половые части женщины, гонококки поражают преимущественно выстилающие их покровы (рис. 85), причем восприимчивость различных отделов женского мочеполового аппарата к инфекции и вместе локализация последней зависят главным образом от характера поверхностного эпителия этих покровов. Слизистые оболочки, покрытые однослойным цилиндрическим эпителием, являются гораздо менее защищенными от внедрения гонококков, чем покровы, выстланные многослойным плоским эпителием; оттого слизистая оболочка цервикального канала особенно легко инфицируется гонореей и, по мнению большинства авторов, является главным убежищем гонококков у женщин. Некоторые авторы, однако (у нас — Иванов и его ученики), считают главным местом локализации гонококков при женской гонорее (в 85%) ружав. Повидимому, что касается тех покровов полового канала, которые выстланы многослойным плоским эпи-

телием, то они инфицируются гонококками тем легче, чем более нежными и сочными и менее ороговевшими являются поверхностные эпителиальные пласты их; оттого у малолетних девочек заражение гонорреей легко производит упорные вульво-вагиниты, тогда как у женщин взрослых и покровы вульвы, и покровы нижних отрезков рукава оказываются сравнительно защищенными от внедрения гонококков, слизистая же оболочка уретры и верхних отделов рукава инфицируется последними относительно легко.

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

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

Одно время в науке господствовал взгляд, что сфера распространения гонококков ограничивается исключительно слизистыми оболочками, даже лишь поверхностными их слоями. Последующие наблюдения, однако, оставляют вне сомнения, что микробы эти проникают и в более глубокие слои стенок полового и мочевого аппаратов, иногда до самой брюшины. Оттого на почве долго длившейся гонорреи у женщин могут последовательно развиваться стриктуры уретры и рукава. Распространяясь по лимфатическим путям, гонококки в отдельных случаях могут даже вызывать развитие общего перитонита со смертельным исходом. Будучи разносимы с током крови, они могут далее

обуславливать возникновение у больных эндо- и миокардита, поражение же при гоноррее суставов («трипперный ревматизм») наблюдается в практике очень нередко. Заслуживают также внимания наблюдающиеся у гонорройных больных заболевания нервной системы в форме, с одной стороны, нейралгий (ишиас, люмбаго, межреберные нейралгии, кокцигодиния и пр.), с другой — поражений спинного мозга (по Молчанову — особенно передних его рогов). Описываются, наконец, отдельные случаи и общего гонорройного сепсиса.¹³

Некоторые исследователи пытались доказать влияние гонорройной инфекции на нервную систему путем не только клинических наблюдений, но и эксперимента. Осюкин, например, экспериментируя на морских свинках, мог констатировать у них при заражении гонорреей ясные изменения в спинном мозгу. К сожалению, экспериментальное изучение патологии гонорройных заболеваний встречает значительные затруднения, благодаря тому, что из животных типичная гоноррея может быть экспериментально получена лишь у высших, именно, у обезьян, располагать которыми в состоянии далеко не всякая лаборатория. Именно вследствие этого многие стороны данной болезни и остаются для нас до сих пор темными. Во всяком случае есть основания думать, что изменения общего характера, наблюдающиеся у больных гонорреей, зависят не столько от жизнедеятельности гонококков в тканях, сколько от отравления организма вырабатываемым ими гонотоксином — гонотоксинемией. В частности к числу таких изменений могут быть, повидимому, отнесены изменения в морфологическом составе крови, относительно которых, впрочем, отдельные исследователи приходят к неодинаковым результатам: тогда как Нестеровский, например, нашел, что гоноррея всегда сопровождается лейкоцитозом, — по наблюдениям Терещинской-Поповой содержание лейкоцитов в крови гонорройных больных большей частью не бывает увеличено, равно как мало бывает изменено и число эритроцитов.

В большинстве случаев, однако, гоноррея у женщин является местным заболеванием, а гонококки распространяются не столько вглубь стенок полового канала, сколько по длине его, причем распространение это имеет восходящее направление (*gonorrhoea ascendens*), — после поражения вульвы с уретрой, рукава и цервикального канала процесс переходит в слизистую оболочку маточного тела, фаллопиевы трубы, яичники и, наконец, тазовую брюшину. Такое восхождение гонорреи стоит в причинной связи с различными условиями и прежде всего с вирулентностью гонококков, — если, например, женщина заразилась от мужчины, имевшего свежий триппер, то восходящее прогрессирование болезнен-

ного процесса совершается у ней значительно быстрее, чем при заражении менее вирулентными микробами хронического триппера. Здесь кстати следует заметить, что и после заражения, уже в самом половом канале женщины, вирулентность гонококков может варьировать в ту или другую сторону, причем время является моментом, ослабляющим эту вирулентность, а месячные, беременность и пуэрперальное состояние ведут к ее повышению.

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

Благодаря своему местному характеру, гоноррея у женщины, как и у мужчины, в громадном большинстве случаев остается заболеванием, не грозящим самой жизни больных,— в этом ее выгодная сторона по сравнению с некоторыми другими инфекциями, поражающими женский половой аппарат, например, сепсисом. Но, с другой стороны, распространяясь в восходящем направлении и постепенно захватывая весь половой аппарат, она не только глубоко нарушает функции последнего, но и является для женщины источником тяжелых страданий, нередко длящихся у больных всю жизнь. Немудрено, что зачастую гинекологи, исчерпав без успеха все средства помочь больным, в конце концов вынуждены бывают прибегать, при гоноррее, к такой героической мере, как оперативное удаление матки с придатками,— с риском вызвать у женщины тягостные кастрационные расстройства.

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

Сепсис

Что понимается в настоящее время под словом «сепсис»,— о том подробно уже было изложено нами в курсе акушерства, при разборе вопроса о пуэрперальных болезнях. Резюмируя вкратце сказанное там, повторим, что возбудителями сепсиса являются, с одной стороны, микробы из разряда паразитных, т. е. размножающихся в живых тканях, а именно, прежде всего так называемые пиогенные кокки— стрептококки и стафилококки.

затем пневмококк, кишечная палочка и др., с другой — сапрофиты, живущие в мертвых средах, причем по современному взгляду на вещи разница между микробами этих двух категорий не так уж велика: с одной стороны, сапрофитные микробы при известных условиях могут также внедряться в живые ткани и жить там, с другой — вирулентность паразитных микробов, повидимому, значительно повышается при наличии гнилостных веществ.

Теребинская-Попова нашла, что при септических воспалительных заболеваниях маточных придатков и тазовой брюшины факультативные и облигатные анаэробы являются возбудителями болезненного процесса почти так же часто, как и аэробы. Почти во всех 18 исследованных ею случаях гнойного осумкованного периметрита в гное был найден облигатный анаэробный стрептококк.

В половой канал женщины возбудители сепсиса отчасти заносятся извне — при внутреннем исследовании женщин, при введении в половой канал недостаточно стерильных инструментов и пр. (экзогенная инфекция), отчасти же проникают сюда из других мест того же организма (эндогенная инфекция, самозаражение в широком смысле этого слова). Этот второй способ попадания возбудителей сепсиса в свою очередь может представлять несколько вариаций: микробы могут, во-первых, или метастатически, или *per continuitatem* поступать в половые части женщины из других ее органов, как соседних с половой системой, так и отдаленных, причем в этих органах они могут обитать, и не проявляя своих патогенных свойств (*b. coli* в прямой кишке); во-вторых, возбудители сепсиса могут из одних отделов полового канала, именно, вульвы и рукава, где они обитают без всякого вреда для организма, поступать в другие, например, в матку, где и проявляют свои патогенные свойства, причем переход этот может совершаться или самопроизвольно, или благодаря внешним воздействиям, например, благодаря введению сначала в рукав, а затем в матку даже и безусловно стерильных инструментов. Самопроизвольный переход микробов или из других органов в половые части, или из одних отделов полового аппарата в другие известен под названием самозаражения в узком смысле слова.

Чтобы проявить свои патогенные свойства, возбудители сепсиса нуждаются в наличии в тех или других отделах полового канала мест, лишенных защитного эпителия, т. е. ран, а сапрофитные микробы, кроме того, — и в присутствии мертвых сред, в которых бы они могли размножаться. Раненые места служат

для паразитных микробов, например, гноеродных кокков, воротами, проникая через которые, они инфицируют сначала ближайшие к этим местам участки живых тканей, а затем, через посредство лимфатических и особенно кровеносных сосудов, — и весь организм, для сапрофитных же — пунктами, где особенно легко всасываются вырабатываемые этими микробами, путём разложения мертвых сред, гнилостные продукты, т. е. происходит путридная интоксикация — опять-таки сначала ближайших к ране тканей, а затем и всего организма. При этом ближайшие к раневым поверхностям живые ткани реагируют и на инфекцию, и на интоксикацию воспалительными изменениями, весь же организм в целом — лихорадкой.

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

Зато в качестве местной болезни женской половой сферы сепсис представляет известные выгоды по сравнению с гонорреей: последняя нередко является развитым заболеванием, охватывающим всю половую сферу; кроме того, она отличается упорством, так как гонококки годами могут оставаться в половом канале женщины в жизнедеятельном состоянии; напротив, сепсис чаще оставляет некоторые отделы половой сферы пощажёнными, — септический сальпинго-оофорит, например, чаще бывает односторонним, между тем как придатки другой стороны остаются вполне здоровыми; притом возбудители сепсиса, если только последний вылился в форму местного заболевания, сравнительно быстро погибают. Впрочем и после этого при сепсисе, как и при гоноррее, в половой сфере женщины остаются стойкие изменения в виде брюшинных сращений, рубцовых сморщиваний тазовой клетчатки, смещений матки и пр., ведущие к расстройствам кровообращения и дающие целый ряд припадков, а иногда на почве септической инфекции возникают и чрезвычайно резкие обезображивания женского полового аппарата. Так бывает, например, после септической окологрудавной флегмоны (*perivaginitis phlegmonosa dissecans*), которая ведет к омертвлению и отторжению всей рукавной трубки

с последующей облитерацией полового канала. Когда гинекологи поворот ю хронических воспалениях септического происхождения, то в огромном большинстве случаев дело идет именно о таких последствиях септической инфекции, остающихся и после полной гибели ее возбудителей.

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

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

Задний параметрит Шульце отличается от обыкновенного параметрита, например, пуэрперального, тем, что он с самого начала протекает хронически. Как было указано в курсе акушерства, пуэрперальный параметрит начинается острой стадией, характеризующейся лихорадкой и образованием более или менее объемистых инфильтратов в тазовой клетчатке. При заднем параметрите ни лихорадки, ни значительной инфильтрации клетчатки не бывает,—инфильтрат, правда, образуется, но очень небольшой, причем в дальнейшем он замещается волокнистой соединительной тканью, постепенно сморщивающуюся. Таким образом патолого-анатомически эта форма параметрита может быть охарактеризована как хроническое рубцевание, сморщивание тазовой клетчатки.

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

Задний параметрит был впервые констатирован Шульце и другими наблюдателями в клетчатке, окружающей маточно-крестцовые связки,—оттого он и получил свое название. Но он может иметь место и в других отделах тазовой клетчатки, расположенных по соседству с кишками, особенно же в клетчатке широких связок (латеральная часть правой широкой связки лежит, как известно из анатомии, по соседству со слепой кишкой, а левой—с прямой кишкой, т. е. они граничат как раз с теми отделами толстых кишек, где при запорах скопляется наибольшее количе-

ство каловых масс, где, поэтому, кишечная стенка испытывает наибольшие изменения и где микробная флора является наиболее обильной).

Развиваясь в той или другой широкой связке, данное заболевание ведет обыкновенно к более или менее резкому смещению матки вбок — или в форме *lateropositio uteri*, или в форме *latero-versio dextra* или *sinistra*. Подобные смещения матки в сторону от средней линии чрезвычайно часто встречаются в практике. — Лазаревич, напр., нашел, что из 1000 исследованных им женщин лишь у 599 матка имела срединное положение, у остальных же 401 — боковое. Автор этот склонен объяснять происхождение указанных смещений прирощенными причинами, т. е. большею короткостью одной из широких связок по сравнению с другой. В пользу такого объяснения отчасти говорит тот факт, что смещения эти, как я мог убедиться, особенно часто наблюдаются у женщин с порочным развитием половой сферы вообще, именно, с инфантилизмом. Очень вероятно, однако, что значительная доля подобных случаев должна быть отнесена на счет приобретенных причин, именно на счет воспалительного сморщивания одной из широких связок на почве шultzевского параметрита.

Сифилис

Гинекологи вообще мало уделяют внимания сифилису женской половой сферы, предоставляя соответствующих больных специалистам-венерологам. Такое отношение, однако, едва ли может быть названо вполне основательным, — хотя бы потому, что именно половая сфера является в огромном большинстве случаев воротами, через которые внедряется в женский организм сифилитическая зараза (*spirochete pallida*). В частности наружные половые части, особенно ладьевидная ямка, бывают у женщины обычным местом развития первичного склероза, — кстати сказать, сравнительно нередко являющегося здесь множественным, — хотя в отдельных случаях местом локализации твердого шанкра могут быть и другие отделы полового аппарата — стенки рукава и влагалищная часть матки. Окружающие половую щель части служат у женщины излюбленным местом и сифилитических папул. Что касается гумм, то они наблюдаются во всех отделах женской половой сферы, — и в вульве, и в рукаве, и в матке, и в трубах, и в яичниках. Располагаясь на стенках рукава и особенно на влагалищной части матки, сифилитические образования, — твердый шанкр и гуммы, — легко могут подать повод к диагностическим ошибкам. В литературе описаны случаи, где, например, гуммы влагалищной части принимались за рак, больные подвергались радикальной операции

и иногда погибали от нее. Для дифференциальной диагностики в подобных случаях можно прибегнуть к пробной эксцизии с последующим микроскопическим исследованием, а также к специальным методам диагностики сифилиса (исследование на спирохеты, реакция Вассермана и др.). В сомнительных случаях можно попытаться поставить диагноз *ex juvantibus*, испробовав противосифилитическое лечение.

При локализации первичного склероза в глубоких частях полового канала, — на стенках рукава и на влагалищной части матки, — опасность заразиться сифилисом при внутреннем исследовании бывает, по понятным причинам, особенно велика, и это обстоятельство врач-гинеколог не должен упускать из виду при своей практической деятельности.

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

Бугорчатка

По современным взглядам, туберкулез поражает половые части у женщины гораздо чаще, чем это думали раньше. При этом некоторые авторы держатся взгляда, что бугорчатка женской половой сферы всегда бывает вторичным заболеванием, — что ее возбудители, палочки Коха, сначала проникают в организм внеполовым путем (вероятнее всего через пищеварительный тракт), а затем уже инфицируют половые части — или метастатически, через посредство кровеносной системы, или *per continuitatem*, благодаря переходу болезненного процесса с соседних органов, особенно брюшины, или, наконец, благодаря занесению в половой

канал туберкулезных секретов и экскретов, например, мокроты, испражнений и пр.

Другие авторы,— и притом большинство,— убеждены, что туберкулез и первично может возникать в половом канале женщины, которая заражается благодаря половым сношениям с больным бугорчаткою половых органов мужчиной. При такой первичной бугорчатке инфекция может ограничиваться, в противоположность вторичному туберкулезу, исключительно половыми частями.

В медицинской литературе описано очень много случаев такого изолированного, resp. первичного, туберкулеза полового аппарата у женщин, с локализацией процесса в разных отделах последнего. Правда, безусловно доказательных случаев среди них нет, да это и понятно: с одной стороны, дабы установить бесспорную первичность (изолированность) поражения полового аппарата, надо обследовать не только клинически, но и патолого-анатомически,— притом не только макро-, но и микроскопически,— все остальные части и доказать отсутствие в них признаков бугорчатки; с другой — мы знаем, что иногда патолого-анатомические признаки первичной инфекции могут сглаживаться в организме, вторичные же поражения — сохраняться. Однако и помимо этого в пользу возможности первичного поражения женской половой сферы бугорчаткой имеются слишком веские данные, чтобы в ней можно было сомневаться; известно, прежде всего, что бугорчатка сравнительно нередко поражает половые железы и другие части полового аппарата у мужчин, причем эякулят подобных больных содержит жизнеспособные палочки Коха, а затем точные опыты целого ряда исследователей свидетельствуют, что при введении разводок этих микробов в женский половой канал они могут вызывать в стенках его характерные для бугорчатки изменения.

У одних экспериментаторов, например, у Попова, опыты подобного рода давали положительный результат лишь при том условии, если стенки полового канала были предварительно повреждены или воспалены, у других же, например, Дюроклюнского, — и без предварительного повреждения полового тракта.

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

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

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

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

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

И при первичной, и при вторичной бугорчатке инфекция может поражать все отделы половой сферы, почти одинаково часто встречаясь как в форме изолированного поражения отдельных органов, так и форме совместного заболевания нескольких из них. Особенно предрасположенными к заболеванию туберкулезом являются, однако, фаллопиевы трубы (рис. 86); яичники, несмотря на соседство с трубами, поражаются бугорчаткой в 2½ раза реже; реже поражает туберкулез и матку. Что касается локализации туберкулеза в различных тканях и слоях женского полового аппарата, то в рукаве, матке и трубах бугорчатые изменения преимущественно локализируются в слизистой оболочке (рис. 87), в яичниках же — в строме коркового слоя (рис. 88), хотя и все другие ткани и слои могут служить местом развития туберкулеза.

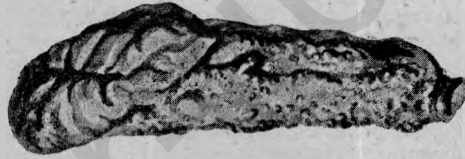


Рис. 86*. Фаллопиева труба, пораженная туберкулезом.

Патолого-анатомически туберкулез женской половой сферы главным образом представляется в двух формах,— в форме про-
свидной бугорчатки и в форме то разлитого, то фокусного
творожистого перерождения.

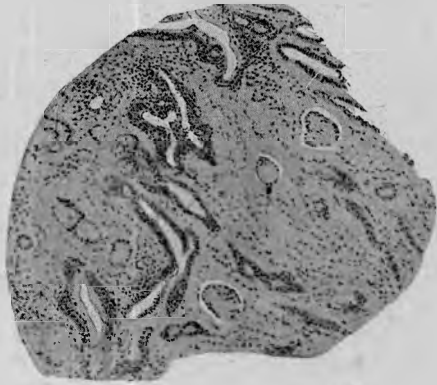


Рис. 87*. Микроскопическая картина одной из складок трубной мукозы при бугорчатом сальпингите.

Складка, видимо, образовалась благодаря сращению нескольких соседних складок, о чем свидетельствуют находящиеся в толще ее эпителиальные цуги, частью снабженные просветами. Покровный эпителий на периферии складки отсутствует. В строме ее там и сям видны гигантские клетки лангансовского типа. Разлитой коагуляционный некроз стромы.

другие органы, или в виде хронического заболевания, ограничивающегося половым аппаратом, причем в этой последней форме может протекать и вторичная бугорчатка, так как первичные локализации болезненного процесса могут отступать на задний план или находиться в скрытом состоянии. С клинической точки зрения важно иметь в виду, что бугорчатка труб очень часто ведет к развитию пиосальпинксов,— настолько часто, что некоторые авторы склонны считать всякий пиосальпинкс у девицы за туберкулезный,— а туберкулез влагалищной части матки является нередко в вегетирующей, папиллярной форме,

сводятся поражённых тканей к образованию типичных бугорков, состоящих из круглых, эпителиоидных и гигантских клеток типа Ланганса, хотя нередко бугорки представляют собою и скопления лишь эпителиоидных и гигантских клеток различной формы и величины, а при остром течении болезненного процесса — очаги кругло-клеточковой инфильтрации.

Наконец клинически бугорчатка женской половой сферы протекает или в виде острого заболевания, охватывающего наряду с половыми частями и

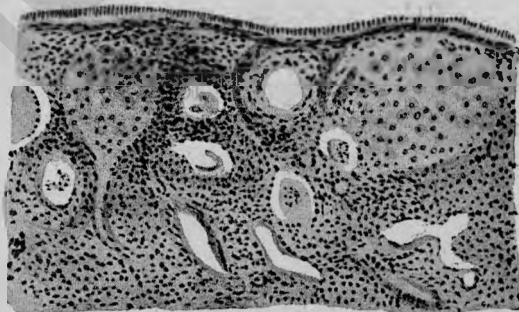


Рис. 88*. Бугорки из эпителиоидных клеток в корковом слое яичника морской свинки (по Горизонтову).

которую весьма легко смещать с экзофитным раком влагалищной части.

Говоря о бугорчатке женской половой сферы, не лишнее будет упомянуть, что последняя, именно наружный ее отдел, иногда служит местом локализации волчанки. В русской литературе подобные случаи были описаны Потаповой, Качановским, Брандтом и Фишером.

ДИФТЕРИЯ

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

Так как дифтерия сопровождается иногда значительными некрозами, и после отторжения дифтерийных пленок получаются дефекты тканей, заживающие рубцом, то на этой почве в дальнейшем могут возникнуть стенозы и атрезии рукава и цервикального канала. Мой личный опыт заставляет меня думать, что многие случаи якобы прирожденных атрезий и стенозов должны быть отнесены именно насчет бывшей у больных в детстве дифтерии.

ДРУГИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Помимо перечисленных выше микробных заболеваний и другие инфекционные болезни могут отражаться на половых органах женщины. Особенно следует это сказать относительно общих острых заразных болезней. В нашей медицинской литературе мы находим обширный ряд исследований, посвященных этому вопросу. Так, Массен, исследуя матку при общих острых заразных болезнях, всегда находил в ней признаки эндометрита. Скробанский мог при этих заболеваниях констатировать в яичниках те изменения, какие прежде считались характерными для так называемого паренхиматозного оофорита, т. е. гибель фолликулов — не только

зреющих и зрелых, но и примордиальных; интересно, что эти изменения оказались крайне непостоянными: в одних случаях Скробанского даже сильная и длительная инфекция не вела к резким изменениям фолликулярного аппарата, тогда как в других инфекция, протекавшая без особых осложнений, вызывала резкие поражения последнего. Значительные изменения воспалительного характера обнаружил в яичниках, при общих острых заразных болезнях детского возраста, и Попов, причем изменения эти были констатированы им не только в фолликулярном аппарате, но и в строме яичников (гиперемия, диффузные и гнездовые кровоизлияния, инфильтрация); особенно резко были они выражены при оспе и скарлатине, слабее при кори.

В параллель с этим можно поставить наблюдения Стефанского, который описал особую эпидемическую форму гангрены вульвы у девочек при таких болезнях, как корь, скарлатина, коклюш и дифтерит. Болезнь эта, 9 случаев которой он наблюдал у девочек 2—12 лет, начиналась краснотой, болезненностью и отеком больших половых губ; затем на последних появились язвочки с грязновато-серым сухим дном, которые, сливаясь, распространялись на малые губы, клитор, преддверие, рукава, промежность и прямую кишку. Пораженные ткани сначала представляли признаки сухого омертвения, а затем — влажного, причем с развитием последнего состояние больных резко ухудшалось: появлялись бред, поносы, и больные погибали от сепсиса. Автор считает данное заболевание болезнью *suī generis*, отличною от номы (которая, кстати сказать, тоже иногда наблюдается на наружных половых частях у девочек).

Отмеченные выше изменения в органах и тканях женского полового аппарата при общих острых инфекционных заболеваниях отчасти могут зависеть от непосредственного попадания их возбудителей в эти органы и ткани. Быков при холере обнаружил холерные вибрионы в фаллопиевой трубе. Занченко, исследуя гной в одном, оперированном мною, случае нагноившейся кисты яичника, нашел в нем палочки Эберта; такие же находки, в аналогичных случаях, были сделаны Кривским и Шиперювичем, а Бюродкин нашел брюшнотифозные палочки в гное параметритических абсцессов. Отчасти же, как уже упоминалось выше, находимые при общих заразных болезнях изменения в женском половом аппарате могут быть объяснены влиянием вырабатываемых при этих болезнях ядов. Наблюдения Мышкина и свидетельствуют, что и не микробные, а металлические яды, именно, фосфор и мышьяк, вызывают «паренхиматозное воспаление» яичников, или, иначе говоря, дегенерацию эпителия фолликулов. То же самое экспериментально установлено недавно Афанасьевым по отношению к яду бешенства, а исследования Михеева позволяют думать, что, быть может, причина такого влияния ядов на яичники кроется в их воздействии на сосудистый аппарат последних.

Что касается отдельных заразных болезней, то, исследуя 5 препаратов половых частей женщин, погибших от чумы, Быков мог

обнаружить гиперэмию тканей матки и ее придатков, экстравазаты и отек.

При холере Рузи нашел чрезвычайно резкие изменения в слизистой оболочке матки с характером кровотоочивого эндометрита, а Столыпинский, исследуя половые части 8 женщин, погибших от этой болезни, в 5 случаях мог констатировать кольпит, в 2 — дифтеритическое поражение рукава и в 1 — гангрену влагалищной части матки.

При сыпном тифе рядом авторов (Орлова, Попандопуло, Лейбчик) были описаны язвенные процессы в рукаве и вульве с последовательным развитием рубцовых стенозов и стриктур, а Коляго наблюдал в яичниках женщин, погибших от этой болезни, явления «паренхиматозного оофорита» (дегенерации эпителии фолликулов).

Развитие изъязвлений рукава с последующей стриктурой последнего Попандопуло наблюдал и при брюшном тифе, а Попов нашел при этой болезни поражение труб в форме сальпингита. О развитии при брюшном тифе гнойников в яичниках (или в развившихся из них кистах) и тазовой клетчатке у женщин было уже сказано выше.

Воспалительные изменения в фаллопиевых трубах имеют место, по наблюдениям Попова, и при возвратном тифе.

При крупозной пневмонии язвенный процесс в рукаве с последующим заращением верхних двух третей его описал Сердюков, а Попов при этой болезни наблюдал в трубах изменения, присущие сальпингиту.

Относительно скарлатины вдобавок к тому, что выше было сказано о найденных Поповым изменениях в яичниках, можно упомянуть, что явления «паренхиматозного оофорита» были у скарлатинозных найдены и Лебединским, как Васильев нашел их при оспе, а Коляго — при дифтерите.

При кори Гиндес наблюдал в 3 случаях развитие редкой формы вульво-вагинита, именно афтозного вульво-вагинита, Попандопуло же в одном случае этой болезни видел образование стриктуры влагалища.

Не остаются иногда без влияния на женскую половую сферу и такие сравнительно невинные инфекционные болезни, как инфлюэнца (Оленин) и свинка (Троицкий).

Упомянем в заключение, что как местом развития твердого шанкра могут быть не только наружные половые части, но и более глубокие отделы женского полового канала, так и мягкий шанкр может локализоваться не только на вульве, но и на стенках влагалища. Такой именно случай был в русской литературе описан Кеглером.

Немикробные паразитарные воспаления

Кроме бактерий и паразиты иного порядка могут вести к возникновению воспалительных процессов в женском половом канале. Особенное внимание гинекологов за последнее время привлекла

к себе в этом отношении влагалищная трихомонада (*trichomonas vaginalis*, рис. 89). Что трихомонада эта часто встречается в рукаве женщины,— это было известно уже давно; но лишь в новейшее время высказано было утверждение, что она вовсе не является невинным обитателем женского полового канала,— что трихомонады эти, размножаясь во влагалище женщины, вызывают воспаление его стенок, кольпит. И, действительно, наблюдения показывают, что влагалищные трихомонады в особенно большом количестве встречаются именно у женщин, страдающих кольпитом. Впрочем факт этот, по мнению некоторых авторов, объясняется не тем, что трихомонады вызывают кольпит, а тем, что при наличии

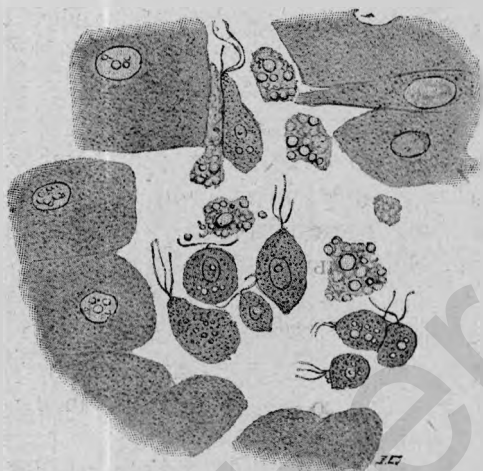


Рис. 89*. Трихомонады во влагалищном секрете. Кругом лежат отслоившиеся клетки рукавного эпителия.

последнего они встречаются благоприятные условия для своего размножения. Во всяком случае вопрос о роли влагалищных трихомонад в патологии женского полового аппарата до сих пор надо считать открытым.

К числу паразитов, вегетирующих иногда в женском рукаве и вызывающих здесь воспалительные изменения, относится, далее, грибок молочницы (*soor*) — *oidium albicans*. Разрастаясь на рукавной стенке, он дает здесь белые бляшки, плотно сидящие и после отдиранья оставляющие кровоточивые

места. Страдающие молочницей рукава женщины жалуются обычно на жжение и зуд во влагалище.

Иногда, далее, воспалительные процессы в женском половом канале,— вульвиты и вагиниты,— вызываются заползающими в него глистами, особенно острицами (*oxyuris vermicularis*) у малолетних девочек.

Еще более важную роль в патологии женской половой сферы играет, из числа паразитов, принадлежащих к категории глист, пузырчатая глиста или эхинококк. Так как, однако, она ведет к развитию образований, представляющих собою в сущности ретенционные кисты, то мы и коснемся вопроса об эхинококках женской половой сферы в главе, посвященной новообразованиям.

2. ТРОФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

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

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

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

Истолковывая указанным образом эту связь, надо иметь в виду, что иногда взаимоотношение между общими расстройствами пита-

ния и местными воспалительными заболеваниями женской половой сферы может быть и совершенно обратным, — эндометрит, напр., вследствие вызываемых им маточных кровотечений может вести к анемии, а оофорит, — повидимому, на почве расстройства внутренней секреции, — к хлорозу.

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

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

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

ждении яичников), так и при последствиях острого оофорита, брюшинных спайках кругом яичников, продукция лютеиновой ткани и клеток *m. granulosa* в этих органах бывает увеличена — главным образом, вероятно, насчет повышения числа созревающих и атрезирующихся фолликулов; а так как лютеиновые клетки, — или, по другим взглядам, клетки зернистой оболочки фолликулов (*m. granulosa*), — являются, повидимому, элементами, которым яичник преимущественно обязан своей внутренней секрецией (именно эти клетки выделяют тот гормон, который вызывает усиленный приток крови к половой сфере), то обильное образование их ведет к усиленной гиперемии половой сферы и на этой почве — к изменениям в матке, дающим клиническую картину метрита и эндометрита.

К разбираемой группе воспалительных заболеваний относятся также те воспаления, которые могут, несомненно, возникать в матке, яичниках и других половых органах женщины при нарушении ею правил половой гигиены, например, при злоупотреблении половыми сношениями, мастурбации, половом соитии во время месячных и т. п., а также воспалительные процессы простудного происхождения.

Наблюдение показывает, наконец, что существует целый ряд и других причинных моментов, которые в состоянии или вызвать или усилить у женщины характерные для воспалительных заболеваний половой сферы припадки, например, бели и меноррагии могут возникать или усиливаться под влиянием психических аффектов, тяжелой работы и т. п. С этой точки зрения легко истолковать подмеченный за последнее время некоторыми из наших исследователей факт неблагоприятного влияния на женскую половую сферу — в смысле повышения процента воспалительных заболеваний ее — некоторых профессий (например, по А н у ф р и е в у, работы на лесопильных заводах). В других случаях вредное влияние профессии на половую сферу женщины объясняется непосредственным вредным воздействием продуктов производства или получающихся при последнем отбросов на половые части работниц; так, например, в табачно-махорочном производстве табачная пыль, оседая на половых частях работниц, вызывает у последних повышенную заболеваемость вульвитами и вагинитами.

III. НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

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

1. РЕТЕНЦИОННЫЕ ОПУХОЛИ

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

Являясь результатом предшествующих воспалительных процессов и представляя собою переходную ступень от воспалений к настоящим новообразованиям, ретенционные опухоли всегда имеют кистовидное строение, т. е. это — мешеччатые образования с более или менее тонкими стенками, наполненные то кровью, resp. геморрагическим экссудатом, то гноем, то слизью, то сывороточным содержанием. Чаще они заключают внутри по одной

полости. Растут ретенционные опухоли большею частью медленно и редко достигают значительного объема. Как я убедился, далее, под влиянием рассасывающего лечения (горячие спринцевания, ванны, особенно грязевые, и пр.) они могут подвергаться обратному развитию и даже полному рассасыванию, а иногда исчезают после разрыва и опорожнения в полость брюшины. Оттого и в клиническом отношении они могут быть квалифицированы, как образования сравнительно невинные и во всяком случае безусловно доброкачественные. Правда, в отдельных случаях разрыв ретенционных кист с гнойным содержимым и опорожнение последнего в полость брюшины могут повести к смертельному перитониту; не исключена, затем, повидимому, возможность развития из ретенционных кист опухолей злокачественной природы, напр., из простых кист яичника (фолликулярных) — сосочковых кистом, из лютеиновых кист — лютеиновых сарком и, может быть, карцином; но такие случаи встречаются исключительно редко, у огромного же большинства больных неблагоприятное влияние ретенционных опухолей сводится к расстройствам чисто механического происхождения и в частности к болям; последние бывают особенно резко выражены при перекручивании ножки тех из ретенционных опухолей, которые, — как кисты яичников и труб, — обладают таковою, но большею частью являются результатом не столько самих опухолей, сколько лежащего в основе их воспаления.

Ретенционные кисты могут развиваться во всех отделах женской половой сферы. В частности, что касается наружных половых частей, то здесь они могут развиваться в больших и малых губах и девственной плеве (рис. 90), особенно же часто источниками развития их служат бартолиновы железы и их выводные протоки (рис. 91), причем в этиологии этих кист важную роль играет гонорройная инфекция желез (бартолинит). В стенках влагалища (рис. 92) ретенционные кисты развиваются или из случайно оказавшихся здесь желез (которых обычно здесь не имеется), или из расширений

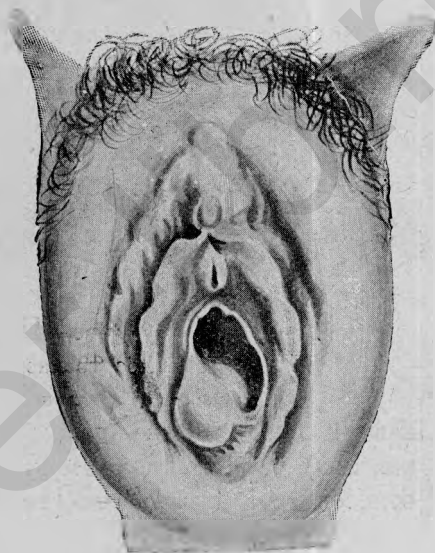


Рис. 90*. Киста девственной плевы (по Отту).

лимфатических сосудов, или из замкнутых карманов между двумя складками рукавной мукозы, или из рудиментарных удвоений ру-

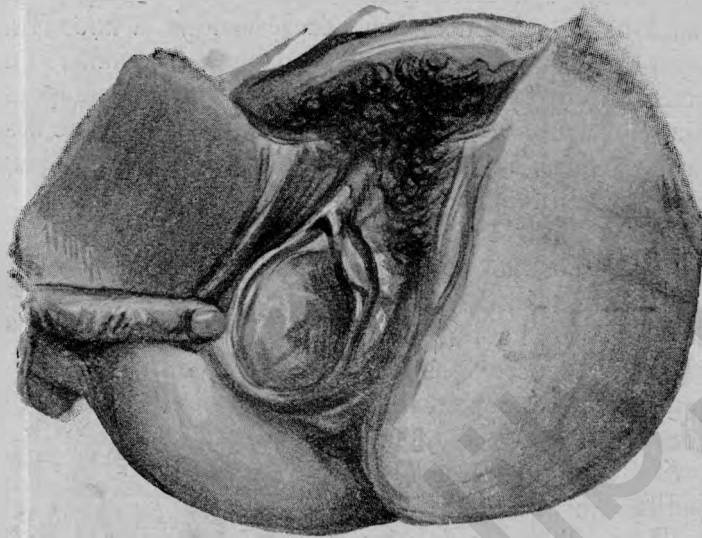


Рис. 91. Киста бартолиновой железы (по Горизонтову).

кава, а может быть — также из вольфовых ходов (гартнеровских каналов). К ретенционным кистам влагалища должны быть также отнесены так называемые гэматокольпысы (см. рис. 80), т. е. скопления менструальной крови в рукаве при его заращениях. Подобные же скопления, при атрезиях полового канала, могут образоваться и в матке (гэматометра, см. рис. 81), в полости которой, кроме крови, могут также скопиться гной (пнюметра) и секрет маточных желез (гидрометра). Еще чаще сами маточные железы служат источником развития ретенционных кист, которые при этом часто бывают множественными, но обычно достигают лишь очень небольших размеров; таково именно происхождение так наз. *ovula Nabothi*, которые столь часто встречаются на поверхности влагалищной части матки, в окруж-



Рис. 92*. Киста рукава.

ности наружного зева. Несомненно также, что иногда ретенционные кисты матки имеют своими исходными пунктами вольфовы ходы и другие эмбриональные образования.

В клиническом отношении сравнительно важное значение имеют ретенционные опухоли маточных придатков и в частности — фаллопиевых труб, так называемые сактосальпинксы. Принадлежат к числу обыкновеннейших гинекологических заболеваний, сактосальпинксы, подобно другим ретенционным опухолям, чаще всего возникают на почве воспаления, именно, сальпингита, при котором оба трубных отверстия, — и брюшинное, и маточное, — зарастают, а отделимое стенок трубного канала скопляется в нем, растягивая трубу в более или менее объемистую опухоль колбасовидной или конической формы (рис. 93). Если содержимое этой опухоли состоит из гноя, то получается *sactosalpinx purulenta* или пиосальпинкс, если из серозной жидкости, — *sactosalpinx serosa* или гидросальпинкс, если из кровянистого экссудата, — *sactosalpinx haemorrhagica* или гематосальпинкс.

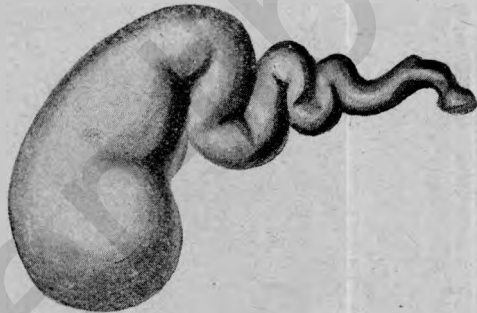


Рис. 93*. Сактосальпинкс (гидросальпинкс).

Экспериментальные исследования Воскресенского с перевязкою труб показали, что перевязка маточного конца трубы не всегда ведет к развитию сактосальпинкса, перевязка же абдоминального конца — всегда. Содержащаяся в гидросальпинксах жидкость, по наблюдениям Садовского, продуцируется клетками трубного эпителия, которые при перевязке труб лишаются своих ресничек и делаются сецернирующими, по Каннегиссеру же главную составную часть этой жидкости образует сывортка, пропотевшая из сосудов слизистой оболочки труб.

Кроме воспалительных гематосальпинксов в практике встречаются иногда гинатретические гематосальпинксы (см. рис. 81), являющиеся спутниками гематометры и содержащие внутри задержанную менструальную кровь, а также гематосальпинксы, возникающие на почве внематочной беременности. Отличить, какая из трех форм гематосальпинкса имеется в данном случае, можно уже по характеру трубного содержимого: при воспалительной форме в трубе содержится большею частью не чистая кровь, а серозно-кровянистая жидкость; при гинатретической — содержимое гематосальпинкса имеет вид густой, тягучей жидкости шоколад-

ного цвета; наконец, при гематосальпинксе, развившемся на почве внематочной беременности, труба обыкновенно заключает внутри свернувшуюся кровь.

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

Зачастую ретенционные опухоли развиваются и в яичниках, причем исходными пунктами их развития здесь часто оказываются граафовы пузырьки. При нормальных условиях граафовы пузырьки, достигши полной зрелости, лопаются, и содержащаяся

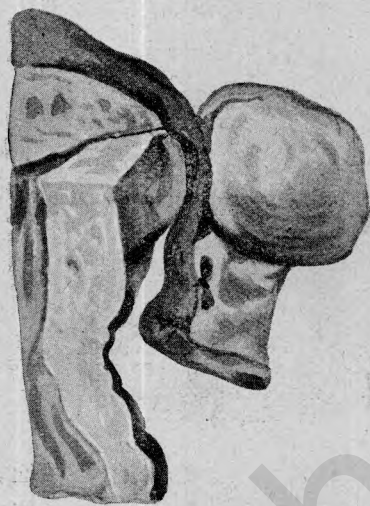


Рис. 94*. Простая киста яичника (*hydros folliculi*).

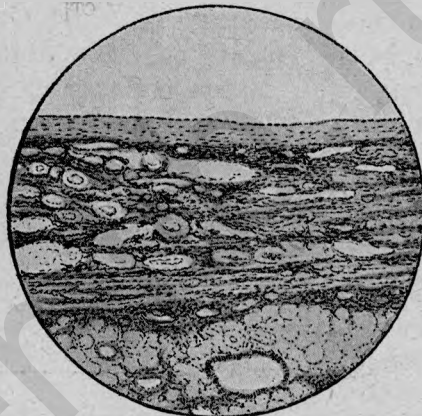


Рис. 95*. Стенка простой (фолликулярной) кисты яичника под микроскопом.

Вверху — полость кисты, выстланная уплотненным однослойным эпителием. Далее идет слой склерозированной стромы, весьма богатый кровеносными сосудами с сильно склерозированными стенками. Внизу — остатки рубцовых тел, среди которых видна маленькая фолликулярная кисточка.

в нем фолликулярная жидкость изливается наружу, увлекая с собою зрелое яйцо. Если, однако, окружающая пузырек строма слишком уплотнена под влиянием воспалительных изменений, то граафовы пузырьки, даже и достигши полной зрелости, не в состоянии бывают лопнуть, содержащееся в нем яйцо и часть клеток зернистой оболочки погибают, и пузырек превращается в маленькую кисту, которая затем может увеличиваться вследствие трансудации жидкости в ее полость из сосудов внутренней соединительнотканной оболочки фолликула (*theca interna*). Исходными пунктами таких простых кист яичника (*cystis ovarii simplex*) (рис. 94 и 95) могут служить, повидимому, не только зрелые, но

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

Кроме граафовых пузырьков, ретенционные (или простые) кисты яичников могут развиваться из желтых тел, причем и здесь главная этиологическая роль в возникновении кист принадлежит воспалению. Будучи сходны с фолликулярными кистами по своему объему, однополостному строению и пр., кисты желтых тел, однако, зачастую уже макроскопически отличаются от фолликулярных: тогда как стенка последних обыкновенно представляется внутри

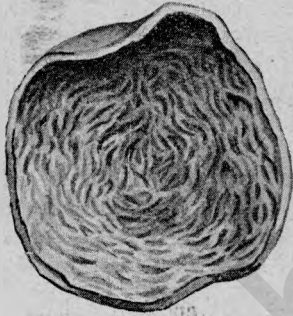


Рис. 96*. Внутренняя поверхность стенки кисты желтого тела (макроскопически).

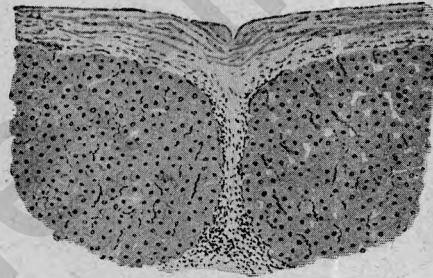


Рис. 97*. Стенка кисты желтого тела под микроскопом (киста величиною с яблоко).

гладкою, стенка кисты желтых тел отличается складчатостью (рис. 96); кроме того содержимое фолликулярных кист обычно состоит из прозрачной, бесцветной сывороточной жидкости, кисты же желтых тел содержат обычно окрашенную жидкость, дающую цветные реакции на липоиды с Nildlau и Scharlachroth'ом (Стефанович), и нередко кровь такого же вида, какой имеет кровь в гинатретических гематосальпинксах; наконец, фолликулярные кисты бывают выстланы внутри одним слоем обыкновенного эпителия — цилиндрического, кубического и даже пластинчатого, представляющего собою остаток зернистой оболочки, кисты же желтых тел бывают выстланы внутри характерными лютеиновыми клетками; иногда, впрочем, внутри от лютеинового слоя в них лежит слой волокнистой соединительной ткани (рис. 97), а иногда и эти кисты бывают выстланы внутри эпителием или эндотелием.

Даже при микроскопическом исследовании с кистами желтых тел легко смешать ретенционные кисты, развившиеся из атретических фолликулов. Как известно, и при атрезии последних в их стенке образуются лютеиновые клетки, почему и возникшие из атретических фолликулов кисты оказываются содержащими лютеиновый слой; только в них слой этот представляет собою измененную соединительнотканную оболочку фолликула (*theca interna*), тогда как в кистах, развившихся из желтых тел яичника, лютеиновые элементы происходят из зернистой оболочки, т. е. представляют собою эпителиальные клетки.

Если в одном и том же яичнике разовьются одновременно несколько фолликулярных кист, то, плотно примыкая одна к другой, они могут образовать конгломерат, производящий впечатление железистой кистомы, т. е. пролиферирующей опухоли; то же самое бывает и при множественном образовании лютеиновых кист или гематом. Впрочем некоторые авторы и все вообще простые кисты яичника относят к категории не ретенционных, а пролиферирующих образований, давая им название простых серозных кистом (*cystoma serosum simplex*).

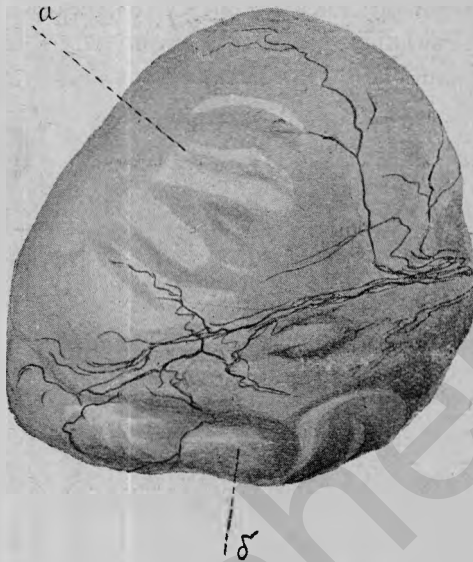


Рис. 98*. Тубо-овариальная киста.
а — киста яичника, б — гидросальпинкс.

Если, затем, в яичнике разовьется фолликулярная киста, а в фаллопиевой трубе той же стороны — гидросальпинкс, то соприкасающиеся между собою стенки этих образований от давления могут атрофироваться, и тогда обе кисты соединятся друг с другом, — получается так называемая тубо-овариальная киста (рис. 98). В литературе существуют, впрочем, и другие объяснения механизма возникновения тубо-овариальных кист.

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

нием об ретенционных образованиях и заставляет многих авторов относить их к пролиферирующим.

Кроме паровария, т. е. экскреторной части краниального отдела первичной почки, исходным пунктом развития кистовидных образований может служить, повидимому, и параорхон, остаток секреторной части каудального отдела первичной почки, топография которого и судьба в различных возрастах внутри- и внеутробной жизни женщины были предметом обстоятельного исследования, произведенного доктором Маненковым в лаборатории Казанской клиники. Как выяснило это исследование, параорхон локализуется вдоль ветвей внутренних семенных сосудов, в латеральном участке собственно широкой связки (рис. 99), каковое положение служит характерным и для развивающихся из него кист.

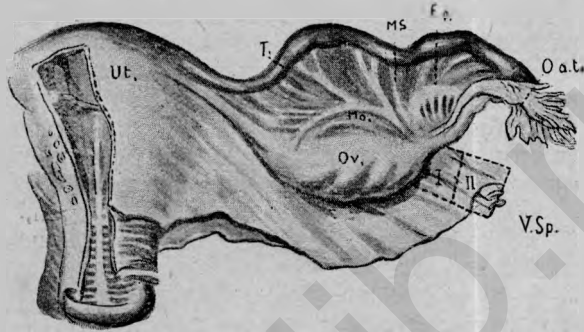


Рис. 99*. Положение пареофорона в широкой маточной связке (по Маненкову).

Ut — матка, *T* — труба, *Ms* — брыжейка трубы (мезосальпикс), *O, a, t* — брюшинное отверстие трубы, *Ov* — яичник, *Mo* — брыжейка яичника, *Ep* — придаток яичника (пароварий), *U. Sp.* — внутренние семянные сосуды, *I, II* — место, где лежит пареофорон.

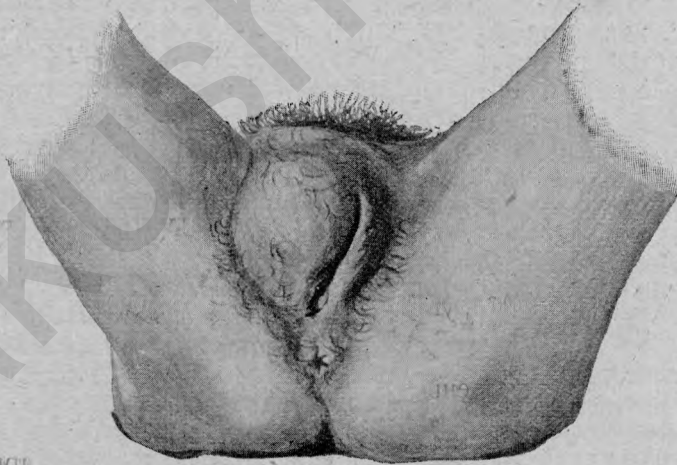


Рис. 100*. Киста нукова канала (hydrocele femininum).

К ретенционным образованиям относятся и те кисты, исходным пунктом которых является так называемый *processus vaginalis*

peritonei,— кисты нукова канала или hydrocele femininum. Выстланные брюшиной листовидные образования эти располагаются обычно по ходу круглых связок, в паховых каналах или в толще больших губ, причем бывают обычно небольшого объема (рис. 100). Иногда, однако, исходящие из брюшинного отростка кисты достигают значительных размеров (вмещают несколько литров жидкости, как это было в случае, описанном Губаревым), причем располагаются внутри брюшной полости.

Кроме этих кист, в круглых маточных связках иногда развиваются ретенционные кисты иного происхождения. Улезко-Строганова, например, описала случай, где киста круглой связки, выстланная мерцательным эпителием, развилась, повидимому, из остатков вольфова тела.

Дополнение

Эхинококк женской половой сферы

Как уже упоминалось выше, к ретенционным кистам могут быть отнесены и эхинококковые кисты. Последние представляют собою аналогичные «финнам» солитера бесполое пузырные формы, или гидатиды, ленточной глисты (*taenia echinococcus*). Различают две разновидности эхинококка — сравнительно редко встречающийся многокамерный эхинококк и относительно частый однокамерный. В половом аппарате женщины встречается лишь этот последний — в виде одиночных и множественных пузырей, достигающих величины головы взрослого человека и больше. Стенка каждого пузыря, или гидатиды, состоит из двух слоев — наружной хитиновой капсулы, имеющей вид полупрозрачной оболочки, и внутреннего паренхиматозного слоя, содержащего зародыши или сколексы, характеризующиеся просвириообразной формой и венчиком из крючьев. Внутри пузыря находится прозрачная, лишенная белка, но содержащая сахар, хлористый натр и янтарную кислоту жидкость, в центрифугате которой микроскоп открывает обычно сколексы и отпавшие крючья эхинококка. Иногда — при эндогенном развитии — в материнских гидатидах находятся в том или другом числе дочерние гидатиды такого же строения, иногда же, при экзогенном развитии, дочерние пузыри располагаются вне материнской гидатиды.

Однокамерный эхинококк может поражать все отделы женской половой сферы. — в отечественной медицинской литературе мы находим описания случаев эхинококка матки, фаллопиевых труб, яичников, широких связок, тазовой клетчатки и пр. Развиваясь здесь, эхинококк дает различной величины то одиночные, то множественные опухоли, характеризующиеся своей чрезвычайно упругой консистенцией и иногда дающие при постукивании концами пальцев феномен дрожания гидатид, зависящий от присутствия внутри материнской эхинококковой кисты вторичных дочерних пузырей. Этот феномен позволяет иногда уже при помощи обычных методов гинекологического исследования распознать эхинококковую кисту, но зачастую последнюю бывает чрезвычайно

трудно отличить от других кист. Некоторые авторы рекомендовали для постановки диагноза эхинококка прибегать к пункции с последующим химическим (сахар, янтарная кислота) и микроскопическим (сколексы, крючья) исследованием добытой жидкости; однако большинство считает этот способ слишком опасным: при пункции зародыши глисты могут, вместе с жидкостью, попасть в полость брюшины и вызвать множественное развитие эхинококковых кист в последней. Безопаснее для распознавания эхинококка прибегать к биологическим реакциям (сыворотка крови больных дает с эхинококковой жидкостью, по Вейнбергу и Гедини, реакцию связывания комплемента) и исследованию крови (эхинококки вызывают иногда резкую эозинофилию, которая объясняется поступлением в кровь особых веществ, вызывающих образование антител).

Клиническое значение эхинококка женской половой сферы определяется, как и значение других ретенционных кист, главным образом его механическим влиянием на пораженные и соседние с ними органы,— эхинококк яичника может, например, на почве сдавливания яичниковых тканей вести к атрофии яичника; эхинококк тазовой клетчатки может механическим путем вызвать расстройство со стороны мочевого пузыря и других тазовых органов. При эхинококковых кистах, сидящих на ножке, может, ватем, иметь место перекручивание последней с последовательными явлениями раздражения брюшины; кисты эти могут подвергаться нагноению, могут, разрываясь, опорожнять свое содержимое в полость брюшины и т. д.

Если ретенционные опухоли патолого-анатомически представляют собою, как отмечено выше, переходную ступень от воспалений к настоящим новообразованиям, то подобное же место в патолого-анатомической системе занимают и некоторые другие заболевания женской половой сферы, из которых остановимся на слоновости наружных половых частей, эстиоме вульвы и краурозе вульвы.

Слоновость наружных половых частей женщины (elephantiasis vulvae)

Заболевание это, довольно редко встречающееся у взрослых женщин различного возраста, поражает чаще всего большие половые губы, реже — малые и клитор, причем пораженной бывает то одна из этих частей, например, клитор, или одна из половых губ, то несколько их одновременно. Элефантиатически измененные половые части представляются опухшими, то пастозной, то более плотной консистенции, чаще с неровною, то мелко-, то крупнобугристую поверхностью (реже поверхность их представляется гладкою) (рис. 101). Величина и вес измененных частей вульвы могут быть весьма значительны: Борткевич, например, наблюдал эле-

фангиатическую опухоль клитора, весившую 720 г и спускавшуюся до нижней трети бедер, а Савостицкий описал случай слоновости вульвы, где вес измененных частей равнялся более, чем полупуду.

Какие этиологические моменты лежат в основе данного заболевания,— на этот счет в литературе имеются различные указания: одни авторы (у нас — Членов) важную роль в этиологии слоновости вульвы приписывают сифилису, другие наблюдали возникновение элифантiazиса в связи с развитием рака вульвы (такой случай был, например, описан в русской литературе Жеваховым), третьи (у нас Неелов) видели случаи развития слоновости в связи с туберкулезом. Мне пришлось наблюдать случаи элифантiazиса вульвы всех этих трех категорий (случаи эти были исследованы и описаны в печати Булыгинским), каковое обстоя-

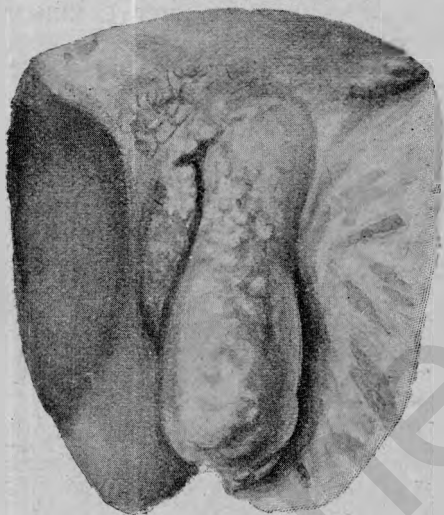


Рис. 101*. Элифантiazис вульвы (большой губы).

тельство и заставляет меня думать, что слоновость вульвы не есть какой-либо специфический процесс, а просто известная реакция тканей на то или иное раздражение. В пользу этого взгляда говорят и такие наблюдения, как наблюдение Чуевского, в случае которого элифантiazис большой половой губы начал развиваться после того, как больная, при дефекации, была ужалена в эту губу осой. В пользу этого же взгляда говорят и гистологические исследования Пригары, Рознатовского, Булыгинского и др., согласно которым одним из главных изменений при разбираемой болезни является застой в лимфатической системе вульвы, и все, что способствует

такому застою, в том числе и изменения паховых желез, под влиянием ли сифилиса, или бугорчатки, или рака, уже а priori должно благоприятствовать развитию слоновости вульвы. С этой точки зрения понятно и предрасполагающее к развитию элифантiazиса вульвы влияние беременности. Наряду с изменениями в лимфатической системе вульвы, Пригары и другие авторы нашли при этой болезни изменения и в кровеносных сосудах — в виде утолщения артериальных стенок, сужения просвета артерий, тромбов в артериях и венах и пр. В связи с этими изменениями стоят наблюдаемые при слоновости периваскулярная воспалительная инфильтрация, отек и разрастание соединительной ткани в пораженных органах.

Что касается значения данной болезни, то, хотя она и не грозит серьезно здоровью и жизни женщины, тем не менее вызывает

мое ею обезображивание и свойственные ей расстройства (затруднение половых сношений и мочеиспускания, чувство тяжести и т. п.) заставляют больных, особенно при значительном увеличении пораженных частей, искать радикальной оперативной помощи.

ЭСТИОМЕНА ВУЛЬВЫ

Близкое к элифантiazису заболевание наружных половых частей женщины представляет собою так называемая эстиомена — болезнь, впервые описанная Хюгье, во Франции, в 1849 г. (другие названия ее — элифантiazическая язва вульвы, ано-вульварная склерема и пр.). Сутеев, работа которого по этому вопросу недавно появилась в русской печати, считает характерными для данного заболевания, с одной стороны, гипертрофию и элифантiazитический отек пораженных частей, с другой — медленно протекающий эрозивно-язвенный процесс, захватывающий не только вульву, но и мочевые пути и прямую кишку. Этиология эстиомены неизвестна, но вернее всего здесь играют роль те же моменты, какие способствуют развитию и элифантiazиса; сам Сутеев наблюдал данное заболевание у женщины, страдавшей бугорчаткой.

В параллель с наблюдением Сутеева можно поставить случай заболевания вульвы, описанный Членовым под названием «хронической язвы вульвы» (*ulcus vulvae chronicum*). Язва рта встречается преимущественно у проституток и сифилитичек, хотя и не является заболеванием специфического характера. Локализуется она обычно в ладьевидной ямке и около уретры, сопровождается иногда слоновоподобными изменениями вульварных тканей. Предрасполагающими моментами к развитию ее Членов считает поражение кровеносных сосудов и регионарного лимфатического аппарата, толчком же, обуславливающим ее возникновение, — травматизацию и постоянное инфицирование. Прогностика ее благоприятна.

КРАУРОЗ ВУЛЬВЫ

Эта весьма редкая болезнь (за все 27 лет заведывания Казанской акушерско-гинекологической клиникой я видел лишь один случай ее), описанная впервые Брейски и наблюдающаяся почти исключительно у старух, характеризуется своеобразными изменениями покровов половых губ и входа в рукав: последние отличаются белесовато-перламутровым цветом, сухи, хрупки, легко надрываются. При микроскопическом исследовании Гиммельфарб нашел при этой болезни гипертрофию всех слоев эпидермиса и атрофию кориума. Страдающие краурозом больные жалуются обычно на зуд, жжение в переднем проходе, затруднения мочеиспускания, иногда боль; этиология и патогенез этой болезни до сих пор точно еще не выяснены. Некоторые авторы отождествляют ее с так называемой лейкоплакией вульвы, другие отличают от нее. Прогностика крауроза довольно серьезна: с одной стороны, болезнь эта весьма упорна, с другой — на почве ее, пови-

димому, легко может развиваться рак; то и другое заставляет прибегать у больных к радикальному оперативному лечению в форме экстирпации пораженных частей.

2. ПРОЛИФЕРИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ

В противоположность ретенционным опухолям, рост которых происходит исключительно насчет увеличения их жидкого содержимого, но не насчет новообразования их тканей, а потому является ограниченным, пролиферирующие опухоли вообще и женской половой сферы в особенности обладают способностью к безграничному росту, так как в них имеет место энергичное размножение тканевых элементов, делающее их новообразованиями в тесном смысле слова и позволяющее им иногда достигать истине колоссальных размеров.

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

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

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

Десмоидные опухоли

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

Ф И Б Р О М И О М Ы

Как показывает уже самое название этих опухолей, последние состоят частью из мышечной (именно гладкомышечной), частью из волокнистой соединительной тканей (рис. 102), которые сочетаются между собою в различных пропорциях: иногда гладкомышечная ткань в них настолько превалирует над соединительной, что опухоли могут быть названы чистыми миомами, иногда же они почти исключительно состоят из соединительной ткани, являясь фибромами; в большинстве случаев, однако, название фибромиом как нельзя более отвечает их смешанной структуре

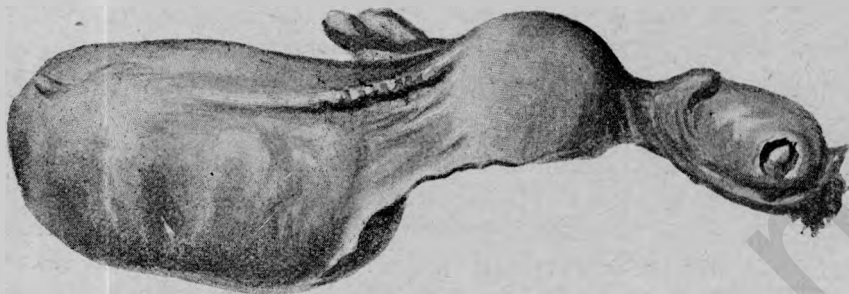
Кроме этих тканей в фибромиомах содержится новообразованная упругая ткань (Унгер), волокна которой располагаются в соединительнотканых прослойках этих опухолей, а иногда — эпителиальные включения (о происхождении и значении которых будет сказано ниже). Наконец, к составным частям фибромиом относятся сосуды — как кровеносные, так и лимфатические. Некоторые фибромиомы бывают настолько богаты ими, что на разрезе кажется, будто ткань их имеет губчатую структуру. Такие «телеангиэктатические» и «лимфангиэктатические» фибромиомы, как их называют, при исследовании обнаруживают чрезвычайно обманчивую консистенцию, благодаря которой легко смешиваются с кистами. В моей практике было несколько случаев, где, даже вскрывши брюшную полость, я принимал такие опухоли за кисты и пунктировал их.

Располагаются сосуды преимущественно в капсуле фибромиом, причем в больших опухолях отличаются иногда весьма крупным калибром, достигая толщины пальца и более. Разрывы и проколы таких периферических сосудов могут быть причиной чрезвычайно опасных кровоизлияний в брюшную полость.



Рис. 102'. Фибромиома матки (с значительным преобладанием мышечной ткани)

Встречаясь в практике весьма часто,— по Гиммельфарбу миоматозные больные составляют 5^ю всех гинекологических больных,— фибромиомы могут возникать во всех отделах женского полового аппарата, причем частота, с какой они наблюдаются в различных органах, приблизительно соответствует содержанию мы-



Р.с. 103*. Фибромиома круглой связки.

шечной ткани в том или ином из них: особенно богата, как известно, мышечную тканью матка, соответственно чему и фибромиомы в этом органе встречаются относительно часто, являясь обыкновеннейшими из маточных опухолей; при этом из двух частей матки, тела и шейки, разбираемые опухоли гораздо чаще встречаются в первом, чем во второй, в соответствии с более значительным разви-

тием мускулатуры в *corpus uteri*. На следующем месте по степени развития мышечной ткани могут быть поставлены, в женской половой сфере, маточные связки, влагалище и, пожалуй, фаллопиевы трубы, каковые органы, впрочем, по мощности содержащихся в них мышечных пластов далеко уступают матке: в согласии с этим и фибромиомы связок (рис. 103), рукава и труб, хотя и не представляют экзквизитной редкости, все же встречаются гораздо реже маточных. Еще реже наблюдается развитие данных



Рис. 104*. Отечная фиброма яичника.

опухолей в яичниках, в которых, соответственно их гистологической структуре, чаще наблюдаются почти чистые фибромы (рис. 104), и наружных половых частях женщины.

За время с 1900/01 по 1926/27 уч. гг. в Казанской акушерско-гинекологической клинике среди стационарных больных гинекологического отделения было с фибромиомами матки—653,

с фибромиомами маточных связок — 11, с фибромиомами яичников — 8, с фибромиомами труб — 2 и с фибромиомой вульвы — 1.

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

Среди этих гипотез на первом месте может быть поставлена гипотеза, предложенная Реклингаузенем, согласно которой фибромиомы развиваются из остатков вольфовых тел, сохраняющихся в стенках полового канала взрослых женщин и под влиянием каких-либо раздражений начинающих разрастаться, вызывая вместе с тем и разрастание окружающей мышечной ткани. Гипотеза эта объясняет, стало быть, происхождение фибромиом женской половой сферы так же, как известная теория Конгейма объясняет происхождение всех вообще опухолей. В доказательство ее справедливости Реклингаузен и вслед за ним многие другие исследователи указывали на то, что при микроскопическом изучении фибромиом матки, рукава и пр. в них иногда можно бывает обнаружить железоподобные эпителиальные включения, окруженные поясом ткани, похожей на строму маточной мукозы, — так называемой цитогенной ткани (рис. 105).



Рис. 105*. Эпителиальные включения в аденомиоме матки.

Подобные включения встречаются, однако, далеко не во всех опухолях женской половой сферы, построенных из гладкомышечной и соединительной тканей, — О с я к и н а, напр., из 110 опухолей этого рода нашла их в 10 (9%), а И в а н о в из 77 — лишь в одной; кстати сказать, подобные миомы с эпителиальными включениями, или аденомиомы, отличаются от большинства фибромиом женского полового аппарата еще и другими анатомическими особенностями, главным образом отношением к окружающей мускулатуре последнего: тогда как у большинства фибромиом, например, матки миометрий образует обособленную капсулу, внутри которой

опухольные узлы лежат так же, как зерно ореха в его скорлупе, и из которой легко вылуцциваются,—периферия аденомиом непосредственно переходит в окружающую мускулатуру. Правда, некоторые авторы склонны думать, что и лишнные эпителиальных включений фибромиомы первоначально возникают вокруг остатков вольфовых тел, каковые остатки лишь потом исчезают, атрофируясь благодаря давлению со стороны опухолевой ткани; однако факт отсутствия включений даже в самых мелких фиброматозных узелках говорит против такого предположения. Да и в аденомиомах, как показали исследования Р. Мейера и у нас Судачова, далеко не всегда эпителиальные включения являются эмбриональными остатками,—большую частью они бывают обязаны своим происхождением воспалительному разрастанию железистых элементов мукосы полового канала.

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

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

К этому взгляду близко примыкает другой, согласно которому фибромиомы являются результатом гипертрофии мышечной оболочки самих сосудов, именно мелких артерий. Под влиянием того или другого раздражения мышечная оболочка этих последних может легко утолщаться или местно, причем это утолщение и превращается потом в опухолевый узел, или по всему протяжении

сосудов, причем просвет последних сначала суживается, а потом даже совершенно облитерируется, и сосуды превращаются таким образом из полых трубок в сплошные мышечные тяжи, которые, переплетаясь между собою в виде клубка, и образуют фибромиому.

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

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

В новейшее время много сторонников приобретает взгляд, по которому в генезе фибромиом важную роль играет не столько воспаление в собственном смысле, сколько гиперэмия тех или других органов женской половой сферы, в частности — активная гиперэмия, зависящая от повышенной внутренней секреции яичников. И, действительно, исследования, произведенные у нас Пюттовым, Гогоберидзе и др. авторами, свидетельствуют, что у женщин с фибромиомами матки продукция в яичниках тех клеточных элементов, в которых современная наука видит главных носителей внутренне-секреторной функции яичников, является значительно повышенной. В пользу гиперфункции яичников при фибромиомах говорят и новейшие исследования Гудим-Левковича и Смиренского, произведенные при помощи реакции Абдергальдена.

Некоторые авторы такую же роль в этиологии фибромиом отводят пассивной гиперэмии, венозному стазу. Так именно Отт, например, объясняет подмеченное им, а еще ранее Славянским, — частое развитие фибромиом в инфантильной матке с ее резкой антефлексией. Венозным же стазом Розенгарт объясняет этиологическую связь между фибромиомами и относительно часто наблюдающимися у фиброматозных больных пороками сердца. Другие авторы, истолковывая эту связь, высказывают мнение, что фибромиомы женской половой сферы представляют местное проявление общего заболевания сердечно-сосудистой системы у женщин — так же как зуб является местным проявлением базедовой болезни. Немало защитников, впрочем, имеет и тот взгляд, что не заболевания сердечно-сосудистой системы ведут к разви-

тию фибромиом, а, наоборот, фибромиомы матки, благодаря вызываемым ими маточным кровотечениям обуславливают возникновение заболеваний сердца и сосудов.

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

Разработав в этом отношении стационарный материал Казанской акушерско-гинекологической клиники и лечебницы Казанской общины Красного Креста с 1900 по 1924 г., обнимающий 542 случая фибромиом матки, я нашел, что женщины, не жившие половой жизнью и жившие, но ни разу не беременевшие, составляли 43,7% общего числа, т. е. почти половину больных данного рода, да и у тех фиброматозных больных, живших половую жизнью, которые беременели, родовая деятельность была значительно ослаблена: на каждую жившую половую жизнь женщины приходилось в среднем лишь 2,4 беременности, притом считая и окончившиеся выкидышами.

Эта связь между фибромиомами матки и бесплодием у женщин истолковывается различно: многие гинекологи, особенно старшего времени, думали, что фибромиома матки является у женщины причиной, а бесплодие — следствием и что опухоли эти препятствуют зачатию отчасти благодаря вызываемым ими резким изменениям конфигурации маточной полости, отчасти благодаря сопутствующему им эндометриту; я убедился, однако, что здесь существует совершенно обратное соотношение, — что не развитие фибромиом предшествует бесплодию, а, напротив, более или менее продолжительное бесплодие предшествует возникновению фибромиом, т. е., другими словами, не фибромиомы — причина, а бесплодие — следствие, но, наоборот, бесплодие способствует развитию в половой сфере женщин этих опухолей. Можно думать, что матке, особенно телу ее, физиологически присуща склонность время от времени подвергаться гипертрофии, и если эта склонность почему-либо не удовлетворяется нормальным образом, т. е. в форме беременности, то она выливается в уродливые патологические формы, формы опухолей.

В пользу такого взгляда говорит и тот факт, что из двух главных отделов матки, тела и шейки, фибромиомы гораздо чаще развиваются в первом, чем во второй. Из 542 случаев нашего

материала фибромиомы шейки наблюдались лишь в 12, т. е. в 2,2%, — во всех остальных случаях исходным пунктом этих опухолей было тело матки. Факт этот может, впрочем, объясняться и тем, что внутренняя секреция яичников, которой в современной науке приписывается такая важная роль в этиологии фибромиом, гораздо значительнее сказывается на кровоснабжении маточного тела, чем маточной шейки.

В новейшее время, наконец, некоторые авторы проявляют тенденцию ставить развитие фибромиом в связь с конституциональными особенностями организма женщины.

Что касается значения фибромиом половой сферы для женского организма, то при оценке его надо иметь в виду, что фибромиомы — опухоли доброкачественные, и в некоторых случаях не дающие решительно никаких расстройств, почему мне кажется крайностью мнение тех авторов (у нас — Орлов, Новиков и др.), которые утверждают, что всякая распознанная фибромиома должна быть подвергнута радикальному оперативному лечению. В тех случаях, где опухоли эти ведут к расстройствам, последние имеют обычно чисто механическое происхождение, причем степень этих расстройств зависит не столько от величины разбираемых новообразований, сколько от их положения. Фибромиомы рукава и маточной шейки (рис. 106), в силу анатомических отношений



Рис. 106*. Фибромиома маточной шейки. Вследствие развития фибромиомы в стенке шейки канал последней является значительно удлиненным.

этих последних располагающиеся в малом тазу, уже при сравнительно небольших размерах вызывают, ущемляясь в тазовом кольце, очень сильные припадки, а именно, боли вследствие сдавливания тазовых нервов, расстройства мочеиспускания в форме парадоксальной ишурии и пр.; напротив, фибромиомы маточного тела и маточных придатков, располагаясь в большом тазу, могут достигать огромной величины, не вызывая, однако, значительных расстройств.

Шестопал описал случай фибромиомы рукава, где опухоль, имевшая всего 220 г весу, вызвала уже значительные расстройства

родовой деятельности, мочеиспускания и пр. Аналогичные случаи пришлось наблюдать и мне. С другой стороны, Кузнецким, например, описана фибромиома матки, которая потребовала оперативного вмешательства, лишь достигши 44 кг весу, Платоновым — такая же опухоль, оперированная при весе в 40 кг; мне самому однажды пришлось оперировать больную, у которой фибромиома матки, не причиняя особенных расстройств, достигла веса в 24 кг, а в диссертации Кедровой, вышедшей из заведваемой мною клиники, можно найти сведения о фибромиомах матки, достигших еще более громадных размеров (в случае Стоккарда, например, кистофибромиома матки весила 53,5 кг).

Зато фибромиомы маточного тела являются более опасными в том отношении, что они обычно ведут к маточным кровотечениям,

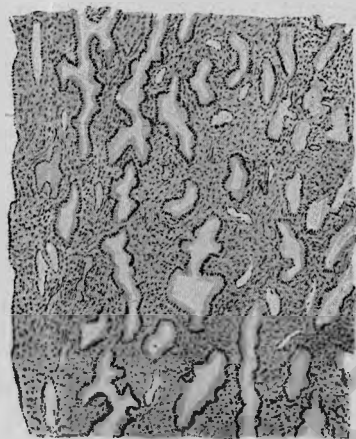


Рис. 107*. Гиперплазия маточной мукозы при фибромиоме матки.

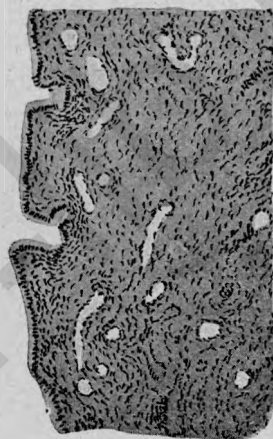


Рис. 108*. Атрофия маточной мукозы при фибромиоме матки.

ниям, которые иногда носят проливной характер, вызывают у больных высокую степень малокровия, а в отдельных случаях могут даже обуславливать смерть больных от острой анемии. Отчего именно зависят эти кровотечения при разбираемых опухолях, на этот счет существуют различные толкования: в прежнее время их ставили в связь с сопутствующим фибромиомам матки эндометритом, в настоящее же время одни авторы видят главную их причину в недостаточной сократимости маточной мышцы, т. е. приписывают им атоническое происхождение, другие ставят их в связь с хрупкостью стенок маточных сосудов, а всего вероятнее, что здесь играют роль различные причины и в частности — кроме только что указанных — активная гиперемия матки вследствие повышенной внутренней секреции яичников.

Борисов, изучив состояние слизистой оболочки матки при фибромиомах этого органа, нашел, что эндометрит,—именно, гиперпластический эндометрит, преимущественно вызывающий кровотечения,—встречается здесь в меньшинстве случаев, в большинстве же здесь имеется атрофия мукозы с полным или неполным исчезновением желез. Факт этот, подтверждаемый и моими наблюдениями (рис. 107 и 108), свидетельствует, что в этиологии маточных кровотечений при фибромиомах воспалительные процессы в маточной мукозе далеко не играют той роли, которую им приписывали прежде.

Отчего бы ни зависели кровотечения при фибромиомах матки, во всяком случае и в данном отношении важными являются не столько размеры опухолей, сколько их отношения к миометрию вообще и к различным слоям его в частности. С этой

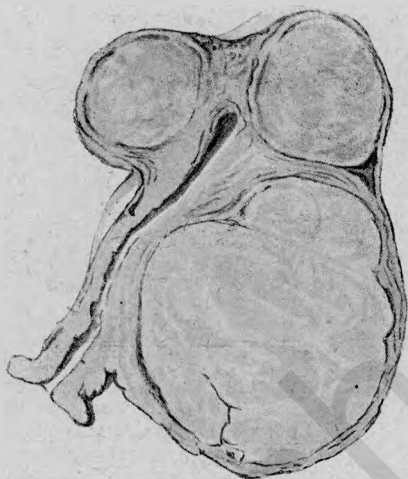


Рис. 109*. Множественная интерстициальная фибромиома маточного тела.

Все три интерстициальных узла опухоли сидят в толще миометрия, образующего капсулу для каждого из них.



Рис. 110*. Субсерозная фибромиома матки.

точки зрения практически важно различать среди фибромиом матки, как это обычно делается: 1) интерстициальные фибромиомы (рис. 109), которые располагаются в толще миометрия, на одинаковом расстоянии как от брюшинного покрова матки, так и от слизистой ее оболочки; 2) субсерозные фибромиомы (рис. 110), которые растут в сторону полости брюшины, нередко будучи соединены с наружной поверхностью маточной стенки при помощи более или менее ясно выраженной ножки (субсерозные полипы), и 3) субмукозные фибромиомы (рис. 111), выдающиеся в полость матки, лежащие ближе к мукозе, чем к брюшине, и обычно соединенные ножкой с внутренней поверхностью маточной

стенки (субмукозные фиброзные полипы). Этот последний вид маточных фибромиом дает наиболее сильные кровотечения, при интерстициальных опухолях последние бывают выражены слабее, а при субсерозных — еще слабее.

Из 530 больных с фибромиомами тела матки, наблюдавшихся мною стационарно в Казанской клинике и местной лечебнице Красного Креста за 1900—1924 гг., интерстициальные фибромиомы имели место у 366, субсерозные — у 40, субмукозные — у 53, интерстициальные и субсерозные одновременно — у 48, интерстициальные и субмукозные — у 2, все три вида одновременно — у 4. Таким образом, если не выделять сочетанных опухолей в особую



Рис. 111*. Матка с находящимися в ее полости субмукозным фибридом.



Рис. 112*. Схема развития различных видов фибромиом матки (по Овару и Дэви). Вверху изображен способ развития интерстициальных фибромиом, слева — субсерозных, справа — субмукозных.

группу, то отношение числа интерстициальных, субсерозных и субмукозных фибромиом будет у нас равным 71,9: 15,5: 12,6; если же выделить, то отношение интерстициальных, субсерозных, субмукозных и сочетанных опухолей будет у нас 69: 7,6: 10: 13,4.

Принято думать, что собственно всякая фибромиома матки в начале своего развития является интерстициальной, располагаясь в толще миометрия (рис. 112), и лишь потом некоторые из них сокращениями маточной мышцы выдавливаются — или наружу, под брюшину, или кнутри, под слизистую оболочку, в зависимости от того, располагается первичный зачаток опухоли в наружных или во внутренних слоях миометрия, причем в первом случае получается субсерозная, во втором — субмукозная фибромиома; если же фибромиома получила свое начало в средних слоях миометрия, то и в дальнейшем она продолжает расти, более

или менее равномерно выпячиваясь как снаружи, так и кнутри, т. е. является интерстициальной. Некоторые препараты, имеющиеся в коллекции Казанской клиники, позволяют, впрочем, думать, что по крайней мере некоторые из субмукозных фибромиом с самого начала развиваются в толще слизистой оболочки матки (рис. 113).

Кроме разницы в степени маточных кровотечений различать три указанных вида фибромиом матки практически важно еще потому, что некоторым из этих видов свойственны имеющие большое практическое значение изменения. Так, субмукозные фибромиомы при дальнейшем своем существовании прорываются



Рис. 113*. Первоначальное развитие будущей субмукозной фибромиомы в толще слизистой оболочки маточного тела.



Рис. 114*. «Рождение» субмукозной фибромиомы в рукав.

обычно процесс «рождения», — матка, если так можно выразиться, терпит их в своей полости лишь первое время, а затем начинает относиться к ним, как к инородным телам, т. е. стремится вытолкнуть их, причем в ней происходят изменения, совершенно аналогичные родовым, а именно, развивается сократительная деятельность, сопровождающаяся нередко схваткообразными болями; под влиянием этих сокращений открывается сначала внутренний зев, и фибромиома выталкивается в цервикальный канал (см. рис. 21), затем наступает раскрытие и наружного зева, и опухоль «рождается» в рукав (рис. 114), а иногда, через половую щель, и совершенно наружу. Подобно выкидышу это «рождение» субмукозных фибромиом, кроме схваткообразных болей, сопровождается еще кровотечениями. Но этого мало, — когда фибромиома «родится» в рукав, маточная шейка, сокращаясь, охватывает ее ножку как бы удавкой, а так как в ножке этой проходят сосуды, питающие опухоль, то результатом ее странгуляции зачастую

бывает омертвление родившейся фибромиомы; омертвевшая ткань последней подвергается затем воздействию со стороны микробов, постоянно находящихся в рукаве или попавших сюда извне, и загнивает, что нередко ведет к общей путридной интоксикации и сепсису; кроме того, подобные омертвевшие фиброиды иногда могут подать повод к диагностическим ошибкам, именно, их можно бывает смешать с распадающимися раками маточной шейки.

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

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

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

с последующей петрификацией иногда подвергаются и субмукозные миомы, чем и объясняется происхождение так называемых «маточных камней» (Рагинский).

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

Рогов описал, например, случай, где множественная фибромиома маточного тела, в 1,7 кг весом, сидевшая подбрюшинно на короткой и толстой ножке, повела к такому перекручиванию маточной шейки, что последняя почти совершенно открутилась от тела матки,— между ними остался лишь соединительнотканый тяж; перекручивание в этом случае сопровождалось приступами резких болей.

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

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

Кистовидное перерождение фибромиом может быть результатом или дегенеративных процессов, особенно слизистой дегенерации, или образования лимфангиэктазий, или возникновения кист из эпителиальных включений в аденомиомах. Спиров в этиологии его приписывает важную роль возрасту больных (близкому к климактерию) и хрупкости сосудов опухоли, а возможно, что значительная роль здесь принадлежит и содержащимся в фибромиомах ферментам (по исследованиям Когана в этих опухолях всегда имеются налицо и амилаза, и липаза, и антитрипсин). Достигая в отдельных случаях такой степени, что вся фибромиома из солидной опухоли превращается в тонкостенный мешок, наполненный жидкостью, кистовидное перерождение фибромиом клинически сопровождается нередко усилением маточных кровотечений, появлением болей и ускорением роста опухолей (Гусakov).

Нагноение фибромиом в большинстве случаев возникает благодаря переносу гноеродных микробов из соседних органов. Канне-

гиссер, описавший 3 случая гнойников в фибромиомах матки, встретившихся в материале Отта (400 случаев), отмечает, что в одном случае нагноение опухоли развилось после выскабливания, в другом — в связи с аппендицитом и в третьем — в связи с гнойным воспалением маточных придатков. Случаи последнего рода попадались и в моей практике.

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

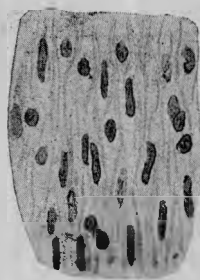


Рис. 115*. Саркоматозное перерождение мышечных клеток в фибромиоме.

Наиболее важное практическое значение имеет, однако, злокачественное перерождение фибромиом, именно саркоматозное, при котором фибромиома из доброкачественного, ограниченного, сравнительно медленно растущего образования превращается в высокозлокачественную опухоль, обладающую способностью к быстрому, притом инфильтрирующему росту, образованию метастазов в различных органах и пр. и быстро ведущую к летальному исходу. Параллельно с этим в ней происходят и структурные изменения: из плотной ткань ее делается более мягкой, пучкообразное расположение опухолевых элементов в значительной мере утрачивается, длинные, снабженные палочкообразными ядрами мышечные клетки и волокна соединительной ткани постепенно замещаются более короткими клетками различной величины и формы — то веретенообразными, то овальными, то круглыми, среди которых многие оказываются представляющими признаки митотического деления (рис. 115).

Саркоматозное перерождение фибромиом женской половой сферы — далеко не редкое явление: оно имеет место в 3—4% всех фибромиом, а по мнению некоторых авторов встречается и того чаще. Несмотря на то, как этиология, так и гистогенез этого перерождения представляют много темного. Невыясненным является прежде всего, какая составная часть фибромиом служит

источником развития саркоматозных элементов,—исходят эти последние из соединительной ткани, т. е. является это перерождение в собственном смысле саркоматозным, или же они представляют собою незрелые гладкомышечные клетки, т. е. перерожденная опухоль является саркомой лишь морфологически, генетически же — миомой. Есть основание думать, что в практике встречается то и другое, но, повидимому, чаще имеет место второе, т. е. так называемая «саркоматозная» ткань в фибромиомах является таковою лишь по названию, фактически же это — мышечная ткань.

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

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

Так или иначе, во всяком случае особенною склонностью к «саркоматозному» перерождению, повидимому,

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

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

Наряду с перечисленными изменениями, ухудшающими прогностику фибромиом, следует упомянуть и о таких, которые имеют совершенно противоположное клиническое значение. В литературе описано немало случаев так называемого самоизлечения данных опухолей.

Особенно часто исчезновение фибромиом матки,— обычно небольшого размера,— приходится наблюдать в климактерии, в связи с климактерической атрофией матки. Иногда, далее, исчезновение маточных фибромиом имеет место в послеродовом периоде, причем, вероятно, оно является результатом рассасывания опухолей, предварительно подвергшихся жировому перерождению.

Некоторые авторы наблюдали его при острых лихорадочных болезнях, напр., при малярии (Ощеровский). В отдельных случаях, наконец, опухоли эти,— обычно субмукозные,— элиминируются через половые пути в омертвевшем виде.

Липомы

Кроме фибром, из числа доброкачественных опухолей соединительнотканного типа в половой сфере женщины встречаются липомы, или жировики. Соответственно физиологическому расположению жировой ткани опухоли эти чаще всего развиваются в наружных половых частях, именно в больших губах, причем могут достигать весьма больших размеров. Максимов, например, описал липому вульвы, весившую 8 фунтов и спускавшуюся ниже колен. В случае, опубликованном Коноплевым, липома, исходящая из большой губы и также свисавшая ниже колен, оказалась по удалении весившею 6½ фунтов. Реже липомы локализируются в других отделах половой сферы. Так, Булашов описал случай, где липома, повидимому начавшая развиваться из брюшинной клетчатки, проросла в широкую связку, достигши веса более 1½ пудов.

Саркомы

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

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

За период времени с 1900/01 по 1926/27 уч. гг. в Казанской акушерско-гинекологической клинике наблюдалось стационарно 40 случаев сарком матки, 30 случаев сарком яичников, 5 случаев сарком широких связок и 1 случай саркомы вульвы, саркомы же рукава и труб не встретились ни разу.

Что касается, в частности, матки, то саркомы, могут развиваться как в теле, так и в шейке ее, но в противоположность другой злокачественной опухоли матки — раку, который гораздо чаще поражает маточную шейку, чем тело матки, саркомы

значительно чаще наблюдаются в этом последнем, чем в шейке матки. При этом они могут исходить здесь или из слизистой оболочки (рис. 116), или из миометрия.

По мнению многих наблюдателей первое случается гораздо чаще второго, но, я думаю, с таким положением можно согласиться, лишь если иметь в виду саркомы в узком смысле слова, т. е. опухоли, состоящие из молодых соединительнотканых клеток. Дело в том, что исходящие из миометрия саркомы в большинстве случаев являются таковыми лишь морфологически, генетически же представляют собою миомы. И вот, если такие миомы, и клинически, и морфологически похожие на саркомы, причислять к этим последним, то окажется, что саркомы миометрия по частоте будут превосходить саркомы маточной мукозы (в противоположность первым являющиеся таковыми не только морфологически, но и по своему генезу); в заведомой мною клинике, например, за 17 лет (1900/01 — 1916/17 уч. гг.) на 34 случая сарком миометрия встретилось лишь 6 сарком слизистой оболочки. Если, напротив, под названием сарком разуметь исключительно соединительнотканые опухоли, то возможно, что подобные опухоли в миометрии и будут встречаться реже, чем в слизистой оболочке матки.

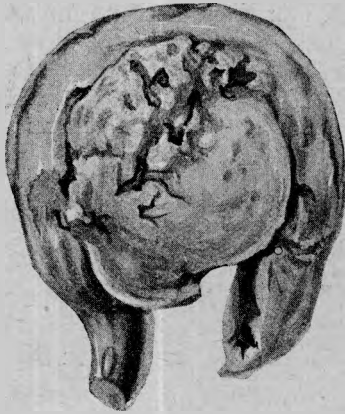


Рис. 116*. Саркома слизистой оболочки маточного тела.

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

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

Здесь, кстати, следует заметить, что, в противоположность матке, где доброкачественные десмоидные опухоли (фибромиомы) встречаются гораздо чаще злокачественных (сарком), в яичниках

саркомы встречаются значительно чаще фибром и фибромиом: на 30 случаев яичниковых сарком, стационарно наблюдавшихся в Казанской акушерско-гинекологической клинике с 1900/01 по 1916/17 уч. г., встретилось лишь 8 случаев фибром яичника. Объясняется этот перевес, быть может, тем, что и в норме яичниковая строма, с ее веретенообразными клетками, морфологически стоит гораздо ближе к саркоматозной ткани (именно, к ткани веретенообразноклеточковых сарком), чем к зрелой волокнистой соединительной ткани фибром.

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



Рис. 117*. Саркома яичника.



Рис. 118*. Веретенообразноклеточковая саркома яичника под микроскопом.

Так, например, саркомы яичника (первичные) обыкновенно представляют собою опухоли, диффузно охватывающие весь этот орган и по внешним очертаниям повторяющие его форму (рис. 117), причем величина и вес их могут достигать в отдельных случаях огромных размеров (до 35 кг, как я убедился, при просмотре относящейся сюда литературы). Диффузную форму иногда имеют и саркомы матки, хотя зачастую они развиваются например, и в форме субмукозных полипов, причем это относится как к саркоматозным опухолям маточной мукозы (см. рис. 116), так и к саркомам миометрия (уже упомянутые выше *recurrent fibroids*).

Что касается, далее, гистологической структуры, то в числе сарком женских половых органов встречаются и веретенообразноклеточковые (рис. 118), и круглоклеточковые (рис. 119), и полиморфные. Иногда между клеточными элементами этих опухолей попадаются и гиганты.

Говоря о гистологических разновидностях саркоматозных опухолей, развивающихся из половых частей женщины, не лишним будет упомянуть, что среди сарком, исходящих из вульвы

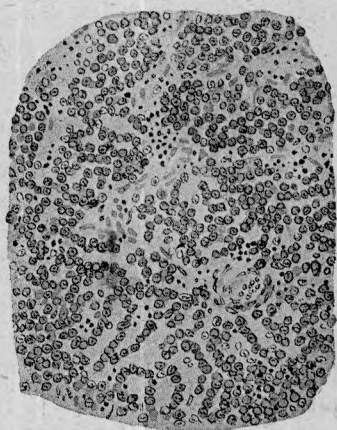


Рис. 119*. Круглоклеточковая саркома яичника под микроскопом.

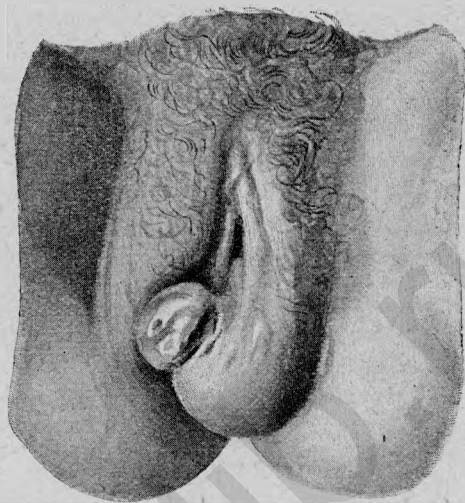


Рис. 120*. Саркома вульвы.

(рис. 120), относительно нередко наблюдаются так называемые меланотические саркомы (рис. 121), элементы которых богаты особым темным пигментом.

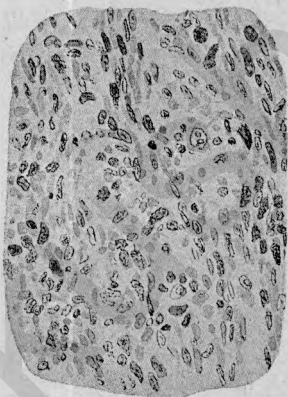


Рис. 121*. Меланотическая саркома вульвы. Среди опухолевых клеток разбросано значительное количество скоплений зернистого пигмента.

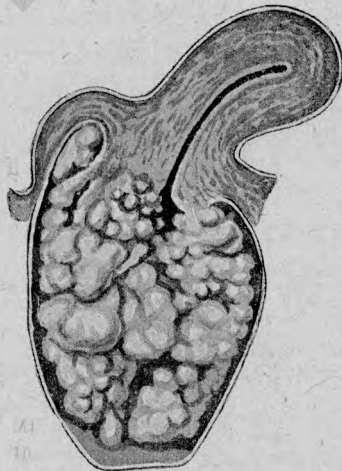


Рис. 122*. Гроздевидная саркома маточной шейки (по Рейну).

Заслуживает также упоминания, что слизистая оболочка маточной шейки служит исходным пунктом особой, лишь здесь встреча-

ющейся, опухоли макроскопически представляющей в форме гроздевидных образований, напоминающих пузырьный занос (рис. 122). При микроскопическом исследовании оказывается, что опухоль эта состоит главным образом из саркоматозной ткани, — отсюда и название «гроздевидная саркома», под которым она обыкновенно известна. Однако, кроме саркоматозной, в ней встречаются и другие ткани: миксоматозная, хрящевая, жировая, поперечно-полосатая мышечная, эпителиальная. И по своему строению, и по своему генезу опухоль эта должна быть отнесена к группе так называемых смешанных опухолей, и ее нужно отличать от обыкновенных сарком маточной шейки и, в частности, ее влагалищной части.

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

Собрав в свое время довольно большой казуистический материал, относящийся к саркомам яичников, я нашел, что кривая заболеваемости этими опухолями по возрастам представляет две почти одинаково-высоких точки: одна соответствует возрасту 21 — 30 лет, т. е. возрасту начала полной половой деятельности женщины, другая — возрасту 41—50 лет, когда у женщины наступает обычно климактерий. Заслуживает замечания при этом, что, по собранным мною данным, круглоклеточковая разновидность яичниковых сарком представляет удел значительно более молодых женщин, чем веретенообразноклеточковая. Гесснер, которому принадлежит солидная монография по вопросу о саркомах матки, нашел, что саркомы слизистой оболочки этого органа чаще всего встречаются в возрасте от 45 до 50 лет, хотя сравнительно нередко наблюдаются и в самых молодых годах; что касается сарком миометрия, то они дали этому автору совершенно такую же возрастную кривую, какая характерна для фибромиом матки, — обстоятельство, до известной степени говорящее за генетическое родство тех и других опухолей.

Относительно родовой деятельности больных с яичниковыми саркомами я мог установить, что большая часть их (76 из 140)

были нерожавшие (в том числе 50 незамужних). Значительный процент нерожавших оказался и у Гесснера среди больных с саркомами матки.

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

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

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

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

Эндотелиомы

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

Как видно из монографии Кадыгробова, вышедшей в 1908 г. из заведующей мною клиники, эндотелиомы могут возникать во всех отделах женской половой сферы, но далеко не одинаково часто в то время как число эндотелиом (и перителиом) яичников, сведения о которых приведены в данной монографии, доходит до 86, случаев эндотелиом матки автор мог собрать из литературы лишь 27, эндотелиом рукава — 6, эндотелиом вульвы — лишь 2, фаллопиевых труб — также 2; кроме того в работе Кадыгробова мы находим описание 2 случаев эндотелиом широких связок, наблюдавшихся в Казанской акушерско-гинекологической клинике (где помимо этих 2 случаев, за 17 лет, — с 1900/01 по 1916/17 уч. г., — наблюдалось еще 10 случаев эндотелиом яичников и 2 случая эндотелиомы матки).

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

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

Атипически разрастаясь при развитии разбираемых опухолей, эндотелий обычно испытывает резкие морфологические изменения, а именно, клетки его то становятся похожими на саркоматозные, то — еще чаще — делаются эпителиоидными, весьма похожими на раковые; оттого в прежнее время эндотелиомы и распознавались обыкновенно как раки, да и впоследствии название «эндотелиальный рак» зачастую присваивалось многими авторами некоторым видам эндотелиом. Видоизмененные таким образом эндотелиальные клетки сохраняют обычно характерное расположение (в виде тяжей, цепочек, трубок и пр.) и отношение к сосудам, что и позволяет под микроскопом диагностировать эндотелиому (рис. 123).



Рис. 123*. Эндотелиома (endothelioma lymphaticum) широкой связки (по Кадыгробову).

В дальнейших стадиях развития, однако, опухолевые клетки при эндотелиомах, разрастаясь сплошными полями и совершенно вытесняя matrix, в которой они размножаются, могут давать под микроскопом картины, не отличающиеся от тех, какие имеют место при саркомах. Для перителиом является характерным расположение опухолевых элементов в виде более или менее толстых футляров, окружающих кровеносные сосуды.

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

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

Эпителиальные опухоли

Как и среди десмоидных опухолей, среди новообразований этой категории мы можем и с патолого-анатомической, и с клинической точки зрения различать две группы: опухоли доброкачествен-

ные, с одной стороны, злокачественные — с другой. Те и другие являются результатом разрастания преимущественно эпителиальной ткани, но в первых эпителий, разрастаясь, сохраняет как свой нормальный характер, так и нормальное отношение к окружающей строме, — однослойный цилиндрический эпителий, например, разрастается, если так можно выразиться, планиметрически сохраняя свою однослойность, и не прорастает ту пограничную перепонку (*membrana limitans*), которая в норме отграничивает его от окружающей стромы. В опухолях второй группы, злокачественных, эпителий, напротив, разрастаясь, с одной стороны, утрачивает свой нормальный характер, — однослойный цилиндрический эпителий, например, разрастаясь стереометрически, превращается в многослойный, а с другой — нарушает границы пограничной перепонки и атипически прорастает в окружающую строму (или в многослойный, а с другой — нарушает границы пограничной новообразование).

Важно иметь в виду, что между этими видами разрастания эпителия, как и вообще между доброкачественными и злокачественными новообразованиями, нельзя провести резкой границы, равно как нельзя провести таковой и между физиологическими разрастаниями эпителия, с одной стороны, и эпителиальными новообразованиями — с другой. Как было указано мною в курсе акушерства, эпителий цервикальной мукозы у беременных физиологически может давать разрастания, чрезвычайно похожие на раковые; то же самое следует сказать и о хоральном эпителии (синцит при беременности. С другой стороны, в маточной шейке, например, может развиваться, из эпителия желез, несомненно злокачественное новообразование, в котором разрастающийся эпителий большей частью сохраняет и свою однослойность, и свою резкую ограниченность от стромы (так называемая злокачественная аденома, *adenoma malignum* авторов (рис. 124).

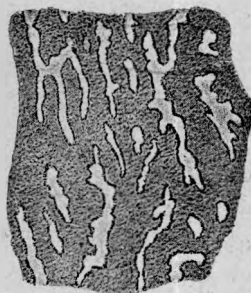


Рис. 124*. Злокачественная аденома маточной шейки (по Дьяконову)

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

плоского, так и однослойного цилиндрического эпителия, то они принадлежат к обширной группе раков или карцином.

В некоторых руководствах по патологической анатомии проводится несколько иная классификация доброкачественных эпителиальных опухолей, а именно, они делятся на две группы в зависимости от того, исходят из покровного эпителия или из железистого, причем название аденом присваивается лишь опухолям второго рода, опухоли же, происходящие из покровного эпителия, причисляются к папилломам, т. е. сосочковым опухолям. Такая классификация вряд ли, однако, может быть названа удачною — прежде всего уже потому, что она не является исчерпывающею: разбираемые опухоли могут быть результатом разрастания такого эпителия, который нельзя отнести ни к покровным, ни к железистым; в женском половом аппарате таковым эпителием является, напр., эпителий паровариальных и пароофторальных образований. Кроме того, между настоящими, т. е. железистыми, аденомами и сосочковыми опухолями, возникающими путем разрастания однослойного цилиндрического эпителия, едва ли есть существенная гистогенетическая разница, — те и другие могут быть, повидимому, результатом планиметрического разрастания одного и того же эпителия, только в одних последний разрастается по эвертирующему типу, в других — по инвертирующему, в зависимости главным образом от чисто механических условий, в свою очередь определяемых пролиферационной энергией эпителия, его секреторною способностью, величиною полости, стенки которой он выстилает, возможностью или невозможностью оттока содержимого этой полости и пр. Если, например, исходным пунктом опухоли явится вполне или почти вполне замкнутая полость и если в клетках выстилающего последнего эпителия секреторная деятельность будет преобладать над пролиферационной, то ясно, что, скопляясь в полости в большом количестве, содержимое будет выдавливать эпителиальную выстилку полости наружу, эпителий будет разрастаться по эвертирующему типу, и в результате получится железистая опухоль. Если же клетки эпителия будут размножаться энергично, а секреторная деятельность их будет слаба, и количество отделяемого секрета будет незначительно относительно величины полости, или секрет будет находить беспрепятственный отток, то эпителиальная выстилка полости, естественно, будет вдаваться внутрь, станет разрастаться по инвертирующему типу и даст в результате сосочковую опухоль. Правда, при разрастаниях покровного эпителия и имеет место большее частью именно условие второго рода, а при разрастаниях железистого — первого, но это бывает не всегда. Кроме того, указанные условия могут меняться, и тогда эпителий, начавший разрастаться, по эвертирующему типу, станет затем разрастаться по инвертирующему типу, — получится смешанная железисто-сосочковая опухоль, каковые опухоли, например, в яичниках не составляют редкости.

В виду всего сказанного я считал бы более рациональным присвоить название аденом всем доброкачественным эпителиаль-

ным опухолям, являющимся результатом разрастания однослойного цилиндрического эпителия, — покровного или железистого, безразлично, — разделив аденомы на железистые (*adenoma glandulare*) и сосочковые (*adenoma papillare*) в зависимости от того, идет в них разрастание эпителия по эвертирующему типу, или по инвертирующему; название же папиллом я считал бы уместным сохранить лишь за опухолями типа острых кондилом, т. е. возникающими путем разрастания многослойного эпителия.

Острые кондиломы (папилломы)

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

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

Образования эти возникают большей частью вследствие раздражения поверхностей перечисленных частей гонорройным секретом. Одно время думали даже, что острые кондиломы специфичны для женщин, зараженных гонорреей. Однако в настоящее время можно считать общепризнанным, что они могут развиваться и независимо от гонорреи у женщин, не заботящихся о чистом содержании своих половых частей. Особенно предрасположены к возникновению острых кондилом беременные, хотя их приходится иногда наблюдать и у не беременных женщин и девушек.

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

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

Обычно образования эти являются множественными, причем иногда располагаются так близко друг к другу, что, например, вся окружность половой щели оказывается сплошь покрытой ими (рис. 125).

Под микроскопом разбираемые образования оказываются состоящими из тонких, ветвящихся, несущих сосуды соединительно-

тканых стержней, разветвления которых одеты с периферии мощными пластами многослойного плоского эпителия (рис. 126).

Острые кондиломы — образования вполне доброкачественные. Клиническое значение их сводится к тому, что они, особенно помещаясь на наружных половых частях, безобразят женщину; кроме того грязь, отделимое желез, моча и пр., скользясь в углублениях между верхушками сосочков и разлагаясь, ведут к тому,

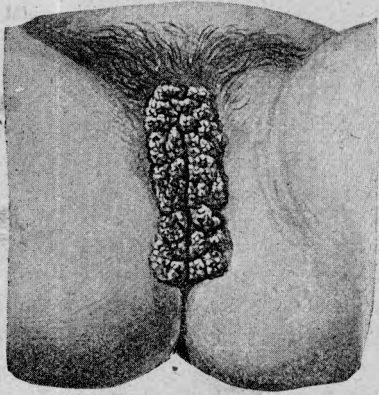


Рис. 125*. Острые кондиломы вульвы у беременной.

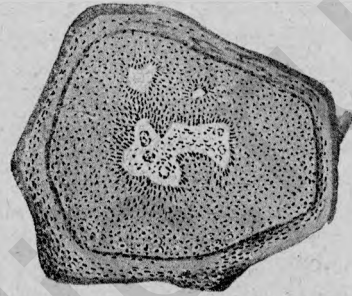


Рис. 126*. Поперечный разрез изикроскопический острой кондиломы под микроскопом.

что эти опухоли издают крайне зловонный запах. Впрочем Улезко-Строганова наблюдала в одном случае злокачественное перерождение острых кондилом.

Аденомы

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

Впрочем в исключительных случаях новообразования этого сорта могут возникать и в стенках рукава, где исходным пунктом их развития являются обыкновенно остатки вольфовых тел, гартнеровские каналы и отщепившиеся остатки мюллеровых ходов. Такой именно случай, где имело место аденомагиозное разрастание эпителия, — по видимому, мюллеровых ходов, — в задней стенке рукава с развитием цитогенной и фибромускулярной ткани (*adenomyoma vaginae*), наблюдался однажды мною и был описан в печати Горизонтовым (рис. 127). Возможно развитие аденомы и в наружных половых частях женщины, — из эпителия, например, бартолиновых желез, — хотя в русской медицинской литературе, насколько мне известно, описаний таких случаев и не имеется.

В матке аденомы являются обыкновенно результатом разрастания желез слизистой оболочки, каковое разрастание в прежнее время ставили обычно в этиологическую связь с воспалением, в настоящее же время—с повышенной внутренней секрецией яичников. Как известно, маточная мукоза периодически набухает перед месячными, и железы ее разрастаются, причем такое физиологическое набухание мукозы, по современным взглядам, зависит от резкого повышения внутренней секреции яичников, имеющего место тогда, когда или прогрессивные процессы в желтом теле достигают своего максимума, или достигает полной зрелости графов пузырек. В норме, однако, набухание это длится лишь короткое время,—с началом регрессивных изменений в желтом теле, или с лопанием графова пузырька, вследствие уменьшения притока крови к матке, слизистая оболочка последней опадает, и гипертрофия желез проходит. Если же,—как то, повидимому, бывает при хронических оофоритах,—внутренняя секреция яичников будет стационарно повышена, то и слизистая оболочка матки, с ее железами, остается стационарно гиперплазированной,—у женщины развивается то патологическое состояние, которое в прежнее время квалифицировалось как хронический гиперпластический эндометрит и которое до известной степени может быть рассматриваемо как доброкачественная аденома (см. рис. 82).



Рис. 127*. Аденомиома рукава (по Горизонтову).

В большинстве случаев эта стойкая гиперплазия маточной мукозы бывает равномерной—так что мы вправе в этих случаях говорить о диффузной аденоме. Иногда, однако, некоторые участки слизистой бывают гиперплазированы более значительно, чем другие, в связи с большим разрастанием здесь желез; участки эти вначале выпячиваются над остальной поверхностью мукозы в виде бугров (бугристый эндометрит, *endometritis tuberosa s. adenoma mucosae uteri tuberosum*), в дальнейшем же они,—вероятнее всего просто под действием силы тяжести,—могут отвисать в виде округлых образований, связанных с внутренней поверхностью того или другого отдела маточной стенки при помощи

ясно выраженной ножки. Так возникают мукозные полипы матки, которые представляют собою, стало быть, ограниченные аденомы маточной мукозы (*adenomata mucosae uteri circumscripta*).

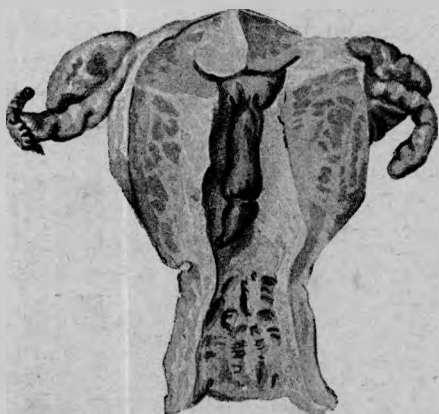


Рис. 128*. Мукозный полип маточного тела.

наружного зева, сопровождающихся так называемым эктропионом. Иногда мукозные полипы бывают одиночными образованиями, но часто и множественными. В литературе описаны случаи, где вся внутренняя поверхность маточной полости оказывалась густо усаженной множеством полипов (полипозный эндометрит, *endometritis polyposa*); такой случай однажды пришлось наблюдать и мне.

Что касается гистологического строения мукозных полипов (рис. 129), то оно в общем повторяет структуру слизистой оболочки того отдела маточной полости, где развился полип, т. е. снаружи полип бывает покрыт однослойным цилиндрическим эпителием (который, однако, при выпячивании полипа через наружный зев в просвет влагалища легко превращается в многослойный, симулируя тем раковое перерождение), толщина же его состоит из богатой клетками соединительной ткани, которая совершенно тождественна со строем маточной мукозы и в которой заложены разросшиеся железы того или иного типа, т. е. цервикального — в полипах маточной шейки и свойственного железам маточного тела — в полипах тела матки. Очень часто железы эти бывают

Макроскопически мукозные полипы матки (рис. 128) представляют собою обыкновенно опухоли небольшого объема, круглой или продолговато-округлой формы, мягкой консистенции, яркочерного цвета, сидящие на ножке различной длины и толщины. Исходить они могут как из стенки тела матки, так и из стенки цервикального канала (последнее особенно часто бывает при

значительных разрывах на-



Рис. 129*. Мукозный полип маточной шейки под микроскопом, при очень небольшом увеличении. В середине полипа, в той части его, которую он прикреплялся к маточной стенке, идет вытянутая центральная железа.

кистовидно растянуты скопившейся в них слизию, образуя более или менее объемистые полости, которые, пронизывая всю толщу полипа, придают ему иногда пещеристую структуру (пещеристый полип) (*polypus cavernosus*). Кроме желез, ткань мукозных полипов матки обычно бывает богата сосудами, нередко также расширенными и наполненными кровью (сосудистый полип, *polypus vasculosus*); в связи с этим толщина данных образований часто оказывается пронизанною кровоизлияниями — как диффузными, так и фокусными.

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

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

Кроме слизистой оболочки аденомы матки могут разрастаться и в мышечном слое ее стенок (аденома миометрия). Уже при обыкновенном гиперпластическом эндометрите дочные отростки разрастающихся маточных желез могут прошикать за пределы мукозы, в толщу миометрия (аденомиометрит Р. Мейера), причем вместе с железами может внедряться в последний и строма слизистой оболочки (рис. 130). В отдельных случаях эти воспалительные разрастания маточной мукозы проникают очень глубоко в мускулатуру матки, где и могут быть обнаружены под микроскопом — большею частью в виде ограниченных островков аденоматозной ткани. По Р. Мейеру островки эти, производя длительное раздражение окружающих участков миометрия, вызывают в последнем развитие концентрической гиперплазии мышечной ткани, и этим путем могут возникать аденомиомы матки.

В более редких случаях проникающая в миометрий аденоматозная ткань дает здесь диффузные разрастания — получается диф-



Рис. 130*. Аденомиометрит.

Из слизистой оболочки глубоко врастают в миометрит железы, несущие с собою цитогенную ткань.

фузная аденома миометрия (рис. 131), три случая которой наблюдались за 1900/01—1919/20 уч. гг. в Казанской клинике, причем два из них были описаны в печати Горизонтовым.

Воспалительные разрастания слизистой оболочки матки являются, однако, не единственным источником происхождения аденом миометрия — последние могут развиваться также из эмбриональных образований, сохранившихся в мышечном слое маточной стенки, каковы остатки вольфовых тел, гартнеровские ходы (вольфовы каналы) и отщепившиеся остатки мюллеровых ходов.

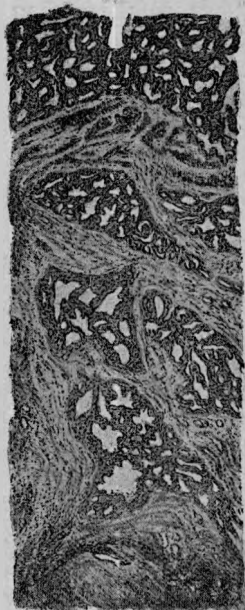


Рис. 131*. Диффузная аденома миометрия (по Горизонтову.)

Наконец, периметрий, разрастаясь под влиянием воспалительных процессов, может также, как и эндометрий, внедряться в мускулатуру матки, давая здесь железоподобные образования («подбрюшинные железы» Р. Мейера).

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

За время моего заведывания Казанской акушерско-гинекологической клиникой здесь было оперировано несколько таких опухолей матки более значительного объема, большей частью располагавшихся интерстициально. Одна из них, локализовавшаяся в теле матки и представлявшая собою кистаденомиому почти с детскую голову величиною, была обстоятельно исследована и описана в печати д-ром Дьяконовым (рис. 132), другая, местом развития которой была маточная шейка, была исследована и описана Поляковым (рис. 133). В русской гинекологической литературе я нашел также принадлежащее Дембской описание интересного случая субсерозной кисты, с яйцо величиною, исходившей из задней стенки матки.

Уже одно то обстоятельство, что аденомы матки могут служить исходным пунктом развития в этом органе объемистых, хотя и доброкачественных опухолей (кист и аденомиом), красноречиво говорит о важном клиническом значении этих образований. Еще

более увеличивает клиническое значение их тот факт, что, развиваясь в маточной мукозе, они, как правило, ведут к обильным, нередко проливным кровотечениям типа меноррагий и метроррагий. Главное, однако, — что они очень часто являются предварительными стадиями развития в матке злокачественных опухолей, именно раков.

Гораздо реже, чем в матке, развиваются аденомы в фаллопиевых трубах, где они бывают обыкновенно результатом разрастания эпителия, покрывающего складки трубной мукозы. В этиологии их, как и аденом матки, важную роль играет воспа-

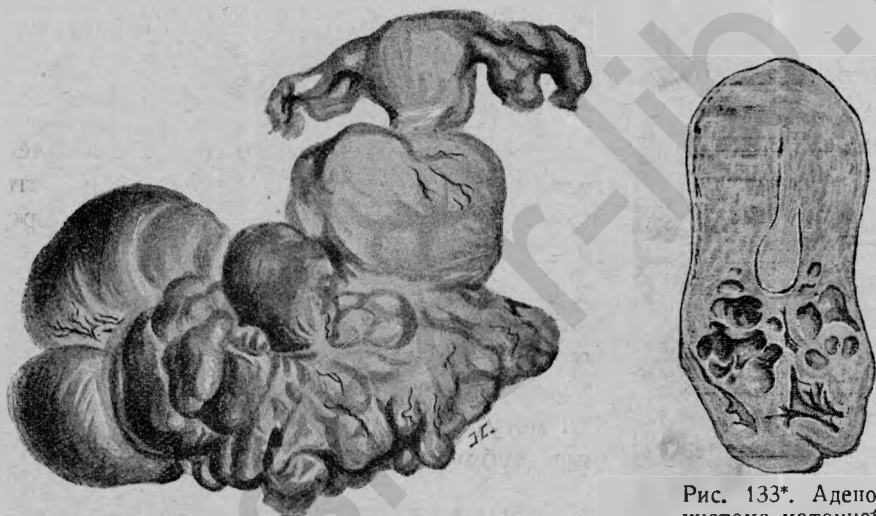


Рис. 132*. Кистоаденомиома матки, развившаяся из остатков гартнеровского хода (по Дьяконову).

Рис. 133*. Аденокистома маточной шейки (по Полякову).

ление. Под влиянием длительного раздражения со стороны воспалительных агентов покровный эпителий трубных складок начинает разрастаться в силу чисто механических условий преимущественно по инвертирующему типу (хотя нередко разрастание это происходит и по эвертирующему типу, доходя иногда до самой брюшины), и таким образом возникает то, что некоторые авторы (у нас, например, Савинов, описывает под названием *salpingitis chronica productiva vegetans*, другие же — под названием лапилломы фаллопиевой трубы, но что всего правильнее будет назвать, согласно сказанному выше, сосочковой аденомой *adenoma tubae Fallopii papillare*). Патолого-анатомически эти трубные аденомы являются доброкачественными, клинически же — злокачественными (Ширшов), так как они, подобно сосочковым

аденомам яичника, о которых будет речь ниже, быстро подвергаются раковому перерождению. Оттого-то число этих опухолей, описанных в литературе, и оказывается незначительным по сравнению с числом наблюдавшихся различными авторами раков труб.

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

Как и сосочковые разрастания в яичковых кистах, таковые же разрастания в фаллопиевых трубах часто импрегнируются известью. Такие обызвествленные сосочки могут, по Федорову, отделяться от трубной стенки и образовать, таким образом, свободные тела, своего рода «трубные камни».

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

Непосредственной причины возникновения яичниковых аденом, как и всех других новообразований, мы, впрочем не знаем, как не знаем точно, несмотря на многочисленные произведенные в этом направлении исследования, и гистогенеза данных опухолей. Последние производят то из зародышевого эпителия (или из Пфлюгер-Валентиновских трубок), то из эпителия фолликулов, то из эпителия паровариальных и пароофоральных образований, попавших в толщу яичника. При этом одни исследователи склонны приписывать различное происхождение двум главным разновидностям данных опухолей, именно железистым и сосочковым аденомам, считая первые продуктом разрастания или

неизрасходованных Пфлюгер-Валентиновских трубок, или зародышевого эпителия, или фолликулярного эпителия, вторые же — производя из сохранившихся в яичниках, именно в мозговом их слое, эмбриональных остатков вольфовых тел. И действительно, тот факт, что железистые и сосочковые аденомы яичника в большинстве различно располагаются (первые большей частью сидят на ножке, вторые зачастую располагаются межсвязочно), имеют различную структуру (эпителий железистых аденом, например, обыкновенно лишен ресничек, в сосочковых же аденомах он обычно мерцательный) и пр., — говорит в пользу и гистогенетической их разницы. Если аденомы сидят на ножке, — значит они развиваются из тех эпителиальных элементов, которые в норме бывают заложены во внутрибрюшинной части яичника, а таковыми являются клетки зародышевого эпителия, покрывающего внесвязочную часть его, происходящие этого эпителия пфлюгер-валентиновские трубки и фолликулы; если же данные опухоли сидят интралигаментарно, — значит, они и развиваются из интралигаментарной части яичника, а здесь из эпителиальных образований находятся обыкновенно лишь паровариальные и парасофороальные каналы. Мы знаем, далее, что кисты, несомненно развивающиеся из яичникового придатка, бывают выстланы внутри именно мерцательным эпителием и пр. Все эти и подобные факты говорят, повторяю, за то, что железистые и сосочковые аденомы яичников имеют различные источники происхождения.

С другой стороны, однако, можно указать на ряд фактов, которые как будто говорят за то, что один и тот же вид яичникового эпителия, разрастаясь в одних случаях, может дать железистую аденому, в других — сосочковую. Так, например, известно, что и железистые аденомы яичников зачастую располагаются межсвязочно, тогда как сосочковые сидят на ножках; известно, далее, что наряду с чисто железистыми и чисто сосочковыми аденомами в яичниках не так редко встречаются и аденомы смешанного типа — сосочково-железистые и т. п. Прямые наблюдения говорят также, повидимому, что эпителий одних и тех же

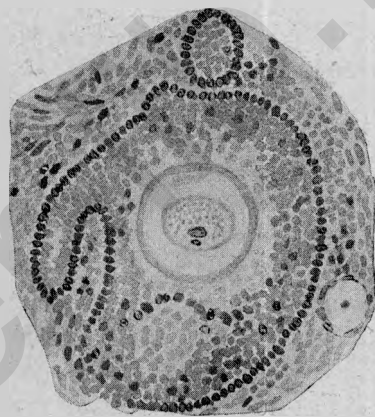


Рис. 134*. Фолликул с начинающимся эвертирующим разрастанием эпителия (по Гофмейеру)

образований, имеющих в яичниках, например фолликулов, может разрастаться то по эвертирующему типу, давая начало железистым аденомам (рис. 134), то по инвертирующему, ведя к образованию сосочковых аденом (рис. 135). Разумеется, это несколько не исключает возможности для железистых аденом яичников развиваться преимущественно из одних эпителиальных образований, встречающихся в этих органах, а для сосочковых — из других.

Откуда бы ни развивались яичниковые аденомы, в громадном большинстве случаев они представляются в форме кистовидных, мешчатых образований; отсюда название кистаденом, или кистом, под которым они обыкновенно известны. Плотные аденомы в яичниках представляют большую редкость. Особенно следует



Рис. 135*. Полость в яичнике (фолликул с начинающимся инвертирующим разрастанием эпителия) (начало папиллярной кисты) (по Уильямсу).

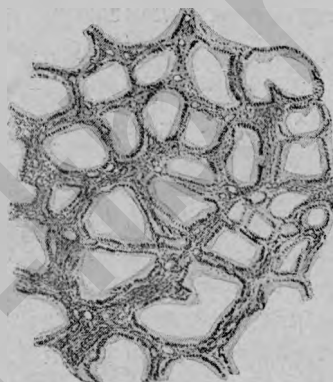


Рис. 136*. Железистая кистама яичника (cystoma proliferum glandulare) под микроскопом.

это сказать относительно железистых аденом, в которых образование новых кистовидных полостей и увеличение старых идет во все время существования опухоли. Разрастаясь по эвертирующему типу, эпителий этих аденом дает железоподобные выпячивания в окружающую строму, которые благодаря растяжению их выделяемым клетками секретом и зарастанию их устьев превращаются в маленькие замкнутые полости; эти полости в свою очередь служат исходными пунктами новых выпячиваний эпителия и новых полостей и т. д. Образующиеся таким образом в громадном количестве полости могут, по крайней мере известное время, сохранять небольшой объем, и тогда ткань железистой кистомы получает на разрезе сходство с медовым сотом (рис. 136 и 137). Однако параллельно с умножением числа полостей в кистоме совершается и обратный процесс — процесс уменьшения

их числа путем слияния соседних полостей. Когда два рядом лежащие камеры железистой кистомы, увеличиваясь вследствие скопления в них клеточного отделимого, станут соприкасаться между собою стенками, то разделяющая их перегородка постепенно атрофируется от давления, исчезает, и обе полости сливаются в одну. Путем такого последовательного слияния полостей в железистых кистомах могут образоваться камеры огромного объема, вмещающие, например, несколько пудов содержимого. Разделявшая ранее две слившиеся полости глухая перегородка иногда исчезает бесследно, иногда же от нее остаются остатки в виде неполных перегородок, вдающихся в просвет общей полости,—

остатки то различные уже простым глазом, то обнаруживаемые лишь под микроскопом; в последнем случае на срезах, пересекающих перегородку попереч-

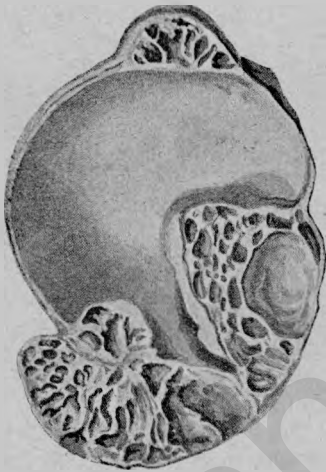


Рис. 137*. Железистая (псевдомуцинозная) киста яичника на разрезе.



Рис. 138*. Папиллома яичника.

но, они дают картину, сходную с микроскопической картиной сосочков («ложные сосочки»).

Несколько чаще являются плотными опухолями сосочковые аденомы яичников. В некоторых случаях в них вовсе не бывает полостей. Это случается тогда, когда сосочковая аденома,— как то, повидимому, иногда имеет место,— является результатом разрастания поверхностного, т. е. зародышевого эпителия яичника и представляется в виде чистой папилломы (рис. 138). В значительном большинстве случаев, однако, и сосочковые аденомы яичников являются в форме кистаденом,— эпителий, разрастаясь, сначала образует в них замкнутые полости, наполненные жидким содержимым, а затем уже на стенках этих полостей возникают сосочки (рис. 139). Последние иногда разрастаются так пышно,

что выполняют всю полость, где развиваются, а иногда, прорастая ее стенку, начинают разрастаться снаружи, и таким образом в конце концов получается опухоль, на первый взгляд представляющая собою чистую папиллому; однако при более внимательном исследовании ее удается обыкновенно обнаружить, среди папиллярных разрастаний, остатки стенок первоначальных полостей — иногда уже макроскопически, иногда же только с помощью микроскопа.

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

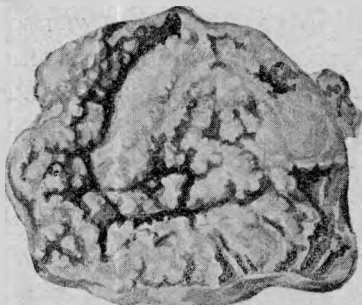


Рис. 139*. Сосочковая (серозная) кистома яичника на разрезе.

Прежде всего железистые кистомы встречаются значительно чаще сосочковых.

В Казанской акушерско-гинекологической клинике за время с 1910/11 по 1926/7 уч. гг. на 297 случаев типичных железистых кистом яичника (случаи так называемых простых серозных кистом, число которых равнялось 62, не вошли сюда) встретилось у стационарных больных лишь 94 сосочковых кистомы и 9 кистом смешанного типа; кроме того в 14 случаях характер кистомы остался неизвестным.

Далее, сосочковые кистомы бывают гораздо чаще двусторонними, чем железистые.

Из упомянутых выше 297 случаев железистых кистом, наблюдавшихся стационарно в Казанской клинике, двустороннее развитие этих новообразований имело место лишь в 20, т. е. меньше, чем в 7% (кроме того, в 16 из этих случаев при наличии железистой кистомы в одном яичнике, в другом также оказалось новообразование, но иного сорта), а из 94 больных с папиллярными кистомами двустороннее развитие последних было установлено у 48, т. е. в 51%.

О разнице в положении кистомы того и другого типа было уже сказано выше.

Здесь упомяну, что из 297 больных с железистыми кистомами межсвязочное положение опухолей было обнаружено у 38, т. е. менее, чем в 13%, а из 94 сосочковых кистом оказались сидящими интралигаментарно 21, т. е. более 22%.

Самый эпителий, являющийся главной составной частью разбираемых опухолей, в железистых кистах резко отличается от эпителия сосочковых кистом и морфологически и функционально. Как уже упоминалось выше, в первых он обыкновенно лишен ресничек, во вторых же это — мерцательный эпителий. Секреторная способность эпителиальных клеток в сосочковых кистах, затем, очень невелика, эпителиальные же клетки железистых кистом обладают ею в высокой степени, а так как рост всяких вообще мешчатых новообразований происходит не столько на счет увеличения массы тканевых элементов, сколько на счет увеличения количества жидкого содержимого их полостей, то отсюда становится понятным, почему сосочковые кистомы яичника растут сравнительно медленно и не достигают значительного объема, железистые же отличаются способностью к быстрому росту и весьма нередко достигают гигантских размеров.

В этих отношениях железистые кистомы яичников не знают себе соперников не только среди новообразований женского полового ап-

парата, но и среди всех вообще опухолей. Кедрова, работавшая специально по вопросу о гигантских опухолях женской половой сферы, приводит в своей диссертации целый ряд поразительных примеров как быстрого роста железистых кистом, так и колоссальных размеров, которых они могут достигать. Так, в случае, оперированном Толочиновым, кистомы в течение года достигла 35 кило весу, при окружности живота больной в 183 см; в случае Черевкова опухоль в несколько месяцев (с конца лета до половины января) достигла веса в 3 пуда 5 фунт. Что касается величины, которой могут достигать яичниковые



Рис. 140*. Больная с гигантской железистой кистомой яичника (по Балдуину).

кистомы железистого типа, то о ней мы можем судить, например, по случаям Барлюва, где опухоль весила 298 фунтов,— Кириака, где киста содержала 100 литров жидкости,— Балдуина, где вес железистой кисты равнялся 185½ фунт. (рис. 140), и пр. Мне самому неоднократно приходилось удалять кисты в 1½—2 пуда весом, а в одном случае удаленная мною киста оказалась весом в 3 пуда, при весе всего остального тела больной в 2½ пуда, в другом же (см. рис. 8) вес удаленной кисты равнялся 2 пуд. 33 фунт.

Разнятся железистые и сосочковые кисты яичников и по своему содержанию. В камерах сосочковых кистом находится,— кроме, разумеется, сосочков,— жидкость, которая и по своему внешнему виду и по своему составу очень похожа на кровяную сыворотку (подобно этой последней она, между прочим, содержит в себе белковые вещества); оттого яичковые кисты этого вида носят также название серозных кистом. Содержимое же кистом железистого типа характеризуется тем, что в нем всегда имеется особое вещество из разряда гликопротеидов, весьма похожее на муцин, но не дающее характерной для последнего реакции с уксусной кислотой— так наз. псевдомуцин; поэтому железистые кисты яичников и известны также под названием псевдомуцинозных.

В различных экземплярах железистых кистом и даже в различных камерах одной и той же кисты содержимое может быть крайне различно по своему цвету и особенно по консистенции, представляя всевозможные переходы от водянистой жидкости до густой, вязкой массы консистенции меда или даже густого студня. В общем, чем моложе киста и чем меньше по объему ее камеры, тем более густым оказывается их содержимое; чем, напротив, дольше развивалась киста и чем, вместе с тем, объемистее ее полости, тем более водянистую жидкость они содержат. Встречаются, однако, железистые кисты, содержимое которых и при более длительном существовании опухолей сохраняет свою желеобразную консистенцию, причем желеобразные массы наполняют здесь не только мелкие, но и крупные камеры. Так как, кроме того, опухоли эти выделяются из ряда вон и некоторыми другими особенностями, особенно — крайнею тонкостью и непрочностью своих стенок, то еще наблюдатели прежнего времени трактовали их, как особую разновидность железистых кистом, давая им название миксом яичников. Такое название, впрочем, нельзя назвать удачным,— как и во всех вообще железистых кистомах, и здесь содержимое камер состоит не из настоящего муцина, а из псевдомуцина; правильнее поэтому будет, вместе с Пфанненштилем, называть их не миксомами, а псевдомиксомами яичника.

Допуская этот термин, необходимо, однако, оговориться, что название «псевдомиксома» обычно усваивается в гинекологии другому заболеванию, локализирующемуся в брюшной полости. Давно уже было замечено, что, если железистая киста яичника или во время операции или независимо от нее лопнет,— а это чаще бывает именно при упомянутых сейчас кистах с желеобразным содержимым, благодаря непрочности их стенок,— то спустя некоторое время у больной нередко развивается своеобразное поражение брюшины, при котором последняя оказывается сплошь покрытою плотно прилегающими к ней студенистыми массами (рис. 141). Патолого-анатомы прежнего времени думали, что в подобных случаях дело идет о миксоматозном перерождении брюшины. Верт, однако, установил, что такое объяснение неправильно, и что никакого миксоматозного перерождения в точном смысле этого слова в таких случаях не бывает; дав поэтому разбираемому заболеванию название псевдомиксома брюшины, названный автор пришел к убеждению, что патолого-анатомическая сущность его кроется в реактивном перитоните: по мнению Верта, когда псевдомуцинозное содержимое железистой кисты попадает в полость брюшины, то брюшина реагирует на

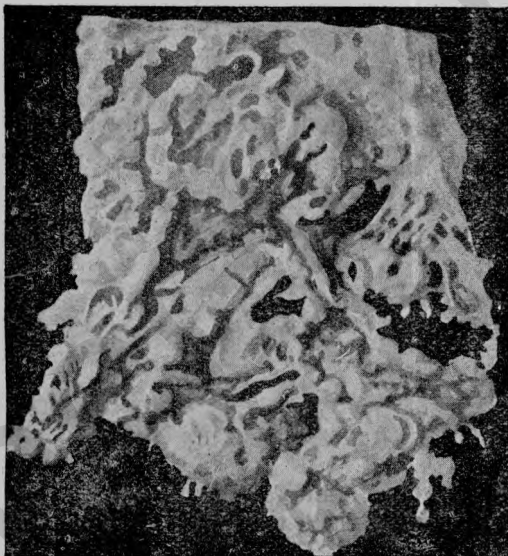


Рис. 141*. Сальник, пораженный псевдомиксомой.

присутствие всякого инородного тела,— воспалительным процессом, причем воспалительные тяжи и перепонки прорастают в различных направлениях псевдомуцинозную массу и осумковывают ее. Пфанненштиль, изучая данный вопрос, пришел к иному взгляду, а именно, что псевдомиксома брюшины является результатом прививки на брюшине эпителия железистых кист с образованием вторичных кист, продуцирующих псевдомуцин. Тщательно исследовав, в различное время, несколько встретившихся в моей практике случаев псевдомиксома брюшины, я, подобно некоторым другим наблюдателям, убедился, что и Верт и Пфанненштиль одинаково правы,— что иногда в происхождении данного заболевания брюшины, наряду с попаданием в последнюю псевдомуцинозных масс, действительно главную роль играет реактивный перитонит, иногда — прививочные метастазы, а иногда — и то, и другое одновременно. Все зависит здесь

от того, какие части железистой кистомы, после разрыва ее стенки, попадут в брюшину: если это будут лишь мертвые псевдомуцинозные массы, то возникает псевдомиксома брюшины в смысле Верта, если живые эпителиальные клетки, то они могут прививаться на брюшине и образовать здесь вторичные псевдомуцинозные кисты, если то и другое вместе, то получается псевдомиксома смешанного типа.

Как бы ни возникала псевдомиксома брюшины, во всяком случае внимание наблюдателей давно уже привлекала быстрота, с какою происходит при ней накопление псевдомуцинозных масс в брюшной полости, а равно громадные размеры, которых достигает накопление их. Для объяснения этого указывают (Рахинский), что продукция псевдомуцина в разорвавшейся кистоме идет быстрее, чем в целой, благодаря отсутствию механических препятствий.

Псевдомиксома брюшины, кроме яичникового, бывает, хотя и реже, еще аппендикулярного происхождения, — если червеобразный отросток послужит местом развития ретенционной кисты, которая затем вскроется в полость брюшины.

В отдельных случаях, как то наблюдал, например; Гагенторн, содержимое лопнувших псевдомуцинозных кистом, попавши в брюшную полость, разбивается здесь на отдельные комки, которые, вследствие всасывания жидкости из них брюшиной, оплотневают и под влиянием кишечной перистальтики превращаются в плоские, овальной формы тела от чечевицы до боба величиной.

Обращаясь теперь к значению кистаденом яичника для организма, заметим относительно железистых опухолей этого рода, что уже одна способность их чрезвычайно быстро расти и достигать громадных размеров делает железистые кистомы, несмотря на их анатомическую доброкачественность, весьма опасными для их носительниц: быстро увеличиваясь в своем объеме, они отнимают у организма весьма большое количество питательных веществ и уже чисто механически оказывают вредное влияние на деятельность легких, сердца и др. важных органов. Описаны случаи, где больные с кистомами яичника погибали от отека легких. Ножка, на которой обычно сидит железистая кистома яичника, нередко затем перекручивается, что ведет к резким расстройствам питания опухоли и воспалению ее брюшинного покрова, сопровождающемуся свойственными всякому перитониту припадками. Важное клиническое значение имеют и другие изменения, которым могут подвергаться железистые кистомы. Их содержимое может, например, инфицироваться и нагнаиваться; если стенка такой инфицированной кистомы благодаря какой-либо травме разорвется, то результатом этого может быть общий

перитонит со смертельным исходом; в отдельных случаях, повидному, инфицированная киста может служить источником общей септической инфекции организма и без такого нарушения целостности ее стенок. О возникающем на почве разрывов железистых кистом псевдомиксоматозном поражении брюшины было уже упомянуто выше. Наиболее важным в клиническом отношении изменением, которое могут испытывать железистые кистомы, является, однако, их злокачественное перерождение, формы которого могут быть различны. В некоторых, сравнительно редких, случаях ему подвергается соединительнотканная строма разбираемых опухолей, причем последние превращаются в кистосаркомы или кистозидотелиомы. Чаще, однако, злокачественно перерождается эпителиальная паренхима кистом, — их эпителий из однослойного становится многослойным, прорастает ограничивающую его пограничную перепонку и атипически размножается в окружающей строме (рис. 142), т. е. опухоль из аденомы превращается в аденокарциному, приобретая вместе с тем способность

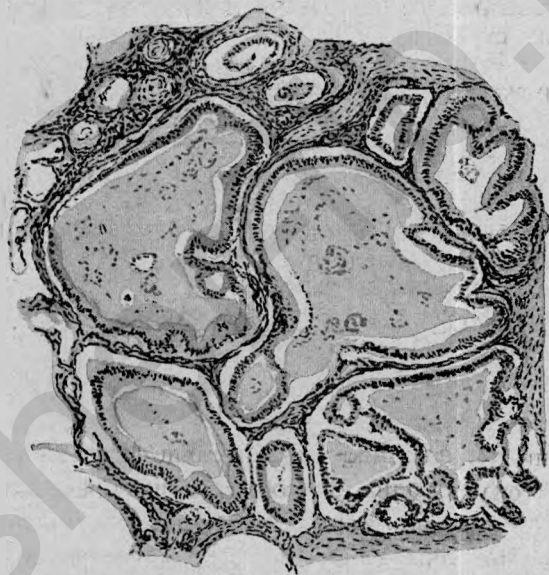


Рис. 142*. Раковое перерождение железистой кистомы яичника.

к инфильтрирующему росту, метастатическому распространению по лимфатическим путям и пр. Переродившаяся таким образом киста становится, конечно, гораздо более опасною не только для здоровья, но и для самой жизни ее носительницы и, если последней не будет своевременно оказано оперативное пособие, быстро ведет к смертельному исходу.

Что касается клинического значения сосочковых кистом яичника, то, если принимать во внимание гораздо более медленный рост их, можно было бы подумать, что они представляют собою образования более невинные, чем железистые кистомы. На самом деле это далеко не так, — сосочковые кистомы являются, напротив,

значительно более опасными, чем железистые. Зависит это от того, что склонность к злокачественному, именно раковому, перерождению присуща им в гораздо большей степени, чем этим последним. Покрывающий сосочки эпителий уже очень скоро теряет свою однослойность, атипически врастает в строму сосочков и т. д. (рис. 143).— словом, сосочковая аденома превращается в папиллярный рак. Впрочем даже когда сосочковые кистомы гистологически сохраняют свой характер аденом, т. е. когда их эпителий остается однослойным, они и в таком случае гораздо чаще, чем то бывает с железистыми кистомами, проявляют особенности, присущие злокачественным новообразованиям, напр.,



Рис. 143*. Раковое перерождение (начальная стадия) сосочковой кистомы яичника.

закрывающиеся в них сосочки прорастают стенку полостей, где они первоначально находятся, распространяются на окружающую брюшину (причем у больных обычно быстро развивается сильный асцит) и дают запасы в более отдаленные органы. На этом основании многие гинекологи относят все сосочковые кистомы яичников в разряд злокачественных новообразований. Мне кажется,

однако, более рациональным и здесь, как среди железистых кистом, различать, на основании как гистологического строения, так и клинического течения, более доброкачественные аденомы, с одной стороны, и более злокачественные аденокарциномы — с другой.

Насколько часто встречается злокачественное перерождение в яичниковых кистах различных типов, можно судить по следующим цифрам: из 297 случаев типичных железистых кистом яичника, наблюдавшихся стационарно в Казанской клинике за 1900/01—1926/27 уч. гг., злокачественное перерождение могло быть установлено, при микроскопическом исследовании, в 39, т. е. в 13,1%, а из 94 случаев сосочковых кистом — в 50, т. е. в 53,1%. По данным Улезко-Строгановой раковое

перерождение железистых кистом в материале Ленинградского повивального института наблюдалось в 17,5%, а сосочковых — в 43%.

Раковые опухоли

Женский половой аппарат вообще и матка в особенности служат излюбленным местом развития раковых опухолей. Исследования, основанные на обширных статистических данных, свидетельствуют, что женщины гораздо чаще мужчин становятся жертвами рака. Эта печальная привилегия женского пола объясняется именно сравнительно частотой поражения раком матки и отчасти грудных желез у женщин.

Почему именно половая сфера женщины так часто поражается раком, — сказать трудно, ибо этиология карцином, как и других новообразований, до сих пор остается для нас темною. Может быть тут играет роль то обстоятельство, что, как предполагают некоторые авторы, исходным пунктом развития раков являются первичные половые клетки, т. е. такие элементы, которые, хотя и могут, согласно исследованиям Рубашкина, Роттера и др. попадаться во всех органах, но преимущественно сосредоточиваются в половых железах и ближайших к ним частях. Возможно, далее, что предрасположение женских половых частей к развитию в них раков, т. е. атипических разрастаний эпителия, стоит в причинной связи с наблюдающимися здесь физиологическими гиперплазиями эпителиальной ткани (мы знаем, например, что перед каждым месячными у женщины происходит разрастание железистого эпителия мукозы маточного тела, при созревании фолликулов и при образовании желтых тел — разрастание эпителия зернистой оболочки, при наступлении беременности — разрастание эпителия цервикальной мукозы и донных отделов желез тела матки, а равно эпителия ворсистой оболочки и пр.; знаем также, что между этими физиологическими, вполне доброкачественными гиперплазиями эпителия и злокачественными, т. е. раковыми, нет резкой границы, — первые могут постепенно переходить во вторые, каковой переход особенно установлен для хориального эпителия, физиологические разрастания которого могут переходить к экзохориому). Так как травма, затем, несомненно является зачастую толчком, способствующим возникновению новообразований, то весьма вероятно видеть причину предрасположения женских половых частей к заболеванию раком в том, что части эти весьма нередко подвергаются сильной травме, именно, родовой. В пользу такого предположения говорит то обстоятельство, что из всех

женских половых частей наиболее часто поражается матка, т. е. как раз орган, который у замужних женщин наиболее травмируется при родах, а также — то, что рак матки возникает преимущественно у женщин много рожавших. Частота воспалительных процессов в женской половой сфере также может в значительной степени объяснять предрасположение последней к заболеванию раком: мы знаем, что предшествующие воспаления вообще и в частности инфекционные воспаления играют несомненную роль в происхождении раковых опухолей.

Отчего бы ни зависело предрасположение женского полового аппарата к заболеванию раком, во всяком случае последний, как и рак всех других органов, является преимущественно уделом женщин пожилого возраста, вступающих или уже вступивших в климактерий. Очевидно, устойчивость тканей полового аппарата у женщины, особенно сосудисто-соединительной ткани, против внедрения в них атипических разрастаний эпителия в этом возрасте сильно ослабевает.

Какие, однако, факторы лежат в основе такого ослабления, — выяснить это предстоит будущему. Некоторый свет на характер этих факторов бросают исследования И о в л е в а, который, работая с прививкой злокачественных опухолей собакам, нашел, что особенно легко удается прививка у животных, лишенных половых и щитовидных желез. Раз это так, то причину ослабления устойчивости женского организма в климактерическом возрасте против рака надо искать отчасти в изменениях внутренней секреции, именно, в прекращении у женщин этого возраста внутренне-секреторной деятельности яичников. Во всяком случае новейшие исследования ставят вне сомнения факт, что в возникновении раков вообще и раков половой сферы у женщин в частности играют роль, кроме местных, и общие условия.

Развиваясь преимущественно у пожилых женщин, рак может поражать все органы, входящие в состав женской половой сферы, но далеко не одинаково часто: чаще всего, как уже было сейчас сказано, поражается им матка, на втором месте в этом отношении могут быть поставлены яичники, раки же вульвы, ракава (первичные) и особенно труб наблюдаются значительно реже.

Из общего числа стационарных больных, находившихся в заведомой мною клинике за время с 1900/01 по 1926/27 уч. гг., рак матки наблюдался у 508, раковое поражение яичников — у 102, рак вульвы — у 11, первичный рак влагалища — у 6 и рак фаллопиевых труб — у 4.

Обращаясь теперь, в частности, к раку матки, заметим прежде всего, что по своей частоте, тяжелому течению, опасности для жизни и малой доступности для радикального лечения эта ужасная болезнь может быть названа в полном смысле слова общественным бедствием. В самых цивилизованных, т. е. наиболее обеспеченных медицинской помощью, странах ежегодное число жертв этой болезни исчисляется десятками тысяч (в Германии, напр., в последние годы прошлого столетия ежегодно погибало от рака матки по Дюрссену, не менее 25 000 женщин). Заслуживает внимания при этом, что, по выводам многих авторов, с повышением благосостояния населения страны заболеваемость раком матки не только не обнаруживает наклонности уменьшаться, как это имеет место по отношению к большинству болезней, а, напротив, проявляет тенденцию возрастать; подобное возрастание установлено, напр., для Голландии, Италии и др. стран. Правда, факт этот отчасти находит себе объяснение просто в том, что в новейшее время, с распространением специальной медицинской помощи, диагностика рака матки сделала крупные шаги вперед, а равно улучшилась во всех культурных странах и постановка дела медицинской статистики. Но все же повышение заболеваемости раком во всех цивилизованных странах, повидимому, стоит вне сомнения.

Относительно России Новосельским подмечено любопытное обстоятельство, что смертность от рака матки, резко поднявшись здесь за 20-летие с 1869 по 1889 гг., в следующее 20-летие почти не изменилась.

Встречаясь столь часто, рак матки может локализоваться в обоих главных отделах этого органа, т. е. в теле и шейке матки, причем эти две топические формы данной болезни, рак тела или полости матки и рак шейки, довольно резко разнятся друг от друга во многих отношениях.

Из общего числа случаев рака матки лишь очень, сравнительно, небольшой процент падает на рак тела, во всех же остальных случаях имеет место рак шейки.

Различные авторы различно определяют частоту раков тела относительно раков матки вообще — от 2% до 8—12%. В Казанской клинике и моей частной практике, по вычислениям проф. Тимофеева, за 23 года (1900/01 — 1923 гг.) рак тела матки наблюдался 85 раз на 1 550 случаев рака матки вообще, что составит 5,5%, или, приблизительно, 1 случай рака тела на 18 случаев рака шейки. В Томской клинике (проф. Горизонтов) за 1918—1925 гг. на 422 случая рака шейки пришлось 22 случая рака тела.

На самом деле, впрочем, рак тела матки, быть может, имеет место несколько чаще: дело в том, что распознавание его является гораздо более затруднительным, чем распознавание рака шейки,— установить наличие рака тела, собственно говоря, можно лишь путем пробного выскабливания и микроскопического исследования, тогда как выраженный рак маточной шейки можно диагностировать и помощью простого осмотра и пальпации; ввиду этого, возможно, некоторые случаи рака тела проходят нераспознанными через руки даже и опытного гинеколога.

Несколько разнятся между собою обе названных формы рака матки и в этиологическом отношении. Так, хотя и рак тела и рак шейки матки встречаются, подобно всем другим ракам, преимущественно у женщин пожилого возраста, но большинство случаев первого приходится на более поздние годы, чем это мы наблюдаем относительно рака маточной шейки.

В нашем материале, по подсчету Дьяконова, наибольший процент больных раком шейки приходится на возраст в 40—50 лет, а наибольший процент больных раком тела — на десятилетие от 50 до 60 лет и в особенности — на вторую его половину.

Далее, из тех факторов, этиологическая роль которых в происхождении раков матки может быть установлена путем статистики, предшествующие воспалительные заболевания (эндометрит) оказывают, повидимому, более значительное влияние на возникновение рака тела, между тем как предшествующие многократные роды в большей степени способствуют возникновению раков шейки.

Объяснить первое из этих обстоятельств нетрудно: наиболее частая форма хронического эндометрита, гиперпластический эндометрит, представляет собою, как уже было отмечено выше, не что иное, как диффузную аденому эндометрия, рак же тела матки большей частью является в форме аденокарциномы, т. е. как раз такого новообразования, которое легко может развиваться из аденомы. Что же касается влияния родовой деятельности на возникновение именно шеечных раков, то обыкновенно его объясняют тем, что при родах часто имеют место разрывы наружного зева, обычным последствием которых бывают вывороты слизистой оболочки цервикального канала или так называемые эктропионы; вывороченная цервикальная мукоза, защищенная лишь нежным однослойным цилиндрическим эпителием, легко подвергается, особенно у замужних женщин, механическим раздражениям, а равно воздействию со стороны микробов, находящихся в рукаве, благодаря чему постоянно нахо-

дится в состоянии воспаления и вследствие этого легко становится исходным пунктом развития рака. Прямые наблюдения действительно показывают, что рак шейки весьма часто начинается с эктропиона. Может быть, впрочем, ключ к истолкованию этиологической связи между предшествующей родовой деятельностью и возникновением рака шейки отчасти кроется в тех изменениях гиперпластического характера, которым эпителий цервикальной мукозы подвергается во время беременности. В пользу такого объяснения говорит тот факт, что у более молодых женщин рак шейки обычно начинает развиваться или вскоре по окончании беременности или даже во время ее.

Исходным пунктом рака маточного тела является, в большинстве случаев, эпителий маточной мукозы — преимущественно железистый, но в некоторых случаях, несомненно, и покровный, который при этом зачастую (но не всегда, по моему мнению) предварительно метаплазируется превращаясь из однослойного цилиндрического в многослойный плоский. Гораздо реже рак маточного тела развивается из эпите-

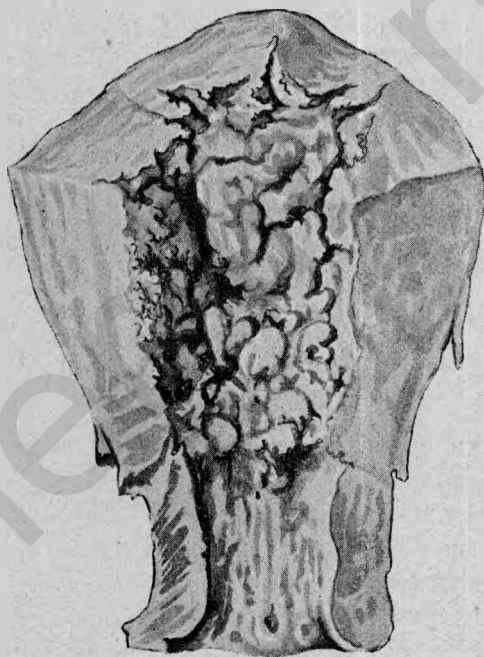


Рис. 144*. Рак маточного тела.

лия эмбриональных включений, встречающихся в толще стенок тела матки, например, из эпителия гартнеровских ходов. При этом макроскопически он представляется или в диффузной форме, именно в виде ворсинчатых или бугристых разрастаний, выполняющих собою всю полость матки (рис. 144), или в форме ограниченной — в виде более или менее обособленного узла с изрытою, неровною поверхностью, выдающегося над уровнем остального эндометрия. Что касается гистологической структуры рака маточного тела, то хотя и здесь не так редко наблюдаются первично-солидные раки, даже канкроиды с хорошо выраженными жемчужинами, но наиболее свойственная телу матки гистологическая форма рака это — аденокарцинома (рис. 145).

В маточной шейке раковые опухоли могут исходить или из многослойного плоского эпителия, покрывающего поверхность влагалищной части, или из эпителия мукозы цервикального канала — как из гокровного, так и железистого, или, в исключительных случаях, мыслимо возникновение рака и из эпителия эмбриональных включений, могущих оказаться в толще стенок шейки. Принимая во внимание первые два источника развития, Руге и Фейт предложили различать две главных формы рака маточной шейки — рак влагалищной части и рак цервикального канала. Предложение это было

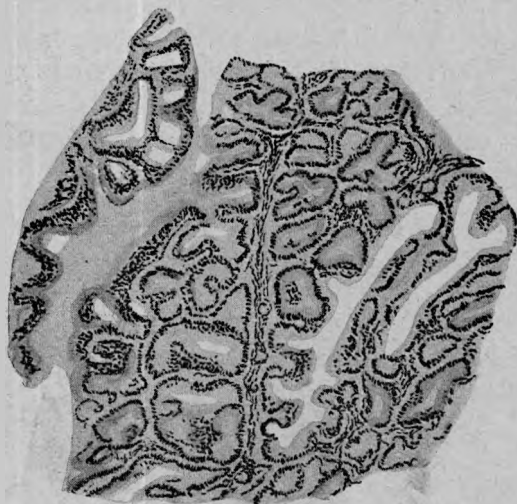


Рис. 145*. Аденокарцинома тела матки.

Почти всеми гинекологами, так как две названных формы, помимо разницы в исходном пункте и первоначальной локализации, значительно разнятся между собою и в других отношениях, притом не только патолого-анатомически, но и клинически: макроскопически рак влагалищной части зачастую представляется в виде более или менее объемистого разрастания с неровной поверхностью, имеющей форму цветной капусты или шляпки гриба (рис. 146); рак же цервикального канала — в виде язвы, обычно конической формы, с неровными, как бы изъеденными стенками (рис. 147); под микроскопом первый большею частью оказывается плоскоклеточковым раком с ясно выраженной склонностью к орогованию и образованию жемчужин (канкроид) (рис. 148), второй же — цилиндроклеточковым раком (рис. 149); поразив первоначально влагалищную часть матки, рак влагалищной части в дальнейшем распро-

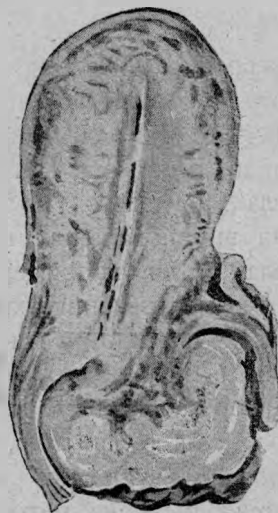


Рис. 146*. Сагиттальный разрез ч рез матку, пораженную раком влагалищной части, с разрастанием в виде шляпки гриба.

страняется книзу, на своды влагалища, рак же цервикального канала — кверху, на стенки полости тела матки; в симптоматическом отношении заслуживает упоминания способность первого раньше давать атипические кровотечения, особенно *post coitum*, чем это наблюдается при раке цервикального канала, в диагностическом — то обстоятельство, что он гораздо раньше рака цервикального канала делается доступным распознаванию как путем пальпации, так и посредством осмотра; наконец в прогностическом отношении рак влагалищной части является более благоприятное течение имеет та разновидность рака влагалищной

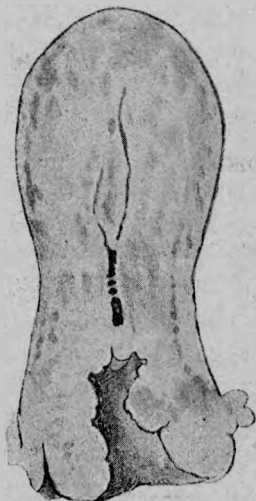


Рис. 147*. Сагиттальный разрез через матку, пораженную раком цервикального канала.



Рис. 148*. Плоскоклеточковый рак влагалищной части матки с чрезвычайно резко выраженным образованием жемчужин.

благоприятное течение имеет та разновидность рака влагалищной части, которая описывается под названием *ulcus rodens p. vaginalis* и которую отдельные авторы даже не считают за рак).

В качестве третьей, редко встречающейся формы рака шейки Руге и Фейт описали раковый узел в толще шейки, не обнаруживающий ясной связи ни с покрытой многослойным плоским эпителием поверхностью влагалищной части, ни с мукозой цервикального канала.

В недавнее время классификация раков маточной шейки, предложенная Руге и Фейтом, подверглась вполне основательной критике. Прежде всего в практике, имея дело с случаями уже далеко зашедшей в своем развитии болезни, гинеколог зачастую не в состоянии бывает решить, откуда рак шейки получил свое

начало,— из слизистой оболочки влагалищной части, или из слизистой оболочки цервикального канала. Наблюдения показывают, далее, что исходным пунктом рака шейки очень часто бывает как раз та область, где многослойный плоский эпителий, покрывающий влагалищную часть матки, граничит с мукозой, выстилающей цервикальный канал, т. е. область наружного зева, и тогда даже в начальных стадиях болезни трудно бывает разобраться, имеем ли мы дело с раком влагалищной части или с раком цервикального канала — тем более, что нередко, с одной стороны, и снаружи от наружного маточного зева слизистая оболочка может иметь характер цервикальной мукозы (при эктропионах и эрозиях), а с другой — и внутри от него, благодаря метаплазии покровного

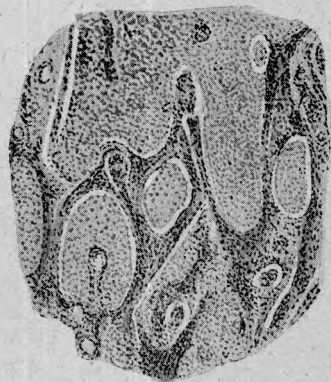


Рис. 149*. Цилиндроклеточковый первично-солидный рак маточной шейки под микроскопом.

эпителия, она может приобретать сходство с оболочкой, одевающей влагалищную часть. Несомненно, затем, что и рак, начавший развиваться на поверхности влагалищной части, может иметь макроскопически язвенную форму, а рак, исходным пунктом которого служит цервикальная мукоза, может давать более или менее объемистые разрастания. Если добавить к этому, что как на влагалищной части, так и в цервикальном канале могут иметь место все три главных гистологических разновидности рака, т. е. канкроид, цилиндроклеточковый рак и аденокарцинома, а глав-

ное,— что, как показывают точные наблюдения, с одной стороны, рак, начавший развиваться на свободной поверхности влагалищной части, в дальнейшем нередко разрастается по направлению «вверх», поражая тело матки, а с другой — рак, исходным пунктом которого была цервикальная мукоза, очень часто поражает вторично стенки труба, то станет понятным, почему некоторые из современных гинекологов, отвергая классификацию Руге и Фейта, относят все раки маточной шейки в одну группу под общим названием cancer colli, а другие (у нас Дьяконов) различают среди них экзофитную и эндофитную формы — смотря по тому, обнаруживает раковая опухоль склонность разрастаться наружу или вращать вглубь, инфильтрируя толщу шейки. Так как, далее, в раке маточной шейки, как и во всякой другой злокачественной опухоли, процессы новообразования ткани идут рука об руку

с процессами распада, причем в одних случаях первые могут превалировать над вторыми, в других же — наоборот, то есть смысл различать гипертрофическую форму данной болезни от язвенной. Впрочем и классификация, предложенная Руге и Фейтом, по моему мнению, может быть допущена, — правда, далеко не для всех случаев рака маточной шейки, — и в самое последнее время она вновь начинает фигурировать в работах, посвященных данной болезни.

Ограничиваясь этими немногими замечаниями относительно классификации и, вместе, патолого-анатомической характеристики раков матки и переходя к оценке значения этих опухолей для организма, мы должны сначала подчеркнуть, что именно здесь особенно резко сказывается разница между раком маточного тела и раком шейки. Правда, и рак маточного тела есть все же злокачественное новообразование, т. е. такое, которое, будучи представлено естественному течению, рано или поздно ведет за собою смерть больных. Опасность его, как и рака шейки, кроется отчасти в тех кровотечениях, которыми он обычно сопровождается, отчасти в отравлении организма больных теми токсинами, которые в нем вырабатываются, отчасти, наконец, в распространении ракового процесса за пределы первоначальной его локализации, на такие органы, поражение которых существенно отражается на важнейших жизненных отправлениях всего организма. Но во всех этих отношениях, благодаря чисто анатомическим условиям, рак маточного тела является заболеванием более благоприятным, чем рак шейки. В частности кровотечения при нем, хотя и бывают зачастую очень обильными, но не дают большею частью тех смертельных кровопотерь, какие столь обыкновенны при запущенных раках шейки, в зависимости от разрушения стенок маточной артерии и ее главных ветвей. Вырабатываемые клетками опухоли токсические продукты, а равно и продукты распада, при раке тела находят себе, далее, свободный отток через половой канал. Наконец, в силу анатомических условий, свойственных телу матки, рак тела матки гораздо дольше, чем рак маточной шейки, остается чисто местным заболеванием, ограничивающимся лишь пределами первично пораженного органа, т. е. матки. В результате с момента возникновения этого новообразования до летального исхода могут проходить годы, причем все это время общее состояние больной может оставаться сносным. Мне приходилось в своей практике видеть случаи несомненного рака маточного тела, где больные оставались без оперативного вмешательства по 5 лет и более, и тем не менее общее состояние их продолжало быть удовлетво-

рительным, а болезнь — доступною радикальной оперативной помощи.

Не надо, однако, упускать из виду, что доброкачественность рака тела матки и способность его оставаться чисто местным заболеванием являются лишь относительными. Как и всякое другое злокачественное новообразование, рак маточного тела с течением времени распространяется за пределы своей первоначальной локализации, с одной стороны, *per continuitatem*, с другой — метастатически. *Per continuitatem* данная форма рака разрастается в двух направлениях, именно, в толщу стенок матки, по направлению к одевающей тело матки брюшине (*resp.* к зажатой в мезометрии клетчатке), и по

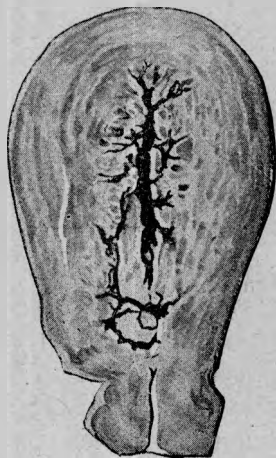


Рис. 150*. Резкая гипертрофия стенок матки при раке маточного тела.

ходу полового канала, вверх или вниз. Относительно первого способа распространения рака тела матки надобно отметить, что в различных случаях прорастание рака в толщу маточной стенки бывает различно: иногда раковая опухоль сравнительно быстро инфильтрирует миометрий и достигает брюшины (эндофитная форма рака тела), которая реагирует на это воспалительным процессом; на почве последнего происходят сращения матки с кишками, сальником и др. соседними органами, причем рак, при посредстве сращений, переходит и на эти последние органы; в других случаях (экзофитная форма рака тела) новообразование разрастается преимущественно в маточную полость, периферические же слои миометрия, прилегающие к брюшине, остаются от него свободными. Заслуживает внимания факт, что именно при таких экзофитных формах рака тела прорастание раковым инфильтратом стенок маточной полости встречает иногда препятствие в том обстоятельстве, что, параллельно с развитием рака, происходит утолщение маточной стенки вследствие гипертрофии ее мускулатуры (рис. 150); гипертрофию эту я склонен принимать за *Arbeitshypertrophie*, т. е. за гипертрофию вследствие постоянных сокращений матки, стремящейся вытолкнуть из своей полости раковые разрастания, как инородное тело.

Что касается второго способа распространения рака *per continuitatem*, то, как показали исследования Дьяконова и Тимофеева, произведенные на материале Казанской клиники, и др. авторов, рак тела матки лишь в исключительных случаях распространяется кверху, т. е. на фаллопиевы трубы, тогда как распространяется его книзу, т. е. на стенки цервикального канала, наблюдается относительно нередко (в 12% по данным Тимофеева).

Метастатическое распространение рака тела, как и всякого рака вообще, происходит главным образом при посредстве лимфа-

тических сосудов. При этом, так как лимфатические пути, отводящие лимфу из тела матки, располагаются в верхних частях широких связок, вместе с лимфатическими путями яичников, и впадают в поясничные железы, расположенные на месте бифуркации аорты и нижней полой вены, то становится понятным, почему при данной форме рака нередко (в 13,6% по статистике Тимофеева) наблюдается вторичное поражение яичников, из желез же метастатически поражаются обычно поясничные. Впрочем и инфильтрация околоматочной клетчатки при раке тела, хотя и наблюдается реже, чем при раке шейки, однако, по наблюдениям Дьяконова и Тимофеева, далеко не составляет такой редкости, как это обычно принято думать.

В противоположность раку тела рак маточного тела, благодаря анатомическим условиям этого отдела матки, является заболеванием гораздо более опасным для больных и гораздо быстрее как распространяющимся за пределы матки, так и ведущим к летальному исходу. Клинические наблюдения показывают, что если больная обратилась к врачу позже полутора после появления у ней первых признаков заболеваний, то рак шейки оказывается уже распространившимся за пределы матки, т. е. недоступным для радикального оперативного вмешательства, летальный же исход при этой форме рака матки наступает уже через $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{3}{4}$ года после начала заболевания.

В распространении рака шейки, как и рака тела, мы можем различать, с одной стороны, его разрастание *per continuitatem*, происходящее в двух направлениях, а именно, по ходу полового канала и в толщу его стенок, с другой — метастатическое распространение опухоли. По протяжению полового канала *cancer colli* разрастается как вверх, на тело матки, так и вниз на рукав, причем это разрастание может происходить как поверхностно по слизистой оболочке, так и в более глубоких слоях стенки полового канала. Руге и Фейт, устанавливая наклонность рака влагалищной части распространяться лишь книзу на рукав, а рака цервикального канала —верху на тело матки, считались лишь с поверхностным разрастанием, пределы которого легко могут быть определены путем обычного клинического исследования больных. Шотландер и Кермаунер в 3. Европе, а Дьяконов у нас, подвергнув случаи рака шейки массовому систематическому патолого-анатомическому обследованию, нашли, однако, что поверхностное разрастание рака шейки идет вовсе не параллельно с глубоким: слизистая оболочка рукава при раке шейки может быть, например, повидимому свободна от разрастаний, а в толще рукавных стенок они уже есть; то же самое следует сказать и относительно распространения ракового процесса с маточной шейки кверху на тело матки. Факт этот имеет, конечно, громадное практическое значение как для определения

рациональной оперативной терапии рака шейки, так и для объяснения рецидивов, возникающих при этой болезни даже после, повидимому, радикальной операции.

Относительно распространения рака шейки в толщу стенок полового канала надобно вообще сказать, что ввиду анатомических особенностей стенки цервикального канала по сравнению со стенками тела матки (большая, в общем, тонкость первой, а главное — меньшее богатство ее мышцами) прорастание ее раком происходит гораздо быстрее, чем прорастание стенок *cavi uteri*. Так как, далее, маточная шейка со всех сторон окружена клетчаткой, то, проросши ее стенку, раковая опухоль находит для себя затем чрезвычайно удобные пути распространения в лимфатических щелях, которыми так богата клетчатка, — рак быстро инфильтрирует параметрий, причем сдавливает проходящие здесь нервные стволы и вызывает постоянные грызущие боли, не дающие больным покоя ни днем, ни, особенно, по ночам, — обрастает проходящие здесь мочеточники, вызывая затруднения оттока мочи, разрушает стенки расположенных здесь маточных артерий и их главных разветвлений, обуславливая сильнейшие кровотечения, наконец, поражает с одной стороны мочевой пузырь, с другой — прямую кишку.

Что касается метастатического распространения, — понимая под этим последним возникновение раковых гнезд на более или менее значительном расстоянии от первичного очага, — то, так как рак шейки, подобно всякому раку вообще, дает метастазы по лимфатическим путям, а лимфатические сосуды маточной шейки направляются в подвздошные железы (*gl. iliacaе*), — естественно, в этих именно железах прежде всего и образуются вторичные заносные очаги при данной форме рака матки. При этом с практической точки зрения крайне важно иметь в виду, что метастатическое распространение рака шейки отнюдь не идет строго рука об руку с его разрастанием *per continuitatem*, — иногда параметральная клетчатка при раке шейки может быть не инфильтрирована, а между тем в подвздошных лимфатических железах могут уже оказаться заносы рака, и наоборот.

Между тем, как раки матки в громадном большинстве случаев являются новообразованиями первичными, раковые опухоли яичников, по частоте занимающие второе место среди раков женской половой сферы, большею частью имеют вторичный характер, будучи результатом злокачественного перерождения первоначально доброкачественных опухолей — кистаденом (как железистых, так особенно сосочковых) и дермоидов. Оттого макроскопически они представляют, обыкновенно, большое сходство с названными опухолями, отличаясь от них лишь большим количеством солидной ткани; микроскопически же вторичные карциномы, возникшие путем перерождения кистом, дают обычно картины, характерные для аденокарцином, а возникшие путем перерождения

дермоидов — характерные для плоскоклеточкового жемчужного рака.

Гораздо реже яичники служат исходными пунктами раковых опухолей, которые с самого начала своего возникновения являются таковыми. По новейшим исследованиям такие раки яичников тоже весьма часто являются не первичными, а вторичными, но только не в том смысле, как раковые опухоли первой категории, — они являются не результатом ракового перерождения первоначально доброкачественных новообразований, а метастазами рака, локализирующегося в каком-либо другом органе, чаще всего в желудке. Раки эти обычно бывают двусторонними, макроскопически они представляются (рис. 151) в виде плотных опухолей, продолговато-округлой формы, с резко-бугристой поверхностью, под микроскопом же (рис. 152) характеризуются обильным развитием соединительнотканной стромы и слизистым перерождением эпителиальных клеток.



Рис. 151*. Метастатический рак яичника.

Своеобразные микроскопические картины, получающиеся при исследовании срезов из этих опухолей, подали повод Крукенбергу, впервые изучившему их, дать им название *fibrosarcoma mucocellulare carcinomatodes*. Позднейшие исследователи, однако, установили, что крукенберговская опухоль есть не что иное, как коллоидный скирр яичников. В русской медицинской литературе опухоли эти были впервые описаны Бурдзинским и, независимо от него, Занченко, изучившим 2 случая их, наблюдавшихся в заведомой мною клинике.

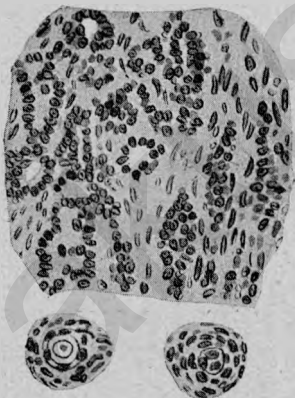


Рис 152*. Микроскопические картины, метастатического рака (крукенберговской опухоли) (по Занченко). Внизу изображены встречающиеся в опухоли образования, напоминающие фолликулы.

При микроскопическом исследовании крукенберговских раков бросаются в глаза образования, с первого взгляда напоминающие примордиальные и зреющие фолликулы. Более внимательное изучение показывает, что эти образования суть не что иное, как подвергшиеся дегенерации раковые гнезда. Однако в яичниках развиваются иногда и настоящие фолликулярные раки, т. е.

раковые опухоли, которые исходят из эпителия фолликулов и опухольные элементы которых также дают образования, похожие на фолликулы. Такие опухоли носят название фолликулом или софором (рис. 153).

В клиническом отношении все раковые опухоли яичников принадлежат к числу злокачественных. Лишь радикальная операция, произведенная притом в то время, пока рак не успел еще прорасти белковую оболочку (albuginea) яичника (или наружную оболочку кисты — при раковом перерождении кистом и дермоидов) и распространиться на соседние органы или дать метастазы, в состоянии спасти больных от смерти. Впрочем относительно

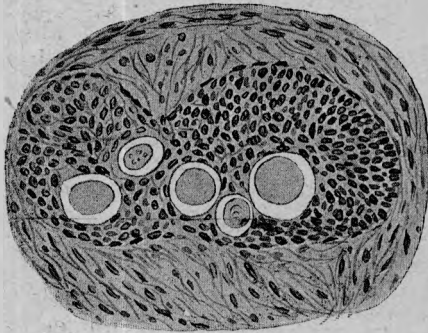


Рис. 153*. Фолликулома яичника (по Улезко-Строгановой).

папиллярных раков, развивающихся из сосочковых кистом яичника, это положение требует известной оговорки. Мне не раз приходилось оперировать подобные раки, уже распространившиеся на брюшину, где операция могла состоять лишь в удалении основных очагов заболевания, т. е. яичниковых опухолей, об удалении же всех раковых разращений не могло быть и речи. Тем не менее оперативное вмешательство давало здесь до-

вольно стойкие результаты, — дальнейшее прогрессирование новообразования приостанавливалось, и больные на несколько лет оставались живы и относительно здоровы. Такая сравнительно низкая злокачественность сосочковых раков находит себе объяснение в анатомических особенностях этих опухолей: последние состоят из несущих сосуды тонких стержней соединительной ткани, на которых располагаются мощные пласты эпителия; ясно, что питание эпителиальных клеток при подобных условиях является недостаточным, а потому названные клетки пролиферируют очень слабо, даже подвергаются регрессивным процессам, о чем свидетельствуют часто встречающиеся в папиллярных раках отложения извести.

Рак рукава также в большинстве случаев бывает вторичным, являясь результатом распространения на рукавную стенку рака маточной шейки — или *per continuitatem*, или метастатического. Первичный рак рукава встречается лишь редко, причем в этиологии его, как и рака маточной шейки, кроме возраста больных

играют роль многократные роды. Излюбленным местом его локализации служит обычно верхний отдел задней рукавной стенки, по близости свода, т. е. та часть рукавной стенки, которая у замужних женщин особенно подвергается механическому раздражению при половых сношениях. Макроскопически рак рукава чаще представляется в виде ограниченного узла, несколько выдающегося над поверхностью влагалищной стенки, поверхность которого скоро распадается, так что на месте узла образуется более или менее глубокая кровоточивая язва с неровным дном и изъеденными краями; значительно реже встречается диффузная форма этого заболевания, при которой раковые разрастания, распространяясь по поверхности, захватывают большую часть или даже всю рукавную стенку, а еще реже — рак в виде множественных бляшек или узелков. Что касается микроскопического строения первичного рака влагалища, то, имея своим исходным пунктом многослойный плоский эпителий этого органа, разрастание новообразование под микроскопом оказывается обычно плоским, клеточковым раком с склонностью к образованию жемчужин.

Клинически первичный рак влагалища является новообразованием высоко-злокачественным. Так как влагалищная стенка отличается незначительной толщиной, то рак быстро прорастает ее, инфильтрируя затем паравагинальную клетчатку и распространяясь на соседние органы, особенно прямую кишку. Так как матка находится в непосредственной связи с влагалищем, то понятно, что рак последнего легко распространяется и на нее, именно на маточную шейку, — частью *per continuitatem*, частью метастатически. Из лимфатических желез рак влагалища обыкновенно дает заносы, как и рак маточной шейки, в подвздошные (*gl. iliacae*); если, однако, рак поразил нижнюю треть рукавной стенки, то метастазы могут получаться и в паховых железах, в которые направляются лимфатические сосуды нижней трети рукава, вместе с лимфатическими сосудами вульвы.

Говоря о распространении рака рукава на матку, следует упомянуть об одном способе его, именно чрез посредство так называемых прививочных метастазов. Так как первичный рак рукава большей частью локализуется на задней стенке этого органа, в верхней ее части, то верхушка влагалищной части матки, в норме обращенная, как известно, книзу, и сзади (в стоячем положении женщины), легко соприкасается с раковой поверхностью, и рак может прививаться на ней. Весьма убедительный пример такого способа перехода рака с рукава на влагалищную часть матки наблюдался в одном оперированном мною случае первичного рака влагалища, в свое время описанном Дьяконовым (рис. 154).

Несколько чаще, чем первичный рак рукава, встречается в практике раковое поражение наружных половых частей женщины. Излюбленным местом развития этого новообразования служат здесь область клитора и поверхность половых губ, реже рак вульвы развивается в бартолиновых железах; как особую топиическую разновидность рака вульвы, описывают также парауретральный рак, локализирующийся около наружного отверстия мочеиспускательного канала. Развиваясь, как и всякий рак, преимущественно у женщин преклонного возраста, рак вульвы вначале представляется в форме ограниченного затвердения, которое

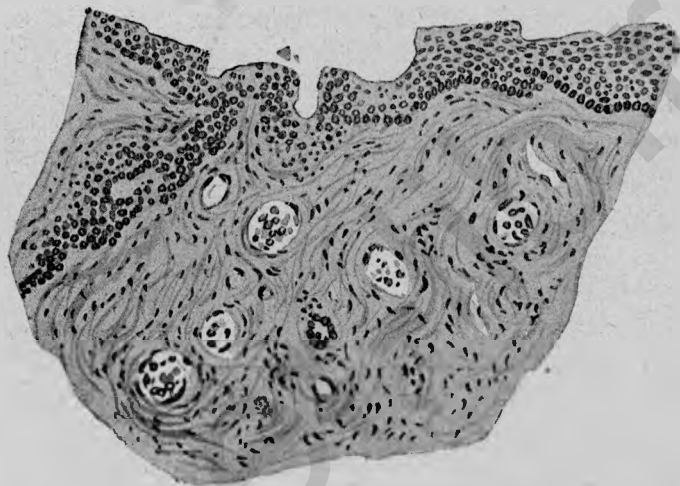


Рис. 154*. Прививка первичного рака влагалища на влагалищной части (по Дьяконову).

потом изъязвляется (рис. 155). Гистологически это, обычно,— канкроид с резко выраженными жемчужинами, за исключением раков, развивающихся в бартолиновых железах, каковые новообразования обычно имеют строение, характерное для аденокарциномы.

Клинические наблюдения свидетельствуют о высокой злокачественности рака вульвы. Обычным местом метастатического распространения его служат паховые железы, как поверхностные, так и глубокие.

Фаллопиевы трубы из всех отделов женского полового аппарата реже всего поражаются раком. Одно время думали даже, что рак в них никогда не имеет места; однако новейшие наблюдения показали, что это не так, и до 1914 г., по Бушмакиной, в ме-

дицинской литературе было описано около 150 случаев первичного рака труб. В этиологическом отношении последний представляет сходство отчасти с раком маточной шейки, отчасти с раком тела матки; подобно первому он чаще всего развивается в возрасте 41—50 лет, подобно второму в этиологии его важную роль играет не родовая деятельность, а предшествовавшее воспаление. Оттого рак труб обыкновенно развивается, по видимому, внутри сактосальпинксов, и пораженные этой болезнью яйцепроводы макроскопически (рис. 156) представляются обыкновенно в виде кистовидных опухолей округлой или ретортообразной формы, до размеров детской головки величиною, наполненных внутри жидкостью и раковыми разрастаниями. Последние имеют большую частью папиллярное строение, да и вообще рак труб, по мнению неко-

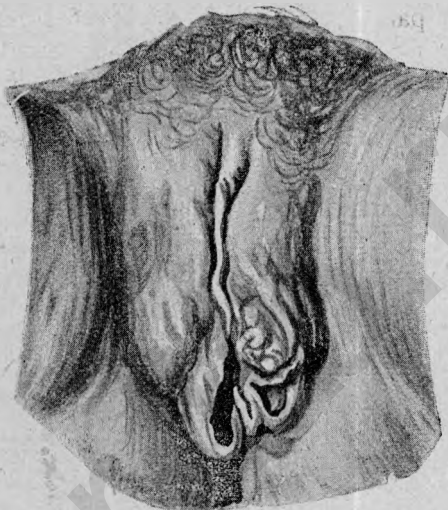


Рис. 155*. Рак вульвы.

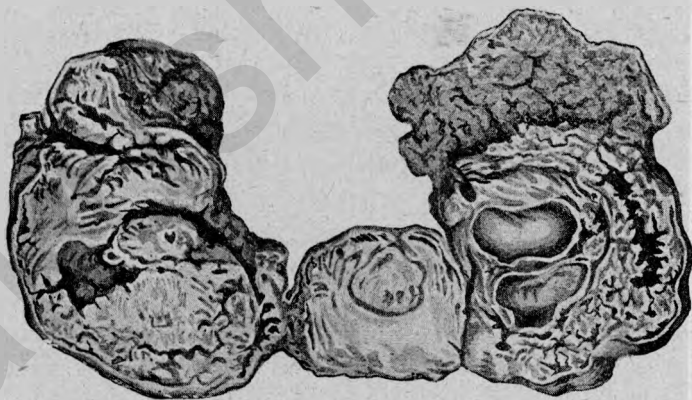


Рис. 156*. Рак фаллопиевых труб (по Бушмакиной). Посредине находится поперечно срезанная матка, по бокам разрезанно-продольные трубы, которые превращены в наполненные раковыми разрастаниями сактосальпинксы.

торых авторов, развивается, подобно сосочковому раку яичников, из первоначально доброкачественных папиллом или аденом инвертирующего типа. Микроскоп также обнаруживает в нем струк-

туру, сходную со структурой сосочковой аденокарциномы яичников (рис. 157). Наконец, и относительно значения трубного рака

для организма можно говорить то же, что выше было сказано об этой последней.

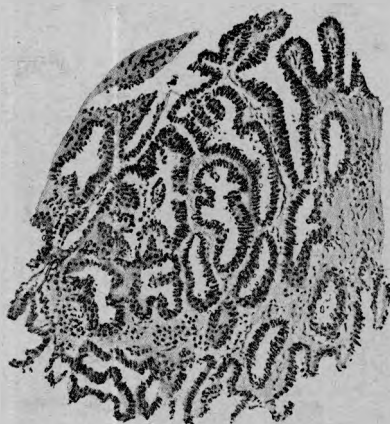


Рис. 157*. Рак фаллопиевой трубы под микроскопом (по Бушмакиной).

Говоря о злокачественных эпителиальных опухолях женской половой сферы, т. е. раках, следовало бы остановиться и на хориоэпителиоме или злокачественной децидуоме, которая тоже представляет собою в сущности раковую опухоль, только возникающую благодаря атипическому разрастанию хориального эпителия. Но об этой опухоли нами было уже достаточно сказано в курсе акушерства, именно в его отделе, посвященном патологии беременности.

Смешанные опухоли и тератомы

Смешанные опухоли

Кроме описанных выше новообразований, половые части женщины сравнительно часто бывают местом развития так называемых смешанных опухолей, т. е. таких, которые состоят из нескольких различных тканей. Строго говоря, и почти все разобранные выше опухоли являются смешанными в широком смысле этого слова, так как, например, фибромиомы состоят из мышечной и соединительной тканей, папилломы, аденомы и раки — из соединительной и эпителиальной и пр.; но в них различные ткани принимают далеко не равноценное участие в новообразовательном процессе и не в одинаковой степени атипически разрастаются, — в карциномах, например, разрастание эпителия резко превалирует над разрастанием соединительной ткани, и эпителий разрастается особенно атипически; под смешанными же опухолями в тесном смысле этого слова в современной патологической анатомии понимаются такие опухоли, входящие в состав которых ткани принимают одинаковое участие в новообразовательном процессе, разрастаясь притом одинаково атипически.

Что касается, далее, генеза этих опухолей, то для них особенно вероятно является теория Кюнгейма относительно их про-

исхождения из ростков, отщепившихся в эмбриональном периоде. Оттого-то эти опухоли весьма нередко оказываются гетерологическими или гетеротопическими, т. е. входящие в состав их ткани оказываются в таких органах, где нормально эти ткани не встречаются, например, костная ткань оказывается в матке, как то было в случае, описанном Шклярским, или в трубе, как то было в случае Емельянова, или в яичнике, как это наблюдал Васильев.

Наконец, в клиническом отношении смешанные опухоли большей частью проявляют значительную тенденцию к злокачественности.

Смотря по тому, входят ли в состав смешанной опухоли ткани, происходящие лишь из одного зародышевого листка, именно из мезодермы, или из двух, или, наконец, из всех трех, среди опухолей данной группы различают монодермумы (монофилломы), бидермумы (бифилломы) и тридермумы (трифилломы). Впрочем некоторые авторы выделяют монодермумы в особую группу, давая им название не смешанных, а сочетанных, комбинированных опухолей, а другие и тридермумы выделяют в особую группу под названием тератом — так что название смешанных опухолей остается лишь за одними бидермумами.

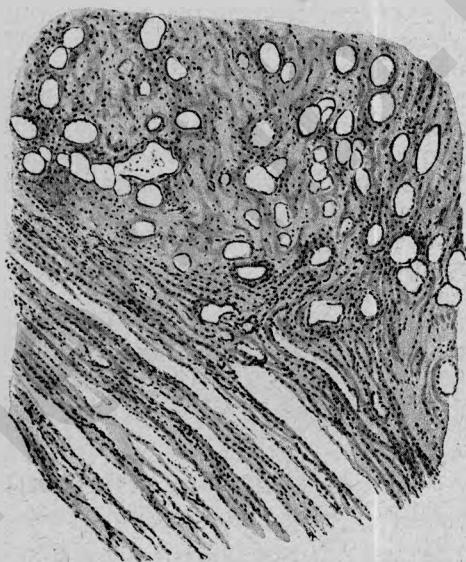


Рис. 158. Фибромиома матки с жировую тканью (по Кутасову).

Монодермумы (или, иначе, сочетанные мезодермальные опухоли) не так редко встречаются в матке. К этой категории относятся, например, наблюдавшиеся некоторыми авторами в названном органе остеомы и поперечно-полосатые миомы. Мне пришлось дважды оперировать фибромиомы матки, содержавшие в себе, кроме волокнистой соединительной и гладкомышечной, еще жировую ткань (рис. 158) (случаи эти описаны в печати Кутасовым); подобные же случаи были опубликованы в русской литературе Якобсоном и Денисовой-Архангельской. К монодермомам должны быть отнесены также многие из упомянутых выше гроздевидных сарком шейки, — те именно, которые содер-

жат, кроме саркоматозной, миксоматозную, хрящевую и др. ткани, происходящие из среднего зародышевого листка. Реже монодермомы встречаются в рукаве, яичниках и др. органах женской половой сферы.

Матка из всех органов женской половой сферы чаще всего, по видимому, бывает исходным пунктом развития и бидермом,— особенно, если относить сюда хотя некоторые из аденомиом. Среди маточных опухолей в категорию бидермом должны быть также отнесены аденомиосаркомы и те из гроздевидных сарком цервикальной мукозы, которые, кроме саркоматозной, хрящевой и т. п. мезодермальных тканей, содержат и эпителиальные включения. Встречаются бидермомы и в яичниках, а также в стенках рукава.

Что касается, наконец, тридермом, то, если причислить к ним все новообразования, в состав которых входят продукты трех зародышевых листков Ремака,— они очень часто наблюдаются в женской половой сфере, особенно в яичниках. Большинство авторов, однако, склонно выделять из группы смешанных опухолей те новообразования, в которых продукты трех зародышевых листков достигают значительной зрелости, образуя не только ткани, но и целые органы, иногда заметные уже для простого глаза (зубы и т. п.),— в особую группу под названием эмбриом или тератом. Если принимать эту классификацию, т. е. относить к придермомам только те опухоли, которые содержат продукты всех зародышевых листков, не достигшие стадии образования органов, то подобные новообразования и в яичниках окажутся большою редкостью, являясь притом безусловно злокачественными.

ТЕРАТОМЫ

К смешанным опухолям близко примыкают опухоли типа тридермом, т. е. содержащие продукты всех трех зародышевых листков, но продукты, достигшие такой стадии развития, что они образуют не только зрелые ткани, но и целые органы, различить которые можно иногда даже простым глазом. Опухоли эти известны под названием тератом или эмбриом. Их называют также яйцеродными (овулогенными) опухолями, так как думают, что они являются результатом партеногенетического развития зрелых яиц.

Среди этих опухолей и с патолого-анатомической и с клинической точек зрения можно различать два сорта: опухоли кистовидные — с одной стороны, солидные — с другой. В первых продукты развития всех трех листков располагаются в определенном порядке, близком к нормальному, тому, какой имеет место в правильно развивающемся организме, во вторых же они перемешаны между собою в беспорядке. Опухоли первого рода являются клинически доброкачественными, второго — злокачественными.

Первые известны под названием дермоидов или дермоидных кист, вторые — под названием тератом в узком смысле слова.

Таким образом название «тератома» в современной науке имеет различное значение. Им обозначают: 1) все смешанные опухоли, в состав которых входят элементы трех зародышевых листков, т. е. тридермомы; 2) все тридермомы, входящие в состав которых ткани располагаются в виде уже сформированных органов, т. е. все эмбриомы (овулогенные опухоли); 3) лишь те эмбриомы, в которых органоподобные продукты трех зародышевых листков располагаются в беспорядке и которые анатомически являются плотными опухолями, клинически же злокачественными.

Дермоидные кисты встречаются в половой сфере женщины гораздо чаще тератом, причем исходным пунктом их развития обычно являются яичники, гораздо реже — тазовая клетчатка, круглые маточные связки и трубы. Макроскопически яичниковые дермоиды представляются в виде опухолей шаровидной, яйцевидной или почковидной формы, сидящих обыкновенно на длинной ножке и потому очень подвижных. На разрезе (рис. 159) оказывается, что опухоли эти имеют мешчатое строение, т. е. состоят из оболочки и жидкого содержимого. Последнее при t^0 тела обыкновенно представляется жидким, при комнатной же t^0 застывает, так как состоит из отделимого сальных желез оболочки. Иногда сальное содержимое дермоидов пахтается и превращается в плотные, круглые шарики различной величины, плавающие в сыворотке или слипшиеся между собою (рис. 160). Еще чаще в содержимом дермоида встречаются волосы различного цвета и длины, нередко образующие более или менее объемистые волосяные комки. Благодаря сальному содержимому, дермоиды имеют сравнительно небольшой удельный вес и поэтому часто располагаются не в заднем, а в переднем дугласовом кармане (признак Кюстнера-Мандельштама).

Что касается оболочки, то для дермоидных кист характерно присутствие на внутренней ее поверхности, в том или другом месте, так называемого паренхиматозного бугорка — возвышения, покрытого волосами, в котором находятся зубы и другие части скелета.



Рис. 159*. Дермоид яичника. В полости дермоида ясновиден паренхиматозный бугорок с 2 зубами; содержимое дермоида удалено; вверху находится часть ножки с ампулярной частью трубы.

Микроскопическое исследование срезов, проведенных через паренхиматозный бугорок, позволяет убедиться, что здесь имеются ткани и органы, происходящие и из эктодермы, и из мезодермы, и из энтодермы, причем образования эти располагаются в правильном порядке,—поверхностнее всего располагаются эктодермальные или, точнее говоря, экто-мезодермальные образования, а именно кожа с железами и волосами, затем — чисто мезодермальные, например, подкожная клетчатка, различные части скелета, мышцы и пр., а глубже всего — энтодермальные включения, например, рудименты кишечного тракта.



Рис. 160*. Дермоидная киста с шариками.

Таким образом паренхиматозный бугорок в дермоиде представляет собою нечто вроде уродливо развитого зародыша или того паразитарного близнеца, о которых идет речь в курсе акушерства при описании двойничных уродств. Вне бугорка стенка дермоидной кисты оказывается обычно более тонкою и состоящею из соединительнотканной перепонки, с внутренней поверхности покрытой или кубическим, или плоским эпителием, или грануляционную тканью.

Иногда один и тот же яичник служит исходным пунктом развития нескольких дермоидных кист, полости которых нередко сливаются между собою.

Иногда, далее, дермоидные кисты встречаются в яичниках в сочетании с другими кистовидными опухолями, например, с кистомами. Такие сложные опухоли зачастую достигают значительной величины, тогда как обыкновенные дермоиды представляют собою образования, растущие очень медленно и достигающие лишь небольшого объема — в яблоко, кулак и т. п.

Правило это впрочем допускает исключения, — не так редко дермоидные кисты достигают и значительно больших размеров (например, в голову взрослого мужчины), а в цитированной уже выше диссертации Кедровой приводятся случаи, где эти опухоли достигали поистине колоссальных размеров и веса (например, 45 кг и даже больше). Возможно, впрочем, что в этих случаях дело

именно шло не о чистых дермоидах, а о сочетаниях последних, например, с железистыми кистами.

Принимая во внимание крайне медленный рост разбираемых опухолей и незначительные их размеры, можно было бы считать дермоиды, с точки зрения их значения для организма, невинными образованиями. Положение это, однако, может быть принято лишь с крупными юговорками, — не так редко опухоли эти становятся источниками серьезной опасности не только для здоровья, но и для самой жизни больных. Так как яичниковые дермоиды зачастую сидят на длинной, податливой ножке и отличаются значительно подвижностью, то при них очень часто имеет место явление перекручивания ножки, — перекручивания, иногда доходящего до полного откручивания дермоидов. Явление это, как и при других опухолях, ведет к реактивному перитониту, дающему очень бурные припадки и сопровождающемуся сращением опухоли с соседними органами брюшной полости, особенно с кишками; иногда, впрочем, даже весьма значительное перекручивание ножки может не давать резких симптомов раздражения брюшины. Такая сращенная опухоль весьма легко может инфицироваться — хотя бы из тех же кишек —



Рис. 161*. Раково-переродившийся дермоид яичника. Утолщенная стенка дермоида содержит раковые разрастания.

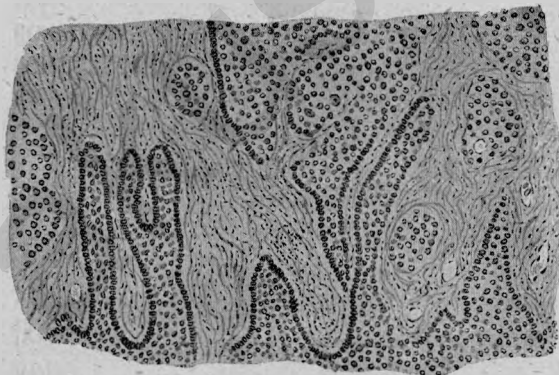


Рис. 162 Раковое перерождение дермоида яичника (по Лейбчику).

встречающимися здесь кишечными палочками, которые в сальном содержимом дермоида находят весьма благоприятную почву для

своего размножения. Оттого-то дермоиды, по сравнению с другими кистовидными опухолями яичников, так относительно часто нагнаиваются, а нагноившаяся опухоль, лежащая в брюшной полости, *caeteris paribus* является более опасною, чем не подвергшаяся нагноению, ибо лопание ее может повести к смертельной инфекции всей брюшины,—если нагноившееся содержимое дермоида опорожнится в брюшную полость; в других случаях нагноившиеся дермоиды вскрываются в мочевой пузырь, кишки, влагалище и т. п.

Еще более опасными являются дермоиды благодаря присущей им склонности к раковому перерождению (рис. 161), причем,

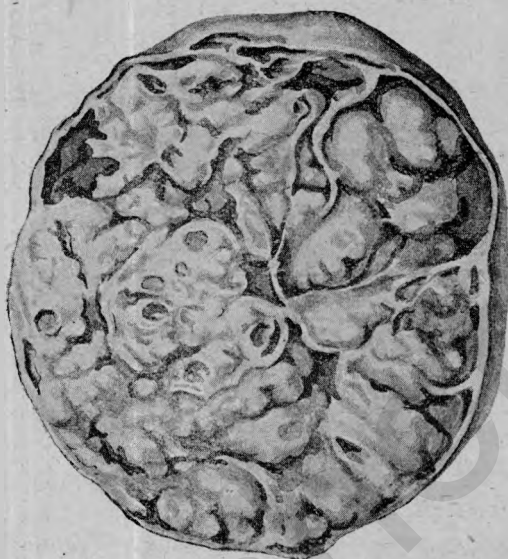


Рис. 163. Тератома яичника на разрезе.

так как исходным пунктом последнего является в них многослойный плоский эпителий, покрывающий паренхиматозный бугорок, то и рак, развивающийся в этих опухолях, гистологически обыкновенно имеет характер канкроида с образованием жемчужин (рис. 162).

В гинекологическом отделении заведваемой мною клиники за 27 лет (с 1900/01 по 1926/7 уч. гг.) было оперировано 92 больных с дермоидными кистами яичников, в том числе комбинации дермоидов с железистыми кистами имели место у 10, с папиллярной кистой — у 1, с *cystocarcinoma glandulare* — также у 1, дермоиды обоих яичников одновременно встретились у 11 больных, интралигаментарное положение дермоидов — у 4, нагноение их — у 5, раковое перерождение — у 6.

В другой разновидности овулогенных опухолей, тератомах, которые в половой сфере женщин также имеют своим исходным пунктом обыкновенно яичники, продукты трех зародышевых листков располагаются не в строгом порядке, как в дермоидах, а наоборот — в полнейшем беспорядке. При этом здесь, наряду с зрелыми тканями, образующими вполне сформированные органы,

например, железы, встречаются и незрелые, эмбриональные ткани, например, саркоматозная. Макроскопически данные опухоли (рис. 163) представляют собою преимущественно солидные образования, быстро растущие, и по своей способности к инфильтрирующему росту, метастатическому распространению и пр.—высоко злокачественные.



Рис. 164. Зоб яичника (struma ovarii).

Тератомы яичников встречаются гораздо реже дормоидов,— в заведомой мною клинике они были, например, за указанные 27 лет оперированы лишь 3 раза. К тератомам яичников некоторые авторы относят и так называемые струмозные яичниковые опухоли, ткань которых чрезвычайно похожа на ткань щитовидной железы (рис. 164), но йода, по исследованиям Улезко-Строгановой, не содержит. Другие авторы, как Бауэр, относят эти опухоли к псевдомуцинозным кистам, а некоторые, как Ашнер, к фолликуломам.

IV. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЕЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

1. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

При описании картины, получаемой гинекологом при бимануальной пальпации внутренних половых частей женщины, было уже указано то положение матки, которое является нормальным, физиологическим (см. рис. 22). При описании пальпаторной картины внутреннего отдела женской половой сферы было отмечено и то, какие именно отклонения от нормального типа может представлять положение этого органа, и вместе с тем было разъяснено, что некоторые из отклонений могут быть, с клинической точки зрения, рассматриваемы как настоящие заболевания, ибо они ведут к известным расстройствам и требуют специального лечения, другие же сами по себе не имеют патологического значения, но не лишены практического интереса в том отношении, что указывают на наличие, в настоящем или прошлом, известных заболеваний полового аппарата, которые и обуславливают их возникновение.

Переходя теперь к обзору отдельных аномалий положения матки со стороны их этиологии, патогенеза, патологической анатомии и значения для организма, мы будем придерживаться уже раз принятой нами классификации, т. е. сначала разберем смещения матки по вертикальной линии, вверх (элевация матки) и вниз (опущение, выпадение и выворот матки), потом — смещения по горизонтальной плоскости (патологические позиции, верзии, флексии, ротацию и осевое перекручивание этого органа), наконец — грыжи матки.

ЭЛЕВАЦИЯ МАТКИ

Смещение матки кверху, при котором этот орган целиком или только верхнюю свою часть выходит из малого таза, помещаясь выше плоскости входа в последний, а рукав представляется сильно

вытянутым по длине, физиологически имеет место при переполнении соседних с половыми частями полых органов, особенно прямой кишки; из патологических же состояний, обуславливающих такое смещение, следует отметить более или менее объемистые опухоли стенок рукава и прямой кишки, скопление менструальной крови в атрезированном влагалище (гематокольпос), опухоли самой матки, родившиеся во влагалище, внутрибрюшинные опухоли, расположенные в заднем дугласовом кармане (заматочная кровяная опухоль, осумкованные периметритические выпоты, новообразования), особенно же — интралигаментарные и псевдо-интралигаментарные опухоли яичников, растущие в большой газ; кроме того элевация матки может быть результатом воспалительных процессов, локализовавшихся в пузырно-маточной впадине и поведших к образованию сращений между маткою и передней брюшной стенкой; сращения эти могут быть результатом и оперативного вмешательства — или умышленным (после вентрофикции матки), или случайным (после кесарского сечения, энуклеации миом и т. п. операций).

От настоящей элевации матки, при которой вся матка бывает приподнятою, надо отличать те случаи, где выше нормального уровня лежит лишь тело матки, шейка же находится на нормальном уровне или даже ниже его; подобные случаи физиологически имеют место при беременности, из патологических же состояний приподнятое положение лишь тела матки наблюдается при различных новообразованиях этого органа, особенно при фибромиомах, при гематометре и т. п. заболеваниях, сопровождающихся значительным увеличением маточного тела.

Элевация матки не может считаться сама по себе болезнью, вызывающею те или иные припадки и потому требующею терапевтического вмешательства. Клиническое значение ее сводится к тому, что аномалия эта помогает гинекологу разобраться в некоторых практически важных диагностических вопросах, особенно в вопросе о том, располагается ли данная опухоль яичника межсвязочно (или псевдо-интралигаментарно), или же она сидит на ножке, что имеет весьма важное значение для оперативного вмешательства.

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ (ПРОЛЯПС) МАТКИ

Если матка у женщины оказывается стоящею ниже своего нормального уровня, не выходя, однако, из половой щели, то мы говорим об опущении этого органа, *descensus uteri* (рис. 166); если же она настолько смещена книзу, что лежит вне половой

щели,— мы говорим о выпадении ее, prolapsus uteri (рис. 165); при этом выпавшая матка может или выступать из половой щели только нижнюю свою часть, шейкой, или же она вся целиком



Рис. 165. Выпадение матки и рукава.

может находиться вне половой щели; в первом случае мы говорим о частичном выпадении этого органа, prolapsus uteri partialis, во втором — о полном, prolapsus uteri totalis. Таким образом опущение и выпадение матки суть лишь различные степени одной и той же аномалии, причем в этой аномалии обычно принимает большее или меньшее участие, кроме матки, и непосредственно связанный с нею рукав.

Опущение и выпадение матки принадлежит к числу весьма часто встречающихся заболеваний женской половой сферы. По подсчету проф. Козлова, в заведываемой мною Акушерско-гинекологической клинике Казанского университета за 26½ лет (со второй половины 1900 по 1926 гг. включительно), на 34 561 амбулаторную больную отмечено 318 (0,92%) случаев лишь высокой степени разбираемой аномалии, а через стационарное отделение клиники почти за то же время (за 25½ лет) на общее количество 4934 больных прошло 154 (3,12%) с выпадениями матки.

Несмотря на то, что опущение и выпадение матки являются, таким образом, довольно обыкновенными заболеваниями половой сферы у женщин, как этиология, так и механизм возникновения их до сих пор еще является предметом споров. Не подлежит сомнению, что непосредственной причиной возникновения проляпса бывает повышение внутрибрюшного давления, в свою очередь зависящее

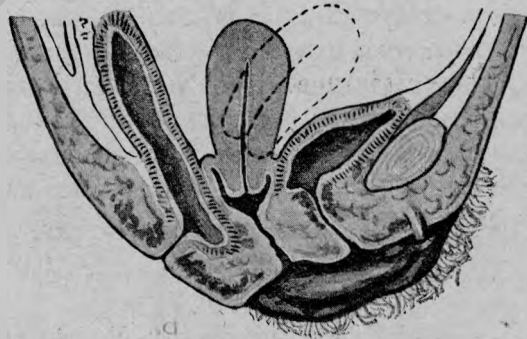


Рис. 166. Начинающееся опущение матки (descensus uteri) (по Овару и Дэви). Пунктиром изображено нормальное положение матки.

большую часть от сильных сокращений брюшного пресса. Оттого разбираемая аномалия и является, как показывают новейшие исследования, в значительной мере профессиональной болезнью, особенно часто наблюдающеюся у женщин, занятых тяжелой физической работой, например, у грузчиц (Вайнштейн), крестьянок и т. п. Оттого же, как я убедился на большом материале, число проляпсов сильно возросло во время минувшей империалистической войны: так как большой процент мужчин был призван на фронт, то женщинам пришлось выполнять тяжелые физические работы, обычно падающие на долю мужчин, и это отразилось на их половой сфере.

Если, однако, непосредственная причина, ведущая к развитию опущений и выпадений матки, для всех ясна, то далеко нельзя того же сказать об этиологических моментах, создающих анатомическую почву для возникновения проляпса, благоприятствующих его развитию. Мы, правда, знаем целый ряд таких моментов, но каково их относительное значение в происхождении данной аномалии, — на этот счет мы не находим у авторов полного согласия.

В новейшее время особенно важную роль в происхождении проляпса исследователи склонны приписывать приращенным аномалиям, особенно конституционального характера, — так называемому готическому телосложению женщины, астении и инфантилизму. Из более местных приращенных аномалий, значение которых в этиологии проляпсов выдвигается разными авторами, следует отметить малое наклонение таза ($18 - 50^\circ$ вместо нормальных 60° , по Лемаринье), далее — так называемую *spina bifida*, при которой имеет место паралич иннервирующих тазовое дно крестцовых нервов, врожденную гипоплазию мускулатуры тазового дна, чрезмерную глубину заднего дугласова кармана, наблюдаемую при инфантилизме и сопровождающуюся очень низким положением *levator'a ani*, т. е. мышцы, составляющей главную основу тазового дна, наконец, приращенную чрезмерную глубину пузырно-маточной впадины. Именно этими врожденными неправильностями естественнее всего объяснять выпадения матки, встречающиеся у молодых девушек и даже новорожденных.

Другие главную причину опущений и выпадений матки усматривают в приобретенных расслаблениях и нарушениях целостности мышечно-фасциальной основы тазового дна, особенно *levator'a ani* и мочеполовой диафрагмы. Благодаря этим расслаблениям и разрывам, являющимся обычно последствием родов, *hiatus genitalis*, т. е. то отверстие в тазовом дне, через которое проходит влагалищная трубка вместе с уретрой, значительно расширяется, —

длинник этого отверствия, например, вместо нормальных, для нерожавшей женщины 4 см доходит до 7½, а поперечник вместо 2½ см — до 6½ см. Через расширенное таким образом отверстие матка, под влиянием ютчасти собственной тяжести, главным же образом — под действием внутрибрюшного давления, и выпирается наружу так же, как, например, при пупочных грыжах кишки и сальник выпираются через расширенное пупочное кольцо.

Что чрезмерная величина hiatus genitalis действительно играет важную роль в происхождении проляпса — в этом вряд ли можно сомневаться. Наблюдения показывают, что данная аномалия чаще всего развивается у многорожавших женщин, у которых hiatus значительно расширен, благодаря многократному прохождению через него головки плода; а также у женщин с разрывами промежности, у которых также просвет этого отверствия больше нормы, и что опущение и выпадение матки сплошь и рядом начинают развиваться вскоре после родов, когда размеры hiatus genitalis не успели еще вернуться к норме. У страдающих проляпсом женщины можно, затем, и прямым исследованием убедиться, что ножки levator'a ani представляются разошедшимися.

Наблюдения новейшего времени заставляют, однако, думать, что в функциональной роли тазового дна состояние его мускулатуры не имеет уж такого исключительного значения, какое ему приписывалось еще недавно, — что здесь большое значение имеет и состояние тазовой клетчатки. В прежнее время на последнюю смотрели исключительно, как на такую ткань, которая позволяет находящимся в тазу полым органам то расширяться, то спадаться. В настоящее время думают, что ткань эта, наряду с мышцами и фасциями тазового дна, играет и важную поддерживающую роль. Выше уже было сказано, что во время империалистической войны наблюдалось значительное повышение числа проляпсов, — наблюдалось не только у нас, но и на Западе, особенно в Германии. Для объяснения этого обстоятельства выдвинута, в качестве причинного момента, тяжелая работа, выпавшая во время войны на долю женщины. Но здесь, повидимому, играл роль еще и другой фактор, а именно, уменьшение количества жировой ткани в организме женщин вообще, а в малом тазу в частности на почве ослабленного питания. Оттого у нас повышение числа проляпсов наблюдалось не только во время войны, но в еще большей степени — после нее, во время разразившегося после войны голода.

Сказанное не исключает значения и других моментов в этиологии проляпса. Шульце, Кюстнер и др. гинекологи одним из главнейших условий для возникновения последнего признают

наклонения и перегибы матки кзади (*retroversio et retroflexio uteri*). Как показывают наблюдения, наклоненная спереди матка чрезвычайно редко выпадает, ибо внутрибрюшное давление, действуя на заднюю ее стенку, прижимает ее к симфизу и прилежащим к нему мягким частям, а также к мочеполовой диафрагме (*diaphragma urogenitale*). Напротив, при ретроверзии и ретрофлексии давление, действуя на переднюю стенку матки, выпирает последнюю в просвет рукава, причем в этом же направлении действует, в стоячем положении женщины, и собственная тяжесть органа.

В относительно недавнее время большое значение в происхождении опущений и выпадений матки приписывалось, затем, выпадениям рукава. Шредер и др. гинекологи думали, что в большинстве случаев выпадение рукава предшествует маточному проляпсу, причем, будучи непосредственно связан с маткой, рукав, при выпадении, тянет книзу маточную шейку; на это влечение матка реагирует различным образом в зависимости от того, насколько сохранился связочный аппарат ее тела: если круглые, широкие и маточно-крестцовые связки утратили свою упругость и значительно растянуты под влиянием, например, перенесенных женщиною многократных беременностей, то они не в состоянии бывают удержать тело матки на нормальной высоте, — и вслед за первичным выпадением влагалища развивается вторичное выпадение матки; если же связки прочно удерживают тело матки, то она остается на своем нормальном месте, и влечение со стороны выпадающего влагалища ведет лишь к вытяжению шейки, ее удлинению, достигающему иногда такой степени, что влагалищная часть шейки начинает выпячиваться из половой щели, — получается ложный проляпс матки (*pseudoprolapsus uteri*) (см. рис. 24).

В новейшее время, однако, изложенный сейчас взгляд на связь между проляпсом рукава и проляпсом матки подвергся основательной критике. Хальбан и Гандлер, которым принадлежит одна из крупнейших современных работ по этиологии проляпса, настаивают, что выпадение рукава вовсе не влечет за собою выпадения матки или вытяжения ее шейки, но что все эти три аномалии являются результатом влияния одной и той же силы, именно внутрибрюшного давления, выпирающего — при чрезмерной ширине *hiatus genitalis* — как матку, так и рукав в просвет этого отверстия.

Нисколько не отрицая важного значения расслаблений и разрывов тазового дна в этиологии проляпсов, я лично думаю, однако, что и совершенно отрицать всякую связь между выпадениями рукава и выпадениями матки вряд ли основательно. Анатомиче-

ские исследования, — между прочим, произведенные мною совместно с Верто м, — свидетельствуют, что стенки влагалища интимно связаны с маточной шейкой при помощи мышечных пучков, и нельзя думать, чтобы смещение влагалища книзу совершенно не отражалось на положении матки (resp. ее шейки) и обратно. С этой точки зрения, есть полный смысл различать, с одной стороны, первичные выпадения матки, ведущие за собою вторичные смещения рукава, начиная сверху, с другой стороны — вторичные опущения и выпадения матки, являющиеся последствием первичных выпадений рукава. Подобное взаимоотношение несколько не исключает возможности того, что в большинстве случаев проляпсы рукава и матки действительно развиваются не последовательно, а одновременно, под влиянием действия и на матку и на рукав одной и той же силы.

Исходя из того факта, что выпадения матки, особенно полные, наблюдаются преимущественно у старух, некоторые авторы на первом месте среди этиологических моментов, обуславливающих возникновение проляпса, ставят климактерические изменения связочного аппарата матки, стенок полового канала и пр. И в самом деле мы знаем, что с наступлением климактерия во всем половом аппарате женщины происходят крупные гистологические перемены, между прочим, — что особенно важно в данном отношении, — атрофия мускулатуры и замена ее волокнистой соединительной тканью, гораздо менее упругою, чем мышечная. Факт этот делает вполне понятным частое развитие выпадений матки у старух.

Можно было бы привести еще целый ряд анатомических изменений, выдвигаемых разными наблюдателями в качестве моментов, благоприятствующих развитию опущений и выпадений матки. Так, Хюгье большое значение приписывал здесь обычно наблюдаемой при проляпсе гипертрофии шейки, благодаря которой вес всего органа значительно возрастает. Что в этом объяснении есть некоторая крупница истины, — что чем тяжелее матка, тем *caeteris paribus* более склонна, она смещаться книзу, — это, разумеется, стоит вне сомнения. Но, с другой стороны, не подлежит сомнению и то, что гипертрофия шейки проляблирующей матки является не причиной, а, наоборот, последствием проляпса, результатом того отека, который при данной аномалии обыкновенно имеет место в маточной шейке. Другие в качестве важного этиологического фактора при проляпсе выдвигают расслабленное состояние брюшного пресса и т. д.

Подводя итог тому, что имеется в специальной литературе относительно этиологии маточного проляпса, нельзя не прийти

к заключению, что в этом вопросе до сих пор есть немало темных сторон, требующих освещения. Для выяснения их исследователям, помимо клинических наблюдений, следовало бы прибегнуть к эксперименту. К сожалению, экспериментальных работ в данной области имеется очень мало, — в русской литературе, например, я нашел лишь одну такую работу, принадлежащую Новикову.

Экспериментируя на женских трупах, этот автор перерезывал широкие и маточно-крестцовые связки, тазовые фасции и levator ani, после чего пытался низводить матку через вульварное кольцо; это ему, однако, не удавалось, — мешали прикрепления рукава к соседним органам. Впрочем и идея снизу, именно делая разрез Шухардта, разрезывая levator ani и пересекая маточно-крестцовые связки, автор тоже не в состоянии был свести матку, — мешали оставшиеся связки.

Во всяком случае не подлежит, по моему, сомнению, что выпадение матки является результатом суммарного воздействия целого ряда моментов, причем, весьма вероятно, в одних случаях данной аномалии играют преимущественно роль одни моменты, в других — другие, почему и оперативная терапия проляпса должна, собственно говоря, варьировать в зависимости от особенностей каждого данного случая.

Встречаясь в практике, как уже упоминалось выше, весьма часто, маточный проляпс представляет собою весьма серьезное заболевание. Страдающие им женщины иногда не в состоянии бывают не только выполнять какую-либо работу, но даже и ходить, благодаря постоянному тягостному ощущению, «как будто, — по определению больных, — вся утроба у них хочет вывалиться». Значительно омрачают самочувствие больных и сопровождающие обычно проляпс расстройства мочеиспускания — в начальных стадиях болезни в форме частых позывов на мочу, в дальнейших же — в виде невозможности мочеиспускания (многие больные с значительными выпадениями матки не в состоянии бывают мочиться, пока не запросят рукою выпавшие части). Находясь вне половой щели, выпавшая матка легко подвергается, далее, различным инсультам, трению платьем и т. п., а так как питание ее тканей является расстроенным вследствие сопровождающего проляпса венозного стаза и отека, то понятно, почему на поверхности выпавших частей зачастую образуются язвы с характером пролежней, каковые язвы иногда являются источником кровянистых белей и заставляют больную подозревать у себя рак. В литературе описаны даже случаи полного омертвления выпавшей матки, на почве ее ущемления, со смертельным исходом. Впрочем и помимо

этого выпадения матки в отдельных, — правда, довольно редких, — случаях может вести к смертельному исходу, причем непосредственной причиной смерти здесь чаще всего бывает, повидимому, урэмия: невозможность опорожнять мочу ведет, при выпадениях матки, к застаиванию ее в пузыре, брожению и на этой почве к воспалению, а иногда некрозу слизистой оболочки пузыря; отсюда воспалительный процесс может распространиться на мочеточники, почечные лоханки и паренхиму самих почек, т. е. у больных может возникнуть пиелонефрит, а этот последний может повести к смертельной урэмии.

Выворот матки

При опущениях и выпадениях матка смещается книзу, но правильные отношения между различными слоями ее стенки, серозой и мукозой, а равно и между главными ее частями, телом и шейкой, сохраняются — брюшинный покров остается обращенным кнаружи, слизистая оболочка — кнутри, и шейка всегда лежит ниже тела. Иногда, однако, матка смещается книзу таким образом, что ее мукоза становится обращенною кнаружи, а сероза — кнутри, т. е. матка выворачивается как палец перчатки, причем шейка ее иногда оказывается стоящею ниже тела. Подобное смещение, как уже упоминалось выше, носит название выворота матки (*inversio uteri*). Нередко смещенная таким образом матка находится целиком или частью вне половой щели; т. е. выворот сочетается с проляпсом. Кроме того, как и при этом последнем, выворот матки иногда комбинируется с таковым же смещением рукава.

Механизм происхождения данной аномалии можно считать точно выясненным: чтобы матка вывернулась, необходима наличность трех условий, а именно: 1) стенки тела матки должны быть расслаблены, 2) цервикальный канал раскрыт, 3) наконец, на дно матки должна действовать, по направлению сверху вниз, какая-нибудь влекущая или давящая сила, приложенная или снаружи или изнутри. Чаще всего условия эти имеются налицо во время акта родов, именно в последовом периоде, почему и выворот матки в большинстве случаев наблюдается у рожениц.

Значительно реже выворот матки развивается независимо от родов. Обыкновенно это имеет место у гинекологических больных, страдающих субмукозными полипозными опухолями, большей частью фибромиомами. Как уже было отмечено при описании субмукозных фиброидов, матка терпит их в своей полости лишь до поры, до времени, а затем проявляет тенденцию вытолкнуть

их наружу, причем в ней происходят изменения, совершенно аналогичные тем, какие имеют место при родах, т. е. цервикальный канал раскрывается, начиная сверху, циркулярная мускулатура маточного тела то сокращается, то расслабляется, и в результате опухоль выталкивается сначала из полости матки в цервикальный канал (см. рис. 21), а потом из этого последнего во влагалище (см. рис. 114), иногда же, через половую щель, и совсем наружу. Если при этом ножка опухоли длинна, тонка и податлива, то рождение полипа не ведет за собою выворота; если же она коротка, толста и не растяжима, то, рождаясь, опухоль может увлечь книзу стенку верхней части маточного тела, т. е. произойдет выворот (рис. 167). Такой же результат может получиться и при энергичном низведении еще не родившихся или неполне родившихся субмукозных опухолей матки, сидящих на короткой неподатливой ножке, во время оперативного вмешательства.

Так как небеременная матка анатомически гораздо менее приспособлена для выворота, чем беременная или пуэрперальная матка с ее относительно-большою полостью, тонкими, мягкими стенками и пр., то естественно, что непуэрперальные вывороты относительно часто бывают неполными, и дело здесь ограничивается зачастую лишь инвагинацией верхнего отдела маточного тела в нижнюю часть маточной полости или всего тела — в цервикальный канал. В отдельных случаях, впрочем, и непуэрперальный выворот может быть полным, т. е. матка целиком может вывернуться в рукав.

Якуб, собравший сведения о 244 случаях выворота матки, сообщенных в медицинской печати за 1877—1893 гг., нашел среди них лишь 27 непуэрперальных (немного больше 11% общего числа). Во всех этих 27 случаях выворот матки был результатом



Рис. 167. Выворот матки и рукава с выпадением их, вызванный подслизистым фиброидом маточного дна (по Рейну).

рождения субмукозных опухолей. Случай выворотов, возникающих независимо от родов и опухолей, принадлежат к большим редкостям. В русской литературе мне удалось найти сведения об одном подобном случае, описанном Лесментом, где выворот произошел у 48-летней женщины, страдавшей сильными поносами, да 2 случая подобного рода были недавно описаны Кедровой.

По своему значению для организма выворот матки принадлежит к числу весьма серьезных заболеваний. Лишь в сравнительно редких случаях больные с вывороченной маткой ходят целые годы, не испытывая особенных расстройств; большею же частью они страдают истощающими маточными кровотечениями, так как, с одной стороны, вывороченная матка обычно находится в состоянии сильного венозного застоя вследствие ущемления как ее самой в области шейки, так и широких связок — в воронке выворота, а с другой — ее мукоза подвергается постоянной травматизации. На этой же почве у больных с выворотами матки развиваются бели, вывороченная поверхность изъязвляется, а иногда дело доходит и до гангрены маточной стенки.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЗИЦИИ МАТКИ

При изложении основ гинекологической диагностики было уже указано, что, кроме смещения матки по вертикальной линии, т. е. кверху или книзу, матка может, оставаясь приблизительно на нормальном уровне, представлять целый ряд неправильных положений, среди которых можно прежде всего различать патологические позиции, верзии и флексии этого органа.

С механической точки зрения матка, повторяем, может быть рассматриваема как двуплечий рычаг, точкою опоры которого служит верхний конец влагалища (влагалищные своды). Точка эта находится в геометрическом центре малого таза, т. е. на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца — по сагиттальной линии — и от обеих боковых стенок таза — по фронтальной. Такое положение ее и определяет нормальную позицию матки; если же последняя целиком, вместе с верхней частью рукава, будет более или менее стойко смещена кпереди, кзади, вправо или влево от этой точки, то получатся неправильные позиции матки — антепозиция, ретропозиция, *lateropositio dextra* (*dextropositio*) и *lateropositio sinistra* (*sinistropositio*).

Причины, обуславливающие возникновение патологических позиций матки, довольно разнообразны. Здесь прежде всего при-

ходится считаться с конституциональными особенностями организма женщины: при инфантилизме, например, маточно-крестцовые связки бывают от природы короче нормы, вследствие чего матка зачастую находится в ретропозиции (см. рис. 2); при этом же пороке развития весьма нередко из двух широких связок одна бывает короче другой, благодаря чему матка лежит в *lateropositio dextra* или *sinistra*.

Как было упомянуто, Лазаревич нашел, что из 1 000 случаев матка лишь в 599 имела срединное положение, а в 401 была смещена вбок, причем подобное боковое смещение матки чаще бывает, по мнению автора, врожденным, чем приобретенным.

Нередко причиной патологических позиций матки является, далее, наличие в малом тазу, — большей частью в заднем дугласовом кармане или между листками широких связок, — объемистых опухолей, новообразований, скоплений крови и воспалительных экссудатов. Заматочная кровяная опухоль (*haematocoele retrouterina*), помещающиеся в заднем дугласовом кармане опухоли яичников, осумкованные периметритические экссудаты и пр. обуславливают, например, резкое смещение матки *in toto* к лобку (антепозиция матки) (см. рис. 18), а гематомы широких связок, интралигаментарные опухоли и параметритические экссудаты — смещение этого органа вбок (*lateropositio uteri*).

Патологические позиции матки часто являются, затем, результатом воспалительных процессов в их конечной стадии. Периметрит, например, после рассасывания жидкого экссудата и образования спаек в заднем дугласовом кармане часто ведет к возникновению ретропозиции матки; такой же результат бывает последствием и рубцового сморщивания маточно-крестцовых связок на почве заднего параметрита, после рассасывания же параметритических инфильтратов, локализовавшихся в клетчатке широких связок, возникает *lateropositio uteri* — *dextra* или *sinistra*, в зависимости от места развития параметрита.

Наконец, разбираемые аномалии положения матки нередко развиваются после оперативного вмешательства на маточных связках, — после вылушения, например, интралигаментарных опухолей из широких связок возникает *lateropositio uteri*.

Встречаясь очень часто, неправильные позиции матки сами по себе не имеют, однако, большого патологического значения, — наблюдающиеся при них расстройства зависят обычно не от смещений матки, как таковых, но от тех заболеваний, которые служат причинами этих смещений.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАКЛОНЕНИЯ (ВЕРЗИИ) МАТКИ

Описывая в своем месте нормальное положение матки, мы уже отметили, что двуплечий рычаг, каковым является матка, нормально бывает наклонен, в стоячем положении женщины, кпереди (антеверзия): верхнее плечо рычага, образуемое маточным телом и надвлагалищною частью шейки, бывает направлено кпереди и кверху, а нижнее, состоящее из влагалищной части, — кзади и книзу, при чем степень этого наклона может физиологически варьировать в зависимости от степени наполнения соседних органов, мочевого пузыря и прямой кишки.

От физиологического наклона матки следует отличать патологические ее наклоны, которые, как и позиции, могут происходить в четырех направлениях: кпереди (патологическая антеверзия), кзади (ретроверзия), вправо (*lateroversio dextra, dextroversio*) и влево (*lateroversio sinistra, sinistroversio*). При первой из этих аномалий верхнее плечо маточного рычага оказывается, в стоячем положении женщины, направленным кпереди и — в отличие от нормальной антеверзии — не кверху, а книзу, нижнее же кзади и — опять-таки в отличие от нормы — не книзу, а кверху; при второй (см. рис. 2 и 25) верхнее плечо рычага бывает обращено кверху и кзади, нижнее же — книзу и кпереди; при третьей и четвертой верхнее плечо является направленным кверху и в одну боковую сторону, вправо или влево, а нижнее — книзу и в противоположную боковую сторону. При этом матка может быть или фиксирована в указанном положении брюшинными сращениями, либо сморщившимися рубцами в соседней клетчатке (фиксированная верзия), или сохранять свою подвижность (подвижная верзия).

Некоторые авторы склонны совершенно не признавать патологической антеверзии, или же признают таковую фиксированную антеверзию, при наличии сращений между передней маточной стенкой и брюшинным покровом мочевого пузыря. Это, однако, едва ли правильно: мы знаем случаи, — например, у беременных с отвислым животом (*venter propendens*), — когда матка стационарно находится в положении чрезмерного наклона кпереди, причем это наклонение обуславливает ряд расстройств. В подобных случаях и при отсутствии сращений есть полный смысл говорить о патологической антеверзии матки.

Причины возникновения патологических наклонов матки столь же разнообразны, как и причины неправильных позиций этого органа. Прежде всего здесь надо опять-таки считаться с конституциональными особенностями строения женского организма

и с пороками развития полового аппарата женщины вообще и маточных связок в частности. Так, например, ретроверзия матки бывает обычным спутником инфантилизма, что большинством авторов объясняется присущей последнему прирожденной короткостью маточно-крестцовых связок, а некоторыми — короткостью передней стенки рукава, которая вытягивает нижний конец маточного рычага впереди, тогда как верхний конец отклоняется кзади.

Более или менее объемистые опухоли (новообразования, осумкованные скопления крови и осумкованные брюшинные выпоты), если они давят лишь на одно плечо маточного рычага, — обыкновенно верхнее, — могут также быть причинами разбираемых аномалий положения матки. Та же ретроверзия, например, почти как правило, наблюдается при более или менее объемистых опухолях яичника, сидящих на ножке. Зависит это от того, что названные опухоли, достигши более значительного объема и поднявшись в большой таз, обыкновенно вплотную прилегают к передней брюшной стенке, причем нижним своим отрезком они давят на переднюю стенку маточного тела и заставляют верхнее плечо маточного рычага отклониться кзади, к крестцу.

Еще более значительную роль в происхождении патологических версий матки играют воспалительные процессы в тазовой брюшине и клетчатке, в последних своих стадиях. Периметрит, локализовавшийся, например, в маточно-пузырной впадине, ведет к образованию спаек между передней поверхностью тела матки и брюшиной мочевого пузыря, результатом чего является патологическая антеверзия матки; периметрит, локализовавшийся в заднем дугласовом кармане, в конечной стадии ведет зачастую к образованию фиксированной ретроверзии матки; периаднексит, т. е. воспаление заднего листка широкой связки в окружности яичника и трубы, сопутствующее сальпинго-оофориту, является наиболее частою причиною наклона матки вбок (*lateroversio uteri*). Эта последняя аномалия нередко бывает последствием и развития рубцовой ткани в клетчатке широких связок на почве параметрита.

Такое же влияние оказывают на положение матки, в смысле возникновения наклонов этого органа, рубцы, обязанные своим происхождением операционной, родовой и др. травмам. После оперативного удаления опухолей придатков, например, очень часто развивается *lateroversio uteri*, вследствие рубцового сморщивания той широкой связки, которая подверглась операционной травме; после задней кольпотомии с применением дренажа, вследствие образования сращений в заднем дугласовом кармане, возникает

ретроверзия матки, после родов при узком тазе, на почве придавливания головкой плода мягких частей родового канала к стенкам таза и омертвения этих частей, нередко развиваются рубцы в области рукавных сводов, каковые рубцы, сморщиваясь, притягивают нижнее плечо маточного рычага, т. е. влагалищную часть шейки, кпереди, кзади или в сторону, причем верхнее плечо отклоняется в противоположном направлении,— и получается патологическая верзия матки.

Говоря об операционной травме, как причине патологических наклонений матки, следует отметить, что иногда такое положение матки умышленно создается при операции. Так, при операции



Рис. 168. Чрезмерная антеверзия матки после операции Ш а у т а - В е р т г е й м а (по Го ф мей е р у).

Ш а у т а - В е р т г е й м а, предпринимаемой по поводу проляпса, умышленно создается чрезмерная антеверзия матки (рис. 168); то же самое следует сказать и относительно вагинофиксации.

Помимо перечисленных сейчас причин в происхождении патологических наклонений матки могут играть роль и другие этиологические моменты. Так, в возникновении патологической антеверзии матки у беременных главную роль играет чрезмерное растяжение брюшных стенок под влиянием предшествовавших беременностей,

благодаря которому увеличенное тело матки не находит себе достаточной опоры спереди. Патологическая антеверзия матки образуется также при грыжах этого органа — белой линии, паховых и бедренных.

Особенно разнообразными бывают этиологические моменты, способствующие возникновению той из аномалий, принадлежащих к группе верзий, которая имеет наиболее важное патологическое значение,— мы разумеем ретроверзию матки. Длительное пребывание женщины в лежачем положении на спине после родов и операций, расслабление круглых маточных связок, имеющееся, например, у родильниц, значительная тяжесть тела матки при опухолях, порочной обратной инволюции после родов и пр., переполнение

мочевого пузыря и т. п. моменты порознь и вместе несомненно могут способствовать наклонению маточного рычага кзади, а так как суммирование этих моментов наиболее часто имеет место в послеродовом периоде, то становится понятным, почему разбираемая аномалия положения матки так нередко впервые замечается именно у родильниц. Наиболее важное значение в генезе ретроверзии некоторые из современных авторов отводят, однако, опущению кишечных петель в пузырно-маточную впадину.

При нормальных условиях, — указывают эти авторы, — пузырно-маточный карман бывает свободен от кишек, ибо тело матки своею переднею поверхностью вплотную прилежит к мочевому пузырю, тогда как в прямокишечно-маточную впадину кишечные петли, напротив, могут опускаться; благодаря этому внутрибрюшное давление в норме действует на заднюю стенку матки, наклоняя этот орган кпереди. Иногда, однако, задний дугласов карман оказывается свободным от кишечных петель, которые зато опускаются в маточно-пузырную впадину, причем внутрибрюшное давление действует на переднюю стенку матки, и она переходит в положение ретроверзии. Что такое объяснение происхождения ретроверзии для многих случаев вполне вероятно, — за это говорит, по-моему, факт частого обнаружения данной аномалии у женщин, у которых при беременности наблюдается как раз противоположная аномалия, патологическая антеверзия матки именно у женщин с отвислым животом и вялыми, растянутыми брюшными стенками, — подобное состояние последних несомненно благоприятствует смещению кишек в маточно-пузырную впадину.

Некоторые из современных наших исследователей могли, далее, установить этиологическую связь между ретроверзией матки и профессией женщины.

При разборе причин, благоприятствующих возникновению ретроверзии матки, нелишне будет сказать в заключение несколько слов о связи, существующей между этой аномалией и опущениями рукава. Всякому гинекологу известно, что ретроверзия матки очень часто встречается совместно с опущением рукава. Подобное сочетание, весьма возможно, в значительной мере объясняется просто тем, что одни и те же причины, одновременно вызывают как первую, так и вторую из названных неправильностей. Нельзя, однако, отрицать, что между ними имеется и этиологическая связь, притом, по моему мнению, двоякая: с одной стороны, ретроверзия матки способствует возникновению опущения рукава, с другой — и эти последние, в свою очередь, могут оказывать такое влияние на матку, что она стремится наклониться кзади. Другими словами,

между опущениями рукава и ретроверзией матки существует такая же связь, какая выше была указана для опущений (или выпадений) матки и рукава.

Относительно значения наклонной матки для организма следует заметить, что юни гораздо более, чем патологические позиции этого органа, заслуживают названия настоящих болезней, так как эти аномалии сами по себе, независимо от причин, их вызывающих, и осложнений, им сопутствующих, вызывают ряд расстройств. Так, патологическая антеверзия обуславливает обыкновенно расстройства со стороны мочевого пузыря в форме частых позывов на мочу. Особенно, однако, серьезным является значение ретроверзии, к которой в данном отношении приложимо, до известной степени, все то, что на этот счет будет ниже сказано относительно ретрофлексии матки.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕГИБЫ (ФЛЕКСИИ) МАТКИ

Как уже неоднократно указывалось выше, верхнее, более длинное плечо того рычага, который представляет собою, с механической точки зрения, матка, состоит из двух частей: маточного тела и надвлагалищной части шейки. При этом иногда продольные оси обеих названных частей образуют одну прямую или только слегка дугообразно изогнутую линию, иногда же они пересекают одна другую под углом. В последнем случае мы говорим о перегибе или флексии матки. Смотря по тому, куда бывает открыт этот угол, верхушка которого находится в области внутреннего зева,— впереди, сзади, вправо или влево,— мы различаем среди флексий, как и среди позиций и верзий, четыре разновидности: антефлексию, ретрофлексию, *lateroflexio dextra* и *lateroflexio sinistra*.

Антефлексия,— как опять-таки не раз указывалось выше,— зачастую является нормальным положением матки. От этой нормальной антефлексии матки (см. рис. 22) надо, однако, отличать патологическую антефлексию (см. рис. 2), которая разнится от нормальной тремя существенными признаками: 1) при нормальной антефлексии верхнее плечо маточного рычага бывает изогнуто под тупым углом, при патологической же — под острым; 2) при нормальной антефлексии угол перегиба легко может быть разогнут так, что все верхнее плечо маточного рычага будет прямым, при патологической же — нет; 3) наконец, нормальная антефлексия не сопровождается никакими расстройствами, при патологической же у женщины обыкновенно имеют место припадки механической дисменореи и бесплодие.

Что касается этиологии патологической (остроугольной) антефлексии, то в прежнее время последняя считалась одним из проявлений инфантилизма, причем развитие ее ставилось в связь с присущею инфантилизму короткостью маточно-крестцовых связок: благодаря этой короткости маточно-крестцовые связки оттягивают границу между телом матки и ее шейкой, т. е. область внутреннего зева, кзади, тогда как круглые связки, при содействии внутрибрюшного давления, действующего на заднюю стенку матки, удерживают дно последней на нормальном месте, — и в результате получается резкая антефлексия. В пользу такого объяснения говорит то обстоятельство, что действительно остроугольной антефлексии матки в большинстве случаев сопутствуют и другие характерные признаки инфантилизма (плохо развитое тело матки, длинная, коническая шейка и пр.).

В настоящее время думают, что — по крайней мере иногда — патологическая антефлексия развивается на почве другой конституциональной аномалии, именно так называемой спазмофилии, причем вызывающее ее укорочение маточно-крестцовых связок имеет место лишь во время гинекологического исследования женщины, вследствие неизбежно вызываемого последним раздражения. Мои личные наблюдения говорят, что для некоторых случаев и это объяснение является вполне основательным: мне неоднократно приходилось во время бимануального исследования женщин перед операциями констатировать у них наличие резкой антефлексии матки, между тем как при осмотре тазовых органов во время самой операции (чревосечения), и, конечно, в глубоком наркозе оказывалось, что матка перегнута кпереди лишь в очень умеренной степени. Впрочем инфантилизм и спазмофилия (а также астения) весьма нередко, повидимому, существуют одновременно.

Возникая в большинстве случаев на почве врожденных моментов, данная аномалия бывает, однако, и приобретенной, при чем главная роль в происхождении такой приобретенной остроугольной антефлексии должна быть отведена, повидимому, рубцовому сморщиванию маточно-крестцовых связок на почве воспаления окружающей их клетчатки (задний параметрит) (рис. 169).

Гораздо реже эта аномалия бывает результатом давления, производимого, например, опухолями яичников на заднюю стенку тела матки, и т. п.

Lateroflexio uteri, по мнению некоторых авторов, всегда является пороком развития — по крайней мере в чистом виде; будучи же результатом сочетания ретрофлексии с перекручиванием матки

по оси, она может быть и приобретенной (аномалией, возникающей на почве воспалительного сморщивания одной из широких связок при сальпинго-оофорите.

Что касается, наконец, ретрофлексии, то, так как она представляет собою в сущности дальнейшую ступень ретроверзии, то и в отношении происхождения ее можно повторить то же, что выше было сказано об этиологии этой последней аномалии. Правда, Гутнер, исследовав половую сферу у 150 малолетних девочек, ни разу не встретил у них ретрофлексии, почему и думает, что последняя никогда не бывает врожденной, а всегда приобретенной. Но это положение слишком противоречит существующим взглядам на этиологию ретрофлексии, чтобы его можно было принять без дальнейшей тщательной проверки.

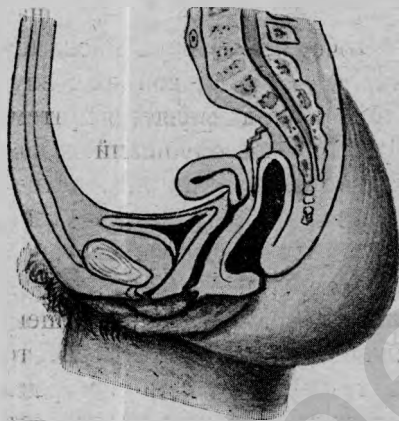


Рис. 169. Патологическая антефлексия матки при заднем параметрите (схематически, по Шульце).

Клиническое значение патологической антефлексии достаточно охарактеризовано тем, что нами выше было сказано о расстройствах, сопутствующих этой неправильности. Что же касается ретрофлексии, то современные гинекологи держатся в этом отношении различных взглядов. Многие утверждают, что сама по себе ретрофлексия матки не может быть рассматриваема как болезнь, ибо она не вызывает никаких расстройств,—если таковые у женщин с ретрофлексированной маткой иногда и наблюдаются, то они зави-

сят не от данной аномалии положения матки, а от сопровождающих ее осложнений. С таким взглядом, однако, вряд ли можно согласиться без оговорок. Правда, у некоторых больных с неосложненной ретрофлексией действительно не наблюдается никаких расстройств, но это обстоятельство еще не говорит против патологического значения ретрофлексии вообще,—ведь и фибромиомы матки, даже достигши значительных размеров, не дают у некоторых больных решительно никаких расстройств, и однако никто не считает их совершенно безразличными образованиями. В целом ряде случаев ретрофлексии, даже и неосложненной, присущ целый комплекс припадков. Так как перегиб матки кзади неизбежно сопровождается перегибом широких связок, где пробегают как маточные артерии, так и вены и так как перегиб

гораздо больше отражается на венах с их тонкими, малоупругими стенками, чем на артериях, то приток крови к ретрофлексированной матке остается нормальным, отток же — затрудненным, почему перегнутая кзади матка зачастую находится в состоянии венозного стаза. Благодаря последнему перегнутое кзади тело матки при исследовании дает обыкновенно картину, свойственную хроническому метриту, — оно увеличено, плотно наощупь и отличается шаровидной конфигурацией. На этой же почве у больных с таким положением матки имеют иногда место меноррагии, бели и тупые боли в области таза, а некоторые авторы (у нас, например, Якубовский) в случае острой ретрофлексии наблюдали даже развитие настоящего шока. Увеличенное тело матки, сдавливая прямую кишку, вызывает иногда, далее, у больных с ретрофлексией запоры и геморроидальные расстройства, а смещенная кпереди маточная шейка, производя давление на шейку мочевого пузыря, вызывает расстройства мочеиспускания в форме частых позывов на мочу. Как уже было сказано выше, перегиб матки кзади является, затем, моментом, играющим важную роль в этиологии опущений и выпадений матки, да и сама ретрофлексия еще больше, чем ретроверзия, может быть рассматриваема как начальная ступень опущения матки, ибо ретрофлексированная матка уже eo ipso стоит ниже нормы. Благоприятствует ретрофлексия и опущению (или вывороту) рукава: так как матка — и в частности маточная шейка — стоит при ней ближе к половой щели, чем нормально, то уже в силу этого обстоятельства стенки рукава, особенно передняя, образуют при этой аномалии складки или выпячивания в просвет рукава, причем выпячивание передней рукавной стенки сопровождается соответственным смещением и связанного с нею мочевого пузыря (cystocele). Наконец, как я мог убедиться из личного опыта, ретрофлексия часто дает рефлекторным путем разнообразнейшие расстройства со стороны нервной системы. Все это дает право считать данную аномалию в некоторых случаях настоящим болезнью, требующую врачебного вмешательства.

Способность ретрофлексии вызывать, рефлекторным путем, различные расстройства со стороны иногда очень отдаленных от половой сферы женщины органов давно уже бросалась в глаза и другим наблюдателям, и в литературе имеется целый ряд показательных наблюдений подобного рода. В качестве примера указываю на случай, описанный Исполатовым, где эта аномалия вызвала у больной неукротимую икоту, прошедшую лишь после репозиции матки с предварительным зашиванием имевшегося у пациентки разрыва промежности. Попытки объяснить расстрой-

ства, наблюдаемые в таких случаях, истерией, а целебные результаты исправления ретрофлексии — внушением едва ли могут выдержать строгую критику.

ПОВОРОТ И ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ МАТКИ ПО ПРОДОЛЬНОЙ ОСИ

Иногда матка, оставаясь на своем нормальном уровне, под влиянием различных механических причин вращается около своей продольной оси так, что ее ребра, обычно обращенные в стороны,

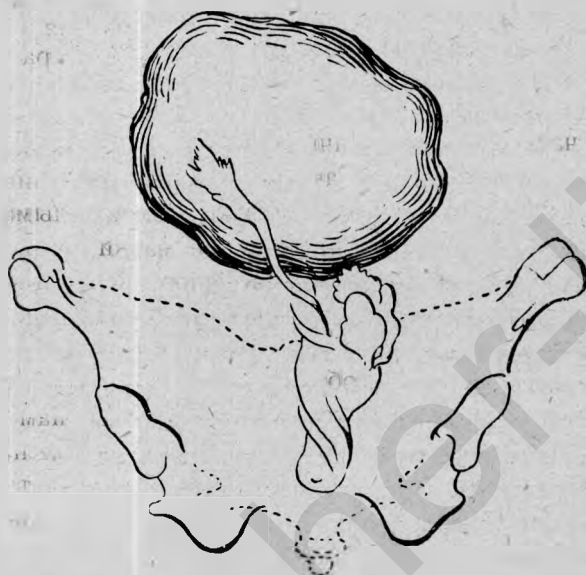


Рис. 170. Осевое перекручивание матки в зависимости от перекручивания ножки яичниковой опухоли (по Кюстнеру).

начинают смотреть кпереди и кзади, а поверхности вместо того, чтобы смотреть кпереди и кзади, становятся обращенными вправо и влево. Такое вращение испытывает иногда вся матка целиком — вращение матки (*rotatio uteri*), иногда же ему подвергается только маточное тело, шейка же не принимает в нем участия — перекручивание матки (*torsio uteri*).

Незначительные степени поворота (ротации) и перекручиваний (торзии) матки по длинной оси зачастую наблюдаются под влиянием даже чисто физиологических причин. В курсах акушерства, например, обыкновенно указывается, что во время беременности матка, особенно ее тело, обнаруживает склонность поворачиваться своим левым ребром кпереди, правым — кзади; при переполнении прямой кишки имеет, повидимому, место некоторое вращение матки в противоположном направлении и пр. Гораздо более значительное вращение матки около продольной оси бывает иногда при опухолях как самой матки, так и ее придатков. Особенно резкие перекручивания этого органа наблюдаются при субсерозных фибромиомах: как уже было сказано выше, при описании этих ново-

образований дело здесь может доходить до полного откручивания маточного тела от шейки. В более редких случаях сильная торзия матки может развиваться на почве перекручивания ножки и вообще смещения яичниковых опухолей (рис. 170).

Мне пришлось однажды наблюдать и оперировать экзквизитный случай комбинированной опухоли яичника (дермоида в сочетании с железистой кистой), значительную свою часть сидевшей межсвязочно, смещение которой повлекло за собою перекручивание матки на 180° и такие нарушения нормальных взаимоотношений между органами малого таза, что мочевого пузыря оказался расположенным сзади матки, а эта последняя — сейчас за симфизом. Интересно, что в этом случае столь значительные изменения не вызвали у больной ровно никаких припадков — ни болей, ни расстройств мочеиспускания.

В большинстве случаев, однако, значительная торзия матки ведет за собою сильные расстройства. Так как в перекручивании обыкновенно принимают участие и широкие связки с заложенными в них маточными сосудами, то в теле перекрученной матки кровообращение резко нарушается, и развиваются венозный застой и отек, а иногда дело доходит и до некроза; одевающий маточное тело периметрий реагирует на эти изменения воспалительным процессом с последовательным образованием сращений, — словом, развивается такая же клиническая картина, какая нами уже была описана при перекручивании ножки яичниковых опухолей. Но этого мало: ввиду того, что цервикальный канал в месте перекручивания делается непроходимым, — отток как менструальной крови, так и отделимого желез маточной мукозы прекращается, и у больных последовательно могут возникнуть гематометра и гидрометра; нечего и говорить, что женщина при этом утрачивает способность к зачатию. Далее, перекручивание отражается и на соседних органах — трубах, яичниках, мочевом пузыре. Все это делает данную аномалию с клинической точки зрения заболеванием весьма и весьма серьезным.

Грыжи матки

Говоря о неправильностях положения матки, мы должны, в заключение, упомянуть о тех случаях, когда этот орган оказывается смещенным в грыжевой мешок. Такие случаи в общем представляют большую редкость. Еще чаще это бывает при паховых грыжах, — при которых, кстати сказать, тело матки, спускаясь чрез расширенный паховый канал, может очутиться внутри той или другой из больших половых губ, — реже при бедренных

грыжах. Предрасполагающими к такому смещению моментами являются пороки развития матки, именно ее раздвоения, а также наклонения этого органа вбок (*lateroversio uteri*).



Рис. 171. Грыжа беременной матки в рубце после аппендэктомии.

Как и всякий другой орган, находящийся в грыжевом мешке, матка при таких смещениях может подвергнуться ущемлению в грыжевых воротах — особенно, если она увеличится под влиянием, например, беременности, развития в ней фибромиом и т. п. Тогда развивается обычная для инкарцерации бурная картина, заставляющая врача прибегать к немедленному оперативному вмешательству для сохранения не только здоровья, но и самой жизни больной. К такому вмешательству пришлось мне недавно прибегнуть в одном экзквизитном случае грыжи беременной матки в рубце после операции аппендэктомии (рис. 171).

2. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ РУКАВА

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ РУКАВА

Подобно матке и рукав нередко смещается таким образом, что стенки его начинают занимать более низкое положение, чем нормально, или оставаясь выше половой щели, или выпячиваясь через нее. По аналогии с соответственными смещениями матки эти аномалии положения рукава также носят названия опущений (*descensus*) и выпадений (*prolapsus*), причем, — смотря по тому, лежит ли весь рукав, или только часть его, вне половой щели, — среди выпадений этого органа также различают полные (*prolapsus vaginae completus*) и неполные (*prolapsus vaginae incompletus*). Так как, однако, при этих аномалиях меняется взаимное положение слоев рукавной стенки, — мукоза начинает смотреть кнаружи, а одевающая рукав с периферии клетчатка — кнутри, то здесь правильнее было бы говорить о вывороте рукава (*inversio vaginae*).

В большинстве случаев опущения и выпадения рукава имеют место одновременно с аналогичными смещениями матки, — если особенно ретроверсию-флексию последней рассматривать вместе с Шульце как начальную ступень опущения. Это и вполне понятно: с одной стороны матка и рукав, топографически будучи ближайшими соседями, находятся в сходных условиях воздействия на них этиологических моментов, вызывающих пролапс; с дру-

гой — оба эти органа находятся в непосредственной анатомической связи, и потому смещение одного из них не может не отражаться на положении другого. Раз это так, то и об этиологии подобных опущений и выпадений, в которых принимают участие и матка и рукав, нам пришлось бы в главных чертах повторить по отношению к рукаву почти то же, что выше было сказано об этиологии опущений и выпадений матки. Правы поэтому те гинекологи, которые рассматривают опущение и выпадение рукава и матки совместно как одно заболевание.

Встречаются, однако, в практике, хотя и гораздо реже, такие случаи, где опущения и выпадения рукава имеют место независимо от соответствующих смещений матки и где последние — по крайней мере вначале — лежат совершенно нормально. При этом опущенную (или выпавшую) может быть или передняя стенка — *descensus s. prolapsus vaginae anterior*, или задняя — *descensus s. prolapsus vaginae posterior*. Смещение передней стенки обыкновенно бывает соединено с соответствующим смещением части мочевого пузыря — цистоцеле (см. рис. 4); что же касается смещения задней стенки, то оно может быть выражено или в верхней части ее, одетой брюшиной, или в нижней, прилегающей к прямой кишке; в случаях первого рода вместе со стенкой рукава выпячивается также, конечно, и передняя стенка заднего дугласова кармана, а равно находящиеся в последнем петли тонких кишек (*enterocele vaginalis posterior*, по терминологии Фро-рипа), в случаях второго рода большею частью выпячивается и передняя стенка прямой кишки — ректоцеле.

Такие изолированные опущения и выпадения рукава зачастую представляют собою не что иное, как начальные стадии общего маточно-рукавного проляпса, — стадии, имеющие место тогда, когда вызывающие последний этиологические моменты не успели еще подействовать на матку, но уже успели вызвать смещение рукава (первичные опущения и выпадения рукава). Как уже было упомянуто выше, при разборе этиологии маточного проляпса, одним из главнейших таких моментов является чрезмерная величина *hiatus genitalis* вследствие или стойкого расширения его под влиянием родов, или разрывов тазового дна. Так как рукав находится ближе к *hiatus genitalis*, играющему при этом роль грыжевых ворот, то естественно он и смещается в эти ворота первым, тогда как матка некоторое время может еще оставаться на месте.

От подобных случаев изолированного опущения (или выпадения) рукава, в этиологическом отношении совершенно тожде-

ственных со случаями общего маточно-рукавного проляпса, надо отличать другие, где действие вызывающих смещение моментов ограничивается исключительно стенками рукава, совершенно не затрагивая матки. Если, например, рукавные стенки будут вследствие тех или иных причин (недостаточная обратная инволюция после родов, расхождение составляющих эти стенки тканей, рубцы и т. п.) недостаточно резистентны, а давление в соседних полых органах будет повышено (застой мочи в мочевом пузыре, скопление кала в прямой кишке, значительный асцит и объемистые опухоли в брюшной полости), то могут возникнуть изолированные выпячивания влагалищных стенок вместе с названными органами, т. е. или опущение (либо выпадение) передней стенки рукава с цистоцеле, или такое же смещение верхней части задней рукавной стенки с энтероцеле, или проляпс нижней ее части с ректоцеле, между тем как матка может оставаться в совершенно нормальном положении.

Впрочем и здесь нормальное положение матки сохраняется лишь в первое время. В дальнейшем, когда смещение нижнего отрезка полового канала, т. е. рукава, постепенно прогрессирует, достигнет значительной степени, оно мало-по-малу начинает отражаться и на положении верхнего отрезка его, т. е. матки.

В отношении значения для организма и изолированные опущения (или выпадения) рукава далеко не могут считаться безразличными. Уже одни расстройства мочеиспускания, наблюдающиеся при цистоцеле, и расстройства дефекации, свойственные ректоцеле, заставляют гинеколога серьезно относиться к разбираемой аномалии.

Говоря о клиническом значении изолированных опущений и выпадений рукава, упомянем еще, что они могут подать повод к диагностическим ошибкам с весьма серьезными последствиями. Лукин и Михельсон описали один случай, где выпячивание рукавной стенки (повидимому, *enterocele vaginalis posterior*) было принято за маточный полип и ампутировано, причем в мнимом полипе оказались сальник и части кишки.

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ МАТОЧНЫХ ПРИДАТКОВ

Так как яичники и фаллопиевы трубы находятся в тесной анатомической связи с маткой, то естественно, что при смещениях этого органа и они смещаются соответствующим образом. Очень часто, однако, маточные придатки изменяют свое положение и независимо от смещений матки.

Хотя яичник и удерживается на своем нормальном месте при помощи целых трех связок — широкой, собственно-яичниковой и воронко-яичниковой, — однако связки эти поддерживают его настолько слабо, что при увеличении его объема и веса, под влиянием ли развивающихся в нем новообразований, или даже под влиянием воспаления, он легко отвисает, иногда спускаясь до самого дна заднего дугласова кармана, где нередко, при воспалении, и фиксируется брюшинными спайками. То же самое следует сказать и относительно труб (рис. 172).

Благодаря своему экстрамедиальному положению и большей подвижности, яичники и трубы гораздо легче матки смещаются далее, в грыжевые мешки, при паховых и бедренных грыжах.

Указанные неправильности положения маточных придатков не лишены известного практического значения. Если воспаленный яичник будет смещен на дно заднего дугласова кармана, то у замужних женщин он легко подвергается механическому раздражению при половом сношении, а также во время дефекации, когда значительные количества каловых масс проходят по прямой кишке. Легко травмируются и яичники, находящиеся в грыжевых мешках, не говоря уже о возможности для них подвергнуться ущемлению. К аналогичным расстройствам может вести и смещение фаллопиевых труб.

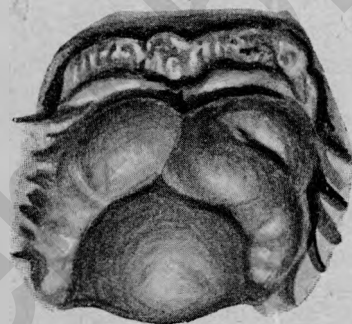


Рис. 172*. Обычное положение сактосальпинксов (сзади несколько сбоку от матки) (по Келли).

Говоря о смещениях маточных придатков, мы должны также упомянуть о перекручивании их. Подобное перекручивание нередко наблюдается как при яичниковых опухолях, так и при трубных (сактосальпинксах), хотя в отдельных случаях перекручиванию, иногда доходящему до полного откручивания, могут, по видимому, подвергаться и не измененные или мало измененные, придатки (Кадыгробов, Белиц). Последствия перекручивания были указаны нами в своем месте, именно, при разборе патологии яичниковых опухолей.

Дополнение

Выпадения слизистой оболочки женской уретры

Наряду с другими заболеваниями мочевого аппарата у женщин врачу-гинекологу приходится иногда иметь дело с выпадениями слизистой оболочки мочеиспускательного протока. Выпадения эти

наблюдаются чаще у девочек и женщин в климактерическом возрасте, причем выпавшие части могут достигать довольно значительной величины (с китайское яблоко в случае Кушева и одном случае, наблюдавшемся мною недавно). В этиологии их, по Ануфриеву, играют роль изменения в мышцах тазового дна, недостаточность эластической ткани, артериосклероз, механические инсульты и пр., а по моим наблюдениям — также ретроверзия-флексия матки. Главными симптомами проляпса уретральной мукозы являются частые позывы на мочу, затруднения мочеиспускания, недержание мочи, чувство жжения и кровотечения из уретры. Выпавшие части можно смешать с новообразованиями уретры — как злокачественными (рак, саркома), так и доброкачественными (карункулы уретры, папилломы, фибромы).

V. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1. ЧАСТОТА И ЭТИОЛОГИЯ

Хотя половые органы женщины, особенно важнейшие из них, т. е. матка и яичники, уже благодаря своему положению, казалось бы, надежно защищены от травматических повреждений, однако последние далеко не составляют редкости. Причина этого лежит в том, что среди них на первом плане стоят повреждения родового происхождения. Во время родов относительно объемистое тело плода проходит через сравнительно узкий половой канал; естественно, что стенки последнего при этом сильно травмируются и легко повреждаются. Повреждения эти, — разрывы различных отделов полового канала, из узур с образованием свищей и разрывы сосудов с образованием гематом, — были уже нами подробно разобраны в курсе акушерства. Некоторые из этих повреждений, — вроде, например, разрывов тела матки, верхних частей шейки и верхних отрезков рукава, а также, пожалуй, гематом, — дают значительные припадки и требуют врачебного вмешательства преимущественно лишь в первое время после своего возникновения, почему и не рассматриваются обыкновенно в курсах гинекологии; но другие, — упомянем, например, о разрывах наружного зева и промежности, о свищах полового канала и пр., — серьезно сказываются на здоровье больных и долгое время спустя после родов, их вызвавших, почему с ними и приходится считаться гинекологу.

Травматические повреждения, наблюдающиеся в половой сфере женщины, далеко не исчерпываются, однако, лишь родовой травмой, — существуют и многие другие моменты, ведущие к этого сорта заболеваниям женского полового аппарата. Упомянем из

них прежде всего о совокуплении. Уже при нормальных условиях первое половое соитие почти всегда сопровождается травматическими повреждениями половых частей женщины, именно разрывами девственной плевы, дающими известное кровотечение (в отдельных случаях это кровотечение бывает настолько значительно, что становится опасным и требует для своей остановки врачебного вмешательства). Иногда, впрочем, половое сношение даже с нормальной взрослой женщиной может дать гораздо более серьезные повреждения, каковы: отрывы гимена, разрывы промежности и уретры, сквозные прободения прямокишечно-влагалищной перегородки с образованием каловых и мочевых свищей, разрывы рукава (иногда сквозные) в области сводов, отрыв последних от шейки и т. п. Наблюдается это преимущественно при слишком бурном половом сношении (чрезмерное половое возбуждение, опьянение) и не надлежащем направлении силы, применяемой мужчиной во время акта соития (оттого повреждения эти сравнительно часто имеют место у неопытных супругов в первую брачную ночь). Особенно легко, однако, происходят обширные травматические повреждения женской половой сферы при половом соитии там, где имеется несоответствие между размерами полового члена у мужчины и рукава у женщины (совокупление с несовершеннолетними и старухами, с женщинами, у которых влагалище отсутствует или значительно недоразвито, и т. п.).

Уже самый характер и обширность указанных повреждений говорят за их опасность. И действительно, наблюдения показывают, что при них нередко имеют место опасные кровотечения, а иногда дело кончается и смертью — от сепсиса, перитонита и пр.

Верт, разобрав материал Гинекологического отделения Обуховской больницы в Петрограде за 4 года (1910—1914 гг.), на 24 686 больных встретил 26 случаев повреждений рукава при половом сношении (0,15%), причем в 18 из этих случаев наблюдалось сильное кровотечение, а одна больная погибла от сепсиса. Расплюва-Виноградова, в 1907 году, могла найти в литературе сведения о 20 случаях тяжелой травмы женских половых частей при совокуплении, а Розов, 3 года спустя, мог присоединить сюда еще 16 случаев.

В частности, отрыв гимена при половом соитии был описан в русской медицинской литературе, Заболотским, разрыв уретры — Есиповым, глубокая рваная рана в области ладьевидной ямки — Скробанским, разрывы промежности — Масалитиновым, Синайским, Лебедевым (подный разрыв) и Бездетновым, разрывы рукава и отрывы сводов — Бартедем, Бирюковым, Гиммельфарбом, Вольфовичем, Львовым, Михновым, Поповой, Левиным и мн. др. авторами,

обширная гангрена вульвы и промежности после полового соития — Михайловым, разрыв уретры и шейки мочевого пузыря — Калмыковым, образование вульво-ректальных свищей — Боряковским, Савиным, Смоличевым, Феноменовым, Гальбрейхом, Писемским и Вольтманом, прямокишечно-влагалищные свищи — Боряковским, Синайским, Лезиным, Распоповой-Виноградовой и Розенбергом (случай образования такого свища наблюдался однажды и мною в Казанской клинике), а пузырно-рукавные — Масалитиновым и Шефтелем.

Кроме того, после совокупления, произведенного в конце беременности, перед регулами и во время регул, Шостак и Штерн наблюдали образование заматочных кровяных опухолей (*haematocoele retrouterina*), Мишин — развитие гематомы широкой связки, а мне пришлось на этой же почве видеть развитие юбемистой гематомы вульвы.

Травматические повреждения женских половых частей могут быть иногда и результатом врачебного вмешательства, а именно неосторожного исследования и особенно операций. На почве первого могут возникать преимущественно разрывы беременных труб и кистовидных опухолей маточных придатков (сактосальпингсов, кист и кистом яичника и пр.) — при слишком энергичной пальпации, а также прободения матки — при неосторожном зондировании и пробном выскабливании, и повреждения эти, как уже отмечалось в своем месте, нередко являются источниками смертельной опасности для больных, — при разрыве беременной трубы женщина может погибнуть от внутреннего кровотечения, при лопании кист с инфицированным содержимым — от перитонита, перфорация матки может также повести к сильному кровотечению и инфекции брюшины. Что касается, операций, то, собственно говоря, всякое гинекологическое оперативное вмешательство сопровождается травматическим повреждением тканей и органов женского полового аппарата, но это повреждение в большинстве случаев бывает умышленным и предпринимается в интересах больной. Нередко, однако, гинекологические операции, даже будучи производимы вполне правильно, сопровождаются такими повреждениями женской половой сферы и соседних с нею органов, которые являются совершенно нежелательными для оперирующего. Укажу, в качестве примера, на повреждение стенок мочевого пузыря и мочеточников, с последующим образованием пузырно-влагалищных и мочеточниково-влагалищных свищей, при расширенной экстирпации матки по поводу рака.

К упомянутой сейчас категории травматических повреждений женских половых частей близко примыкает другая, где повре-

ждения являются результатом, если так можно выразиться, преступных операций, выполняемых обыкновенно лицами не врачебного звания, иногда с согласия самих больных, а иногда и без него, из побуждений религиозного фанатизма, ревности, желания прервать имеющуюся беременность и пр.

Повреждения этого рода подробно разбираются обыкновенно в курсах судебной медицины, почему я ограничусь здесь лишь кратким упоминанием о некоторых из них.

В России, например, еще не так давно была довольно распространена секта скопцов, адепты которой уродовали женщин, удаляя у них клитор, половые губы, груди и пр. В судебно-медицинском отношении секта эта была изучена у нас главным образом Пеликаном. Кроме этого автора, ценные указания на скопческие операции можно найти в работах Лапина, Славянского, Зедергольма, Шепилевского и др. Мне самому однажды пришлось исследовать взрослую женщину, у которой, несомненно, еще в детском возрасте было произведено удаление клитора и половых губ с целью оскотления.

Интересный случай повреждения наружных половых частей женщины из побуждений ревности был описан Генрихсеном. В этом случае муж, чтобы гарантировать себя от измены со стороны жены, сделал у ней отверстия в половых губах и продел в них специально устроенный золотой замок, — мера, к которой прибегали иногда ревнивые мужья еще в средние века.

О повреждениях, наблюдающихся при попытках прервать беременность, было уже сказано в курсе акушерства.

Сравнительно нередким источником травматических повреждений полового аппарата у женщин являются, далее, так называемые «инородные тела», встречающиеся чаще всего в рукаве, реже — в матке, мочевом пузыре, соседних с половой сферой отделах брюшной полости и пр. В большинстве случаев тела эти вносятся туда — как самими больными, так и посторонними лицами — умышленно, с известной целью, а затем или остаются здесь, будучи просто забыты, или оставляются по неумению извлечь их обратно, или сознательно оставляются в определенных видах; реже они попадают в рукав и др. органы совершенно случайно. Цели, с которыми они вносятся, являются разнообразными: иногда их вводят для оперативных целей, иногда — для ортопедических (обыкновенно — для того, чтобы удержать выпадающую матку), иногда — для вызывания выкидыша, иногда — с целями матурбации, иногда — для усиления полового чувства у женщины при нормальном половом соитии и т. д. Чрезвычайно разнообразными являются и сами эти тела: среди них мы встречаем различные

инструменты, пессарии (нередко — самодельные), гистерофоры, бу-
жи, головные шпильки, вязальные спицы, пробки, клубки ниток,
деревянные шары, винные стаканы, помадные банки, катушки,
головки от подсвечников, коровьи рога и пр., и пр.

Оставаясь в половом канале, мочевом пузыре или брюшной
полости иногда целыми годами, даже десятками лет инородные
тела могут в конце концов оказывать
сильное раздражающее влияние на стен-
ки влагалища, пузыря и пр., могут затем
внедряться в толщу этих стенок и, на-
конец, перфорировать их, причем на этой
почве могут возникать свищи — влага-
лищно-пузырные, влагалищно-прямоки-
шечные и пр.

Среди инородных тел брюшной по-
лости, с которыми приходится иметь
дело гинекологу, большинство составля-
ют инструменты, марлевые компрессы
и т. п. предметы, вводимые сюда при
брюшностеночных чревосечениях и затем
забываемые здесь. В гинекологической
практике подобные случаи далеко не
составляют редкости. Нейгебауэр в
1900 г. собрал из литературы сведения
о 108 случаях такого рода и уже в
1904 году мог присоединить к ним еще
87. Почти в половине всех этих слу-
чаев забытым в брюшной полости ока-
зались компрессы и вообще куски мар-
ли, в 30% — губки, а в 15% — артериаль-
ные пинцеты. Можно впрочем среди
собранных Нейгебауэром случаев
найти и такие, где дело шло об остав-
лении в брюшной полости более объ-
емистых инструментов; так, в одном
случае забытым оказался зажим Рише-
ло, в другом — зажим с комком марли,
в третьем — ножницы.

Мне самому пришлось однажды удалить через влагалище за-
жим Террье, в 22 см длиною (рис. 173), забытый в брюшной
полости после овариотомии, произведенной весьма опытным гине-
кологом. Интересно, что в этом случае столь громоздкий инстру-
мент в течение 7 лет оставался в полости брюшины, не вызвав
опасных для жизни повреждений внутренних органов и первое
время (около года) даже не причиняя своей носительнице ни-
каких расстройств. Впоследствии, однако, у нее появились боли



Рис. 173*. Жом, извлеченный
из брюшной полости, где он
был забыт при чревосечении.

в животе, на 7-м году сосредоточившиеся в одной определенной точке брюшной стенки. За 3 месяца до произведенной мною операции в этом месте показалась верхушка какого-то остроконечного предмета (рис. 174), что и заставило пациентку, 57-летнюю истощенную старуху, искать помощи у меня. Исследовав ее, я убедился, что в животе у больной находится, в зажатом виде, длинный инструмент, верхушка которого, перфорировав брюшную стенку, выступила *см* на 12 над ее поверхностью, рукоятка же прощупывается в заднем влагалищном своде. Извлечение этого инструмента, путем задней кольпотомии, удалось мне сравнительно легко, и через 2 недели после того пациентка была вполне здорова.

Гораздо реже инородные тела брюшной полости попадают сюда через половой канал. Большею частью это бывают остроконечные орудия, вводимые в матку для прокола плодного яйца, которые попадают в полость брюшины после перфорации маточной стенки. Два случая подобного рода были описаны в русской медицинской литературе Кастанаевым. Шабельский впрочем наблюдал случай, где таким же путем, через маточную стенку, попал в брюшину кусок ваты.



Рис. 174*. Прободение забытым при чревосечении жомом брюшной стенки.

Инородные тела, встречаемые в мочевом пузыре, обыкновенно вводятся туда женщинами через уретру, при мастурбации. Выше уже был описан случай, где мне пришлось удалить из пузыря введенную туда подобным образом головную шпильку (см. рис. 61). Сравнительно редко встречаются в практике такие случаи, как,

например, описанный Тышкой, где в мочевой пузырь попал самодельный пессарий, сделанный из обмотанного мочалой прута.

Среди инородных тел, находимых во влагалище, напротив, предметы, вводимые сюда в качестве пессариев, для удержания выпадающей матки, составляют, повидимому, большинство, причем для указанной цели страдающие выпадением большие пользуются самыми разнообразными вещами: кольцами из прутьев (сл. Хейфеца, где такое кольцо, у 97-летней старухи, пролежало 20 лет), липовой коры (сл. Кацнельсона), проволоки, обмотанной берестой (сл. Жижиленко), воску (сл. Штейна) и т. п., деревянными шарами (сл. Орлова, где такой шар пролежал в рукаве 30 лет, Феноменова, где шар оставался во влагалище тоже около 30 лет, Собестианского и др.), клубками ниток (сл. Какушкина), свертками тряпок (сл. Тара-

сенкюва), стеклянными пробками от графинов (сл. Липинского) и т. п.

Нередко Впрочем из рукава приходится удалять и предметы, введенные туда при мастурбации, причем и эти предметы отличаются крайним разнообразием: Келер, например, извлек из влагалища у одной женщины стаканчик и яичную скорлупу; Алексеев описал 2 случая, из которых в одном в рукав была введена металлическая банка от помады, в другом — водочный стаканчик (в последнем случае имел место разрыв рукава); Попов нашел во влагалище головку от медного подсвечника с огарком свечи, Фавр — пробку, Василевский (у 15-летней девушки) — винный стакан, Евтуховский и Генрихсен — головные шпильки и пр.

Иногда во влагалище у женщин остаются так называемые «дамские шпоры», — особые кольца, надеваемые мужчиною на половой член перед совокуплением, для усиления полового возбуждения у женщины. Такие именно случаи описаны в литературе Заболотским и Фавром, причем в случае Заболотского пребывание «дамских шпор» повело к образованию кишечно-влагалищного свища.

Извращенное половое чувство иногда побуждает мужчин, особенно находящихся в состоянии опьянения, вводить в рукав женщины и другие, — казалось бы, самые неподходящие, — предметы. Так, например, было в одном случае, приводимым Гинзбургом, где муж насильно ввел во влагалище жене верхнюю часть полуштофа, вызвав тяжелые повреждения влагалищной стенки. А иногда женщины, страдающие истерией, сами вводят их себе — для того, например, чтобы привлечь к себе внимание врача. Эберман сообщает об одном подобном случае, где 16-летняя девушка обратилась к нему, показав 13 небольших камней, вышедших у нее якобы с мочей; осматривая пациентку, автор нашел у нее в рукаве еще 10 таких же камней (шоссейной щебенки), несомненно, засунутых туда умышленно.

Обнаруживаемые в матке инородные тела большею частью вводятся туда, как уже говорилось выше, с целью вызвать выкидыш. Это, обыкновенно, — шпильки (сл. Гершуна и Кастанаева), ламинарии (сл. Тигера), эластические бужи (сл. Кастанаева), а иногда такие предметы, как ветка сирени (сл. Онисимова), рыбья кость (сл. Гаврилова) и пр. Реже в полости матки оказываются инородные тела, введенные туда с иными целями, вроде, например, обломков от наконечников шприца Брауна (сл. Гершуна), губок (сл. Бове) и т. п.

В отдельных случаях в половом канале у женщины встречаются и такие инородные тела, относительно которых трудно сказать, откуда они взялись и как туда попали. Таков, например, случай Паргамина, который обнаружил у одной женщины в матке комок спутанных волос, — «волосяную опухоль», как выражается этот автор.

К настоящим инородным телам, встречающимся в рукаве и матке, близко стоят так называемые рукавные и маточные камни. Что касается первых, то, по мнению Горвица, они представляют

собой «не что иное, как отложение известковых солей вокруг инородных тел самого различного свойства: пуговики, игольника и пр.». В качестве примера такого образования рукавных камней этот автор приводит случай Брунъягелли, где камень, около 2 унций весом, образовался вследствие инкрустаций, отложившихся вокруг куриной косточки, которую больная сама ввела себе в рукав. Впрочем Горвиц признает возможность образования в рукаве и настоящих мочевых камней, ставя их происхождение в неперенную связь с пузырно-влагалищными свищами. Последнее, однако, вряд ли вполне правильно. Мне пришлось однажды удалить из рукава довольно объемистый камень, состоявший из мочекислых отложений, причем, однако, у больной не было никакого мочевого свища. Кауфман наблюдал подобный же случай, где камень из мочекислых солей образовался в рукаве вследствие затекания туда мочи в связи со сращением малых губ. Иногда могут, наконец, повидимому, в качестве рукавных камней фигурировать так называемые флеболиты, 9 штук которых, от горошины до конопляного зерна величиною, Борткевич нашел у юдной женщины в стенке влагалища.

Флеболитического происхождения бывают обыкновенно, по Кушталову, и маточные камни. По этому автору, у женщин старше 70 лет флеболиты довольно часто встречаются в матке, образуясь на почве варикозного расширения и тромбоза вен с последующим омеревением тромбов. В дальнейшем омеревшие варикозные узлы могут легко отшнуровываться и лежать свободно в маточной полости, будучи окружены слоистой капсулой и достигая величины крымского яблока. Рачинский, наблюдавший 3 случая маточных камней, причем в одном из них вся полость матки была наполнена камнями от горошины до грецкого ореха величиною, приписывает этим образованиям, однако, иное происхождение: он видит в них подвергшихся петрификации и отторгнувшиеся от матки субмукозные миомы. Для меня лично объяснение Кушталова кажется более правдоподобным, хотя для отдельных случаев нельзя отрицать возможности образования маточных камней и из омеревших миом.

Помимо перечисленных выше видов травматических повреждений женского полового аппарата последний может подвергаться и другим травмам. Так, здесь могут иметь место колотые, резаные и огнестрельные раны, могут наблюдаться значительные повреждения вследствие падения женщин вульварною областью на колья, рукоятки сельскохозяйственных орудий, вроде грабель, лопат и др., могут, наконец, происходить разрывы вследствие сильных толчков, ударов и т. п.

Из опубликованной в русской медицинской литературе казуистики таких повреждений упомянем о случае Гинзбурга, где повреждение рукава получилось вследствие падения больной на ручку лопаты, — о случае Шидловского, где женщина упав

промежностью на кол, получила рваную рану промежности, рукава и прямой кишки, и о 2 случаях, описанных Олениным, из которых в одном ранение половых частей было произведено рукояткою грабеля, в другом — рогом коровы. Особенно заслуживает, однако, внимания случай Паренаго, где женщина, соскочивши с воза в то время, когда мочевой пузырь у ней был переполнен, получила разрыв пузырно-влагалищной перегородки с образованием пузырно-рукавного свища. Мне пришлось наблюдать и оперировать один случай, где у молодой девушки вследствие падения на кол получилось полное разрушение уретры.

Обозрев этиологию травматических повреждений женского полового аппарата, остановимся на некоторых последствиях этих повреждений — тех именно последствиях, с которыми чаще всего приходится иметь дело врачу-гинекологу; сюда относятся разрывы наружного зева, разрывы промежности, свищи, гематомы, haematocoele и рубцовые изменения половых частей.

2. РАЗРЫВЫ НАРУЖНОГО ЗЕВА

Разрывы эти обыкновенно возникают во время родов, именно во время прохождения головки плода, в периоде изгнания, через раскрытый наружный зев. Собственно говоря, подобные разрывы бывают у каждой первородящей. Как известно, форма наружного зева у женщин не рожавших всегда отличается от формы его у женщин, хотя бы раз рожавших: между тем, как у первых наружный маточный зев имеет вид круглого или слегка овального отверстия, у вторых он представляется в виде поперечной щели; подобная форма наружного зева у рожавших женщин именно и объясняется теми надрывами, которым он подвергается при первых же родах.

От подобных, — если так можно выразиться, физиологических, — надрывов наружного маточного зева надо отличать патологические разрывы, отличающиеся своей величиной и нередко доходящие до самого свода. Разрывы эти нередко бывают односторонними, причем располагаются с той стороны (чаще левой), куда, при изгнании головки плода, бывает обращен затылок последнего; иногда впрочем они бывают и двусторонними; чаще, затем, они располагаются в поперечном направлении, но иногда идут и сагиттально. В отдельных случаях влагалищная часть бывает обезображена тремя и более разрывами, идущими от наружного зева радиально.

Подобно физиологическим надрывам и патологические, т. е. значительные, разрывы возникают иногда уже при самопроиз-

вольных родах, особенно же — при родах, оканчиваемых оперативным извлечением плода; особенно значительные разрывы получаются в тех случаях, где извлечение плода — за ножку ли, или щипцами, или краниокластом и пр. — производится при недостаточно раскрытом зеве. Гораздо реже значительные разрывы наружного зева возникают независимо от родов, например, при извлечении через недостаточно раскрытый зев объемистых субмукозных фибридов.

Каким бы путем ни происходили разрывы зева, — они, раз образовавшись, не обнаруживают склонности заживать, так как имеющиеся в шейке циркулярные мышцы, сокращаясь, обус-

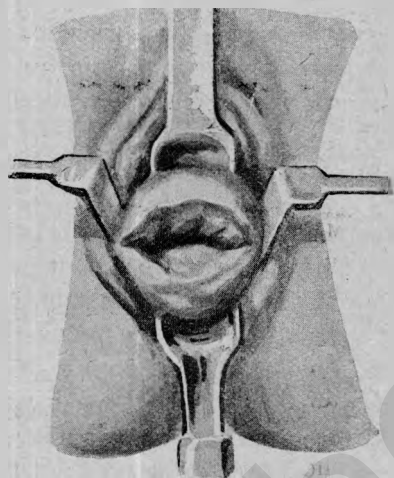


Рис. 175*. Значительный разрыв наружного маточного зева с образованием эктропиона слизистой оболочки цервикального канала.

вливают отхождение поверхностей разрыва друг от друга, результатом чего бывает стойкое зияние как самих разрывов, так и наружного зева (рис. 175). Зияние это в свою очередь не остается без существенного влияния на здоровье женщины и, в частности, на состояние ее матки. Как известно, при нормальном состоянии цервикального канала просвет его бывает выполнен тягучею слизью, отделяемою цервикальными железами, которая образует здесь пробку, закупоривающую канал. Пробке этой приписывают важную роль в деле защиты маточной полости от патогенных микробов, имеющих

в руке, — благодаря ей названные микробы не могут попасть в полость матки, и полость эта остается стерильною. Раз наружный зев зияет, слизистая пробка не может держаться в цервикальном канале, и последний является проходимым для микробов, которые пробираются через него в полость матки и вызывают хронический эндометрит.

Но этого мало, — обезображенная разрывами и сопутствующими им рубцами влагалищная часть обычно представляет резкие расстройства кровообращения в форме венозного стаза, благодаря которому в ней развиваются отек, гипертрофия и пр. (не совсем правильно, со строго-научной точки зрения, старые гинекологи говорили в этих случаях о цервикальном метрите), а главное —

шеечная мукоза выпячивается через разорванный зев, образуя так называемый эктропион. Эктропионированная слизистая, защищенная лишь нежным цилиндрическим эпителием, легко подвергается, у замужних женщин, механическому раздражению при половых сношениях, а также является постоянным объектом воздействия со стороны микробов, находящихся в рукаве, почему всегда оказывается воспаленною. Именно этим-то, по всей вероятности, и объясняется, почему она так часто делается исходным пунктом развития рака, и правы, быть может, те авторы (Босси), которые считают оперативное устранение разрывов влагалищной части и эктропионов цервикальной мукозы наиболее действительным средством против развития рака шейки.

К таким же последствиям, как разрывы наружного зева, могут вести и незащитые, или защитые, но не сросшиеся, разрезы наружного зева после операции гистеростоматомии.

3. РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Как и все другие травматические повреждения женской половой сферы, разрывы промежности в громадном большинстве случаев возникают во время родов, причем в курсе акушерства нами уже были разобраны условия, благоприятствующие их происхождению. Пораздо реже в этиологии их играют роль половые сношения, несчастные случайности вроде падения женщины промежностью на какой-либо острый предмет и пр.

Раз возникши, разрывы промежности, подобно разрывам наружного маточного зева, остаются стационарно-зияющими, так как поперечные мышцы промежности (поверхностные и глубокие), сокращаясь, растягивают разорванные поверхности и не позволяют им сблизиться и срастись. В таком виде промежностные разрывы и заживают вторичным натяжением.

Значение разрывов промежности зависит от степени их. Обычно различают три степени этих разрывов: первая — когда разорванною является лишь задняя спайка с прилежащими покровами промежности, ладьевидной ямки или отчасти рукава, мышечная же юнова тазового дна остается неповрежденной, вторая — где разрыв захватывает и промежностные мышцы, третья — когда разорванною оказывается вся промежность вместе со сфинктером заднего прохода; разрывы первых двух степеней носят название неполных (*ruptura perinei incompleta*), разрывы третьей степени — полных (*ruptura perinei completa*).

Уже неполные разрывы первой степени, как я убедился путем личных наблюдений, могут вызывать известные расстройства, на-

пример, зуд, боли в области разрыва и т. п. Гораздо значительнее и постоянное бывают эти расстройства при неполных разрывах второй степени: кроме отмеченных сейчас расстройств, больные нередко жалуются при этих разрывах на тягостное ощущение выпадения, и действительно, чрезмерное расширение *hiatus genitalis*, имеющее место при повреждениях мышечно-фасциальной основы тазового дна, создает почву для развития ощущений и выпадений рукава и матки, которые в свою очередь вызывают целый ряд припадков; наблюдающееся при этих разрывах зияние половой щели обуславливает, далее, более легкую возможность для микробов попасть извне в половой канал, и на этой почве возникают упорные катарры рукава и матки с присущими им белыми, которые, постоянно орошая рубец после разрыва, вызывают его раздражение; в отдельных случаях на этой же почве развивается так называемая *garrulitas vulvae* — явление, о котором уже было сказано при разборе симптоматологии женских болезней. Но все эти расстройства отступают на задний план пред теми, какие обычно наблюдаются при полных разрывах промежности, — мы разумеем недержание газов и кала, которое делает существование больных в буквальном смысле нестерпимым.

Надо, впрочем, оговориться, что перечисленные расстройства далеко не являются неизменными спутниками разрывов промежности. Часто приходится встречать женщин с разрывами не только первой, но и второй степени, не жалующихся решительно ни на что. Более того — даже и при полных разрывах промежности женщины иногда сохраняют способность удерживать и газы и испражнения. Нередко, однако, это продолжается лишь до тех пор, пока женщина еще молода, в старости же, когда ткани утратят свою упругость, разрыв начинает давать о себе знать и заставляет женщину искать врачебной помощи.

Кроме обыкновенных разрывов промежности, изредка встречаются в гинекологической практике так называемые центральные разрывы ее, при которых и задняя спайка и жом заднего прохода оказываются целыми, в середине же промежности находится отверстие, ведущее в рукав. Клиническое значение этих разрывов сравнительно невелико: во-первых, их встречаются они, как уже было сказано сейчас, по сравнению с обыкновенными разрывами очень редко, а во-вторых, и расстройства при них обыкновенно незначительны.

4. СВИЩИ ЖЕНСКОГО ПОЛОВОГО КАНАЛА

Родовая травма является наиболее частою причиною и свищей полового канала, т. е. отверстий, соединяющих просвет последнего с просветами соседних каналов, мочевого и кишечного. Главную

роль в происхождении таких родовых свищей играет несоответствие между величиною подлежащей части плода и размерами таза: при подобном несоответствии подлежащая часть — большей частью головка — долго стоит над входом в таз, не имея возможности вколотиться в него под действием изгоняющих сил, и производит длительное прижатие мягких частей как родового, так и соседних с ним каналов, к стенкам таза; в прижатых частях развивается сначала ишемия, потом омертвление, и в послеродовом периоде они отпадают, причем получается свищ. Причина несоответствия может лежать или в плоде (чрезмерная величина его головки, поперечное положение) или в организме матери (узкий таз), но последнее имеет место гораздо чаще первого; особенно предрасполагает к образованию родовых свищей плоский таз. Акушерские операции в происхождении родовых свищей далеко не играют такой роли, как это можно было бы думать с первого взгляда. Правда, анамнез фистулезных больных указывает, что в большом проценте случаев свищи возникают после родов, оконченных операциями, но здесь в происхождении их виноваты не эти последние сами по себе, а запоздалое их применение: наблюдения показывают, что сильное, но кратковременное сдавливание, имеющее место при оперативном извлечении плода, переносится мягкими тканями гораздо лучше, чем менее сильное, но длительное придавливание, которому мягкие части подвергаются со стороны изгоняющих сил. Лишь в очень редких случаях акушерские операции сами по себе обуславливают образование свищей; но в этих случаях дело идет уже о травме, непосредственно наносимой употребляемыми при операции инструментами мягким частям (щипцы, например, соскользнув, могут разорвать последние, неосторожно введенный перфоратор — пробуровать их и т. п.).

Чаще, повидимому, являются причинами возникновения свищей полового канала гинекологические операции; при современном широком применении их, причем опять-таки и здесь свищи лишь очень редко бывают результатами непосредственного повреждения стенок полового и соседних каналов колющими и режущими инструментами, служащими для операции. В большом проценте случаев образование свищей в зависимости от гинекологических операций происходит иным путем, а именно мягкие ткани ставятся оперативными воздействиями в такие условия, что питание их нарушается, они омертвывают, и таким образом получается свищ. Так, при расширенной абдоминальной экстирпации матки по поводу рака шейки приходится зачастую на значительном про-

тяжении отсепаровывать пузырную стенку, сильно притом травматизируя ее, отчего стенка эта потом омертвевает, и получается пузырная фистула. При той же операции мочеточники изолируются от окружающих тканей, почему питание их стенок нарушается, они некротизируются, и в результате опять-таки получаются свищи. Такого же происхождения бывают обычно и кишечные свищи, образующиеся после операций, особенно сопряженных с применением дренажа. Оттого-то послеоперационные свищи и возникают в большинстве случаев не тотчас после операционного вмешательства, — как и родовые свищи не тотчас после родов, — а несколько дней спустя.

Как уже было указано выше, и другие травмы, помимо родовой и операционной, могут иметь своим последствием образование свищей полового канала: травмы *sub coitu*, травмы при попытках прервать беременность, травмы от внедрения инородных тел, травмы благодаря несчастным случаям и пр.

Особняком от свищей травматического происхождения стоят, по своему генезу, свищи женского полового канала, возникающие на почве разрушения его стенок злокачественными новообразованиями («свищи неопластического происхождения»). Обыкновенно их причиной является рак шейки, который в своих дальнейших стадиях переходит на стенку мочевого пузыря, с одной стороны, и на стенку прямой кишки — с другой, причем, распадаясь, ведет к образованию мочевых и кишечных фистул. Могут впрочем последние образоваться и при других злокачественных новообразованиях полового канала, мочевого пузыря и кишок.

В русской медицинской литературе я встретил и один случай, где причиной образования фистулы послужила доброкачественная опухоль, именно фибромиома матки (случай этот описан Эберманом). Свищ здесь возник вследствие сдавливания, которому подверглась стенка мочевого пузыря со стороны фиброматозного узла.

К неопластическим свищам близко стоят, по своей этиологии, свищи воспалительного происхождения, возникающие на почве туберкулезных (и люпозных) изъязвлений, одновременного вскрытия в половой и соседние каналы гнойников, гуммозных узлов и т. п.

Каково бы ни было происхождение свищей полового канала, среди них резко различаются свищи, сообщающие этот последний с мочевым каналом, и свищи, сообщающие его с просветом кишок. Среди мочевых свищей, далее, можно различать (рис. 176) свищи нижнего отдела мочевого канала, т. е. уретральные, —

среднего отдела, т. е. пузырьные, и верхнего отдела, т. е. мочеочниковые, а среди кишечных — толстокишечные (преимущественно ректальные) и тонкокишечные. И среди мочевых и среди кишечных свищей полового канала следует, затем, различать маточные (большею частью цервикальные) и влагалищные, а также, пожалуй, вестибулярные. Наконец, у некоторых больных мы находим сочетанные свищи, например, уретро-пузырно-влагалищные, пузырьно-влагалищно-цервикальные и пр., а у других сложные, т. е. множественные свищи различного рода, например, у одной и той же больной пузырьно-влагалищный и прямокишечно-влагалищный свищи и т. п.

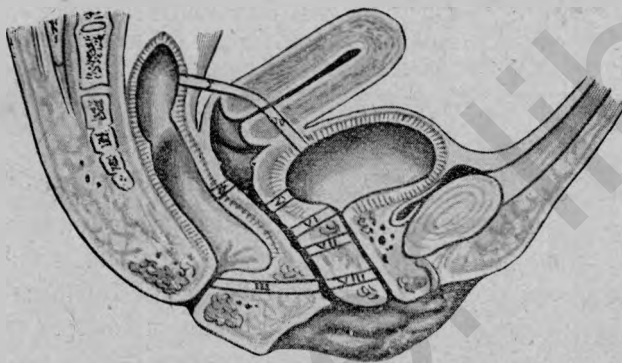


Рис. 176. Схема свищей женского полового канала по Овару и Дэви, с некоторыми дополнениями.

I — прямокишечно-маточный свищ, *II* и *III* — прямокишечно-влагалищные свищи, *IV* — пузырьно-маточный свищ, *V* — пузырьно-влагалищный свищ, *VI* — уретрально-влагалищный свищ, *VII* и *VIII* — уретрально-влагалищные свищи.

Как часто встречаются в практике эти разновидности свищей женского полового канала, — о том можно судить по следующим данным Малиновского, разработавшего фистулезный материал Казанской клиники за время с 1900/1 по 1914/5 уч. гг. За эти 15 лет в амбулаторию клиники явилось 448 (2,1% общего числа) больных с фистулами полового канала, в том числе 301 (67,2%) с пузырьно-влагалищными свищами, 50 (11,2%) — с уретро-пузырно-влагалищными (включая сюда и случаи отрывов уретры, а также кольцевидного омертвения ее), 17 (3,8%) с уретро-влагалищными (включая сюда случаи эписпадии и разрывов уретры), 17 же — с мочеточниково-влагалищными, 15 (3,4%) — с прямокишечно-влагалищными, 14 — с пузырьно-влагалищными и прямокишечно-влагалищными одновременно, 12 — с пузырьно-маточными, 7 — с уретро-пузырно-влагалищными и прямокишечно-влагалищными одновременно, 6 — с пузырьно-влагалищно-маточными, 4 — с мочеточниково-пузырно-влагалищными, 2 — с тонкокишечно-влагалищными и по 1 — с мочеточниково-маточным, уретро-пузырно-влагалищно-маточным и пузырьно-мочеточниково-влагалищным

совместно с прямокишечно-влагалищным свищами. Если присоединить сюда материал, обработанный Козловым и относящийся к периоду времени со второй половины 1915 г. по 1923 включительно, то общее число всех больных со свищами полового канала будет равняться 599 (около 2% общего числа), в том числе с пузырно-влагалищными свищами—408 (68,1%), с уретро-пузырно-влагалищными—56 (9,3%), с уретро-влагалищными—24 (4%), с прямокишечно-влагалищными—23 (3,8%), с мочеточниково-влагалищными—21 (3,5%), с пузырно-влагалищными и прямокишечно-влагалищными одновременно—20 (3,3%), с пузырно-маточными—15, с уретро-пузырно-влагалищными и прямокишечно-влагалищными одновременно—10, с пузырно-влагалищно-маточными—11, с мочеточниково-пузырно-влагалищными—5, с тонкокишечно-влагалищными—3 и по 1—с мочеточниково-маточным, уретропузырно-влагалищно-маточным и пузырно-мочеточниково-влагалищными совместно с прямокишечно-влагалищным свищами.

Клиническое значение свищей женского полового канала слишком хорошо понятно для всякого, чтобы на нем нужно было подробно останавливаться. Уже тот факт, что ни одна категория гинекологических больных так охотно не соглашается на всевозможные, не исключая и самых рискованных, операции, лишь бы избавиться от своей болезни, достаточно красноречиво свидетельствует о невыносимом положении несчастных фистулезных больных. Тяжесть этого положения усугубляется тем, что фистулы в большинстве случаев составляют удел молодых женщин, перед которыми еще вся жизнь впереди.

В частности, при мочевых свищах чрезвычайно тягостным является сопровождающее их недержание мочи. Постоянно выделяясь произвольно, последняя разъедает кожу наружных половых частей, промежности и внутренней поверхности бедер, и кожные покровы этих областей краснеют, воспаляются, покрываются экзематозными ссадинами и струпами, становясь при этом чрезвычайно чувствительными. Стенки влагалища представляют обычно резкие признаки вагинита,—слизистая рукава выглядит покрасневшею, припухшею, покрытою ссадинами и отложениями мочекислых солей. В пузыре,—по крайней мере при пузырных свищах,—почти как правило, наблюдается сильный цистит. Нередко,—как при пузырных, так и особенно при мочеточниковых фистулах,—воспалительный процесс распространяется и на верхние отделы мочевого аппарата, именно на мочеточники, почечные лоханки и паренхиму самих почек. Нечего и говорить, что произвольно выделяющаяся моча постоянно смачивает белье и вообще одежду больных, причем, разлагаясь, издает резкий

аммиачный запах, который делает фистулезных больных крайне неприятными для окружающих.

Приведенная общая картина в отдельных случаях несколько варьирует в зависимости от величины фистул и особенно от их местоположения. При уретральных свищах, если особенно они локализируются не в задней части мочеиспускательного протока, где расположен сфинктер уретры, задержание мочи и произвольное мочеиспускание у больных часто сохраняются, и они не в состоянии бывают только переносить переполнения пузыря; при мочеиспускании моча у них иногда выходит двумя струями — через свищ и через наружное отверстие уретры; всего тяжелее для подобных больных бывает то, что моча у них, выделяясь, попадает в рукав, откуда затем и может вытекать каплями, смачивая кожу окружающих половую щель участков и платье больных.

При пузырьных свищах более значительного объема моча в пузыре совершенно не задерживается. Нередко при них или весь пузырь, или часть его выворачивается и в виде опухоли ярко-красного цвета лежит в рукаве. Если, однако, пузырьный свищ невелик, то больные иногда до известной степени сохраняют способность задерживать мочу, и последняя вытекает произвольно лишь при скоплении ее в пузыре или при определенном положении больных (некоторые из подобных больных, например, теряют мочу, лишь когда стоят, в лежащем же положении моча у них задерживается, другие — как раз наоборот; иногда, как я убедился, больным с маленькими пузырьными свищами удается задерживать мочу, если они сильно сдвигают бедра).

Для мочеточниковых свищей характерным является то, что больные с этими свищами и теряют мочу произвольно (из поврежденного мочеточника), и мочатся нормально, так как через здоровый мочеточник моча обычным порядком попадает в пузырь. При этих свищах, далее, у больных особенно легко развиваются гидронефрозы, пиелиты и пиелонефриты.

Каннегиссер, производя ряд опытов с искусственным образованием мочеточниковых свищей у собак, нашел даже, что такие свищи всегда ведут к последовательному развитию гидронефроза и атрофии почек.

Различаясь в патолого-анатомическом и клиническом отношении, перечисленные разновидности мочевых свищей несколько разнятся и в отношении их происхождения. Пузырные свищи, например, относительно часто развиваются, благодаря родовой

травме, тогда как в происхождении мочеточниковых свищей гораздо большую роль играет операционная травма и т. д.

Не менее,—если не более,—тягостным, чем положение женщин с мочевыми свищами оказывается и состояние больных с кишечными, особенно толстокишечными, фистулами полового канала. Постоянно перепачканные в кале, испуская нестерпимое зловоние, они являются предметом отвращения не только для посторонних, но и в собственной семье. При тонкокишечных свищах испускаемый больными запах менее противен, но зато общее питание их оказывается обычно сильно подорванным, так как значительное количество питательных веществ, содержащихся в пищевой кашнице, пропадает при этого сорта свищах бесполезно для организма, не успевая всосаться.

Особую форму свищей женского полового канала представляют так называемые *fistulae cervico-vaginales laqueaticae*,—свищи, локализирующиеся в нижнем отделе маточной шейки и соединяющие цервикальный канал с просветом рукава в области влагалитных сводов. Свищи этого рода довольно редко встречаются в практике. Савинов, например, в 1910 г. мог найти в литературе лишь 17 случаев их, а Матвеев, спустя 4 г.,—18. Возникают они или самопроизвольно, при срочных родах, обыкновенно осложненных ригидностью наружного зева (Савинов), и выкидышах, или будучи результатом операционной травмы, большей частью при попытках удалить плодное яйцо пальцем или инструментами (так, повидимому, и возникли подобные свищи в 2 случаях, которые мне пришлось наблюдать в своей практике). Силин, разбирая причины, способствующие самопроизвольному возникновению этих свищей, отмечает в числе их: инфантилизм, изменения в стенках шейки язвенного или воспитательного характера конглотинацию наружного зева и рубцовое перерождение его окружности, эксцентрическое расположение наружного зева в периоде раскрытия, длительное прижатие сглаженной шейки вступающей головкой при узких тазах и особенно при раннем отхождении вод и, наконец, различные новообразования шейки. Звинятский наблюдал случай, где шеечно-влагалищный свищ возник у небеременной после сильного натуживания. Особенно серьезного клинического значения свищи эти не имеют.

5. ГЭМАТОМЫ и ГЭМАТОЦЕЛЕ

Кровяные опухоли, являющиеся результатом внутриканевых кровоизлияний, или гематомы, и, осумкованные кровоизлияния в полость брюшины, или гематоцеле, возникают большей частью в связи с беременностью и родовым актом, а именно, гематомы вульвы и рукава—в зависимости от родовой травмы, гематомы широких маточных связок и гематоцеле (см. рис. 18)—на почве

внематочной беременности, почему образования эти и разбираются обычно в курсах акушерства. Иногда однако гематомы и гематоцеле возникают и независимо от беременности и родов, будучи результатом, например, травмы при половом соитии, операционной травмы и т. п. При этом гематомы могут локализоваться или в клетчатке больших половых губ, или в околовлагалищной клетчатке, или в различных отделах подбрюшинной клетчатки (между прочим — в клетчатке широких маточных связок), или, наконец, в ткани яичников, гематоцеле же большею частью — в заднем дугласовом кармане (*haematocoele retrouterina*).

Выше я уже упоминал об одном, наблюдавшемся мною, случае, где гематома вульвы была последствием полового сношения. Львов наблюдал 2 случая кровяных опухолей вульвы, где последние возникли после того, как больные поскользнулись, а Гиммельфарб — редкий случай, где гематома вульвы произошла оттого, что мужчина в состоянии полового возбуждения укусил у женщины большую половую губу. Подбрюшинные гематомы в различных отделах клетчатки малого таза при современном развитии у гинекологов оперативной деятельности чаще всего бывают результатом операционной травмы и, в частности, недостаточно тщательной перевязки сосудов при различных гинекологических операциях. Наконец, яичниковые гематомы в узком смысле этого слова, т. е. не кровяные кисты фолликулов и желтых тел, а кровоизлияния в строму яичников (то, что прежде было известно под названием апоплексии яичников) в резкой форме наблюдались мною на почве торзии яичниковых связок. Как показывают случаи, описанные Львовым и недавно Онисимовым, такая апоплексия яичника может иногда вести и к свободным кровоизлияниям в полость брюшины, результатом которых является образование заматочной кровяной опухоли (*haematocoele retrouterina*), совершенно подобный тем гематоцеле, какие имеют место при перерыве внематочной беременности; иногда же *haematocoele* может возникнуть и непосредственно на почве разрыва подбрюшиннолежащих кровеносных сосудов вместе с покрывающей их брюшиной вследствие какой-либо травмы.

В литературе описан целый ряд случаев, где свободные кровоизлияния в брюшную полость, с последующим образованием гематоцеле, возникали из желтых тел, в частности при выпадении последних. Некоторые авторы не без основания думают, что такие кровоизлияния бывают чаще, чем это обычно думают, только в большинстве случаев они не достигают значительной степени и потому просматриваются. В отдельных случаях они достигают, однако, такой степени, что заставляют прибегать к оперативному вмешательству, а иногда кровотечение из желтого тела может даже повести к смертельному исходу (случай Злотвера).

Что касается значения разбираемых образований для организма, то оно зависит отчасти от местоположения их, отчасти от того,

останется ли содержимое гématом (или гématоцеле) стерильным, или затем инфицируется, главным же образом от того, насколько велики сосуды, послужившие источником кровоизлияния. С этой точки зрения подбрюшинные гématомы, образовавшиеся после операции вследствие, например, соскальзывания лигатур с таких сосудов, как маточная артерия, внутренняя семянная артерия и т. п., являются обыкновенно в высокой степени опасными,—при продолжающемся кровотечении из них брюшинный покров гématом лопается, происходит свободное кровоизлияние в брюшную полость, и оперированная может погибнуть от острого малокровия, если ей своевременно не будет оказана соответствующая помощь.

VI. РУБЦОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ЧАСТЕЙ

Травматические повреждения женского полового аппарата неоперационного происхождения редко заживают так, как заживают обычно разные хирургические ранения, проведенные притом асептически, т. е. первым натяжением. Имея характер рваных ран, сопровождаясь большею частью значительным разможжением и омертвлением тканей, подвергаясь, наконец, часто инфекции, они обыкновенно заживают вторичным натяжением, с образованием значительных рубцов. Рубцы эти, сморщиваясь, производят затем значительные деформации различных отделов полового канала. На первом месте среди таких деформаций могут быть поставлены, по их практическому значению, стенозы и атрезии рукава и цервикального канала.

Стенозы и атрезии женского полового канала иногда бывают, как мы уже видели, врожденными, причем такие врожденные аномалии данного рода у некоторых женщин,—но далеко не всегда,—являются результатами порочного развития полового аппарата. В других случаях стенозы и атрезии полового канала, как врожденные, так и приобретенные во внеутробной жизни, возникают в связи с воспалительными процессами в половой сфере. Наконец, иногда травма, особенно родовая, при узком тазе может повести к настолько значительному рубцовому изменению стенок цервикального канала и рукава, что результатом его могут быть сужения и даже полные заращения этих отделов полового тракта.

Уже сужения последнего могут серьезно отзываться на здоровье больных. На почве стенозов цервикального канала могут развиваться — механическая дисменоррея, замедленное раскрытие зева при родах и т. п., на почве сужения влагалища — болезнен-

ность и даже невозможность половых сношений, затруднение изгнания плода во время родов и т. д. К еще более серьезным последствиям могут вести полные заращения рукава и матки,—помимо указанных сейчас расстройств, последствием их может быть скопление менструальной крови, отделимого маточных желез и пр. выше места атрезии, с образованием гидрометры, гематометры, гематосальпинксов, гематокольпоса и т. п.

Если даже рубцы, образовавшиеся на месте травматических повреждений полового аппарата, и не ведут к развитию стенозов и атрезий, они все же могут нарушать нормальное состояние различных частей последнего, вызывая, например, неправильные положения матки. Особенно часто последние возникают на почве рубцовых изменений влагалищных сводов и влагалищной части. Надрывы наружного зева, которые так часто имеют место при родах, сравнительно нередко бывают настолько значительны, что распространяются не только на всю влагалищную часть, но и на рукавные своды—обыкновенно боковые. Как уже было сказано выше, тот отдел этих надрывов, местом которого является стенка шейки, обыкновенно не срывается, оставаясь зияющим, латеральная же часть разрыва, захватывающая стенку рукава, срывается, причем в своде образуется рубец.—Рубец этот, сморщиваясь, смещает нижнюю часть маточного рычага, т. е. влагалищную часть, в ту сторону, где он лежит, верхнее же плечо маточного рычага, т. е. тело матки с надвлагалищной частью шейки, отклоняется в противоположную сторону, и таким образом развивается *latero-versio* матки. Подобным же образом на почве рубцовых изменений в переднем своде влагалища развивается ретроверзия матки, на почве рубцов в заднем своде—патологическая антеверзия матки и т. д.

ОТДЕЛ ТРЕТИЙ

*

*ЛЕЧЕНИЕ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ*

1. ПРОФИЛАКТИКА, РЕЖИМ, КЛАССИФИКАЦИЯ

1. ПРОФИЛАКТИКА ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Из того, что выше было сказано об этиологии женских болезней, ясно, какое огромное значение в деле борьбы с ними может иметь рациональная профилактика как личная, так и особенно общественная. Из всех пяти главных групп гинекологических заболеваний лишь пороки развития, да и то далеко не все, являются недоступными для профилактических мероприятий, по отношению же к остальным заболеваниям профилактикой нередко можно бывает достичь гораздо большего, чем терапией.

Что касается, в частности, воспалительных заболеваний неинфекционного характера, включая сюда и так называемые функциональные расстройства половой сферы, то женщина всего вернее может оберечь себя от них соблюдением общих гигиенических правил для всего организма. Устранение профессиональных вредностей, правильный образ жизни, регулярная смена труда и отдыха при отсутствии чрезмерных физических и душевных напряжений, достаточный сон, гигиеническое жилище, моцион на свежем воздухе, рациональное питание, регулярный стул, согласная с требованиями гигиены одежда и обувь, чистота тела, уберегание себя от простуды, травм и всякой инфекции— вот те средства, при помощи которых женщина надежнее всего может обеспечить здоровое состояние своего организма вообще и половой сферы в частности. Особенно важно для женщин, в профилактическом отношении, соблюдение общих гигиенических правил в известные периоды ее жизни, а именно, в возрасте полового созревания и в климактерическом возрасте, а также во время каждых месячных, во время беременности и в послеродовом периоде. Наряду с этими общими гигиеническими правилами важное про-

филактическое значение имеет здесь и соблюдение правил половой гигиены, погрешности против которых, как мастурбация, половое соитие во время регул, злоупотребление половыми сношениями и в остальное время и пр.,—очень вредно отзываются на состоянии женской половой сферы.

Из инфекционных воспалительных процессов в половой сфере женщины чаще всего, как известно, наблюдаются процессы гонорройного и септического происхождения. Относительно гонорреи гинекологи давно уже пришли к убеждению, что единственно надежным средством против распространения этого бича женского организма является введение в законодательство требования, чтобы каждый мужчина, желающий вступить в брак, предварительно подвергнулся тщательному медицинскому освидетельствованию и не прежде мог получить разрешение на женитьбу, как представив удостоверение от компетентного врача в том, что его мочеполовой аппарат свободен от гонококков. Советским законодательством уже сделаны первые шаги в этом направлении,—введено правило, согласно которому вступающие в брак дают подписку в том, что они осведомлены о состоянии здоровья друг друга, и в Уголовный кодекс внесена статья (ст. 155), сурово карающая заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью. Из мер личной профилактики против гонорреи можно указать на влагалищные спринцевания раствором сулемы 1:1000, к которым женщина должна прибегать тотчас же после полового сношения с подозрительным, в смысле заболевания триппером, мужчиной. Наконец, для предохранения малолетних девочек от заражения гонорреей родители должны быть уверены в отсутствии гонорройных белей у ухаживающих за ребенком нянь, бонн и пр., при наличии же гонорройного заболевания у самой матери последняя должна принять предосторожности, чтобы гонорройный яд не попал от нее в половые пути ребенка через посредство губок, полотенец, тряпок и т. п. предметов, употребляемых для очищения наружных половых частей у девочки.

Для предупреждения септических воспалений женского полового аппарата наиболее целесообразным следует признать меры, обеспечивающие население рациональной акушерской помощью при родах,—такою помощью, при которой бы можно было гарантировать асептическое ведение их.

Из встречающихся в половом аппарате женщин новообразований некоторые, именно ретенционные опухоли, развиваются на

почве воспаления; стало быть, указанные выше профилактические мероприятия против воспалительных заболеваний вместе с тем являются и предохранительными мерами против развития опухолей этого рода. Что касается остальных новообразований, пролиферирующих, то, повидимому, профилактикой можно многого достигнуть для предохранения женщины от самого губительного из них, именно, рака матки. Так как в этиологии последнего, несомненно, важную роль играют воспалительные процессы в слизистой оболочке матки, эндометриты, с сопутствующими им эрозиями влагалищной части, то лечебные меры против этих заболеваний, особенно у женщин, находящихся в климактерическом возрасте, ео ipso являются, до известной степени, и предохранительными средствами против рака матки. Так как, далее, исходным пунктом развития рака маточной шейки часто служат эктропионы слизистой оболочки цервикального канала, в свою очередь развивающиеся обыкновенное при значительных надрывах наружного зева, то своевременное устранение этих разрывов оперативным путем, как справедливо указал Босси, должно в известной степени гарантировать женщину и от рака. Наконец, проф. Снегирев в качестве средства против этой болезни предлагает полное уничтожение маточной мукозы у женщин, вступающих в климактерий, при помощи 2-минутной вапоризации матки.

Обращаясь далее к профилактике следующей группы заболеваний женского полового аппарата, неправильностей положения различных частей последнего, остановимся на предупредительных мерах против развития наиболее важных, в практическом отношении, заболеваний этого рода, именно, опущений и выпадений матки и рукава. Так как непосредственным толчком к возникновению этих смещений матки и рукава бывает обыкновенно сильное повышение внутрибрюшного давления при тяжелой работе, то на первом плане среди этих мер должны стоять меры, направленные к ограждению женщины от сильных физических напряжений или связанных с ними занятий. В силу этого же обстоятельства, женщина, как справедливо указывает Гориневский, должна быть осторожна с физическими упражнениями, причем последние в первую очередь должны быть направлены на укрепление брюшного пресса и тазового дна. Так как, далее, анатомические условия, создающие почву для развития опущений и выпадений рукава и матки, бывают особенно выражены вскоре после родов, то в профилактике проляпсов важную роль должен играть соответствующий режим родильницы, — в первые дни после

родов она не должна позволять себе сильных напряжений брюшного пресса, например, поднимать тяжести и т. п. Вместе с тем надо, однако, иметь в виду, что и продолжительное покойное лежание роженицы на спине может повести к наклонениям и перегибам пуэрперальной матки кзади, а ретроверзия-флексия матки является одним из моментов, благоприятствующих развитию пролапса. Так как, наконец, в этиологии последнего важную роль играют нарушения целостности тазового дна, т. е. разрывы промежности, то предупредительные меры против этих разрывов, — мы разумеем рациональное поддерживание промежности при родах, — являются и профилактическими мерами против пролапса, а если разрыв промежности все-таки произошел, он должен быть немедленно зашит.

В профилактике другой важной аномалии, относящейся к данной группе, именно выворота матки, наиболее важное значение имеет правильное ведение послеродового периода родов. Врачи и акушерки должны помнить, что никогда не следует приступать к выжиманию последа по Креде прежде, чем послед отделится от маточной стенки; кроме того, раньше чем выжимать послед, лицо, ведущее роды, должно убедиться, путем ощупывания, что матка хорошо сокращена; наконец, никогда не следует пытаться выводить послед, особенно не отделившийся, путем энергичного потягивания за пуповину.

Профилактика гинекологических заболеваний, принадлежащих к группе травматических повреждений, слишком понятна для всякого, чтобы на ней нужно было подробно останавливаться. Так как заболевания эти в большинстве случаев возникают на почве родовой травмы, то, очевидно, своевременная подача правильной акушерской помощи роженицам и будет лучше всего гарантировать от них женщину. Здесь не мешает разве еще раз подчеркнуть, что в происхождении наиболее тягостных заболеваний данного сорта, именно свищей полового канала, виноватыми являются не акушерские операции, как таковые, а слишком запоздалое их применение. Оттого-то, чем культурнее страна и чем стало быть лучше ее население обеспечено акушерской помощью, тем реже в ней попадают и больные, страдающие мочевыми и кишечными фистулами.

2. РЕЖИМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Насколько важен соответствующий жизненный режим для предупреждения гинекологических заболеваний, настолько же — и даже еще более — важное значение имеет он и в деле лече-

ния уже развившихся болезней женской половой сферы. По крайней мере относительно некоторых из них, и притом как раз таких, которые чаще всего встречаются в практике (воспалительные заболевания различных половых частей и неправильности их положения), можно с уверенностью сказать, что в их терапии подходящий режим является более важным, чем даже собственно лечебные меры.

В чем же, спрашивается, должен заключаться этот режим?

Основным правилом его является предоставление больным частям полового аппарата возможного покоя. Гинекологические больные должны воздерживаться от всяких чрезмерных физических напряжений, тяжелых работ, поднятия тяжестей и пр., должны уберечь себя от чересчур продолжительной ходьбы, ушибов, падений и т. п. Мы знаем, что центральный орган женской половой сферы, матка, обладает известною подвижностью, — при значительных колебаниях внутрибрюшного давления, стоящих, в свою очередь, в связи с сокращениями и расслаблениями брюшного пресса, она смещается, причем эти смещения передаются как ее связкам, так и связанным с нею яичникам и яйцепроводам. Раз это так, то при каждом значительном напряжении, сопровождаемом сокращением брюшного пресса, патологически измененные, под влиянием, например, воспаления, внутренние половые части женщины чисто механически травмируются, что, конечно, не может не отражаться на их состоянии, обостряя воспалительный процесс. Еще резче сказывается, по весьма понятным причинам, вредное влияние значительных колебаний внутрибрюшного давления на таких заболеваниях, как ретрофлексия, опущения и др. неправильности положения матки, ее придатков и рукава.

В силу тех же соображений гинекологические больные должны по возможности воздерживаться от половых сношений. Мы не говорим уже о тех случаях, где последние, — как это бывает, например, при заболеваниях женщины триппером, — связаны с новыми поступлениями инфекционных начал в половой канал женщины, — даже и сношение с совершенно здоровым мужчиной нередко является для женщин с различными заболеваниями половой сферы безусловно вредным: во-первых, при нем может иметь место чисто механическое раздражение больных органов, во-вторых, оно всегда сопровождается приливом крови к половым частям, что также не может не отражаться вредно на ходе, например, воспалительных процессов в женской половой сфере.

Нежелательным, с чисто медицинской точки зрения, является для многих гинекологических больных и наступление зачатия. Мы

отметили уже в курсе акушерства, что, например, припадки, которыми проявляется воспаление яичников и труб, с наступлением беременности всегда усиливаются, так как, с одной стороны, тут играет роль резкая гиперэмия, всегда имеющая место в половой сфере женщины при беременности, с другой — те чисто механические влияния, которые являются результатом значительного увеличения объема беременной матки. Мы знаем, далее, что, например, при фибромиомах матки наступление беременности резко скажется усиленным ростом опухолей, — что при ретрофлексии этого органа легко могут развиваться грозные признаки ущемления, — что при эндометрите беременность легко прерывается выкидышами, которые в свою очередь могут неблагоприятно отражаться на состоянии матки, — что защитные свищи у женщин с узким тазом при новых родах могут опять возникнуть и т. д. Правда, на некоторые патологические состояния половой сферы беременность оказывает, наоборот, благоприятное влияние, — укажем, например, на инфантилизм, на рубцовые сморщивания маточных связок, обуславливающие неправильное положение матки, и пр., — но такие случаи составляют меньшинство, в большинстве же влияние беременности на половую сферу гинекологических больных оказывается безусловно неблагоприятным, и поэтому врачу-гинекологу приходится думать об ограждении своих пациенток от возможности зачатия.

Наиболее верным и, повидимому, наименее вредным из средств достигнуть этого является полное воздержание от половых сношений. К сожалению, эта радикальная мера у замужних женщин далеко не всегда может быть проведена в жизнь, как не могут быть проведены и другие, указываемые Губаревым, меры, объектом которых является не женщина, а мужчина (перевязка семявыносящих протоков, обработка яичек х-лучами и т. п.). Замужним женщинам приходится поэтому прибегать к другим средствам, предупреждающим зачатие. Средства эти довольно разнообразны, причем их можно разделить на несколько групп.

В одну группу могут быть отнесены те средства, которые имеют своею ближайшею целью не допустить сперматозоидов до проникновения или в рукав, или в более глубокие отделы женского полового канала. Сюда принадлежат: *coitus interruptus*, применение мужчиною кондомов и применение женщиною так называемых окклюзивных пессариев. *Coitus interruptus*, при котором мужчина прерывает половой акт до момента эякуляции семени, извлекая свой член из полового канала женщины, надежно достигает своей цели, но иногда, особенно у супругов со страстным темпераментом, тяжело отражается на их нервной системе. Употребление мужчиною кондомов, т. е. мешочков из непроницаемой ткани, надеваемых на половой член пред совокуплением, является

в этом отношении менее вредным, но зато кондомы во время coitus'a нередко рвутся, и тогда, понятно, у женщины может наступить зачатие. Употребляемые для предупреждения зачатия пессарии, из которых наибольшим распространением пользуются пессарии Мензинга, Хассе, Кафка и др., представляют собою



Рис. 177. Пессарий против зачатия, модель Мензинга (по Кватеру).



Рис. 178. Противозачаточный пессарий, модель Хассе.

в общем колпачки из различного материала (рис. 177 и 178), например, из натянутой на пружинящее стальное кольцо тонкой резины, эбонита, алюминия, серебра и пр., надеваемые на влагалищную часть (рис. 179). Всем им присуще то неудобство, что для введения их женщине приходится иногда прибегать к посторонней помощи, которая нужна бывает и для периодического снятия колпачков на время регул. Некоторые из окклюзивных пессариев требуют, далее, для своего введения особых инструментов (пессарий Мензинга), а другие могут быть изготовлены лишь по мерке, и для изготовления их должен быть сначала доставлен в мастерскую гипсовый слепок с влагалищной части данной женщины (пессарий Кафка). Иногда, далее, — особенно при долговременном ношении, — колпачки вызывают у женщины боли, бели, меноррагии, образование эрозий на влагалищной части и пр., а в некоторых случаях понижают остроту полового чувства.

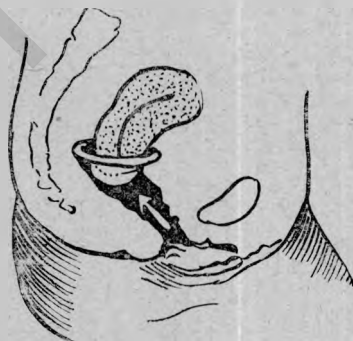


Рис. 179. Пессарий Мензинга in situ (по Селицкому и Лурье).

Другую группу средств, предохраняющих женщину от зачатия, составляют средства, имеющие своей целью отчасти умерщвление сперматозоидов, отчасти механическое удаление их из рукава прежде, чем они попадут в матку и дальше. Сюда относятся влагалищные шарики и губки, вводимые женщиною в рукав перед актом полового сношения, — лучше минут за 20, — и влагалищные спринцевания, производимые тотчас после соития. Влагалищные шарики содержат в себе вещества, с одной стороны, ядовитые

для сперматозоидов, например, сулему, оксицианистую ртуть и др., с другой — вызывающие свертывание богатыми белками эякулянта и этим путем мешающие передвижению семенных нитей, например, хинин. Я обыкновенно назначаю для данной цели шарики следующего состава *Chinini muriatici* 0,2, *Hydrargyri sublimati corrosivi* 0,002, *Butyri cacao** 2,0, *M. f. globuli vaginales*. Вместо шариков можно взять грецкую губку, величиною приблизительно с детский кулачок, поместить ее в шелковую сетку или просто привязать к ней нитку, смочить в каком-нибудь убивающем сперматозоиды растворе (я рекомендую обыкновенно простой столовый уксус, разведенный пополам водою) и ввести перед половым актом в рукав; после сношения женщина вытягивает губку за нитку из влагалища и промывает ее. Для спринцевания после соития можно употреблять или обыкновенную теплую воду, причем сперматозоиды вымываются ею из рукава, или, еще лучше, раствор какого-нибудь ядовитого для них вещества, например, сулемы (1 : 1000), оксицианистой ртути (тоже 1 : 1000), тимола, салициловой кислоты, (2 столовых ложки на кружку) и т. п., — при употреблении таких растворов семенные нити не только механически удаляются, но и убиваются или, по крайней мере, теряют способность передвигаться. Перечисленные средства являются относительно менее вредными, чем, например, *coitus interruptus*, но зато они не всегда достигают своей основной цели. Впрочем в тех случаях, где мои пациентки перед каждым сношением вводили себе губку, смоченную в уксусе, а после соития спринцевались или раствором сулемы, или раствором уксуса, комбинируя таким образом два средства данной группы, я почти ни разу не наблюдал неверного результата.

К следующей категории средств, предупреждающих зачатие, могут быть отнесены средства, имеющие целью или убить оплодотворенное яйцо, когда оно достигнет маточной полости, или помешать его прививке в этой последней. Сюда относятся внутриматочные впрыскивания таких жидкостей, как иодная настойка или смесь иодной настойки с винным спиртом и алюмолом (жидкость *Грамматика*), периодически производимые у женщины в то время, когда в полости матки можно встретить поступившее сюда яйцо. Применяя это средство, надо иметь в виду, что, как показывают современные исследования, лопание созревших графовых пузырьков и выходение из них способных к оплодотворению яиц чаще всего происходит как раз около середины менструального промежутка; кроме того, яйцу нужно несколько дней для того, чтобы пройти канал трубы; таким образом временем его поступления в матку является, вернее всего, последняя неделя перед приходом регул, когда и нужно делать впрыскивания. При соблюдении этого условия внутриматочные впрыскивания представляют собою, по видимому, довольно надежное средство предупредить зачатие, но этому средству свойственны и очень крупные невыгоды: помимо того, что женщина периодически должна

* Какаовое масло выгодно заменить та им же количеством желатина.

подвергаться впрыскиваниям, они должны быть производимы опытной рукой и непременно с соблюдением известных правил, о которых речь будет ниже, при разборе применения этого средства с лечебными целями; в противном случае внутриматочные впрыскивания могут оказаться далеко небезопасными для подвергающейся им женщины. Не могу, кстати, не упомянуть при этом, что в своей практике я наблюдал несколько случаев развития внематочной беременности у женщин, подвергавшихся предохранительным впрыскиваниям, и очень вероятно, что последние играли здесь известную этиологическую роль. Факт этот был подтвержден потом и другими наблюдателями.

Предохранять женщину от зачатия можно и оперативным путем,—главным образом при помощи операций, нарушающих проходимость яйцепроводов. В прежнее время для этого прибегали к простой перевязке последних. Однако опыт показывает, что простая перевязка труб вызывает их непроходимость лишь на очень короткое время. В курсе акушерства, именно, в главе, посвященной кесарскому сечению, нами было приведено наблюдение Писемского, где женщине при кесарском сечении были перевязаны обе трубы, и тем не менее уже через 4 месяца после того пациентка вновь оказалась беременною, причем, как показало микроскопическое исследование иссеченных при повторной операции труб, проходимость трубных каналов у ней совершенно восстановилась. Подобные же наблюдения были опубликованы и в заграничной печати.

В параллель им можно поставить результаты экспериментальных работ, произведенных как у нас, так и за границей с перевязкой труб и маточных рогов у животных. Наблюдения и опыты эти свидетельствуют, что перевязка не только не дает стойкой непроходимости труб, а, напротив, как это ни парадоксально, способствует восстановлению трубных каналов, почему некоторые из западных гинекологов и применяют ее в случаях бесплодия, зависящего от зарращения труб.

Чтобы достигнуть стойкой непроходимости яйцеводов, нужно, вместо простой перевязки, прибегнуть к частичной резекции их, лучше всего подбрюшинной. Операцию эту,—если только она не производится попутно, например, при кесарском лечении,—лучше всего выполнять, как я убедился, через паховые каналы. Техника ее вначале такова же, как и техника операции Александра-Адамса. Сделав разрез в области наружного пахового кольца (*annulus externus canalis inguinalis*) и вскрывши, или оставив не вскрытою, переднюю стенку пахового канала, оперирующий вытягивает круглую маточную связку, пока не покажется так называемый брюшинный конус. Надрезав последний и продолжая тянуть за связку, оперирующий подтягивает к сделанному отверстию в брюшине угол матки, захватывает пинцетом отходящую от него фаллопиеву трубу, выводит перешейковую часть ее наружу, надрезывает на расстоянии 2 см от маточного угла брюшинный покров этой части, отсепаровывает его в каждую сторону приблизительно на 1—1½ см, перевязывает трубу с той и другой сто-

роны у того места, где кончается брюшинная манжетка, затем резецирует часть трубы между лигатурами и закрывает каждую культю брюшиной, фиксируя последнюю швами. После того труба опускается на место, дистальная часть вытянутой круглой связки отрезается, и паховый канал (вскрытая передняя его стенка вместе с наружным отверстием или только это последнее, если канал не был вскрыт) закрывается несколькими узловатыми швами, захватывающими и ближайшую к матке часть круглой связки. В заключение подкожная клетчатка в области разреза соединяется двумя — тремя швами из тонкого кэтгута, кожаный разрез закрывается несколькими скобками Михеля. Прodelав это на одной стороне, оперирующий прodelывает затем то же самое и на другой, — и операция окончена.

Зарецкий экспериментальным путем убедился, что подбрюшинная резекция труб в этом виде гарантирует стойкое нарушение их проходимости. Однако наблюдения из практики показывают, что это не совсем так. Недавно мне пришлось произвести стерилизацию одной молодой женщины этим путем, — и, несмотря на произведенную операцию, последняя вскоре оказалась беременною.

Не всегда ведет к стойкой непроходимости труб и предложенное некоторыми авторами раздавливание последних при помощи ангиотриба — одновременно с перевязкою или без таковой.

В тех случаях, где гинекологу предстоит предохранить от последующего зачатия женщину, подвергаемую операции кесарского сечения, особенно с поперечным донным разрезом матки по Фричу, практично создавать непроходимость труб путем клиновидной резекции их межучасточных участков. Впрочем и эта операция не вполне гарантирует женщину от последующего зачатия, почему гинекологи, в попытках добиться этой цели, прибегли к внебрюшинной имплантации бахромчатых (абдоминальных) концов труб. Так, Миронов предложил вшивать эти концы в передний свод влагалища; однако операция эта сопряжена с значительной травмой. Гораздо целесообразнее, как я убедился, имплантировать абдоминальные концы труб внебрюшинно в паховые каналы, производя операцию так же, как это было выше сказано относительно подбрюшинной резекции труб.

Лебедев, по сообщению Прудникова, с успехом вызвал стойкую непроходимость труб путем электрокоагуляции их слизистой оболочки в области маточных устьев при помощи так называемого термофлюкса Рейнигера. В 2 случаях после такой операции матка была удалена и подвергнута тщательному микроскопическому исследованию, причем в устьях труб была найдена свежая рубцовая ткань, остальная же слизистая матки оказалась без изменений. Однако уже необходимость для гинеколога располагать приборами для электрокоагуляции представляет существенную невыгоду данного способа.

Старинные гинекологи в целях обеспечения женщины от наступления беременности нередко прибегали к удалению яичников, т. е. к кастрации. Достижение цели этим путем покупалось, однако,

слишком дорогою ценою; мы знаем в настоящее время, какое важное значение для отправлений всего организма женщины имеют половые железы и какими тяжелыми расстройствами сопровождается их удаление. Уж гораздо рациональнее, в случае необходимости, производить лишь временную кастрацию женщины бескровным путем, при помощи рентгенизации яичников. Исследования Зарецкого и др. авторов показали, что, чем более зрелы фолликулы, тем скорее и сильнее реагирует их эпителий на рентгенизацию; соответствующим образом дозируя x-лучи, мы можем достигнуть того, что все созревающие и зрелые графовы пузырьки будут уничтожены ими, примордиальные же фолликулы останутся в целости, и таким образом яичники у женщины перестанут функционировать,— между прочим, и продуцировать способные к оплодотворению яйца,— лишь временно, пока из примордиальных фолликулов вновь не разовьются зрелые графовы пузырьки. По наблюдениям Бормана, давая женщинам по 0,4—0,5 НЕД (кожной эритем-дозы) на каждый яичник через фильтр в 2 мм алюминия, можно гарантировать их от зачатия. Зато, если, несмотря на рентгенизацию, у женщины наступит беременность, развивающийся плод может благодаря действию x-лучей оказаться уродом, что и составляет существенную невыгоду данного способа.

Подвергнутые действию x-лучей яичники, теряя способность продуцировать зрелые яйца, вместе с тем навсегда или временно утрачивают и столь ценную для женского организма способность продуцировать присущие им гормоны. Но возможно сделать и так, что эта последняя способность у яичников сохранится, а между тем женщина будет обеспечена от зачатия,— для этого стоит лишь переместить яичники так, чтобы они лежали внебрюшинно. Фан-де-Вельде, предложивший этот способ стерилизации, рекомендовал сначала делать разрез в заднем листке широкой связки, по близости от яичника, вводить последний в клетчатку, заложленную между листками этой связки, и затем зашивать разрез. В случае, если подвергшаяся этой операции женщина захотела бы в дальнейшем вновь получить возможность стать матерью, можно было бы опять извлечь яичники из-под брюшины и поместить их интраперитонеально. Однако, раз яичники были перемещены в клетчатку, то их поверхность может при этом оказаться покрытою соединительнотканными сращениями. Чтобы избежать этого, Фан-де-Вельде предложил у женщины, имеющей быть подвергнутою лишь временной стерилизации, делать в каждой широкой связке сквозной разрез, выводить через него соответствующий яичник, потом, зашив разрез, закрывать яичник пузырной брюшиной так, чтобы он находился в замкнутом брюшинном кармане, откуда его можно, в случае нужды, освободить в совершенно неизмененном виде. Я имел возможность проделать операцию стерилизации женщины по обоим этим способам Фан-де-Вельде, причем убедился в их технической выполнимости.

В перечисленных сейчас способах оперативной стерилизации женщины непосредственными объектами операции являются

маточные придатки — трубы и яичники. Голяницкий предложил для той же цели производить операцию на самой матке. Основная цель этой операции — устроить в цервикальном канале клапаны из влагалищной мукозы, которые бы продуцировали здесь неблагоприятный для жизнедеятельности сперматозоидов кислый влагалищный секрет и образовали барьер для проникновения семенных нитей в матку. Чтобы достигнуть этого, из цервикального канала иссекается сначала цилиндр в $1-1\frac{1}{2}$ см длиною, затем из переднего и заднего сводов выкраиваются лоскуты влагалищной мукозы в $2\frac{1}{2}$ см шириной и $3-4$ см длиной, лоскуты эти запрокидываются и пришиваются — передний к задней, а задний — к передней губе цервикального канала, в заключение из слизистой оболочки правого свода вырезается лоскут в 3 см шириной и $5-6$ см длиной, поворачивается на 180° и пришивается «освеженной» поверхностью к освеженной поверхности первых лоскутов.

Как и следовало ожидать, операция Голяницкого оказалась на практике далеко не всегда достигающею своей цели, почему и не нашла себе широкого применения: кроме самого Голяницкого, насколько мне известно, она производилась у нас еще Касюгловым, несколько видоизменившим ее технику, но не достигшим, благодаря этому, лучших результатов.

Заканчивая обзор способов вызвать «стерилизацию» женщины, упомянем, в заключение, о попытках иммунизировать женский организм против зачатия по тем же принципам, по каким достигается иммунитет против заразных болезней. Первая из них, по времени, принадлежит у нас Студенскому, старания которого получить токсины для яичников и яиц оказались, однако, безуспешными. Вскоре после того Скробанский, экспериментируя на кроликах и морских свинках, нашел, что если впрыскивать морским свинкам вытяжки из яичников и желтых тел крольчих, а затем сыворотку первых вводить последним, то она проявляет сильные токсические свойства по отношению к яйцам, обуславливая их гибель; то же самое происходит и при иммунизации крольчих вытяжками из яичников морских свинок. Результаты этих опытов были впоследствии вполне подтверждены Алексеевым. Наконец, Тушнов при своих экспериментальных исследованиях, повторенных потом Третьяковым и др., убедился, что живые сперматозоиды известных животных, будучи многократно вводимы в кровеносную систему или брюшную полость самок тех же животных в определенной последовательности и определенных дозах, вызывают у последних сравнительно продолжительный иммунитет против зачатия, не причиняя никакого вреда их организму; бесплодие при этом достигается, по Тушнову, переменой химиотаксиса яйца по отношению к сперматозоидам самца из положительного на отрицательный. Опыты, произведенные в этом направлении, за последнее время вошли уже за пределы лаборатории, Лялин, например, сообщает о 70 случаях, где у замужних женщин произведены были инъекции спермы; для этих инъекций бралось от $0,5$ до 5 см³ взвеси сперматозоидов в 20 см³ физиологического раствора, причем каждая женщина

получила по 3 инъекции; за 6 месяцев из всех привитых таким образом пациенток забеременели лишь 6.

Интересно, что, по опытам Гудим-Левковича, стерилизационный эффект достигается в одинаковой степени, вводить ли самкам животных вытяжку из плаценты, или тестикулярную эмульсию, или, наконец, просто молоко, причем и в первом и во втором, и в третьем случае эффект этот зависит от изменений фолликулярного аппарата яичников.

Говоря о режиме гинекологических больных, особенно страдающих различными воспалительными процессами в половой сфере, я должен обратить внимание еще на одну, по-моему, очень важную сторону дела, именно, на заботы о регулярном опорожнении кишечника. Выше мною уже было указано, что больные этого рода в громадном большинстве случаев страдают запорами; с другой стороны, значительное скопление каловых масс в нижних отрезках кишечника весьма вредно действует на больные половые части женщины, отчасти механически раздражая их, отчасти способствуя застою крови в тазовых органах. Поэтому меры для своевременного опорожнения толстых кишек должны обязательно входить в круг режима гинекологических больных. Среди этих мер на первом месте должен стоять соответствующий подбор пищи, затем клизмы, наконец, внутренние слабительные, но отнюдь не сильно действующие, ибо слабительные из категории *drastica* могут, напротив, оказать крайне вредное влияние на состояние внутренних половых частей женщины, вызывая их гиперэмию и раздражение.

3. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ИХ ОТНОСИТЕЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Переходя от режима гинекологических больных к обзору собственно лечебных методов, применяемых в гинекологической практике, мы можем разделить их на две больших группы: на методы неоперативной терапии и оперативные.

Относительное значение и круг применения тех и других методов за сравнительно непродолжительное время неоднократно менялись. Первоначально в гинекологии господствовали почти исключительно неоперативные методы, и даже там, где оперативное вмешательство было до очевидности незаменимым, например, при свищах полового канала, гинекологи устранились от него, передавая больных в руки хирургов. Удачные попытки овариотомий были едва ли не первыми серьезными шагами гинекологов в деле применения хирургических, кровавых методов к лечению заболева-

ний женского полового аппарата. Ободренные успехом этих попыток, представители оперативной гинекологии быстро расширили круг своих действий, особенно после того, как гениальные работы Пастера, Листера и их продолжателей дали хирургам в руки надежные средства для борьбы с раневой инфекцией. В короткое время оперативные методы лечения заняли первенствующее положение в гинекологической практике, причем, как это всегда водится, дело не обошлось без крайностей: некоторые гинекологи стали совершенно игнорировать неоперативную терапию женских болезней, присвоив оперативному вмешательству не только преобладающую, но даже исключительную роль в лечении последних и прибегая к ножу даже и там, где он приносил больше вреда, чем пользы. Многие гинекологические клиники, по справедливому замечанию проф. Снегирева, из учреждений для изучения женских болезней превратились в хирургические препараточные, вся деятельность которых свелась к удалению маток, их придатков, новообразований и т. п.

Этот период почти безраздельного господства в гинекологии оперативного направления в настоящее время, однако, можно считать миновавшим. С обогащением гинекологии такими лечебными методами, как рентгенотерапия, радиотерапия и пр., нож стал мало-по-малу уступать место этим последним, и уже в наше время даже такие заболевания женского полового аппарата, как фибромиомы и особенно раки матки, против которых операция еще недавно считалась единственно надежным средством, начинают становиться объектами бескровной терапии, а в будущем это вытеснение оперативных способов лечения женских болезней неоперативными, особенно физическими, обещает идти еще более быстрыми шагами.

II. НЕОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

1. ВЛАГАЛИЩНЫЕ СПРИНЦЕВАНИЯ И ОБМЫВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ЧАСТЕЙ

Обзор неоперативных методов лечения, применяемых в гинекологической практике, мы начнем с наиболее употребительного из них — влагалищных промываний или спринцеваний и обмываний наружных половых частей женщины. Для этих целей в различное время были предложены разнообразные приборы, но в настоящее время все они вытеснены ирригатором Эсмарха, более известным в обиходной речи под названием эсмарховской кружки.

Главную составную часть этого нехитрого прибора действительно составляет кружка (рис. 180), которая бывает сделана из различного материала (стекла, фаянса, металла), имеет различную вместимость (литр, два и даже больше) и разную форму (цилиндрическую, полуцилиндрическую и пр.). Металлические кружки, конечно, всего прочнее, но стенки их легко ржавеют; кроме того, металл, из которого они сделаны, может вступать в химические реакции с некоторыми веществами, употребляемыми для спринцеваний, причем образуются соединения, с одной стороны, портящие самую кружку, а с другой — примешивающиеся к промывной жидкости и нежелательным образом изменяющие ее состав; наконец, благодаря непрозрачности стенок, в металлических кружках незаметно накапливается масса комнатной пыли и всякой грязи. Этот последний недостаток присущ и фаянсовым кружкам, по-

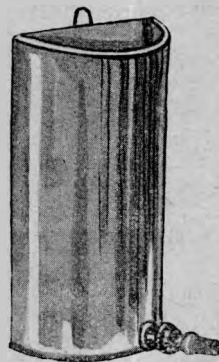


Рис. 180. Ирригатор Эсмарха.

чему всего лучше рекомендовать больным пользоваться стеклянными кружками,—они, правда, легче бьются, но зато чрез их прозрачные стенки сразу можно бывает видеть, есть в них грязь или нет. Практичнее, далее, пользоваться кружками, которые, во избежание загрязнения воздушною пылью, снабжены крышками. Что касается вместимости эсмарховских кружек, то наибольшим

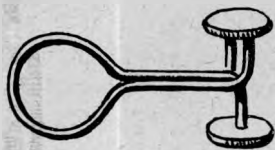


Рис. 181. Зажим Мора.

распространением у частных лиц пользуются кружки в 1 литр емкостью, но, разумеется, будет еще лучше, если кружка вмещает 2 и даже 3 литра жидкости. Наконец, полуцилиндрические кружки, у которых одна сторона—плоская, другая же—выпуклая, более практичны, чем цилиндрические, так как их удобнее вешать на стену. Для этой последней цели плоская стенка эсмарховских ирригаторов бывает обыкновенно снабжена сверху отверстием, чрез которое можно продеть петлю, и за нее вешать кружку на гвоздь; другое отверстие, для выпуска жидкости, находится на передней, выпуклой стенке кружки, около ее дна.

Вторую составную часть эсмарховского прибора представляет отводная резиновая трубка, в палец толщины и $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ арш. длиною, одним концом соединенная с выпускным отверстием кружки (для чего последнее окружено особым горлышком, на которое и надевается трубка), а другим—с наконечником. Трубка эта снабжена запирательным приспособлением, в качестве которого может служить или обыкновенный зажим Мора, употребляемый в лабораториях (рис. 181), или кран из твердого каучука, вставленный в трубку где-либо по ее протяжению (рис. 183). Иногда запирательным приспособлением бывает снабжен наконечник трубки (рис. 183).

Этот последний, составляющий третью и последнюю часть прибора Эсмарха, бывает различного устройства. В простейшем виде наконечник, употребляемый для спринцевания у замужних, представляет собою стеклянную трубку, потолще карандаша и потоньше мизинца, прямую или слегка изогнутую под углом. На конце трубка эта обычно бывает снабжена оливообразным расширением с несколькими мелкими отверстиями в стенках, чрез каковые

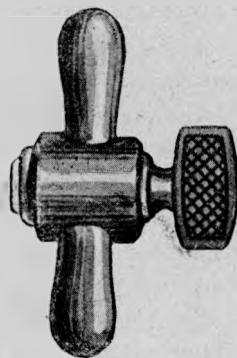


Рис. 182. Кран из твердого каучука для отводной трубки ирригатора.

отверстия промывная жидкость и вытекает отдельными струйками. Подобного рода наконечники непрактичны, однако, в том отношении, что легко бьются, и именно как раз в месте расширения, где их стенка является значительно истонченной. Обыкновенно пользующиеся кружкой женщины, окончив спринцевание, опускают наконечник в кружку расширенным концом его книзу; при этом опускании последний, стукнувшись о твердое дно кружки, легко разбивается, причем это иногда остается не замеченным; при следующем спринцевании больная может, не поглядев, ввести себе разбитый наконечник в половой канал и поранить мягкие части его зубцами стекла.

Модестов описал случай, где произведенный таким образом прорез влагалищной стенки имел около 3 см в длину и дал сильное кровотечение, потребовавшее для своей остановки наложения швов. Мне также однажды пришлось наблюдать поранение рукава, в области одного из боковых сводов, подобного же происхождения, но очень небольшое. В другом известном мне случае осколки разбитого наконечника, оставшись в рукаве, вызвали значительные повреждения полового члена у мужа пациентки.

Ввиду указанной невыгоды я обыкновенно рекомендую своим пациенткам пользоваться в качестве наконечников для спринцевания обыкновенными стеклянными трубками, прямыми или изогнутыми, с облавленным концом и одним большим отверстием (рис. 184).

Кроме стеклянных наконечников, в большом ходу для влагалищных спринцеваний наконечники из твердого каучука, которые опять-таки бывают различной формы и снабжены го одним большим, то несколькими маленькими отверстиями на конце; особенно удобным, по крайней мере для больничного употребления, является гуттаперчевый наконечник Лейтера с краном (см. выше рис. 183). Все эти наконечники прочнее стеклянных, но зато и дороже последних, а главное — их нельзя стерилизовать кипячением, как то мы делаем со стеклянными наконечниками.



Рис. 183.
Наконечник
с краном
Лейтера



Рис. 184. Стеклянные наконечники для спринцевания, прямой и изогнутый.

Для девиц, у которых при спринцевании наконечник приходится вводить в очень иногда узкое отверстие неповрежденной девственной плевы, существуют в продаже особые наконечники, более тонкие, чем обыкновенно.

Техника влагалищных спринцеваний настолько проста, что их могут производить и сами больные, без посторонней помощи. Наполнив кружку соответствующей жидкостью, женщина вешает ее на той или другой высоте (приблизительно около 2 аршин) на стену или на особую стойку, садится около нее на биде или просто становится на корточки над тазом (либо подкладным судном), вводит в половую щель, сантиметров на 6, наконечник и открывает кран, после чего содержащаяся в кружке жидкость начинает течь, через наконечник, в рукав, откуда выливается в биде, таз или судно. Разумеется, таким образом могут спринцеваться лишь женщины, которых болезнь не удерживает постоянно в постели; что касается этих последних, т. е. более тяжело больных, то им приходится спринцеваться в лежачем положении, именно, лежа на спине с несколько согнутыми и разведенными ногами, причем под таз больной подкладывается судно, и спринцевание производится не самою больной, а другим лицом. Впрочем и для женщин, которые могут вставать с постели, лучше спринцеваться в лежачем, чем в сидячем положении, так как в первом случае промывная жидкость лучше орошает стенки рукава, и, кроме того, часть ее остается в рукаве и по окончании спринцевания.

В указанном виде влагалищные спринцевания являются совершенно безопасными для больных. Лишь в исключительных случаях, где цервикальный канал у женщины раскрыт, а спринцевание производится под значительным давлением, особенно те, если наконечник случайно будет введен не только в рукав, но и в матку, промывная жидкость может попасть в *cavum uteri*, в канал труб и, наконец, в полость брюшины, причем этим путем в брюшину могут быть занесены инфекционные начала. Так, повидимому, надо объяснять описанные в литературе (у нас, например Лабенским) случаи, где у женщин после спринцевания развивался острый перитонит; так объясняю я развитие во время спринцевания шока у одной из моих пациенток, имевшей резкую ретрофлексию с зиянием наружного зева. Во избежание подобных случаев лучше, пожалуй, и влагалищные спринцевания, подобно внутриматочным промываниям, производить наконечником, который, бы обеспечивал свободный обратный отток промывной жидкости, — вроде, например, предложенного в свое время Рейном. Впрочем, в громадном большинстве случаев и спринцевания при помощи обыкновенных наконечников являются, повторяем, совершенно безопасными.

Лечебный эффект влагалищных спринцеваний бывает различен в зависимости, во-первых, от температуры употребляемой для них жидкости, во-вторых, от ее состава.

По своей температуре влагалищные спринцевания делятся обыкновенно на холодные (ниже 35—36° Ц), теплые (37—40° Ц) и горячие (47—50° Ц).

Снегирев классифицирует влагалищные спринцевания по их t° несколько более детально; именно, он различает: 1) холодные спринцевания — от 0° до 12° Ц, 2) прохладные — не ниже 35° Ц, 3) индифферентные — от 35° до 37° Ц, 4) тепловатые — от 38° до 44° Ц, 5) горячие — от 44° до 50° Ц, между тем как Флоринский t° холодных спринцеваний определяет не выше 19° Ц, прохладных — от 19° до 27° Ц, тепловатых — от 27° до 33° Ц, теплых — от 39° до 40° Ц и горячих — от 40° до 50° Ц.

Холодные спринцевания более низких температур сравнительно редко применяются в гинекологической практике, так как они производят сильное раздражающее действие на половую сферу женщины, вызывая сначала ишэмию, — почему некоторые авторы и рекомендуют применять их при маточных кровотечениях атонического характера, — а затем сильный прилив крови к половым частям. Я лично их никогда не назначаю, да и холодные спринцевания более высокой t°, т. е. прохладные, назначаю сравнительно редко, — в тех именно случаях, где является желательным поднять ослабленный тонус стенок полового канала, например, в начальных стадиях опущения рукава. При этом я обыкновенно рекомендую больным ограничиваться такой температурой, чтобы при спринцевании они получали ощущение прохлады в половом канале.

Теплые спринцевания оказывают безусловно успокаивающее действие на женскую половую сферу, почему и применяются при таких заболеваниях последней, которые сопровождаются сильным раздражением половых частей, например, при острых и подострых воспалениях их. При этом, чем сильнее раздражение, тем ниже, т. е. ближе к индифферентной точке, должна быть t° этих спринцеваний и тем под меньшим давлением надо производить их, т. е. тем ниже надо помещать при них кружку, чтобы механическое влияние вытекающей через наконечник струи было возможно слабее.

В противоположность холодным, горячие спринцевания чрезвычайно широко применяются мною в практике. Я назначаю их почти всем больным, у которых имеют место хронические воспаления половой сферы, — так называемые хронические метриты, сальпинго-оофориты, экссудативные пара- и периметриты или их послед-

ствия (а такие больные составляют, как известно, главный контингент пациенток всякого врача-гинеколога). Я утилизирую при этом главным образом, резорбирующее действие названных спринцеваний; кроме того, последние дают, при хронических воспалительных заболеваниях женских половых частей, и прекрасный обезболивающий эффект, а иногда, и притом нередко оказываются и надежным кровоостанавливающим средством, уменьшающим, вследствие вызываемых ими сокращений маточной мышцы, маточные кровотечения атонического характера. Словом, по отношению к хроническим воспалительным заболеваниям женской половой сферы я готов присоединиться к заявлению Снегирева, что «из всех противовоспалительных средств горячие спринцевания в гинекологической практике — почти самое лучшее».

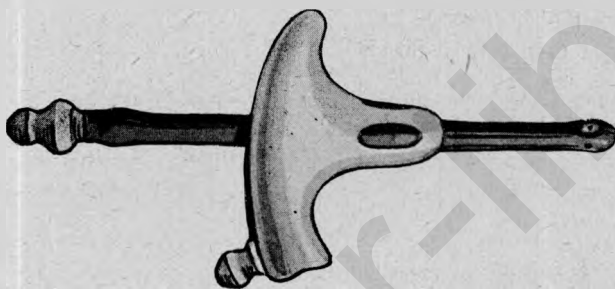


Рис. 185. Наконечник с приспособлением для горячих влагалищных спринцеваний

Применяя горячие спринцевания более высоких температур, мы должны, однако, считаться с тем обстоятельством, что кожные покровы окружающих половую щель частей гораздо более чувствительны к термическим влияниям, чем стенки рукава, и чтобы защитить их, следует производить горячие спринцевания или при помощи особого рукавного наконечника с приспособлением для оттока горячей жидкости (рис. 185), или просто предварительно смазывать окружность половой щели густо вазелином.

Различаясь по своей температуре, влагалищные спринцевания могут быть разделены, далее, на несколько групп по своему составу и вместе — лечебному действию употребляемых для них веществ. С этой последней точки зрения среди них можно различать: 1) дезинфицирующие спринцевания, 2) вяжущие, 3) дезодорирующие, 4) обезболивающие, 5) резорбирующие, 6) кровоостанавливающие, 7) нейтрализующие слишком кислую реакцию влагалищного секрета и др.

Так как значительное большинство больных, являющихся за советом в амбулаторию врача-гинеколога, оказываются страдающими

различными воспалительными заболеваниями половой сферы, а воспалительные процессы в последней бывают большей частью микробного происхождения, то совершенно естественно, что из всех спринцеваний гинекологам чаще всего, пожалуй, приходится назначать дезинфицирующие спринцевания, т. е. спринцевания растворами бактерицидных веществ. Особенно показанными бывают они в тех случаях, где в рукаве и цервикальном канале можно подозревать наличие таких микробов, как, например, гонококки. Наиболее действительными из бактерицидных веществ, употребляемых для спринцеваний данного рода, считается сулема (*hydrargyrum sublimatum corrosivum*), которую лучше всего выписывать в виде лепешек (*in trochiscis compressis*), содержащих по 1,0 сулемы; юдна такая лепешка берется на литр отварной воды, и этим раствором 1 : 1 000 производится спринцевание; можно также выписывать сулему в 2% -ном растворе, причем на литр воды берется 1 столовая ложка его, или в порошке. В последнее время я охотно заменяю сулему субламином в таком же растворе, т. е. 1 : 1 000 (ловидимому, вещество это, химически представляющее собою смесь сернистой ртути с этилен-диамином, столь же действительно как и сулема, но менее ядовито и менее раздражает ткани полового канала). Далее, для дезинфицирующих спринцеваний могут быть употребляемы: карболовая кислота (*ac. carbolicum liquefactum*, берется обыкновенно в количестве 1 столовой ложки на литр воды, причем получается раствор немного крепче 1%), салициловая кислота (*ac. salicylicum cristallisatum*, берется в количестве 1/2 чайной ложки на литр воды), лизол (1—2 чайных ложки на литр), лизоформ (в таком же разведении), формалин (35% -ный водный раствор формальдегида, берется также в количестве 1—2 чайных ложек на литр), марганцевокислый калий (*kalium hypermanganicum*, выписывается в кристаллическом виде, для спринцевания берется такая щепотка этого вещества, чтобы вода приняла густофиолетовый цвет) и пр.

Относительно столь распространенных в гинекологической практике сулемовых спринцеваний Васильева-Чеботарева прямыми исследованиями убедилась, что они, правда, уничтожают патогенную флору рукава, но зато, вызывая десквамативный катарр, в то же время ослабляют защитные приспособления влагалища. Оттого их следует применять лишь в виде временной меры, а затем позаботиться об устранении вызванных ими разрушений путем применения спринцеваний раствором Рингера или физиологическим раствором поваренной соли.

Назначая дезинфицирующие спринцевания, врач-гинеколог должен, далее, иметь в виду, что, с одной стороны, все бактерицид-

ные вещества более или менее значительно ядовиты для организма, а с другой — что слизистая оболочка рукава обладает известною способностью всасывать, хотя и гораздо меньшею, чем слизистые оболочки, покрытые однослойным цилиндрическим эпителием (например, мутоза матки, прямокишечная мукоза и другие «настоящие» слизистые оболочки). Опыты Смольского с иодистым калием показали, например, что это вещество уже очень быстро поступает через слизистую рукава в кровь, и с этим фактом необходимо считаться при употреблении для рукавных спринцеваний таких средств, как, например, сулема, — и я, и некоторые другие гинекологи наблюдали при долговременном применении сулемовых спринцеваний такие припадки, которые могут быть объяснены лишь ртутным отравлением.

Необходимо, кроме того, иметь в виду, что приготовление растворов для спринцеваний требует иногда известных предосторожностей. В прежнее время, когда карболовые спринцевания были в большом ходу, сравнительно нередки были случаи ожогов влагалища и вульвы карболовой кислотой. Ожоги эти происходили вследствие того, что, приготовляя раствор, женщины сначала брали ложку чистой кислоты, выливали ее в кружку, потом наполняли последнюю водой, причем карболовая кислота, в силу своего большего удельного веса, скоплялась в отводной трубке или на дне кружки, вода же — над нею; затем, когда начиналось спринцевание, сначала через наконечник шла чистая кислота, которая и производила ожоги. Во избежание этого следует растворы для спринцевания готовить не в кружке, а в каком-нибудь другом сосуде, и уже в готовом виде вливать в кружку.

Легко понятно и широкое применение в гинекологической практике вяжущих спринцеваний: как известно, вяжущие средства считаются специфическими при катаррах слизистых оболочек, а среди гинекологических больных весьма большой процент составляют женщины, страдающие именно катарральными воспалениями рукава и матки. Из вяжущих средств я особенно охотно применяю в своей практике раствор таннина в древесном уксусе (Rp. Aceti pyrolignosi 180,0, tannini 10,0, M. D. S. по 1 столовой ложке на литр отварной воды) и смесь сернокислого цинка с квасцами (Rp. Zinci sulfurici, aluminis usti aa 50,0, M. f. pulvis D.S. по 1 чайной ложке на литровую кружку). Кроме того, для приготовления вяжущих спринцеваний можно употреблять уксуснокислый алюминий (по 2 чайных ложки на литр воды), алюмоол (в таком же разведении), уксуснокислый свинец (1 чайную ложку на кружку), отвар дубовой коры и пр.

Дезодорирующие спринцевания применяются при тех заболеваниях женской половой сферы, которые сопровождаются гнилостными процессами; особенно часто их приходится употреблять при запущенных раках маточной шейки, которые сопровождаются,

как уже выше было сказано, резким зловонием, тягостным как для самих больных, так и особенно для лиц, их окружающих. Так как в основе гнилостных процессов лежит жизнедеятельность микробов, разлагающих мертвые ткани, то дезодорирующие средства являются вместе и дезинфицирующими. С целью дезодоризации особенно часто употребляются в гинекологической практике растворы марганцевокислого кали, формалина (дозировку этих средств см. выше), тимола (выписывается в виде 10%-ного спиртового раствора, которого берется 1 столовая ложка на литр воды), перекиси водорода (*hydrogenium hyperoxydatum med.*, несколько столовых ложек на кружку), хлориновой извести и т. п.

Иногда дезодорирующие спринцевания и обмывания приходится применять и у здоровых женщин, именно у тех, у которых каждая менструация сопровождается зловонием вследствие разложения отделяемого желез полового аппарата.

Некоторые гинекологи назначают своим больным и спринцевания с обезболивающими веществами, например, опийной настойкой (обыкновенно при этом употребляются *t-ra opii stocata* в количестве 1 чайной ложки на литр воды), хлорал-гидратом (1 ч. на 16 ч. воды) и пр. Я, однако, считаю применение таких спринцеваний нецелесообразным ввиду слабой всасывающей способности стенок влагалища — с одной стороны и дороговизны обезболивающих веществ — с другой. Обезболивающие вещества, в случае нужды, лучше вводить в организм другими путями (через рот, через прямую кишку), при которых вещества эти утилизируются более совершенно.

Применяя влагалищные спринцевания в видах резорбции, — например, при выпотах в тазовой клетчатке и брюшине, — лучше пользоваться, как уже было сказано, температурой спринцеваний, а не их составом. Впрочем не мешает в подобных случаях обращать внимание и на состав жидкости для спринцеваний, прибавляя к ней вещества, повышающие резорбцию. Во главе этих веществ стоит, как известно, иод, который и может быть назначаем в таких случаях, проще всего в виде иодной настойки, в количестве 20 капель на кружку (или литр) горячей воды.

Уже старые гинекологи рекомендовали также для целей рассасывания патологических продуктов пользоваться спринцеваниями с поваренною солью, — средством, на которое обратили внимание в новейшее время. Так, Кикодзе рекомендует применять рукавные спринцевания 8%-ным раствором поваренной соли (для которого, стало быть, надо брать 4—5 столовых ложек соли на литр воды).

Если влагалищные спринцевания применяются с целью остановки кровотечений из женского полового канала, то для этого также лучше пользоваться их температурой, например, при маточных кровотечениях назначать горячие спринцевания, которые вызывают сокращение маточных мышц и этим путем останавливают кровотечение из сосудов маточной стенки. В некоторых случаях, однако, пользоваться горячими спринцеваниями для остановки кровотечений из полового канала не имеет смысла. Так бывает, например, при кровотечениях, исходным пунктом которых служит рак маточной шейки или рукава,— высокая t° здесь не может повлиять благотворно в смысле остановки кровотечения, так как мышечные элементы в стенках полового канала и мышечная оболочка сосудов являются разрушенными раковым новообразованием. Чтобы прекратить кровотечение, здесь надо применить средства, которые бы действовали чисто-механически, закупоривая кровоточащие отверстия в стенках разрушенных сосудов. К числу таких средств относятся, между прочим, вещества, вызывающие образование плотных кровяных сгустков на кровоточащей поверхности, и прежде всего—полуторахлористое железо (*ferrum sesquichloratum*), раствор которого и употребляется в подобных случаях для влагалищных спринцеваний (обыкновенно выписывается *liquor ferri sesquichlorati* или *oleum Martis*, т. е. раствор полуторахлористого железа в одинаковом количестве воды, причем 1 чайная ложка его берется на литровую кружку).

Бурлакюв при своих исследованиях с изолированной маткой нашел, что холодная вода вызывает в последней тетанус, иногда длительный, после чего сокращения органа принимают прежний характер, горячая же вызывает поднятие тонуса и неполный тетанус, сменяющийся усилением ритмических сокращений. Поэтому для усиления родовых сокращений он считает более рациональным применять горячие души, для остановки же атонических кровотечений из пустой матки — холодные.

Говоря выше о причинах бесплодия у женщин, я указал, между прочим, что иногда последнее зависит от чересчур кислой реакции влагалищного секрета, вредно действующей на жизнедеятельность сперматозоидов. В таких случаях является показанным применение рукавных спринцеваний с веществами, нейтрализующими влагалищный секрет, т. е. со щелочами,—обыкновенно или с содой (1 чайная ложка углекислого натра на кружку воды), или с двууглекислой содой (2 чайных ложки двууглекислого натра на кружку); спринцевания эти женщина должна производить незадолго до полового сношения.

Заканчивая обзор различных спринцеваний, применяемых в гинекологической практике, заметим, что ежедневное число их, а равно и количество жидкости, употребляемой для каждого спринцевания, варьируют в зависимости от особенности каждого отдельного случая. Большею частью спринцевания производятся два раза в сутки, утром и вечером, но иногда бывает достаточно и одного раза, а иногда, наоборот, их надо производить чаще. На каждое спринцевание в большинстве случаев бывает достаточно одного литра жидкости, но у некоторых больных приходится расходовать и несколько литров. На время регул спринцевания обыкновенно прекращаются, и больные ограничиваются одними обмываниями наружных половых частей, хотя и это правило может представлять исключения: иногда спринцевания (горячие) приходится делать как раз во время регул, чтобы ограничить слишком обильные потери крови у больных (страдающих меноррагиями).

Заметим также, что влагалищные спринцевания и обмывания вульвы заслуживают применения не у одних только гинекологических больных,—некоторые женские врачи-практики не без основания думают, что не только наружные обмывания, но и спринцевания рукава должны входить в туалет и здоровых замужних женщин, особенно в известные периоды, например, после месячных. В этих случаях лучше делать теплогатые спринцевания или чистою прокипяченою водою, или прибавляя к ней 1—2 чайных ложечки борной кислоты. Подобные спринцевания всякая женщина может делать раза 2—3 в неделю.

2. ПОСТОЯННОЕ ОРОШЕНИЕ

Обыкновенные влагалищные спринцевания, производимые при помощи эсмарховского ирригатора, при всех своих достоинствах представляет ту невыгоду, что промывная жидкость при них орошает стенки полового канала слишком непродолжительное время, и оттого как термический, так и лекарственный эффект их является относительно незначительным. Чтобы устранить эту невыгоду, Снегирев предложил особую форму влагалищных промываний, при которой соприкосновение промывной жидкости со стенками полового канала имеет место целыми часами, и которая поэтому известна под названием непрерывного или постоянного орошения.

Для постоянного орошения некоторыми гинекологами (например, Артемьевым) придуманы сложные аппараты, в которых регу-

лировка отека жидкости производится при помощи электричества. При проведении этого метода на практике можно, однако, обойтись и без таких приборов, воспользовавшись любым более или менее объемистым сосудом, например, стеклянную бутылку с отверстием у дна, ведром или бочонком с таким же отверстием, даже эсмарховскою кружкой, но не в 1, а в несколько литров вместимостью. Сосуд этот ставится на известной высоте (1 метр) над уровнем кровати больной — или на полке, прибитой к стенке, у которой стоит кровать, или на какой-нибудь подставке — и наполняется тою или иною жидкостью, которая через отверстие, расположенное у дна его, поступает в отводную резиновую трубку, причем величина ее струи регулируется находящимся на протяжении трубки краном, а затем, через особый наконечник — в рукав больной.

Из наконечников, предложенных для постоянного орошения, наибольшим распространением пользуется придуманный Морозовым. Он представляет собою (рис. 186) довольно толстую стеклянную трубку, на одном конце открытую, причем в стенке трубки на этом конце находится несколько круглых отверстий, а на другом — закрытую, причем в этот последний конец впаяны две коротких трубочки — одна для притока жидкости, другая — для оттока. Соединивши одну из трубочек с резиною трубкой, отходящей от резервуара с жидкостью, врач вводит наконечник в рукав больной, лежащей в горизонтальном положении на кровати, так чтобы открытый конец его упирался в своды рукава, а закрытый выдавался из половой щели, затем, отвернув кран, пускает жидкость. Жидкость эта с известною скоростью поступает сначала в наконечник и отчасти, через отверстие его, в рукав, а затем вытекает обратно через отводную трубочку, находящуюся в закрытом конце и снабженную резиновою трубкой, которая опускается в стоящий под кроватью больной таз.

Во избежание смачивания постели больной промывной жидкостью, вытекающей из рукава, постоянное орошение лучше производить на специальной кровати, матрац которой, равно как и расположенная под ним сетка (или настил кровати), имеет сквозное отверстие. Как поверхность матраца вокруг этой дыры,



Рис. 186. Морозовский наконечник для постоянного орошения.

-так и края последней обшиты резиновым полотном. Больная ложится на кровать, так, чтобы половая щель ее приходилась как раз над этим отверстием, причем отводящая трубка свешивается сквозь последнее в поставленный под кроватью приемник для жидкости.

В качестве жидкости для постоянного орошения можно пользоваться, или простою кипяченою водою, или каким-нибудь индифферентным раствором (физиологическим раствором поваренной соли, жидкостью Люкка и т. п.), или, наконец, каким-либо слабым дезинфицирующим раствором (например, слабым раствором марганцевокислого кали). Вообще при этом методе лечения важен не столько состав употребляемой для орошения жидкости, сколько ее физические свойства, особенно температура. Обыкновенно для постоянных орошений применяют жидкости высокой t° , но некоторые гинекологи пользуются и холодными орошениями.

Снегирев особенно рекомендует брать для постоянных влагалищных орошений жидкость в $44-46^{\circ}$ Ц, Мордвинов — $37-40^{\circ}$ Ц, Александров, видевший при некоторых заболеваниях женской половой сферы хороший эффект от холодных орошений, определяет t° последних в $12-30^{\circ}$ Ц.

Что касается продолжительности каждого сеанса орошения, то, по Снегиреву, она варьирует для горячих орошений между 2 и 12 часами.

Главное действие постоянных влагалищных орошений, по Снегиреву и др. авторам, — аспирирующее, присасывающее. Что присасывающий эффект орошений действительно значителен, видно уже из того, что после более или менее продолжительного орошения стенки рукава оказываются втянутыми в боковые отверстия морозовского наконечника, края которых поэтому должны быть оплавлены. С практической точки зрения крайне важно, что сфера аспирирующего действия орошений не ограничивается одним рукавом, но распространяется и на полость матки. Многие описывают случаи, где этим путем удавалось достигать отхождения матки задержавшихся кусков плаценты, и Какушкин наблюдал случай, где при постоянном орошении вышел из матки застрявший там кусок ламинарии. Еще легче, конечно, достигается при этом высасывание из матки крови, гноя, отделимого желез и пр., а вместе с ними — инфекционных начал. Оттого Снегирев не без основания называет постоянное орошение «наилучшим и самым могущественным средством против послеродовой септицемии» (точнее — против септического пуэр-

перального эндометрита). Вообще несомненный аспирирующий эффект постоянных орошений заставляет считать их показанными при всех заболеваниях, причина которых кроется в присутствии патогенных микробов внутри полового канала.

Для усиления аспирирующего действия Быков рекомендует пользоваться внутриматочным наконечником, соединенным с водоструйным насосом.

Помимо этого чисто-механического эффекта постоянное влагалищное орошение, если оно производится жидкостями высокой t° , оказывает энергичное резорбирующее влияние, почему дает прекрасные результаты при выпотных воспалительных процессах в тазовой брюшине и клетчатке.

Холодные же орошения, как экспериментально убедился Александров, вызывают сокращение маточных сосудов, почему и рекомендуются этим автором при маточных кровотечениях атонического характера, а равно в случаях расслабления связок матки.

Федулов и Поюровский с успехом пользовались постоянным орошением для подготовки больных с запущенными мочевыми свищами к оперативному лечению, в частности, для устранения мочекислых отложений в рукаве, излечения цистита и пр., причем Поюровский рекомендовал производить в подобных случаях орошение через пузырь.

3. ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВПРЫСКИВАНИЯ И ВЛИВАНИЯ

Как уже было сказано сейчас, при влагалищных спринцеваниях и орошениях в рукав вводится значительное количество жидкости, причем терапевтическое действие этих способов основывается не столько на составе последней, сколько на ее физических свойствах. При впрыскиваниях и вливаниях количество вводимой в рукав жидкости, напротив, бывает небольшим, причем лечебный эффект ее зависит исключительно от ее состава.

Влагалищные впрыскивания производятся или при помощи обыкновенной, так называемой «ушной» спринцовки (резинового баллона с костяным наконечником), или при помощи достаточной величины шприца с коротким, обыкновенно металлическим, наконечником (рис. 187). Применяются они чаще всего при острых воспалениях рукава, особенно гонорройных, причем в качестве жидкости для них обычно берутся растворы различных солей серебра.

Фон-Валь горячо рекомендует при острой гоноррее женского полового канала 3 раза в день впрыскивать в рукав 100 см³ раствора альбаргина (1 чайную ложку 2½—5%-ного раствора на стакан воды) или ихтаргана (½ чайной ложки 2%-ного раствора на стакан). После впрыскивания жидкость задерживается в рукаве на 5—30 мин. Если гонорройный процесс ограничивается нижними отделами полового канала, то через 4—5 недель наступает выздоровление, при гоноррее же верхних отделов результат, конечно, бывает менее успешный.

Соколов при перелойном вульво-вагините у детей советует впрыскивать в рукав, при помощи стеклянной пипетки, раствор ляписа возрастающей крепости, от 0,2% до 0,8%, причем такие впрыскивания производятся или ежедневно, или через день.

Вливания в рукав довольно часто применялись прежними гинекологами при воспалительных заболеваниях маточной шейки, — цервикальном катарре и эрозиях влагалищной части. Техника их очень проста: уложив больную на спине, с несколько приподнятым крестцом, врач вводит ей в рукав соответствующей величины цилиндрическое зеркало, — лучше из стекла или фарфора, — так, чтобы края его упирались в своды, а влагалищная часть смотрела в просвет зеркала, затем наливает в последнее 1—2 столовых ложки той или другой лекарственной жидкости, оставляет ее на 3—10 минут, затем вычерпывает кусками гигроскопической ваты. Для таких вливаний в прежнее время чаще всего употреблялись: древесный уксус (*acetum pyrolignosum*), слабые растворы квасцов, танина, ляписа, полторахлористого железа (1—2 чайных ложки на стакан воды), смесь танина с глицерином (1 : 8) и т. п. (Флоринский).

В новейшее время вливания в рукав получили у нас широкое применение в Гос. венерологическом институте в Москве, с целью лечения хронических гонорройных вагинитов. После тщательного промывания рукава теплой водой с мылом в него сначала вливается, при помощи трубки с пробкой, 10%-ный раствор резорцина, оставаемый на час. Так повторяется ежедневно 3—8 дней, после чего начинают применять вливания 100—200 см³ 1—2%-ного протаргола, оставаемого на 1—1½ ч. (Веселова).

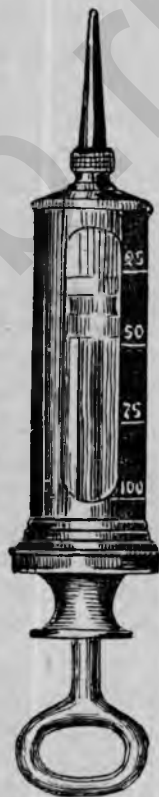


Рис. 187.
Шприц Лейтера в 100,0 емкостью для впрыскиваний в мочевою пузырь и рукав.

4. ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ПРОМЫВАНИЯ.

Между тем как промывания рукава, особенно в форме влагаллищных спринцеваний, принадлежат к числу обыкновенных способов лечения женских болезней, промывания полости матки, в акушерской практике применяемые довольно часто, в гинекологической, напротив, применяются очень редко. Объясняется это прежде всего их техническими трудностями: чтобы промывная жидкость, вводимая, как это всегда бывает при промываниях, в значительном количестве, не попала через фаллопиевы трубы в полость брюшины (что всегда бывает сопряжено с опасностью инфекции последней), промывания маточной полости необходимо производить при условиях, обеспечивающих свободный отток жидкости, т. е. при широко раскрытом цервикальном канале, а такое раскрытие канала шейки, обычно имеющее место у рожениц и родильниц, у гинекологических больных наблюдается чрезвычайно редко (при «рождении» субмукозных опухолей и пр.). Чтобы свободный отток промывной жидкости из полости матки был, далее, обеспечен, необходимо производить промывание матки катетером с двойным током, а даже самые тонкие катетеры этого рода все же имеют толщину карандаша, т. е. у громадного большинства женщин не могут быть проведены через канал шейки без предварительного расширения его — операции болезненной, требующей большую часть общего наркоза и притом дающей раскрытие канала шейки лишь на короткое время. Самое главное, однако, что результаты внутриматочных промываний не искупают трудностей и даже опасностей данного метода.

В виду всего сказанного внутриматочные промывания у гинекологических больных применяются, повторяем, крайне редко, — обыкновенно при наличии в матке гнилостных веществ, которые следует удалить, по возможности щадя демаркационный слой маточной стенки (я, например, с успехом пользовался этим методом у больных, подвергшихся 2-минутной вапоризации матки, у которых обваренный внутренний слой маточной стенки подвергся гнилому разложению при симптомах общей гнилостной интоксикации). В качестве промывной жидкости и здесь, как и в акушерской практике, лучше пользоваться или простой кипяченой водой, или индифферентными растворами (например, физиологическим раствором поваренной соли), или слабыми растворами бактерицидных веществ; правда, опасность отравления последними здесь гораздо меньше, чем при промываниях матки у родильниц, в виду сравнительной незначительности всасывающей поверхности,

но все же употребления крепких растворов таких ядовитых веществ, как, например, сулема, и здесь лучше избегать, тем более, что главная цель внутриматочных промываний — чисто-механическое удаление содержимого маточной полости.

В виду только что сказанного едва ли можно присоединиться к предложению Михайлова лечить воспалительные процессы в маточных придатках путем систематического промывания матки 2%-ным раствором сулемы.

Производить внутриматочные промывания можно при помощи обыкновенной эсмарховской кружки, причем, как уже упоминалось.

сейчас, необходимо пользоваться наконечником с двойным током; только наконечник этот у гинекологических больных должен быть гораздо тоньше, чем употребляемый в подобных случаях у родильниц.



Рис. 188. Катетер с двойным током для промывания мочевого пузыря и матки.

Для промываний матки у гинекологических больных можно рекомендовать, например, катетер Заяицкого, устроенный по типу катетера Фрич-Боземана, но гораздо более тонкий, или тонкий катетер Боряковского, или, всего лучше, катетер того типа, какой обыкновенно употребляется для катетеризации женского мочевого пузыря, но только с двойным каналом (рис. 188).

5. ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ВПРЫСКИВАНИЯ.

Гораздо более широким применением в гинекологической практике, чем внутриматочные промывания, пользуются внутриматочные впрыскивания, при которых

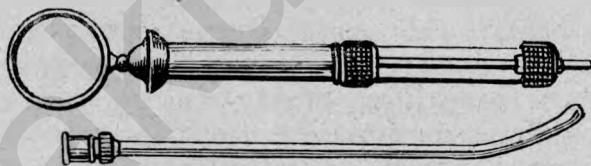


Рис. 189. Шприц Брауна.

в полость матки вводится, обыкновенно при помощи шприца Брауна с длинным наконечником из твердого каучука

(рис. 189) или металла, лишь незначительное количество жидкости (не более 1, самое большое 2 г). Особенно широкое распространение получило у нас, в России, методическое применение, при воспалениях матки и ее придатков, иодистых впрыскиваний.

Своим введением в широкую практику и разработкою этот метод обязан покойному томскому профессору Грамматикати, который обратил внимание отечественных врачей на прекрасные результаты, получаемые при систематическом применении иодистых внутриматочных впрыскиваний у больных с разнообразными воспалительными процессами в женской половой сфере, выработал технику этого метода лечения, установил показания для него и, кроме целой массы клинических, произвел несколько ценных патолого-анатомических наблюдений, объясняющих терапевтический эффект данного способа, так что последний по справедливости известен под названием «способа Грамматикати».

Для внутриматочных впрыскиваний Грамматикати рекомендовал смесь иодной настойки и алюмола по следующей формуле: Rr. T-rae jodi, spiriti vini aa 50,0, alumnoli 5,0. Смесь эта впрыскивалась им ежедневно в количестве 1 г, причем число впрыскиваний в отдельных случаях значительно колебалось, иногда превышая 100. Применялись впрыскивания в указанной форме как в острых, так и хронических стадиях воспалений матки и ее придатков различного происхождения, в том числе и гонорройных, причем результатом их было в большинстве случаев полное выздоровление. Каких-либо неблагоприятных последствий, при правильном применении способа, никогда не наблюдалось. Причину целебного эффекта впрыскиваний автор способа усматривал в вызываемом впрыскиваниями физиологическом покое половой сферы, признаком которого он считал обычно наступающую при них аменоррею, в свою очередь зависящую, — как показало исследование яичников, удаленных у одной больной, получившей 115 впрыскиваний, — или от прекращения созревания фолликулов, или даже от их уничтожения.

После появления в свет первых же трудов Грамматикати, посвященных данному методу, последний был на обширном материале испытан многими русскими гинекологами, причем в его оценке произошло резкое разногласие: между тем, как одни, — и притом большинство, — испытав этот метод, пришли к весьма благоприятным для него заключениям, другие, напротив, признали его бесполезным и даже опасным.

В частности Лебедев, рекомендуя впрыскивания по Грамматикати, особенно при гонорройных воспалительных процессах в женской половой сфере, — как известно, наиболее трудно поддающихся терапии, — нашел, что, применяя этот способ, мы значительно сокращаем продолжительность острого; стадия гонорройных заболеваний; он же отметил, что, если производить

внутриматочные впрыскивания иод-алюмола при соблюдении известных правил, то они являются совершенно безопасными. Букоемский, испытав этот способ при остром гонорройном эндометрите, нашел в нем настоящий specificum против данной болезни: по его наблюдениям достаточно 7—8 впрыскиваний, чтобы гонококки исчезли из маточного секрета; этот же автор нашел, что, применяя впрыскивания по Грамматикати при endometritis gonorrhoeica, можно предупредить распространение гонорреи на придатки. Очень хорошие результаты от разбираемого метода получили также Потеенко, Стризовер, Быховский, Фукс, Парышев (применявший его в сочетании с грязелечением), Чернеховский, Владимиров (при эндометрите), Георгиевский (наблюдавший от впрыскиваний по Грамматикати «затихание» гнойного параметрита), Прейсман, в новейшее время Черниговский и др.

Напротив, Каценеленбоген, Либов, Отт, Губарев, Мусатов и Конаржевский выступили противниками этого способа причем Отт отметил, что впрыскивания по Грамматикати могут совершенно разрушить маточную мукозу, превратив ее ткань в рубцовую, — могут вызвать атрофию половых желез у женщины и пр., Губарев, — что они являются опасными при гнойных воспалениях придатков, а Мусатов, — что в литературе описано около 20-случаев, где впрыскивания иодной настойки в полость матки привели к смерти больных. Впрочем Мусатов впоследствии выступил защитником такого близкого к внутриматочным впрыскиваниям и даже еще более энергичного способа, как внутриматочные вливания.

Применяя данный метод в течение нескольких десятков лет и испытав его на весьма большом материале, обнимающем многие сотни больных, я пришел к убеждению, что истина, — как, впрочем, это бывает почти всегда, — лежит посредине. С одной стороны, нельзя смотреть на методическое применение впрыскиваний по Грамматикати, как на какую-то панацею, при помощи которой можно в любом случае воспалительного заболевания матки и ее придатков достигнуть полного выздоровления больных, с другой — этот метод в подходящих случаях и при известных условиях действительно в состоянии дать прекрасные результаты.

Какие же случаи можно считать подходящими для этого способа лечения? Я считаю таковыми все случаи хронических воспалений матки, яичников и труб, какого бы происхождения эти воспаления ни были, т. е. гонорройного, септического и пр. При этом наличие старых, более или менее прочно осумкованных гнойников в трубах и яичниках, по-моему, не противопоказует впрыскиваний по Грамматикати. Напротив, в острых стадиях воспалений, особенно инфекционных, притом распространившихся уже на маточные придатки и тазовую брюшину, я обыкновенно

избегаю впрыскиваний. Осторожным надо быть с применением последних, особенно в большом числе, и у женщин с инфантильной половой сферой,— у них я нередко наблюдал после длительного применения способа Грамматикати стойкое прекращение физиологических функций яичников и матки, т. е. *climacterium graesoh.* Наконец, есть больные, которые совершенно не переносят внутриматочных впрыскиваний по Грамматикати, у которых каждое [впрыскивание вызывает жестокие, долго не утихающие боли, обмороки и т. п.; у таких больных данный метод также надо считать противопоказанным.

В огромном большинстве случаев, однако, внутриматочные иодистые впрыскивания хорошо переносятся больными и являются вполне безопасными, если, однако, они будут производиться с соблюдением известных предосторожностей. Прежде всего и важнее всего — производить впрыскивания по возможности асептично; для этого нужно перед и после каждого впрыскивания тщательно вытирать наконечник брауновского шприца куском ваты, смоченным в спирте, хранить наконечник надо в стеклянном цилиндре, наполненном раствором сулемы 1 : 1 000, перед впрыскиванием надо дезинфицировать влагалищную часть, особенно окружность наружного зева, смазывая их через зеркало иодной настойкой. Далее, нужно, чтобы цервикальный канал у больной был достаточно широк, — так, чтобы между его стенками и периферией наконечника оставался промежуток, через который мог бы оттекать излишек впрыскиваемой жидкости; если цервикальный канал у больной, которую предполагается лечить впрыскиваниями, слишком узок, то его надо предварительно расширить дилататорами (в противном случае, если наконечник шприца будет вплотную закупоривать просвет цервикального канала, излишек впрыснутой жидкости, не находя себе оттока в рукав, может попасть в каналы труб и затем в брюшину, что может повести к шоку). Чтобы впрыскиваемая жидкость не попала в трубы и брюшину, надо, затем, каждое впрыскивание производить под небольшим давлением, медленно двигая поршень шприца. Наконец, количество жидкости при каждом впрыскивании надо увеличивать постепенно, начиная с нескольких капель, вводимых притом в цервикальный канал, и постепенно доходя до полного шприца, т. е. одного, *maximum* двух *см³*.

Насколько легко впрыскиваемая жидкость может попасть в трубы, — относительно этого экспериментальные данные разногласят: между тем, как Соловьев, производя впрыскивания у животных, нашел, что жидкость при этом иногда попадает

в каналы труб, Горвиц и Михневский, производя аналогичные опыты, получили отрицательный результат. Повидимому, тут многое зависит от таких условий, как величина полости матки, ширина маточных отверстий яйцепроводов, количество впрыскиваемой жидкости, быстрота ее впрыскивания, возможность оттока через цервикальный канал и пр.

Внутриматочные впрыскивания можно производить или через створчатое зеркало Куско, при лежачем положении больной на спине, с согнутыми и разведенными ногами, или — раскрыв влагалище ложкообразными зеркалами, причем пациентка кладется на край стола, а согнутые и разведенные ноги ее удерживаются помощниками. При достаточно широком цервикальном канале, у многопорожавших женщин, вводить наконечник шприца можно и без фиксации влагалищной части; если же цервикальный канал узок, то приходится предварительно накладывать на *portio vaginalis* пулевые щипцы. Захватив их левою рукою, правую врач берет наполненный иодистой жидкостью шприц с надетым на него наконечником — так, что большой палец помещается в кольцо поршня, а средний и указательный удерживают цилиндр шприца, вводит наконечник до самого дна матки и медленно начинает двигать поршень, одновременно выводя наконечник из матки. Такого рода впрыскивания повторяются ежедневно 30—40 дней под ряд, причем появление менструации не служит препятствием к продолжению впрыскиваний; впрочем, если впрыскивания начаты задолго до времени обычного прихода регул (например, недели за 2), то удастся совершенно предотвратить появление последних. В отдельных случаях, однако, — если особенно курс впрыскиваний был начат в конце межменструального промежутка, — *menses* у лечащихся по способу Грамматикати больших не только приходят, но под влиянием впрыскиваний даже значительно усиливаются, принимая характер меноррагий; в подобных случаях лучше прервать лечение на время менструального периода.

Некоторые гинекологи, — как это делал и сам автор способа, — доводят число впрыскиваний до сотни и больше, без всякого перерыва. Я считаю более рациональным ограничивать курс ежедневных впрыскиваний 30 или 40, в случае недостаточного эффекта повторяя этот курс через 1—3 месяца, если нужно несколько раз.

Иногда внутриматочные впрыскивания удастся производить и у девушек с целой девственной плевою, если отверстие последней настолько широко, что через него можно провести хотя бы узкое створчатое зеркало (прямокишечное).

В описанном виде лечение по Грамматикати дает, повторяю, прекрасные результаты у большинства больных с хроническими воспалительными процессами в матке, трубах, яичниках, а также тазовой клетчатке и брюшине. Правда, здесь большую часть нельзя бывает говорить о полном излечении в анатомическом смысле слова, т. е. о *restitutio ad integrum* больных частей, если фаллопиевы трубы, например, у зараженной гонореей женщины зарощены, то никакие впрыскивания, конечно, не восстановят их проходимость. Но клинически у большей части больных действительно наблюдается полное выздоровление, а у многих — стойкое улучшение: боли проходят, больные делаются работоспособными, бели исчезают, менструации приобретают нормальный тип, объективно же — матка и воспаленные придатки уменьшаются в объеме, выпоты в брюшину и клетчатку рассасываются и т. д.

Именно о таком клиническом выздоровлении говорит, по видимому, Захарьевский, когда определяет процент выздоровлений больных, пользовавшихся по Грамматикати, в 59,5, а стойких улучшений — в 15,2, — цифры, которые, по моему, близки к истине.

Стойкость целебного эффекта впрыскиваний в дальнейшем зависит от тех условий, в которых будет находиться пациентка по окончании курса лечения, — в состоянии ли она будет доставить себе необходимый покой в смысле воздержания от тяжелых физических работ, будет, или нет, подвергаться новому заражению и пр.

Оценивая значение метода Грамматикати в деле терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы, надо иметь в виду еще две крайне выгодных его стороны: во-первых, лечение по этому методу можно проводить амбулаторно, причем больные не теряют возможности заниматься своими домашними делами; во-вторых, впрыскивания дают хороший эффект даже и в тех случаях, где только ими одними и ограничивается все лечение, хотя, конечно, эффект этот бывает еще значительно, если комбинировать их с другими лечебными мероприятиями, применяемыми обыкновенно при воспалительных заболеваниях женских половых частей, каковы: горячие спринцевания, тампонация, гинекологический массаж, водолечение и т. п.

В чем кроется суть благотворного влияния методических внутриматочных впрыскиваний смеси Грамматикати на пораженные воспалительным процессом половые части женщины?

Как уже упоминалось выше, сам Грамматикати видел ее в покое половой сферы, понимая под ним приостановку овуляции в яичниках и менструации—со стороны матки. С современной точки зрения центр тяжести этого влияния надо усматривать в ослаблении внутренней секреции половых желез. Если мы вспомним, какое огромное значение приписывают современные гинекологи повышенной внутренней секреции яичников в этиологии именно таких заболеваний женской половой сферы, которые, по своей клинической картине квалифицируются, как хронические воспаления, то уже с одной этой точки зрения эффект способа Грамматикати будет вполне понятен. В свою очередь причина указанного влияния впрыскиваний на внутренне-секреторную деятельность половых желез лежит, как показали уже цитированные нами исследования Грамматикати, объектом которых были яичники женщины, лечившейся по его методу, в разрушающем и резорбирующем действии впрыскиваний на эпителий фолликулов. Едва ли можно сомневаться, что главную роль в этом действии из различных составных частей смеси Грамматикати играет иод: с одной стороны, вековой опыт врачей учит, что иод и его соединения принадлежат к числу наиболее действительных рассасывающих средств, какими только располагает медицина, с другой—опыты самого Грамматикати показывают, что уже через 15—30 мин. после впрыскиваний в матку иод может быть обнаружен в слюне, а тем более, надобно думать, значительные количества его должны оказаться в яичниках, лимфатические пути которых находятся в такой тесной связи с лимфатической системой матки. Очень важно при этом, что действие иода на эпителий фолликулов, подобно действию других агентов, например, рентгеновских лучей, является избирательным: созревающие и зрелые фолликулы подвергаются ему скорее и в гораздо большей степени, чем примордиальные фолликулы.

Но этого мало, в целебном эффекте внутриматочных впрыскиваний важную роль несомненно играет и непосредственное действие составных частей впрыскиваемой жидкости, особенно иода, на маточную мукозу, а может быть также и на мукозу труб. Исследования Лебедева свидетельствуют, что слизистая оболочка матки под влиянием впрыскиваний по Грамматикати сначала некротизируется—факт, подтвержденный недавними исследованиями Чертока—потом, через 1—1½ месяца, постепенно регенерируется. Кроме того впрыскиваемая жидкость оказывает, несомненно, бактерицидное действие на содержащихся в маточной полости (а может быть, и в трубках) и в толще мукозы микробов, в частности гонококков.

Помимо воспалительных заболеваний в женской половой сфере, внутриматочные впрыскивания по Грамматикати заслуживают применения и при других страданиях последней. Я охотно применяю, их, например, в видах более быстрого рассасывания патологических образований, возникших на почве прерывания

внематочной беременности, заматочных кровяных опухолей и гематом широких связок. Орлов и др. видели от них хорошие результаты при климактерических кровотечениях. Напротив, применяя их при кровотечениях у больных с фибромиомами матки, этот автор и Потеенко получили отрицательный результат, а я видел от применения внутриматочных впрыскиваний при фибромиомах, расположенных близко к маточной мукозе, даже опасные последствия — некроз опухолей, гнилостное их распадение и общий сепсис.

Внутриматочные впрыскивания применяются гинекологами и в других формах, кроме предложенной и разработанной Грамматикати. Так, Миرونюв с успехом применял впрыскивания в матку смеси иодной настойки пополам с карболовой кислотой при меноррагиях у девиц, гонорройном эндометрите и *endometritis dolorosa*. Орлов получил хорошие результаты при гонорройном эндометрите от методических впрыскиваний в матку 1—3%-ного раствора протаргола через 2 дня на 3-й. Рудский, также с успехом, лечил гонорройный эндометрит впрыскиваниями 2—4%-ного раствора протаргола; здесь кстати упомянем, что, по исследованиям Чертока, даже 5%-ный раствор этого вещества, притом применяемый длительно не вызывает никаких анатомических изменений в маточной мукозе. Одно время гинекологи широко применяли для внутриматочных впрыскиваний при эндометритах крепкие растворы хлористого цинка, но наблюдавшиеся после таких впрыскиваний случаи внезапной смерти больных заставили их отказаться от этого опасного способа.

Близкий к внутриматочным впрыскиваниям способ лечения заболеваний женской половой сферы представляют внутриматочные вливания, пропагандистом которых выступил у нас Мусатов. При этом методе лекарственная жидкость поступает в матку не струей, как при впрыскиваниях, а постепенно выдавливается, для чего Мусатов рекомендует или обернуть наконечник шприца гигроскопической ватой, или употреблять шприц с винтообразным ходом. Для каждого вливания берется от 0,2 до 5 см³ жидкости, причем состав последней может быть различен, — Мусатов пользовался 5—10%-ным раствором иода в спирте, 2%-ным водным раствором аргентина, 1/5%-ным водным раствором ляписа, 1—10%-ными растворами иодистого калия в воде, водным раствором ихтаргана (0,04 ихтаргана на 10,0 дистиллированной воды), раствором Цвейфеля (иод с иодистым кали в спирте) и пр. Такой способ лечения дал Мусатову хорошие результаты не только при воспалениях, — именно, при хронических гонорройных салпинго-оофоритах, где автор пользовался 2%-ным раствором аргентина, вводя его от 10 до 30 раз в количестве от 0,2 до 1,0,—

но и при фибромиомах (где Мусатов применял для вливаний 5—10%-ный раствор иода в спирте, в количестве 1—5 см³ за раз, повторяя вливания 6 раз в неделю и доводя общее число их до 30—80. Такие вливания спиртового раствора иода при фибромиомах Мусатов считает совершенно безопасными.

Кроме матки гинекологам приходится нередко производить впрыскивания и в уретру — при столь частом у женщин гонорройном уретрите. В качестве жидкости для впрыскиваний берется при этом обычно раствор той или другой серебряной соли. Так, Юдин советует впрыскивать в уретру 5,0—8,0 1%-ный раствор ляписа.

Употребляются, с целью лечения гонорройного уретрита, и промывания уретры. Вербов советует производить их при помощи катетера с двойным током, употребляя для этого растворы ляписа (от 1 : 4 000 до 1 : 500), протаргола (1/2—1 1/2 ‰), марганцево-кислого кали (от 1 : 3 000 до 1 : 500) и пр.

6. СМАЗЫВАНИЯ СТенок ПОЛОВОГО КАНАЛА

Кроме перечисленных выше форм жидкие лекарственные вещества, а равно и мази, могут быть вводимы в половой канал женщины и уретру в форме смазываний их стенок. Смазывания



Рис. 190. Зонды Пляйфера (прямой и изогнутый).

стенок рукава и поверхности влагалищной части можно производить, как и смазывания наружных половых частей, просто при помощи кисточки или ватного шарика, захваченного либо пинцетом, либо корнцангом, и смоченного в том или другом лекарстве. Что же касается смазываний уретры цервикального канала и полости тела матки, то для них приходится прибегать к маточному зонду, конец которого обматывается тонким, ровным слоем гигроскопической ваты, смачивается в лекарстве и вводится в цервикальный канал (или в полость маточного тела) — или после предварительного расширения его, или без такового. Вводить зонд надо под контролем зрения, раскрыв влагалище или створчатыми, или ложкообразными зеркалами, причем влагалищная часть фиксируется пулевыми щипцами, наложенными на переднюю ее губу. Для того, чтобы вата, которою обмотан конец зонда, не сбивалась при проведении его через цервикальный канал и особенно через область внутреннего зева, Пляйфер предложил весьма практичную модель маточного зонда (рис. 190), снабженную на

конце винтообразными нарезками. Весьма удобными именно для смазывания стенок маточной полости являются также, по моим наблюдениям, гуттаперчевые зонды Менге (рис. 191). Напротив, зонд Замшина, с пуговкою на конце, оказался для данной цели мало удобным.

Смазывания стенок полового канала применяются обыкновенно при воспалениях выстилающей последней слизистой оболочки, особенно при воспалениях микробного происхождения, чаще всего — при гонорройном. В качестве жидкостей для них берутся обыкновенно крепкие растворы дезинфицирующих и вместе прижигающих слизистую оболочку веществ, каковы, например, иодная настойка, 20%-ный раствор хлористого цинка, 5—20%-ные растворы ляписа, протаргола и др. солей серебра, насыщенный раствор метиленовой синьки, 30—50%-ный раствор формалина, полу-



Рис. 191. Гуттаперчевый зонд Менге.

торахлористое железо в крепком растворе, растворы молочной кислоты и т. п.

Обращаясь к русской гинекологической литературе, мы встретим здесь целый ряд способов лечения эндометритов, их спутников — эрозий влагалищной части, а также вагинитов — при помощи смазываний.

Так, Шлапюберский получил хорошие результаты от смазывания эрозий влагалищной части матки и катаррально измененной маточной мукозы 20%-ным раствором хлористого цинка.

Снегирев, исходя из этого факта, что защитные микробы (палочки Дедерлейна), являющиеся главными обитателями рукава у здоровых женщин, вырабатывают молочную кислоту, присутствие которой в рукавном секрете и обуславливает кислую реакцию последнего, предложил для смазывания маточной мукозы при эндометритах пользоваться 25—50%-ными растворами *ас. lactici* (2—3 раза в неделю вместе с рукавными спринцеваниями 3%-ным раствором той же кислоты). Произведенные, по его указанию, Илькевичем исследования показали, что такие спринцевания действительно убивают патогенных микробов, встречающихся в рукаве, смазывания же обуславливают некроз поверхностной трети маточной мукозы.

Орлов и Рудский, работы которых уже были цитированы нами выше, кроме впрыскиваний в матку растворов протаргола, рекомендуют лечить гонорройный эндометрит и смазываниями ма-

точной мукозы протарголовыми растворами—Орлов 5—20%-ным, а Рудский—5—15%-ным; Рудский с успехом употреблял также в подобных случаях смазывание раствором ихтаргана от 0,2% до 3%.

Марьянич, испробовав лечение эндометрита смазываниями маточной мукозы ихтиолом, убедился в болеутоляющем действии последнего, сама же болезнь, по его наблюдениям, этому лечению поддается плохо.

Из новейших средств, предложенных в форме смазываний при уретритах, кольпитах, эндометритах и эрозиях, упомянем об иотионе, который с успехом был испытан при перечисленных заболеваниях Сердюковым.

Букоемский горячо советует у женщин, зараженных гонореей, применять смазывания рукава цервикального канала и уретры насыщенным (4,45%-ным) водным раствором метиленовой синьки. По его исследованиям, последняя по своему бактерицидному действию на гонококков является настоящим специфическим средством против гонорреи. Применять эти смазывания, по Букоемскому, можно и в острой стадии болезни, и это даже лучше, потому что таким образом можно предупредить распространение гонорройного процесса на более глубокие отделы полового канала—полость маточного тела и трубные каналы. Техника лечения такова: обмыв вульву и рукав раствором формалина 1:2000, врач берет тонкий зонд, обмотанный на конце ватой, опускает его в раствор метиленовой синьки и последовательно смазывает уретру, поверхность влагалищной части, цервикальный канал и рукав, повторяя эти смазывания 3 раза в неделю; при распространении гонорреи на полость тела матки смазываются и ее стенки, без предварительного расширения цервикального канала. Уже после 3-го смазывания, по наблюдениям Букоемского, гнойное отделяемое мукозы сменяется прозрачным, краснота и припухлость проходят, гонококки исчезают. Испробовав в нескольких случаях этот способ при свежей гоноррее, я лично получил вполне удовлетворительные результаты; неприятно при нем только загрязнение краской белья пациента, рук врача и пр.

Очень недурные результаты при эндометритах пришлось мне наблюдать и от применения способа Менге, состоящего в прижигании маточной мукозы 30—50%-ным раствором формалина, в котором смачивается наконечник гуттаперчевого зонда, обмотанный на протяжении около 8 см ватой; зонд этот вводится в полость матки и оставляется на несколько секунд, после чего заменяется другим; затем больная матка оставляется в покое 3—4 дня, после чего прижигания в указанной форме повторяются еще 1—3 раза, каждый раз с 3- или 4-дневным промежутком времени.

В общем, однако, я редко пользуюсь смазываниями для лечения эндометрита, так как они оказывают лишь местное действие на слизистую оболочку матки, не влияя на яичники; между тем на практике эндометрит встречается в сочетании с сальпингооофоритом, да и сам нередко имеет оофорогенное происхождение

в таких случаях осложненного эндометрита гораздо более показанным является лечение внутриматочными впрыскиваниями по Грамматикати, лечебный эффект которых, не ограничиваясь одной маткой, распространяется и на яичники.

Смазывания вульвы, — обыкновенно мазями, — применяются чаще всего при инфекционных вульвитах, особенно гонорройных. Так, Иогансен для лечения гонорройного вульво-вагинита у детей рекомендует мазь следующего состава:

Liq. alum. acetici,
Lanolini,
Zinci oxydati aa 20,0,
Vaselini 15,0.

В тех случаях, где вульвит (или вагинит) сопровождается зудом, а равно при так называемом идиопатическом зуде вульвы, применяются обыкновенно мази с примесью кокаина (2—5%).

7. ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В ЖЕНСКИЙ ПОЛОВОЙ КАНАЛ В ТВЕРДОМ ВИДЕ

Лекарственные вещества могут быть вводимы в различные отделы женского канала не только в жидком, но и в твердом виде, в разных формах. В частности, что касается более узких отделов этого канала, особенно канала шейки, то лекарственные вещества могут быть вводимы туда в форме палочек (bacilli), которые под влиянием отчасти t° , отчасти жидкого отделимого цервикальной мукозы после введения плавятся, причем содержащиеся в них лекарственные вещества оказывают местное действие на слизистую. В качестве constituens для них употребляются гумми-арабик, гумми-трагакант, молочный сахар и пр., иногда в смеси с глицерином, яичным белком, какаоовым маслом etc., в качестве действующего средства — коллоидальное серебро, серебряные соли (например, ляпис, протаргол и пр.), иодоформ, хлористый цинк (известные палочки Дюмонпалье состоят, например, из смеси муки и хлористого цинка или в равных частях, или в пропорции 2 : 1) и т. д. В цервикальный канал палочки вводятся или просто при помощи корнцанга, которым врач захватывает за конец палочки, проталкивает ее через створчатое зеркало в наружный зев и укрепляет в таком положении при помощи прижатого к последнему ватного тампона, или при помощи особого прибора, состоящего из металлической гильзы, которая вводится в цервикальный канал и из которой палочка выталкивается посредством поршня.

Некоторые гинекологи при помощи такого же прибора вводят в цервикальный канал и полость тела матки и жидкие лекарственные вещества, пропитывая ими кусочки ваты, укрепленные на конце поршня.

Львов одним из лучших способов лечения цервикального катарра считал введение в канал шейки палочек из сплава сернокислого цинка с квасцами.

В форме палочек удобно вводить различные лекарственные вещества и в женскую уретру.

Довольно удобною формою введения лекарственных веществ в цервикальный канал и полость тела матки, а также уретру, являются еще так называемые антрофоры, состоящие из тонкой латунной проволоки, на которую наплавлен слой желатины, содержащей те или другие лекарственные вещества. Если предварительно опустить антрофор в теплую воду, то наружная поверхность его, вследствие расплавления желатины, делается скользкою, и антрофор легко вводится даже и в узкий ход, где и оставляется,



Рис. 192. Инсуфлятор.

остальные слои желатины при этом под влиянием t^0 тела плавятся, и содержащееся в них лекарственное вещество действует на большую мукозу.

Я особенно охотно применяю этот способ при заболеваниях женской уретры, при чем употребляю антрофоры с ихтиолом (3—10%), кокаином (2—5%), коллоидальным серебром (2%) и т. п.

Можно вводить даже в цервикальный канал и полость тела матки твердые лекарственные вещества и в порошкообразном виде, пользуясь для этого инсуфляторами (вдувателями), состоящими из резинового баллона и длинного наконечника (рис. 192); однако этот способ представляет такие опасности, которые далеко не искупают его выгодных сторон, — струей воздуха, поступающей в матку при инсуфляции, можно вогнать в каналы труб и даже брюшину жидкое содержимое маточной полости, которое может оказаться инфицированным, почему его поступление в состоянии повести к сальпингиту и даже перитониту.

Напротив, инсуфляция порошкообразных веществ в рукав является совершенно безопасною, почему некоторые гинекологи

(у нас, напр.; Шпидлер) и рекомендуют, при катаррах матки и рукава, применять ее взамен спринцеваний, вдвывая ксероформ, дерматол и т. п. дезинфицирующие вещества. Впрочем в рукав порошкообразные лекарственные вещества можно вводить и без помощи инсуфляторов, захватив порошок ложечкой или шпателью и присыпая им стенку рукава, а также поверхность влагалищной части,—разумеется, через рукавное зеркало.

Мацион в свое время рекомендовал для таких присыпаний, при кольпитах, порошок квасцов, а Самойлов — порошок ксеразы, смеси из пивных дрожжей, виноградного сахара, белой глины и питательных солей (действующее начало этой смеси — дрожжи, клетки которых, размножаясь в рукаве, благодаря наличности в ксеразе сахара и солей, вытесняют находящиеся здесь патогенных микробов, например, гонококков). Кауфман, испробовав «сухой» способ лечения гонорройных вагинитов вдвыванием порошка белой глины,—в чистом виде или в смеси с дерматолом и холевалом,—нашел, однако, что эффект этого способа гораздо ниже, чем влажного способа.

Благодаря значительной ширине влагалищного просвета, твердые лекарственные вещества удобно вводить в рукав не только в виде порошков, но и в виде более или менее объемистых кусочков, а также шариков (*globuli vaginales*). В виде кусочков различной величины и формы вводится, например, в рукав кальций-карбид, о применении которого при раках маточной шейки будет речь ниже. Что касается шариков, то чаще всего в гинекологической практике употребляются шарики с ихтиолом (*Rp. Ammonii s. Natrii silfo-ichtiolicum 0,2, Extr. opii 0,015, Butyri cacao 2,0, M. f. globuli vaginales*), применяемые у тех больных с воспалительными процессами в половой сфере, у которых почему-либо нельзя применять тампонов с ихтиол-глицерином; вместо ихтиола в состав шариков могут входить, в такой же дозе, тигенол, тиол и пр.

Какаовое масло входит в качестве *constituens* и в шарики, обычно употребляемые для предохранения женщин от зачатия, о которых уже говорилось выше. Кроме того гинекологами иногда назначаются *globuli vaginales*, состоящие из желатины с каким-либо лекарственным веществом: я, например, нередко назначаю против кровотечений у больных с запущенными раками шейки желатинные шарики с 10% или 20%-ным содержанием ферропиррина (соединение антипирина с полторахлористым железом, обладает свойствами обоих этих веществ и в частности — способностью свертывать кровь).

Говоря о введении в женский половой канал твердых лекарственных веществ, упомянем кстати о практиковавшемся некото-

рыми гинекологами введении в рукав кусочков льда. По Снегиреву это — довольно действительное средство против маточных кровотечений; к сожалению, применение его сопровождается обычно появлением нестерпимых ломящих болей.

8. ВАПОРИЗАЦИЯ

Кроме жидкого и твердого состояния, были попытки вводить, с лечебными целями, различные вещества в половой канал женщины и в газообразном (или парюобразном) состоянии. Так, юдно время гинекологами применялось при дисменоррее, воспалительных процессах в половой сфере, сопровождавшихся сильною болезненностью, и пр. введение в половой канал паров хлороформа; некоторыми авторами рекомендовалось, при эндометритах, вдувание в матку паров брома и т. п.; но все эти попытки, по понятным причинам, не имели успеха. Более прочное место в гинекологической практике сохранило предложенное в 1888 г. Снегиревым введение в полость матки водяного пара или вапоризация.

Сам автор этого способа рекомендовал, при вапоризации, применять пар не ниже 125° Ц, для получения которого им был сконструирован прибор типа автоклавов, могущий в 5 минут дать пар от 125° до 140° Ц под давлением от 2 до 4 атмосфер (рис. 193). Вырабатываемый аппаратом пар отводится по толстостенной трубке из прочной прорезиненной ткани. В матку он поступает через особый наконечник, состоящий из металлического катетера с деревянной рукояткой и несколькими мелкими отверстиями на конце, внутри которого проходит приводящая пар трубка.

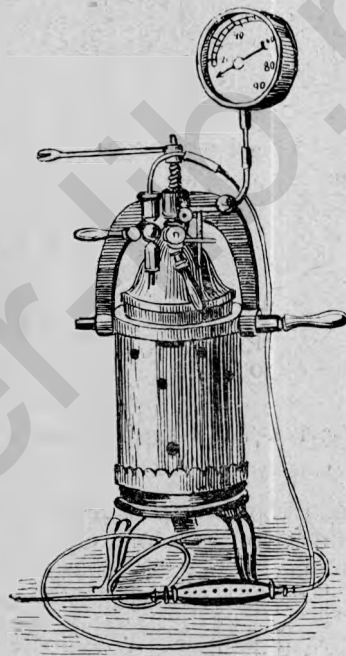


Рис. 193. Вапоризатор Снегирева.

Кроме этого прибора, вапоризация может быть произведена при помощи текучепаровых аппаратов; довольно удобная модель такого вапоризатора, работающего керосином, принадлежит Швабе (рис. 194).

Я в последние годы произвожу обыкновенно вапоризацию при помощи весьма портативного и удобного прибора, сконструированного

рованного Пинкусом (рис. 195). Как и все другие vaporизаторы, он состоит из небольшого котелка для воды (пара), снабжен-

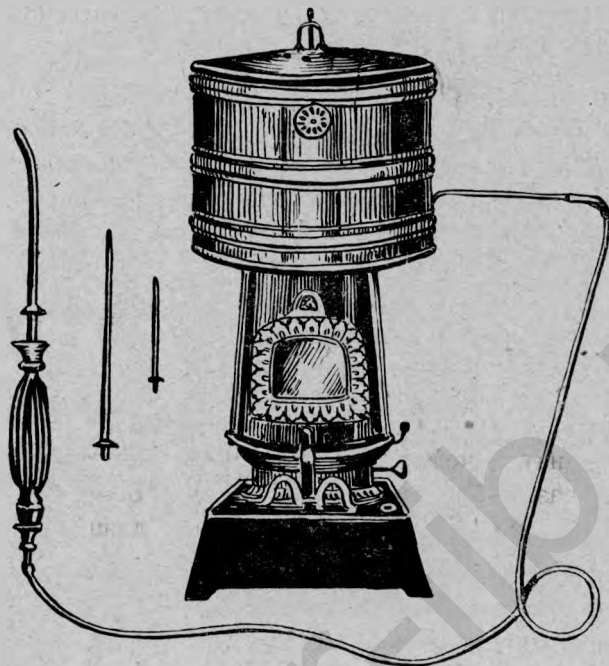


Рис. 194. Текучепаровой vaporизатор Швабе с отводною трубкой, наконечником и лампою.

ного термометром и предохранительным клапаном и нагреваемого спиртовой лампой. Образовавшийся в котелке пар идет по резиновой трубке и выходит через снабженный краном наконечник, к которому приделана, кроме приводящей, отводящая трубка для оттока конденсационной воды.

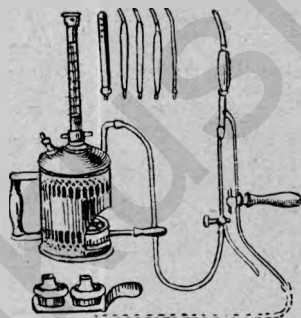


Рис. 195. Vaporизатор Пинкуса.

Техника vaporизации проста: взяв больную на край стола, захлороформировав ее и, буде надо, расширив цервикальный канал дилататорами, врач раскрывает ей рукав при помощи переднего, заднего и двух боковых ложкообразных зеркал, ложки которых обернуты марлей, для защиты стенок влагалища от обжогов; затем, фиксировав влагалищную часть двумя пулевыми щипцами, он вводит в матку наконечник и открывает кран приводящей пар трубки; одновременно с этим один из ассистентов пускает

в раскрытый рукав струю холодной воды, каковое орошение и продолжается во все время вапоризации. Главную задачу производящего последнюю врача является добиться того, чтобы пар равномерно обварил внутреннюю поверхность матки на всем протяжении этого органа, т. е. как цервикальный канал, так и полость тела матки; чтобы достигнуть этого, надо во все время вапоризации передвигать наконечник, то вводя его глубже в матку, то несколько выводя по направлению к наружному зеву.

Хотя само по себе ошпаривание полости матки безболезненно, тем не менее я почти всегда производжу вапоризацию под наркозом, — дело в том, что в большинстве случаев перед нею приходится расширять цервикальный канал бурами, а это расширение бывает сопряжено с значительной болезненностью.

Эффект вапоризации находится в зависимости, кроме t° пара и отчасти анатомических особенностей матки, еще — и, конечно, главным образом — от продолжительности ошпаривания. Наблюдения показывают, что при вапоризации, длящейся от 20 до 30 сек., ошпариваются лишь поверхностные слои маточной мукозы (по Снегиреву — приблизительно на $\frac{1}{3}$ ее толщины); если, далее, вапоризация продолжается от 40 до 50 сек., то слизистая оболочка матки сваривается на половину ее толщи; наконец, при вапоризации, длящейся до 2 мин., действие ошпаривания распространяется на всю толщу слизистой матки вплоть до миометрия.

Ошпаренные ткани маточной мукозы, разумеется, омертвевают и затем отторгаются или мелкими кусочками, или, иногда, целыми лоскутами. По наблюдениям Снегирева, в тех случаях, где была ошпарена лишь $\frac{1}{3}$ слизистой, процесс отторжения ее мертвых тканей начинается с 6-го дня после вапоризации и заканчивается к концу 8-го или 9-го дня, при обваривании мукозы на половину ее толщины — ошпаренные ткани отторгаются к концу 12-го или 14-го дня, а при сваривании всей мукозы процесс этот заканчивается лишь к концу от 14- до 20-дневного срока.

Как я убедился, иногда отторжение ошпаренной мукозы сопровождается кровотечениями; обыкновенно, однако, небольшими. Иногда, далее; омертвевшие ткани слизистой подвергаются гнилоственному разложению, причем у больных наблюдаются некоторые признаки общей гнилостной интоксикации (лихорадочная t°) и сильно вонючие выделения из матки. В подобных случаях полезно прибегать к внутриматочным промываниям.

Дальнейшая судьба подвергшихся вапоризации больных является различною в зависимости от того, ошпарены у них лишь

поверхностные слои маточной мукозы или вся толщина последней. В случаях первого рода после отторжения омертвевших тканей затем происходит регенерация слизистой из сохранившихся, более глубоких слоев, каковая регенерация, по Новикову, заканчивается уже через 2—3 недели после вапоризации. При полном же ошпаривании мукозы во всю ее толщину, после отторжения ее внутренняя поверхность маточных стенок оказывается покрытою, грануляционная ткань постепенно превращается в рубцовую, и полость матки прочно облитерируется. Разумеется, в случаях первого рода с регенерацией мукозы возобновляются, у женщин с функционирующими яичниками, и месячные, в случаях же второго рода матка навсегда утрачивает свои обычные функции.

К сожалению, нередко случается, что как бы ни заботился врач, при производстве вапоризации, о равномерном ошпаривании слизистой на всем протяжении матки,— эффект вапоризации оказывается неодинаковым: в более узких частях, т. е. в цервикальном канале, особенно же в области внутреннего зева, мукоза (конечно, после 2-минутного применения пара) сваривается во всю свою толщину, в полости же маточного тела некоторые ее участки могут свариться не вполне; в дальнейшем цервикальный канал в подобных случаях облитерируется, уцелевшие же участки слизистой тела матки регенерируются, и, если женщина еще не достигла климактерического возраста, начинают отделять менструальную кровь, которая, скопившись выше места атрезии, ведет к образованию гематометры (с гематосальпинксами или без таковых), а если у женщины яичники уже не функционируют,— уцелевшие участки мукозы отделяют лишь слизь, скопление которой ведет к развитию гидрометры.

Из сказанного выше ясно, что 1/2-минутная вапоризация действует, как выскабливание матки, 2-минутная же может до известной степени заменить собою экстирпацию последней. Этим определяются и показания к ней. Снегирев, отмечая кровоостанавливающий, дезинфицирующий, дезодорирующий и анестезирующий эффект ошпаривания, находит, что оно является полезным и верным средством при следующих страданиях матки: 1) при климактерических кровотечениях, 2) при старческом эндометрите; 3) при эндометритах гиперпластическом, гонорройном и пузырчатом (включая сюда и эндометрит после аборта), 4) при дисменоррее, 5) при миомах. Кроме того Феноменов видит в вапоризации хорошее средство привести матку в асептическое состояние перед ее удалением через рукав или через живот, а другие авторы — полезное паллиативное средство при запущенных, недо-

ступных уже радикальной операции раках маточной полости, где вапоризация уничтожает запах, кровотечения и отчасти облегчает боли. Наконец, нужно упомянуть о 2-минутной вапоризации, как о профилактическом средстве против развития рака матки.

Будучи применяемо *lege artis*, выпаривание является, по Снегиреву, способом совершенно безопасным: применив его в 400—500 случаях, он ни разу не наблюдал после него никаких неблагоприятных последствий или осложнений, хотя применял его и при подвижных матках, и при неподвижных, и при наличии в придатках воспалительных процессов, и при новообразованиях в них.

Мой опыт, равно как и опыт некоторых других авторов, заставляет, однако, думать, что это не совсем так,— что выпаривание матки представляет собою операцию довольно серьезную и не всегда безопасную. Выше я уже упомянул о возможности развития после него гематометры, гематосальпинксов и гидрометры. Кроме того во время самой вапоризации можно наконецником вапоризатора перфорировать матку, причем пар, конечно, попадает в брюшную полость и причиняет смертельные повреждения кишечных стенок. У Снегирева сообщается об одном таком случае, опубликованном Трейбом, в Амстердаме, а мне лично пришлось наблюдать другой аналогичный случай. Особенно осторожным следует быть с вапоризацией у старух с атрофированными, тонкостенными матками, а также у женщин с пороками развития матки (в том случае, о котором я сейчас упомянул, имела место именно раздвоенная матка). Легко может произойти перфорация и в тех случаях, где стенки подвергающейся вапоризации матки глубоко разъедены раковым процессом.

Говоря о перфорациях матки при выпаривании, упомяну кстати еще об одном, наблюдавшемся мною, загадочном случае смерти вскоре после вапоризации, где при вскрытии матка была найдена совершенно целой, и трубы — выглядевшими вполне нормально, а между тем стенки тонких кишек в нескольких местах оказались омертвевшими, и сосуды брыжжейки — сплошь затромбированными.

Большой осторожности требует, далее, применение вапоризации при фибромиомах матки, особенно таких, которые лежат близко к маточной мукове: последствием выпаривания здесь легко может быть омертвление не только этой последней, но и самих опухолей, с последующим гнилостным их распадением и общим сепсисом.

Наконец, я вполне присоединяюсь к тем авторам, которые предостерегают против применения вапоризации у больных

с воспалительными опухолями придатков, особенно гнойными. Я наблюдал случай, где после вапоризации у одной такой больной развился гнойный тазовый перитонит, потребовавший длительного клинического лечения.

9. СУХОЙ ДУШ

При обыкновенной вапоризации — *atmokaussis* по терминологии Пинкуса, — пар, вводимый в женский половой канал, непосредственно действует на стенки последнего прижигающим образом. Наряду с этой формой вапоризации, предложенной Снегиревым, Пинкусом была предложена другая, при которой термическое действие на стенки матки производится не непосредственно паром, а нагретыми стенками проводящего пар катетера, — так наз. *zestokaussis*. Еще ранее Пинкуса, однако, такой способ термического воздействия на женскую половую сферу был использован Гейцманом, Кишем и др. гинекологами, — только эти авторы поль-

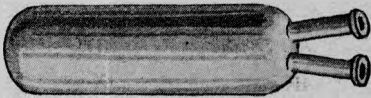


Рис. 196. Прибор Киша для сухого влагалищного душа.

зовались не паром, а горячею (или холодною) водой, заставляя ее циркулировать в замкнутых полых приборах, введенных в половой канал женщины, именно, в рукав. Способ этот получил в гинекологии наз-

вание «сухого влагалищного душа».

Конструкция приборов для сухого влагалищного душа очень проста, — прибор Киша, например, представляет собою (рис. 196) металлическую трубку или небольшую цилиндрическую коробку, один конец которой закрыт наглухо, а другой снабжен двумя тонкими, короткими трубочками: одна из них соединена с резервуаром, содержащим воду той или другой t° , и служит для притока последней, другая же, на которую также надета резиновая трубка, но опущенная в таз, предназначена для оттока. Металлическая коробка вводится в рукав больной, — находящейся, конечно, как и при постоянном орошении, в лежачем положении на кровати, — и вода из резервуара пускается в нее по проводящей трубке, оттекая по отводящей. Циркулируя таким образом, горячая вода отдает свое тепло, через стенки металлической коробки, тканям полового канала, чем и обуславливается известный терапевтический эффект. Петров, изучивший у нас действие сухого душа у гинекологических больных, нашел, что, при t° в 50° Ц и при ежедневном применении его в течение $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ часов, он быстро проявляет значительное резорбирующее влияние, почему

и может быть с успехом применяем особенно при таких страданиях женской половой сферы, при которых имеются воспалительные выпоты в малом тазу.

Значительно позже Петрова способ этот был у нас изучен Мансветовым, который несколько изменил аппарат Гейцмана-Киша, заменив металлическую коробку кольпейринтером из тонкой резины, снабженным приводящею и отводящею резиновыми трубками; кроме того, этот автор употреблял резервуар для горячей воды, снабженный терморегулятором. Воду Мансветов брал в 40—50° Ц, скорость ее истечения была около 1/2 ведра в час, а продолжительность каждого сеанса лечения колебалась от 1 до 2 часов, причем сеансы повторялись ежедневно или через день. При такой постановке дела Мансветов мог констатировать, что сухой душ устраняет боли, имеющие обычное место при воспалительных заболеваниях матки, ее придатков, тазовой брюшины и клетчатки, регулирует menses, обуславливает безболезненное рассасывание воспалительных продуктов и резко повышает выделения из матки.

Чтобы иметь возможность подействовать сухим горячим душем непосредственно на внутреннюю поверхность маточных стенок, Хоменко устроил для этой цели особый прибор из катетера с двойным током, на который надет резиновый баллон с диаметром около 2 1/2 см. Катетер этот вводился им в полость матки, причем один из каналов его соединялся с резервуаром для горячей воды, а другой — с отводной трубкой. Т° душей колебалась у этого автора от 70 до 85° Ц, продолжительность каждого сеанса — от 1/2 до 1 1/2 часов, промежуток между сеансами равнялся от 2 до 8 дней, а общее число сеансов было от 1 до 16. Как и в приборе Мансветова, скорость циркуляции воды у Хоменко определялась 1/2-ведром в час. Испытав этот способ лечения у нескольких гинекологических больных, названный автор нашел, что бывшие у больных кровотечения под влиянием душей во всех случаях без исключения исчезли, боли и бели — также, из 4 случаев аменореи в одном появились регулы, неблагоприятных последствий не наблюдались никаких. Матка, как подметил Хоменко, при этом лечении становилась сначала болезненной, увеличенной в объеме, тестоватой наощупь, потом уменьшалась, делалась плотною и безболезненною; мукоза ее сначала с поверхности разрушалась, потом регенерировалась; микробы убивались; воспалительные опухоли придатков быстро уменьшались и, наконец, совершенно исчезали. Основываясь на своих наблюдениях, Хоменко думает, что сухой внутриматочный душ является

показанным: 1) при доброкачественных заболеваниях слизистой оболочки матки, где является желательным удалить патологическую мукозу, 2) при аменоррее, зависящей от местных причин, 3) при порочной инволюции матки после родов и выкидышей, 4) при воспалительных заболеваниях матки, ее придатков и околоматочной клетчатки, 5) при бесплодии на почве местных причин.

Особую форму сухого душа представляет та, при которой в половые пути женщины, — в частности в рукав, — вводится нагретый воздух. Дубинчик, испробовав такой горячевоздушный душ у 39 гинекологических больных, убедился, что стенки полового канала переносят его гораздо лучше, чем водяной душ, а именно горячий воздух даже при 100°C не производит ожогов рукавной мукозы. Вследствие этого и лечебный эффект воздушного душа, по Дубинчику, оказывается значительно более эффективным, чем водяного душа, — при его применении выпоты в малом тазу быстро рассасываются, сращения растягиваются, боли исчезают. К сожалению, этот метод лечения требует особого, довольно сложного аппарата, изобретенного Ганом и состоящего из приводимого в действие электромотором вентилятора, который гонит воздух через нагреваемую электричеством камеру, где воздух может достигать $t^{\circ} 125^{\circ}\text{C}$. Самим Дубинчиком для этого способа лечения женских болезней придумано особое рукавное зеркало с двойными стенками. Прекрасные результаты от применения сухого горячевоздушного душа в гинекологии получили также Нурик и позднее его Дик.

10. ПРИЖИГАНИЯ

Уже применяя некоторые из разобранных выше методов, гинекологи стремятся использовать прижигающее (или разрушающее ткани) действие различных агентов — или химических (при смазываниях, внутриматочных впрыскиваниях и пр.), или термических (при вапоризации, иногда — при горячем сухом душе). Но при всех этих способах прижигающее действие упомянутых агентов является ограниченным, более или менее поверхностным. Между тем иногда, — например, при раках маточной шейки, — гинекологу нужно бывает выжечь ткани на значительную глубину. В подобных случаях приходится прибегать к более энергичным прижигающим средствам — опять-таки или химическим, или термическим, или тем и другим вместе.

Из средств первой категории упомяну прежде всего оброне, который обыкновенно употребляется в 10—20%-ном спиртовом рас-

творе. Раскрыв влагалище больной ложкообразными зеркалами, врач берет длинным пинцетом кусок гигроскопической ваты, свернутый в той или иной форме соответственно форме раковой поверхности (т. е. в форме шарика с грецкий орех величиною, в форме лепешки или в форме конуса), пропитывает его раствором брома и вводит в раковую язву (resp. кладет ее на поверхность), после чего тотчас же выполняет верхний отдел рукава ватными шариками, смоченными в растворе соды и отжатыми, — для того, чтобы стекающий избыток брома не повредил стенок влагалища. По окончании этой процедуры больная оставляется в покое на несколько часов (до суток), затем снова берется на стол, ватные шарики из рукава удаляются, и рукав проспринцевывается, причем вместе с спринцеванием отходят куски омертвевшей опухоли.

Применяя этот способ, надо иметь в виду, что бром — чрезвычайно сильное прижигающее средство. Мой покойный учитель, проф. А. И. Лебедев, в одном случае энергичного прижигания этим веществом запущенного рака шейки получил свищи — пузырно-рукавный и прямокишечно-рукавный; но зато результатом прижигания было радикальное излечение больной от рака.

Гораздо более безопасным, хотя также очень действительным, средством является прижигание углекальцием или кальций-карбидом, — тем веществом, которое так хорошо знакомо всякому велосипедисту, будучи источником света в велосипедных лампочках. Вещество это в соединении с водою разлагается, давая с одной стороны едкую известь, с другой — ацетилен. Как та, так и другой оказывают существенное влияние на раковые опухоли: известь разрушает ткани последних, ацетилен же, повидимому, действует дезодорирующим, кровоостанавливающим и обезболивающим образом, почему углекальций, как я убедился, и может быть с успехом применяем как при неоперируемых раках матки, так и при доступных оперативному вмешательству — в видах подготовки опухоли к операции.

Техника применения углекальция такова: раскрыв рукав большой зеркалами, врач по возможности очищает раковую поверхность от крови, распада и пр. ватными шариками, затем совершенно сухим пинцетом берет из склянки (во избежание быстрого разложения углекальций должен храниться в склянках с притертыми пробками, в виде кусочков различной величины и формы) подходящий кусок этого вещества и прикладывает его к раковой поверхности или вводит в раковую язву. Обыкновенно, едва кальций-карбид придет в соприкосновение с раковой поверхно-

стью, около него тотчас появляются пузырьки ацетилена; фиксируя кусочек на избранном месте при помощи тампона (лучше употреблять для этого так называемый тампон платочком, т. е. квадратный кусок марли, набитый внутри ватными шариками), врач оставляет его на сутки, по истечении которых вновь берет больную на стол, извлекает тампон и промывает рукав больной, причем обычно отходит значительное количество отпавших кусков опухоли вместе с инкрустированными в них кусочками извести. Если нужно, применение кальций-карбида повторяется через тот или иной промежуток времени. В результате этого лечения раковая поверхность очищается, становится гладкою и перестает кровоточить, зловонные бели проходят, а иногда исчезают и боли. Конечно, такой эффект бывает лишь временным, потом присущие раку припадки возобновляются, и выступает нужда в новых прижиганиях углекальцием.

Из едких химических веществ для глубоких прижиганий старыми гинекологами применялись также: едкое кали (*kali causticum*) — в чистом виде или в смеси с едкой известью (так называемое «венское тесто»), хлористый цинк (в смеси с пшеничной мукой и небольшим количеством воды) и пасты, содержавшие мышьяк.

Далее, из средств прижигающего характера были у нас испытаны для лечения рака матки жженые квасцы (Пащкөвич), салициловая кислота (Фафиус), хиосский терпентин (Сочава и Смольский), ацетон (Калабин), скипидар (Кустов), а для прижигания остроконечных кондилом Черномордик рекомендовал так называемый «едкий свинец» — смесь окиси свинца (0,25) с 33%-ным раствором едкого кали (7,5); в этой смеси смазывается вата, навернутая на стеклянную полочку, и кондиломы ею смазываются, что бывает сопряжено лишь с незначительными болями; через 5 минут после смазывания кондиломы чернеют и превращаются в слизистую массу, легко стираемую ватой. Широким распространением в качестве прижигающего средства издавна пользовался в гинекологии также ляпис, который я охотно применяю, между прочим, для заживления маленьких пузырьно-влажных свищей, а Губарев советует употреблять для уничтожения гонококков, сидящих в парауретральных ходах (для этого он советует взять тонкую серебряную проволоку, накалив ее, провести по кусочку ляписа и по охлаждении вводить в ходы).

Некоторые гинекологи применяют прижигающие средства и для лечения цервикальных эндометритов, а также эрозий влагалищной части. Но, разумеется, здесь нужно быть очень осторожным и избегать сильных средств, применение которых может повести к образованию стриктур наружного маточного зева.

Среди наиболее энергичных прижигающих средств термического характера, употребляемых в гинекологической практике, в новейшее время пользуется распространением термокаутеризация аппаратом Пакелена, а в прежнее время пользовались каленое железо. Хотя в современной хирургической практике оно и вытеснено первым из названных способов, однако некоторые из современных гинекологов (Столыпинский, Губарев) не без основания считают его более пригодным для выжигания, например, раковых масс при раке маточной шейки, чем пакеленизацию. Лучше всего для этой цели употреблять прижигатели с оливообразным или круглым наконечником. Прижигатели эти, в количестве нескольких штук, накаливаются до белокалийного жара (по Флоринскому, а по Губареву — лишь до красного каления) на обыкновенной жаровне с угольями (лучше — раздуваемыми мехом) или на бензиновой паяльной лампе. Когда они будут готовы, врач раскрывает рукав больной при помощи или деревянных зеркал, или обыкновенных металлических ложкообразных зеркал, обернутых кусками смоченной в холодной воде марли, берет один из прижигателей и выжигает раковую опухоль; когда конец прижигателя охладится, берется другой прижигатель, а первый вновь накаливается и т. д. Ввиду незначительной болезненности описанной процедуры производить ее можно, по Флоринскому, без всякого наркоза, — как, впрочем, и прижигания раковых масс едкими химическими веществами.

11. ТАМПОНАЦИЯ

До сих пор мы рассматривали такие методы неоперативной терапии женских болезней, в основе которых лежит, главным образом, термическое действие различных агентов непосредственно на половые части женщины и отчасти — лекарственное, в гораздо меньшей степени — механическое. Переходя теперь к методам, которые могут быть названы, наоборот, механотерапевтическими по преимуществу, остановимся прежде всего на том из них, который имеет наибольшее применение в обыденной практике врача-гинеколога, — на тампонации рукава и матки.

У гинекологических больных применяются различные виды тампонов. Чаще всего здесь употребляются тампоны в виде шариков из гигроскопической ваты, от грецкого ореха до детского кулачка и более величиною, перевязанных крест-на-крест прочною ниткой с длинными концами. Такие тампоны обсыпаются тем или иным лекарственным веществом, приведенным предварительно

в порошкообразное состояние, или смачиваются в жидком растворе лекарственного вещества и вводятся в верхний отдел рукава или самими больными, или, лучше, другим лицом через влагалищное зеркало. В рукаве они остаются несколько часов, после чего удаляются самими больными за концы нитки, выступающие из половой щели. Чаще всего юни вводятся на ночь, с вечера до утра, но иногда, — например, при опущениях матки, — их выгоднее бывает вводить на дневное время, с утра до наступления ночи.

Уже в этой форме влагалищной тампонации присущ известный механотерапевтический эффект, — ватный тампон поддерживает матку с ее придатками, доставляя этим органам столь важный для них, особенно при воспалительных заболеваниях, покой, а также производит известное давление на стенки рукава, устраняя тем венозный застой и отеки в них. Главною целью такой тампонации является, однако, введение в половой канал женщины различных лекарственных веществ на гораздо более продолжительное время, чем это бывает, например, при спринцеваниях.

Из таких веществ особенно часто применяется современными гинекологами ихтиол. Ихтиол или, точнее, сульфо-ихтиоловый аммоний (*ammonium sulfo-ichthyolicum*), — получивший свое название (от греческого ἰχθύς — рыба) от того, что он добывается путем сухой перегонки битуминозных сланцев, содержащих в себе остатки рыб первобытного моря, — представляет собою растворимую в воде красно-бурую жидкость, содержащую до 10% серы. Для смачивания ватных тампонов я обыкновенно употребляю 10%-ный раствор ихтиола в глицерине, с примесью некоторого количества опия (*Rp. Ammonii sulfo-ichthyolici 10,0, T-rae opii simpl. 3,0, Glycerini 100,0*). Как установлено точными наблюдениями, ихтиол представляет собою, несомненно, дезинфицирующее, бактерицидное вещество и притом, — что для гинеколога крайне важно, — особенно сильно действующее, по видимому, на гонококков; кроме того, ему присущи резорбирующие и обезболивающие свойства. Ввиду всего этого применение тампонов с ихтиолом дает весьма благотворные результаты у женщин с хроническими воспалительными процессами в половой сфере, составляющих, как уже было сказано нераз выше, главный контингент гинекологических больных.

В острых стадиях воспалительных процессов, особенно у женщин не рожавших, с узким рукавом, ватные тампоны с ихтиолом не переносятся больными, так как механически оказывают слишком сильное раздражающее действие на стенки полового канала, а некоторые больные, как я убедился, не могут учиться вставлять себе такого рода тампоны; в подобных слу-

чаях ватные тампоны с ихтиол-глицерином могут быть заменяемы шариками, содержащими ихтиол (Rp. Ichtyoli 0,2, Extr. opii 0,015, Butyri casaо 2,0 M. f. globuli vaginales).

Почти такими же свойствами, как ихтиол, т. е. сульфо-ихтиоловый аммоний, обладает сульфо-ихтиоловый натрий (natrium sulfo-ichthyolicum), глицериновый раствор которого и употребляется для смачивания ватных тампонов наравне с раствором первого из названных веществ.

Некоторые гинекологи предпочитают ихтиолу тигенол (thigenol) — натронную соль сульфокислоты, столь же богатую серою, как и ихтиол, но лишенную запаха и более дешевую, чем последний, а другие — тиол (ammonium thiolicum). Оба эти вещества обладают приблизительно такими же лечебными свойствами, как и ихтиол, применяются поэтому там же, где и он, и в таких же растворах

Для смачивания ватных тампонов употребляются также глицериновые растворы и эмульсии созоидоловых солей (sozoidolum — дииодпарафенол-сульфоновая кислота, содержащая около 42% иода), иодоформа (Rp. Iodoformii 4,0, Ac. carbolici conc. 1,0, Glycerini 75,0; Т о л о ч и н о в), иода с иодистым калием (Rp. T-rae jodi 4,0, Kalii jodati 4,0, Ac. carbolici 1,0, Aq. destillatae 15,0, Glycerini 75,0; Т о л о ч и н о в), таннина (Rp. Tannini 10,0, T-rae opii simpl. 3,0, Glycerini 100,0) и пр. Подобно ихтиолу все перечисленные вещества, в случае нужды, могут быть вводимы и в шариках (globuli vaginales) из 2,0 какаоового масла или из смеси 3 ч. глицерина, 3 ч. воды и 1 ч. желатины (Т о л о ч и н о в).

Вместо смачивания ватных тампонов глицериновыми растворами (или эмульсиями) различных лекарственных веществ некоторые гинекологи считают более рациональным смазывать их мазями из вазелина с примесью тех же самых веществ. Наконец, ватные тампоны — или в сухом виде, или смазанные вазелином — можно предварительно посыпать различными порошкообразными веществами и в этом виде вводить в рукав. Я, например, при раках шейки, для остановки кровотечений, охотно применяю ватные тампоны, посыпанные ферропирином; Г у б а р е в для лечения эрозий влагалищной части рекомендует прикладывать к ним тампоны из ваты, смазанные вазелином и посыпанные марганцево-кислым калием в порошке, и т. д.

Вторую форму тампонации полового канала представляет собою применение так называемых тампонов платочками. Как уже было упомянуто выше, эта форма тампонации производится следующим образом: взяв большую на край стола, врач раскрывает у ней

рукав ложкообразными зеркалами, затем вводить в него кусок стерильной марли с дамский носовой платок величиною и туго набивает его шариками из гигроскопической ваты. В этой форме тампонация применяется почти исключительно как средство, действующее чисто механически, она употребляется, например, для того, чтобы остановить кровотечение из матки при выкидышах, раках этого органа и т. п. для того, чтобы произвести длительное давление на вывороченную матку и таким путем вызвать ее вправление и т. д.

Третья форма тампонации женского полового канала, применяемая в практике,— это тампонация полосой марли. Для нее употребляются марлевые полосы в 2, 3, 4 и даже более пальцев шириною, из стерильной или иодоформированной, ксероформированной и пр. марли, причем стерильная марля берется или сухой, или предварительно смоченною в растворе какого-либо лекарственного вещества (например, в иодной настойке; растворе полуторахлористого железа, скипидаре — по Линевичу и т. п.). Полосы эти вводятся или в матку, или в рукав при помощи длинного анатомического (без зубцов) пинцета или корнцанга. Цель такой тампонации бывает различна: иногда марлевая полоса вводится в матку, раневую полость, полости гнойников и пр. с целями дренирования (конечно, марлю тогда лучше брать сухую), иногда, вводя ее, мы стремимся использовать действие смачивающего ее лекарственного раствора (например, кровоостанавливающего действие полуторахлористого железа при кровотечениях), иногда и здесь стараемся использовать главным образом механический эффект тампонации, а иногда, наконец, преследуем при этом сразу несколько из этих целей.

12. КОЛЮМНИЗАЦИЯ И КОЛЬПЕЙРИЗ

Как особые формы тампонации рукава, в гинекологии различаются так называемые колюмнизация и кольпейриз. Первая в сущности мало чем отличается от уже описанных выше форм тампонации,— разве только влагалище выполняется при ней более тщательно и систематично. Употребляются для нее опять-таки или ватные шарики, или полосы марли, те и другие или сухие, ими смоченные в глицерине (или в ихтиол-глицерине) и затем отжатые. Производится колюмнизация или в коленно-локтевом положении больной, или в лежащем на спине, лучше с приподнятым тазом. Раскрыт влагалище больной зеркалами (лучше — ложкообразными, хотя некоторые гинекологи производят колюмнизацию и через грубча-

тое зеркало), врач сначала плотно укладывает ватные шарики или марлевую полосу крутом влагалищной части, туго выполняя ими рукавные своды, а затем столь же тщательно выполняет ими и все остальное влагалище. Шарики или марля оставляются в рукаве на известное время, которое в практике различных гинекологов колеблется в значительных пределах — от нескольких часов до нескольких дней, а затем извлекаются, после чего, через некоторое время, колюмнизация опять может быть повторяема.

В описанной форме колюмнизация, по наблюдениям целого ряда авторов, дает прекрасные результаты при застарелых пара- и периметритах с их последствиями — сморщиванием маточных связок, сращениями и смещениями матки: выпоты при этом способе быстро рассасываются, сращения и рубцы — растягиваются. Противопоказаниями к этому способу лечения, — как, впрочем, и к другим методам, основанным на чисто механическом воздействии на половую сферу женщины, — считаются: беременность, острые стадии воспалительных процессов и наличие вирусного гноя в трубах, яичниках и пр.

Из русских авторов Букоемский, получивший от колюмнизации очень хорошие результаты при метритах, фиксированной ретрофлексии матки, тазовых экссудатах и воспалениях маточных придатков, применял ее в следующем виде: больная укладывалась на край стола, задняя стенка рукава оттягивалась зеркалом Симса, и в рукав вводилась полоса марли около $1\frac{1}{2}$ арш. длиной, в 10 верш. шириною, смоченная в 10%-ном растворе ихтиола в глицерине и отжатая; марля оставалась 2 суток, потом извлекалась, больной делались горячие спринцевания, и производилась новая колюмнизация. Митрофанов, также с успехом применявший колюмнизацию, брал для нее смоченную в глицерине марлевую полосу в 7—8 метр. длины и 8—10 см ширины, оставляя ее в рукаве на 5—48 часов; кроме того, этот автор клал больным на нижнюю часть живота мешок с дробью весом в 500—1500 г., т. е. применял одновременно и лечение тяжестью.

Технически близкий к колюмнизации способ лечения представляет собою предложенное проф. А. И. Лебедевым местное применение грязелечения через рукав. Техника его, по описанию Вюлосовича, такова: влагалище раскрывается зеркалами и очищается, как и маточная шейка, от слизи, наружный зев закрывается кусочком марли с вазелином, затем на нижнее зеркало кладется грязь (температура которой, начиная с 40° R, постепенно доводится до 48°), и рукав закрывается ватным тампоном; последний оставляется на 1 час, после чего вынимается, грязь удаляется из рукава пальцами, и больная проспринцовывается. В описанном виде колюмнизация грязью дала очень хорошие результаты при хронических воспалительных процессах в матке и придатках, особенно же при аменорее. Очень довольна осталась эффектом

подобного лечения и Быковцева, применявшая для него Элтонскую и Тамбуканскую грязь, которая или клалась на вату, или заворачивалась в куски марли (температура грязи у Быковцевой была 38—40° Р, продолжительность пребывания в рукаве — от 24 до 48 ч.). В новейшее время применение влагалищных грязевых тампонов сделалось общераспространенным методом лечения хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы на наших курортах, причем грязь вводится в рукав через деревянное или стеклянное цилиндрическое зеркало при помощи особого поршня или просто куска ваты, захваченного корнцангом. Температура грязи — от 36° Р до 42° Р и выше, срок пребывания в рукаве — от 15 мин. до часу.

Что касается кольпейриза, то он в гинекологической практике применяется, в общем, так же, как и в акушерской; только в этой последней кольпейринтер большею частью приходится вводить в матку (метрейриз), тогда как у гинекологических больных обычно применяется кольпейриз в буквальном смысле слова, т. е. кольпейринтер вводится в рукав. Соответственно этому для гинекологической практики оказываются неподходящими баллоны, например, Шампетье-де-Риба, Бэрнса и пр., — здесь обычно употребляется грушевидный кольпейринтер Брауна, размер которого должен соответствовать величине рукава у данной больной. Введя его во влагалище пустым, врач затем наполняет его *ad maximum* водою при помощи большого шприца или кружки Эсмарха, закрывает кран или зажимает трубку кольпейринтера зажимом и оставляет последний на некоторое время. В таком виде кольпейринтер действует, как тупо-эластический тампон, выполняющий весь просвет влагалища и равномерно давящий как на его стенки, так и на вдающуюся в этот просвет часть матки, почему его с успехом можно применять при маточных кровотечениях, при рубцовых стенозах рукава, особенно же — при выворотах матки, с целью добиться бескровного вправления последней.

13. ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕСТЬЮ

Еще более значительный механотерапевтический эффект, чем различные виды тампонации женского полового канала, дает так называемое лечение тяжестью, суть которого заключается в том, что в рукав больной вводится — при помощи цилиндрического зеркала или ложкообразных зеркал — мешок из тонкой резины, тупо наполненный дробью (в количестве до 1½ кг), или кольпейринтер, наливаемый ртутью (в таком же количестве), а на нижнюю часть живота кладется в мешке или опять-таки дробь, или пе-

сок (1—2 кг). С этими тяжестями больная остается лежать в постели в течение нескольких часов — лучше с несколько приподнятым тазом.

При подобном лечении внутренние части женского полового аппарата и находящиеся в тазу выпоты оказываются сдавленными и, по выражению одного автора, выжимаются, как губка, причем сначала резко усиливается отток как крови, так и лимфы, когда же больная будет освобождена от тяжестей, — наступает реактивная гиперемия. Все это ведет к рассасыванию патологических продуктов, почему данный метод и рекомендуется особенно при хронических выпотных формах пара- и периметрита. Кроме того лечение тяжестью дает благоприятные результаты в смысле растяжения брюшинных сращений и рубцовых сморщиваний, благодаря чему при нем достигается исправление патологических положений матки.

Из своей практики я помню особенно один случай, где разбираемый метод дал мне прекрасные результаты у больной с огромным, существовавшим несколько лет, оплотненным параметритическим выпотом, не поддававшимся никаким другим лечебным способам, не исключая и грязевых ванн, в случае этом я впрочем применил комбинацию лечения тяжестью с лечением теплом, — в рукав я вводил нагретую дробь, а на живот больной клал мешок с горячим песком. С очень хорошим успехом применял данный способ и Глядко в при послеродовых экссудативных параметритах.

14. МАССАЖ

Заслуга введения в гинекологическую практику массажа, занимающего ныне одно из первых мест среди механотерапевтических методов лечения женских болезней, принадлежит не гинекологу и даже не врачу, а майору шведской службы Туре Брандту. Не владея специальными познаниями, он достиг, однако, при помощи этого метода таких результатов, что слава о них разнеслась по всему культурному миру, и из всех стран, — в том числе и из России, — десятки гинекологов-специалистов направились в Швецию, чтобы на месте овладеть приемами Брандта. Вернувшись затем к себе на родину, они широко распространили применение массажа при женских болезнях. При этом, как водится, дело не обошлось без значительных преувеличений, и некоторые гинекологи, возводя данный метод чуть не в панацею, стали рекомендовать его, например, при фибромиомах матки, при эндометритах, при эрозиях и т. п. Подобное увлечение вызвало затем естественную реакцию, и некоторые другие представители гине-

кологии, испробовав новое средство, стали, напротив, резко суживать область его применения, ограничивая ее почти исключительно случаями рубцового параметрита.

Истина, как это почти всегда бывает, лежит в промежутке между этими двумя крайностями. Несомненно, массаж представляет собою чрезвычайно ценный вклад в гинекологическую терапию,—этим путем мы можем придавать смещенным органам нормальное положение и таким образом восстанавливать в них правильное кровообращение; массаж повышает, далее, жизнедеятельность тканей, улучшает обмен, ускоряет циркуляцию крови и лимфы. С другой стороны, однако, при некоторых заболеваниях женской половой сферы мы бессильны достигнуть чего-нибудь посредством этого метода; описанные, например, в литературе случаи якобы полного исчезновения фибромиом матки под влиянием массажа объясняются, по всей вероятности, просто диагностическими ошибками. Наконец, при целом ряде заболеваний массаж является не только бесполезным, но и безусловно вредным, даже весьма опасным.

Принимая во внимание как данные личного опыта, так и заявления, имеющиеся в обширной литературе, посвященной разбираемому методу, я считал бы гинекологический массаж показанным при следующих заболеваниях женской половой сферы: 1) при патологических смещениях матки в стороны, т. е. флексиях, верзиях и позициях, как зависящих от порочного развития матки и ее связок, так и возникших на почве периметритических сращений и рубцовых сморщиваний околоматочной клетчатки, притом как фиксированных, так и подвижных; 2) в некоторых случаях смещения и приращения маточных придатков, особенно яичников; 3) при субинволюции матки после родов и выкидышей; 4) при атрофии матки, сопровождающейся аменорреей; 5) при не поддающихся рассасыванию под влиянием таких средств, как горячие спринцевания, согревающие компрессы и т. п., брюшинных выпотах и особенно оплотнелых воспалительных инфильтратах тазовой клетчатки; 6) при начальных степенях опущения матки и рукава.

Рекомендуемое некоторыми авторами применение массажа при хронических метритах, гипертрофиях маточной шейки, хронических оофоритах и далеко зашедших выпадениях матки и рукава (не говоря уже о фибромимоммах матки, эндометритах, эрозиях и пр.) я считаю бесполезным, хотя, например, О л е н и н описал случай, где полное выпадение матки якобы прошло уже после 7-дневного применения массажа.

Противопоказаниями к применению массажа следует считать: 1) острые воспалительные процессы в матке, грубах, яичниках, тазовой клетчатке и брюшине, 2) такие хронические воспаления женской половой сферы, при которых можно подозревать наличие инфекционных начал, особенно гонококков и бугорчатых палочек в воспаленных органах, 3) злокачественные новообразования, 4) беременность, особенно внематочную, 5) багинизм и вообще чрезмерную чувствительность женских половых частей к механическим раздражениям.

Подострые стадии экссудативных пери- и параметритов не противопоказывают лечения массажем; напротив, чем свежее экссудат, тем скорее он рассасывается под влиянием этого лечения; но вместе с тем, приступая в этих случаях к массажу, врач должен быть уверен, что в воспалительных фокусах нет уже вирулентных микроорганизмов.

Особенно осторожным следует быть с применением массажа у гонорройных больных, — необходимо помнить, что при наличии у них в половой сфере жизнеспособных гонококков все лечебные средства, соединенные с известной травмой, приносят больше вреда, чем пользы. Поэтому я никоим образом не могу присоединиться к сделанному на VII Съезде российских гинекологов Елистратовым предложению лечить гонорройные заболевания матки и ее придатков массажем с ихтиолом.

Доброкачественные новообразования, собственно говоря, также не противопоказывают вполне лечения массажем; но так как, с одной стороны, последний является при них в лучшем случае бесполезным, а с другой — доброкачественные новообразования легко смешать с злокачественными, то лучше при всех новообразованиях половой сферы воздерживаться от этого метода лечения. Мне известен случай, где врач применил массаж у больной с опухолью, принятой им за доброкачественную; между тем опухоль оказалась саркоматозной, и результатом лечения были множественные метастазы саркомы.

При маточной беременности, осложненной, например, наличием брюшинных сращений, обуславливающих неправильные положения матки, массаж иногда оказывает ценные услуги и потому является показанным, но производить его надо с большою осторожностью.

Разбирая различные противопоказания к гинекологическому массажу, не мешает упомянуть, что у некоторых женщин он оказывает настолько неблагоприятное влияние на общее состояние нервной системы, что от него приходится отказываться. Прекращать массаж совершенно или на время заставляют иногда гинеколога и постоянно возобновляющиеся при попытках его применения маточные кровотечения.

Переходя теперь к технике гинекологического массажа, заметим, что она представляет значительное разнообразие приемов

в зависимости главным образом от того, при каком заболевании применяется данный способ. В большинстве случаев при последнем можно бывает обходиться без помощи каких-либо инструментов — обыкновенный или ручной массаж. Больная, — лучше после предварительного опорожнения кишечника и во всяком случае мочевого пузыря, — занимает такое же положение, как и при бимануальном исследовании, т. е. ложится на спину на кушетке (рис. 197) или столе для исследования с несколько приподнятым тазом, согнутыми и разведенными ногами (лишь при некоторых видах массажа ей нужно принимать другое положение), затем врач, сидя или стоя сбоку от нее, вводит ей в рукав указательный и средний пальцы одной своей руки, другую же кладет на нижнюю часть живота пациентки и начинает производить массирующие движения.

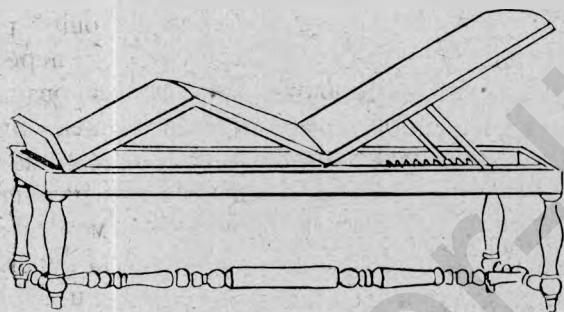


Рис. 197. Кушетка для гинекологического массажа.

Если массаж применяется при недостаточной обратной инволюции или атрофии матки, то пальцы, введенные во влагалище, остаются неподвижными, — их роль ограничивается лишь приподнятием матки, массирующие

же движения производятся наружной рукой, пальцы которой кругообразно растирают заднюю стенку маточного тела. Таким же образом выполняется массаж и при пара- или периметритических экссудатах, — введенные в соответствующий свод (большую часть задний — при экссудативном периметрите и один из боковых — при выпотном параметрите) пальцы внутренней руки подпирают экссудат снизу, пальцы же наружной руки растирают его сверху кругообразными движениями по направлению от периферии к центру.

Массаж при смещениях матки в ту или другую сторону, зависящих от укорочения ее связок или воспалительного, или врожденного происхождения, производится так, что пальцы внутренней руки вводятся в свод, соответствующий положению укороченных связок (задний — при укорочении маточно-крестцовых связок, правый или левый — при укорочении широких связок), и захватывают влагалищную часть со стороны этого свода, пальцы же наружной руки соответственно захватывают верхнюю часть

маточного тела, и усилиями обеих рук матка то смещается к центру таза, то опускается в сторону смещения, причем укороченные связки то натягиваются, то расслабляются.

При патологической антефлексии матки, являющейся обыкновенно спутником инфантилизма, концы разведенных наподобие циркуля пальцев внутренней руки упираются в переднюю поверхность матки (конец указательного пальца — в переднюю поверхность маточного тела, а конец среднего — в переднюю поверхность влагалищной части), пальцы же наружной руки через брюшные стенки давят на место перегиба по направлению кпереди, и таким образом совместным действием обеих рук массирующий старается выпрямить матку, разогнуть угол ее перегиба так, чтобы оси тела и шейки составляли одну прямую линию. Кроме того, так как при патологической антефлексии маточно-крестцовые связки обыкновенно бывают укорочены, то массирующий растягивает их, смещая захваченную обеими руками матку кпереди.

В случаях, где показанием к массажу служит фиксированная ретроверзия и ретрофлексия матки, пальцы внутренней руки сначала помещаются в задний свод и приподнимают тело матки кверху, а также оттягивают его кпереди, между тем как пальцами наружной руки массирующий стремится проникнуть между запрокинутым кзади телом матки и передней поверхностью крестца, производя их концами пилообразные движения вправо и влево. Когда это удастся настолько, что пальцы наружной руки войдут в соприкосновение с концами пальцев, введенных в задний свод, последние перемещаются в передний свод и, давя на влагалищную часть, стараются отодвинуть ее кзади, пальцами же наружной руки массирующий стремится наклонить тело матки кпереди.

При смещениях и приращениях яичников пальцы внутренней руки, добравшись до яичника, приподнимают его кверху, а пальцами наружной руки мы стараемся достигнуть его через брюшные покровы; затем пальцами обеих рук мы стремимся сместить приращенный яичник в ту или другую сторону, а иногда — как бы выдавить его из сращений.

При опущении влагалищных стенок массирующие движения производятся исключительно пальцами внутренней руки, ладонными поверхностями которых отвисающая стенка рукава растягивается кругообразно.

При выпадении матки Брандт усиленно рекомендовал приподнимание матки, которое он производил при помощи ассистента, захватывающего приподнятую матку обеими руками через брюшные стенки и оттягивавшего ее вверх, тогда как сам

Брандт манипулировал, главным образом, внутренней рукой. Впрочем такое же приподнимание матки при ее выпадении может быть выполнено и одним лицом. Целебный эффект этого приема, по всей вероятности, основывается на достигаемом при этом укреплении мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*).

У девиц с узким отверстием девственной плевы и вообще у женщин, у которых введение даже одного пальца в рукав почему-либо является невозможным, гинекологический массаж можно производить, как и бимануальное исследование, через прямую кишку. И при массаже, далее, как и при гинекологическом исследовании, иногда выгодно бывает помещать один палец внутренней руки в рукав, а другой — в прямую кишку.

Каковы бы ни были приемы, применяемые при гинекологическом массаже, — врач должен следить, чтобы последний не вызывал у больной полового возбуждения, т. е. не переходил в мастурбацию; для этого прежде всего надо избегать при массаже всякого раздражения области клитора со стороны пальцев внутренней руки.

Наряду с различными формами бимануального ручного массажа, в гинекологической практике находит себе широкую область применения и исключительно наружный ручной массаж; так, например, у гинекологических больных, страдающих аномалиями положения матки, гинекологу часто приходится бороться с чрезмерным растяжением брюшных стенок (*venter propendens*), применяя массаж их; при опущениях и выпадениях рукава и матки приносит пользу поколачивание кулаками обеих рук крестцовой и поясничной областей у больной, стоящей в наклонном положении, с руками, опирающимися на стол (Ремизов) и пр.

Описанные выше формы гинекологического массажа, при всем разнообразии их, имеют между собою то общее, что при всех их массирование производится просто руками, без помощи каких-либо приборов. Но в гинекологической практике нашел себе широкое применение и так называемый вибрационный массаж, выполняемый особыми приборами, имеющими форму стержней с шаровидными, полушаровидными и др. наконечниками (рис. 198). Стержни эти приводятся в быстрое вращательное движение или электромотором, или ручной (*resp.* ножной) машиной (рис. 199), причем во время вращения они сотрясаются и вызывают соответственные сотрясения тех тканей, к которым приложены. Подобно ручному массажу и вибрационный может быть производим, у гинекологических больных, или со стороны брюшных стенок (причем вращающийся стержень прикладывается своим шаровид-

ным, полукруглым и пр. окончанием к тому месту брюшных стенок, которое соответствует, например, местоположению сращений матки), или со стороны рукава (при фиксированной ретрофлексии, например, стержень вводится в этот последний и упирается своим шаровидным окончанием в задний свод, где лежит фиксированное тело матки). Вибра-

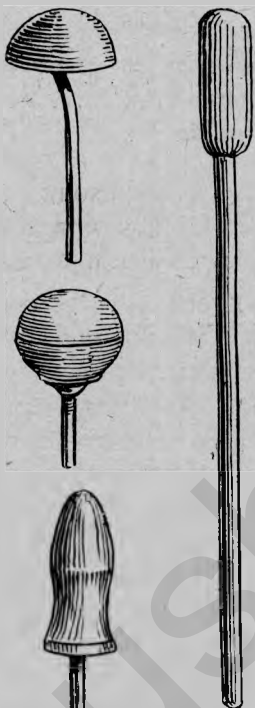


Рис. 198. Наконечники для вибрационного гинекологического массажа (закругленно - цилиндрический на длинном стержне — для рукава, полукруглый и шаровидный — для брюшных стенок, неправильно-конический — для прямой кишки).

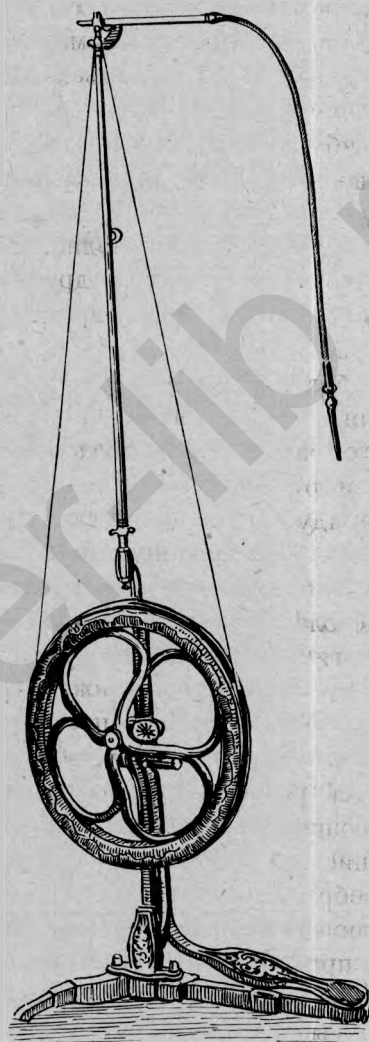


Рис. 199. Ножная машина Эвера для вибрационного массажа.

ционный массаж действует быстрее ручного, и, по некоторым авторам (Проскурякова), растяжение рубцов и сращений является при нем менее болезненным. Во многих случаях, как я убедился, практически бывает комбинировать обе эти формы мас-

сажа, именно, начинать курс лечения с ручного массажа, а потом переходить на вибрационный.

Мне остается сказать, что продолжительность каждого сеанса массажа колеблется обычно в пределах от 5 до 15 минут — в зависимости от выносливости больных, чувствительности массируемых органов и др. условий. Повторяются сеансы или ежедневно, или через день, два и более — в зависимости опять-таки от особенностей каждого случая, весь же курс лечения может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев. На время регул сеансы массажа лучше прекращать, хотя некоторые гинекологи и не соблюдают этого правила. Приостанавливать лечение массажем следует и при обострении болей у пациенток, при появлении у них лихорадки, маточных кровотечений и т. п.

15. НАСИЛЬСТВЕННОЕ РАЗРЫВАНИЕ СРАЩЕНИЙ ПО ШУЛЬЦЕ

Вместо того, чтобы методически растягивать брюшинные сращения путем массажа и таким образом постепенно освобождать от них матку и ее придатки, Шульце предложил производить это в один прием, применяя большую силу или разрывая сращения. Способ этот, однако, отнюдь не может быть рекомендован для широкого практического применения. Прежде всего он чересчур болезнен и потому требует глубокого общего наркоза. Кроме того, если насильственно разрывать свежие сращения, то в силу своей сосудистости они могут дать при разрыве значительное кровотечение, старые же, бессосудистые сращения иногда настолько интимно и прочно спаивают матку и ее придатки с соседними полыми органами, например, кишками, что при попытках насильственно разорвать их можно серьезно повредить эти последние. Мне известен один, бывший в Кильской клинике проф. Верта, случай, где попытка разорвать сращения ретрофлексированной матки по Шульце повела к сквозному разрыву стенки прямой кишки, потребовавшему серьезной операции.

16. ВРАЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА

Кроме массажа мы обязаны Туре Брандту и введением в гинекологическую практику врачебной гимнастики, которая в состоянии оказать весьма ценные услуги при некоторых аномалиях положения женских половых частей, особенно при опущениях и выпадениях матки и рукава, а также при наклонениях и перегибах матки кзади.

При опущениях и выпадениях матки и влагалища могут быть рекомендованы следующие гимнастические приемы: 1) женщина ложится на спину с несколько согнутыми в тазобедренных и коленных сочленениях ногами и старается, возможно теснее прижать их одну к другой, а врач, напротив, старается раздвинуть их; 2) больная, наоборот, употребляет возможные усилия, чтобы раздвинуть ноги, между тем как врач старается сблизить их; 3) больная, сидя на краю стула с вытянутыми ногами, поднимает последние, сгибая их лишь в тазобедренных суставах и опираясь руками на сидение стула; 4) больная то втягивает, то опускает задний проход. Все эти приемы ведут к укреплению мышц тазового дна, особенно *m. levatoris ani*, расслабление которого играет, по современным воззрениям, такую важную роль в этиологии проляпса.

При ретроверзиях и ретрофлексиях матки, особенно не осложненных сращениями, хорошие результаты дает методическое применение коленно-локтевого (или коленно-грудного) положения. Значение этого положения подчеркивает Сутугин и для успеха вправления инвертированной матки.

Наконец, так как у гинекологических больных, особенно с аномалиями положения внутренних половых частей, нередко наблюдается расслабление брюшных стенок, то в гинекологической практике заслуживает широкого применения гимнастический прием, состоящий в том, что женщина ложится горизонтально на спину и затем старается подняться в сидячее положение без помощи рук. Этим приемом упражняются мышцы брюшного пресса и отчасти тазового дна.

17. ПЕССАРИИ И ГИСТЕРОФОРЫ

Пессариями называются в гинекологии те приборы, целью которых служит — удерживать матку в нормальном положении. Форма и действие их бывают различны в зависимости от тех неправильностей положения матки, при которых они применяются. С этой точки зрения среди них можно различать: 1) пессарии, применяемые при наклонениях и перегибах матки кзади (*retroversio et retroflexio uteri*), 2) пессарии, употребляемые при опущениях и выпадениях этого органа (*descensus et prolapsus uteri*), и 3) пессарии против патологических перегибов матки кпереди (*anteflexio uteri pathologica*).

Ретроверзия и ретрофлексия матки представляют собою наиболее благодарное поле для применения пессариев, причем для

устранения их различными гинекологами было предложено много моделей последних, отличающихся друг от друга формой и отчасти материалом, из которого они сделаны. Все эти пессарии, однако, имеют между собою то общее, что они сделаны в виде колец; отсюда и название «магическое кольцо», употребляемое некоторыми авторами в качестве синонима слова «пессарий». Наибольшим распространением из них



Рис. 200. Пессарий Ходжа.

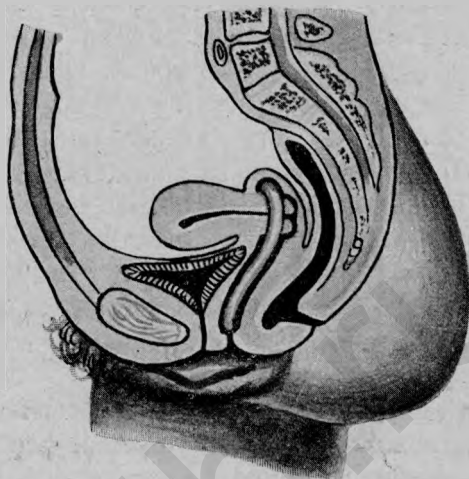


Рис. 201. Пессарий Ходжа in situ (по Шульце).

пользуются пессарии Ходжа, Томаса и Шульце.

Пессарий Ходжа (рис. 200) представляет собою вытянутое в виде овала кольцо из твердого каучука, слегка изогнутое S-образно; он вводится во влагалище таким образом (рис. 201), что один узкий конец его помещается в заднем своде, будучи кривизной обращен кпереди, а другой лежит близ introitus vaginae, причем кривизна этой части обращена кзади. Пессарий Томаса (рис. 202),



Рис. 202. Пессарий Томаса.

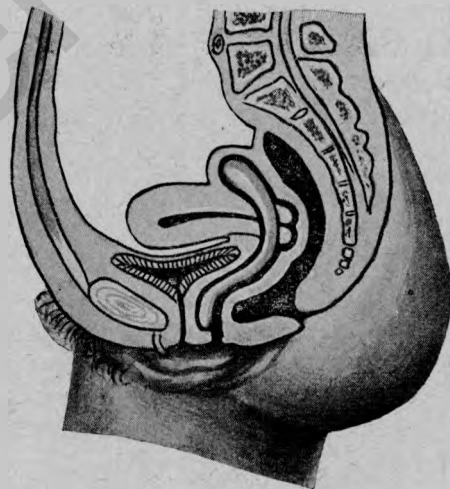


Рис. 203. Пессарий Томаса in situ.

изготавливаемый обычно также из твердого каучука, несколько похож на ходжевский, но S-образное искривление выражено в нем гораздо резче; кроме того кольцо Ходжа на всем своем

протяжении имеет одинаковую толщину, тогда как в пессарии То-маса часть, вставляемая в задний свод (рис. 203), гораздо толще передней. Наконец, пессарий Шульце (рис. 204), материалом для которого служит большею частью целлулоид или медная проволока, обтянутая мягкой резиной, имеет форму цифры 8, опять-таки изогнутой S-образно, причем одна из половин восьмерки, меньшая, служит для фиксирования влагалищной части, которая в нее вставляется (рис. 205).

Все эти пессарии действуют таким образом, что они верхней своей частью растягивают задний свод влагалища с маточно-крестцовыми связками и вместе приподнимают влагалищную часть, оттягивая ее так, что ее верхушка становится обращенною кзади, между тем как тело матки, по закону рычага, наклоняется кпереди, т. е.

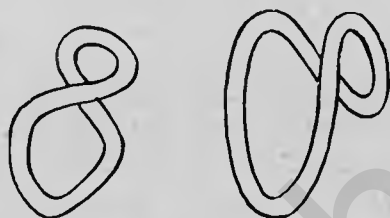


Рис. 204. Симметрическая и асимметрическая формы пессария Шульце (по Кюстнеру).

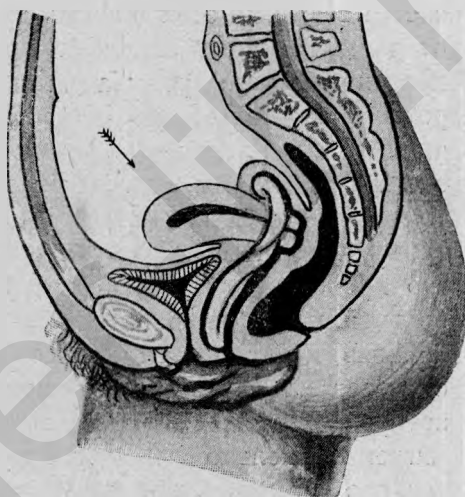


Рис. 205. Пессарий Шульце in situ (по Шульце).

матка ложится в антеверсию. Пессарий Шульце, кроме того, фиксирует влагалищную часть, почему эффект его является более значительным, чем действие колец Ходжа и Томаса,—при помощи его могут быть исправляемы и такие ретрофлексии, которые не поддаются последним. Выгодная сторона пессария Шульце заключается еще в том, что при помощи его удастся исправлять и комбинированные смещения матки, т. е. одновременные смещения и кзади (*retroversio s. retroflexio*), и вбок (*lateroversio s. lateroflexio*); для этого шульцевскому пессарию придается асимметрическая форма. Что касается пессариев Ходжа и Томаса, то из них второй является безусловно действующим более значительно, в смысле исправления ретроверзии-флексии, чем первый.

Подобно многим другим гинекологам,—с Шульце во главе,—я, имея дело с больными, страдающими наклоном или переги-

бом матки кзади, не прописываю им пессария того или иного определенного типа, т. е. ходжевского, томасовского или шульцевского, а рекомендую приобрести просто целлюлоидное круглое кольцо того или иного размера и затем уже сам, в зависимости от особенностей каждого данного случая, придаю ему форму или пессария Ходжа, или пессария Томаса, или пессария Шульце.

Такие кольца имеются в каждой аптеке, различаясь по №№, вытесненным на каждом кольце, причем №№ эти определяют диаметр кольца в сантиметрах, — № 8 обозначает, например, что кольцо имеет в диаметре 8 см. Тот или другой № кольца назначается в зависимости прежде всего от величины влагища, resp. от растяжения его стенок, а это, в свою очередь, зависит обыкновенно от того, рожала ли данная женщина или нет, и если рожала, то сколько раз. У нерожавших женщин большею частью приходится употреблять кольца от № 7 до № 8½, у рожавших — от № 8 до № 10 и выше. Важное значение при этом имеет также то, насколько легко матка у данной больной выводится из ретроверзии или ретрофлексии в нормальное положение (чем легче это происходит, тем меньший № кольца может быть назначаем больной, и наоборот).

Взяв целлюлоидное кольцо соответствующего размера, врач опускает его на несколько минут в кипящую воду, под влиянием которой целлюлоид размягчается и становится эластичным. Размягченное кольцо сжимается рукою в поперечном направлении так, что оно принимает форму неправильного эллипсиса — с одним более широким концом и другим — более узким. После того широкий конец удлиненного кольца изгибается более или менее значительно в одном направлении, а узкий в другом, противоположном — так, что в профиль кольцо оказывается изогнутым в виде буквы S, изогнутым менее значительно, по типу пессария Ходжа, или более значительно, по типу пессария Томаса. Если же врач намерен придать кольцу форму пессария Шульце, то он перекручивает его в виде восьмерки, несколько сплюсчивает место перекреста крепким корнцангом, затем опять-таки изгибает оба узких конца его в разные стороны S-образно. Когда кольцу придана та или другая, подходящая для данного случая, форма, его опускают на несколько секунд в холодную воду, после чего приданная кольцу форма стойко удерживается им вследствие оплотнения целлюлоида.

Кроме целлюлоидных колец в продаже имеются кольца и из других материалов, например, из олова, медной проволоки, обтянутой резиной, гуттаперчи и пр. Современные гинекологи, однако,

предпочитают целлулоид, в качестве материала для пессариев, всем остальным, так как, помимо пластичности при нагревании и способности оплотнеть по охлаждению, целлулоид сравнительно мало изменяется под влиянием выделений женского полового канала, недорог и пр.

Чтобы ввести кольцо, гинеколог укладывает больную на стол в обычном положении для бимануального исследования, выправляет ретрофлексированную (resp. ретровертированную) матку, захватывает приготовленное кольцо крючкообразно согнутым указательным пальцем правой руки — за узкий конец, если кольцу придана форма пессариев Ходжа и Томаса, и за большую половину — если кольцу придана 8-образная форма пессария Шульце, смазывает поверхность кольца вазелином и, раскрыв левой рукой половую щель больной, вводит в нее пессарий, держа последний наискось и стараясь отдавливать им заднюю спайку. Когда кольцо войдет в рукав наполовину, врач повертывает его так, чтобы кольцо легло плашмя, и в этом положении доканчивает его введение. Если кольцу придана форма пессария Ходжа или Томаса, то, повторяю, широкая дужка его должна лежать в заднем своде, как бы отталкивая своею верхушкой тело матки вперед, узкая же — лежать во входе в рукав, а влагалищная часть матки должна смотреть в просвет кольца. У 8-образного пессария в заднем своде должна лежать меньшая его половина, причем влагалищная часть должна охватываться ею более или менее плотно.

После того как кольцо введено, и врач-гинеколог убедится, что оно лежит правильно, он оставляет больную на некоторое время под наблюдением. Дело в том, что подобрать подходящее кольцо далеко не так-то легко: Ольсгаузен совершенно справедливо замечает, что сделать это иногда бывает труднее, чем произвести несложное чревосечение. Иногда, осматривая пациентку через несколько дней после введения кольца, гинеколог убеждается, что оно не держит матки в нормальном положении, — матка наклоняется или запрокидывается кзади через заднюю дужку пессария (рис. 206); в таких случаях надо или заменить кольцо другим, более высокого номера, или придать ему другой изгиб. В других случаях кольцо, оказывается, держит матку хорошо, но вызывает у пациентки боли; это служит признаком или того, что оно слишком велико, и его надо заменить меньшим номером, или просто случай является неподходящим для лечения пессариями.

Для такого лечения подходят лишь случаи совершенно подвижной ретроверзии и ретрофлексии (*retroversio-flexio uteri mobi-*

lis). Если у больной имеются периметрические сращения, удерживающие матку в неправильном положении, — их надо предварительно устранить при помощи массажа и только после этого вводить пессарий, иначе последний не принесет больной ничего кроме вреда. Неподходящими для лечения пессариями являются и случаи ретроверзии-флексии, осложненные воспалениями маточных придатков и, в частности, яичников, особенно такие, где яичники — один или оба — смещены (как это часто бывает именно с воспаленными яичниками) в нижнюю часть заднего дугласова кармана: тогда задняя дужка кольца чисто механически раздражает эти органы, вызывая иногда нестерпимые боли. Следует

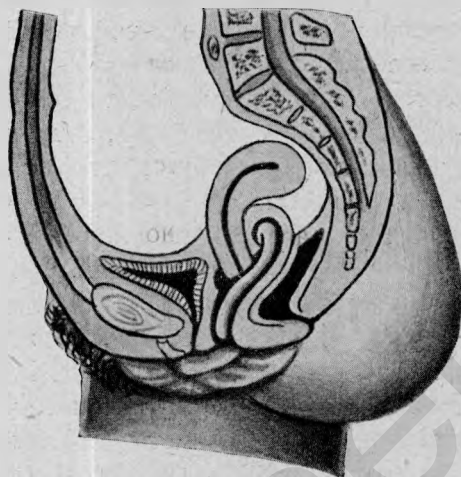


Рис. 206. Запрокидывание матки при пессарии Ходжа (по Шульце).

помнить, далее, что пессарии держатся в рукаве благодаря эластичности его стенок, и отнюдь не надо добиваться, чтобы нижняя дужка их упиралась в симфиз или заднюю спайку; раз эта эластичность в значительной степени утрачена, — кольцо у больной будет выпадать, и случай является неподходящим для лечения пессариями.

Хорошо подобранный пессарий, удерживая матку в нормальном положении, должен совершенно не ощущаться женщиной, которая с ним должна быть, в состоянии ходить, исполнять нетяжелые домашние работы, продолжать половую жизнь, испражняться и пр., причем пессарий не должен ни вызывать у ней болей, ни слишком выпячиваться из входа в рукав и выпадать.

Сколько времени женщина с ретроверзией-флексией должна носить пессарий? На этот счет у женщин существуют неправильные представления: обыкновенно думают, что пессарий достаточно носить 2—3 месяца. На самом деле больные должны носить пессарий, — если, конечно, иметь в виду полное восстановление нормального положения матки этим путем, — до тех пор, пока матка, как говорится, не привыкнет лежать правильно, а это требует промежутка времени не менее года. В течение этого срока не мешает раза 2—3 менять номера пессариев на меньшие и, наконец, после того, как врач убедится, что и при этом матка про-

должна сохранять нормальное положение,— совершенно освободить женщину от кольца. Лишь если у пациентки наступит беременность, то пессарий можно извлечь и раньше,— тогда именно, когда объем матки увеличится настолько, что перегиб или наклонение ее кзади сделаются невозможными, т. е. на 5-м месяце беременности.

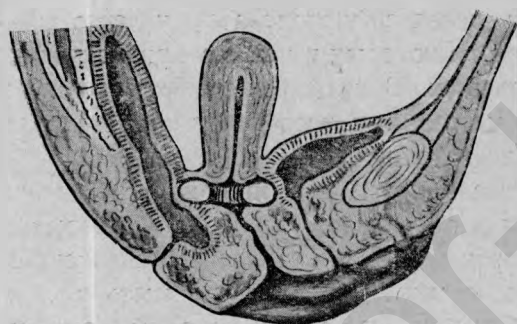
Все время, пока женщина носит пессарий, она должна, помимо, хоть раз в день спринцеваться (лишь во время регул спринцевания могут быть оставляемы). Спринцевания при пессариях лучше делать теплые, прибавляя к ним дезинфицирующие вещества (я обыкновенно назначаю таким больным лизол или лизоформ, по 1 чайн. ложке на литр, ибо они делают поверхность пессария скользкою). Если не соблюдать этого правила, то маточные выделения (менструальная кровь, секрет желез) отлагаются на поверхности кольца, делая ее шероховатою и легко травмирующею стенки рукава, на которых в месте соприкосновения с кольцом развиваются пролежни. В литературе описаны случаи, где долгое время носимые пессарии у неособенно чистоплотных женщин совершенно врастали в толщу рукавных стенок, а иногда перфорировали пузырно-влагалищную или прямокишечно-влагалищную перегородку и вели к образованию свищей — мочевых и каловых (см. литературу травматических повреждений женской половой сферы инородными телами). Нужно затем иметь в виду, что отлагающиеся на поверхности пессариев маточные секреты могут, у нечистоплотных женщин, загнивать и издавать отвратительное зловоние. Особенно резко бывает выражено последнее у женщин, носящих кольца из мягкой резины, которая и сама разлагается при несоблюдении женщиною правил чистоты, а также у женщин с самодельными пессариями из коры, мочала, тряпок и пр.

Кроме спринцевания я обыкновенно рекомендую пациенткам, носящим пессарии, не производить слишком тяжелых физических работ, не слишком злоупотреблять половыми сношениями, время от времени принимать коленно-локтевое положение и 2 раза в день, утром и вечером, поправлять лежащее в рукаве кольцо, надавливая указательным пальцем ближайшую к половой щели дужку последнего по направлению от уретры (спереди) к заднепроходному отверстию (кзади).

Даже и при соблюдении всех, указанных сейчас, условий, при помощи пессариев все-таки не удастся нередко достигнуть стойкого устранения ретроверзии-флексии матки. Сплошь и рядом бывает, что наклоненная или перегнутая кзади матка лежит правильно

только до тех пор, пока женщина носит пессарий, но стоит извлечь его — и матка опять запрокидывается. По Томсону стойкое исправление ретроверзии-флексии при помощи пессариев достигается не более, как в 20—25% всех случаев, — число, по моему мнению, скорее преувеличенное, чем меньшее по сравнению с действительным.

Если при ретроверзии и ретрофлексии матки лечение пессариями все же заслуживает, в известных случаях, применения даже и в настоящее время, когда в распоряжении гинекологов имеются более надежные и, вместе с тем, безопасные оперативные средства для устранения названных аномалий, то далеко нельзя сказать того же и о применении пессариев при проляпсе. Правда, даже и при полном проляпсе пессарий, — в виде, например, круглого кольца, расположенного поперечно к длиннику рукава



в верхнем отделе последнего, между маткою и hiatus genitalis (рис. 207) —



Рис. 207. Положение круглого пессария при проляпсе.

Рис. 208. Полое кольцо из мягкой резины для устранения проляпса.

может удерживать матку от выпадения (если, разумеется, размеры кольца будут больше размеров hiatus genitalis). Но это происходит, во-первых, за счет растяжения стенок рукава кольцом, а такое растяжение, как уже упоминалось выше, является моментом, благоприятствующим развитию проляпса. Кроме того, постоянное давление, производимое кольцом на рукавные стенки, питание которых при данном заболевании, особенно у старых, оставляет желать очень многого, — ведет к развитию пролежней и язв. Чтобы по возможности уменьшить это неблагоприятное влияние колец, я обыкновенно употребляю при проляпсе кольца не из твердого материала, а из мягкой резины, и лучше не сплошные, а полые, притом не тонкие, а возможно толстые (рис. 208). К сожалению, мягкая резина под влиянием секретов полового канала легко разлагается и больные начинают страдать вонючими выделениями, — если особенно они мало заботятся

о чистоте своих половых частей и редко прибегают к дезинфицирующим и дезодорирующим спринцеваниям.

Самая главная невыгода лечения проляпса пессариями заключается, однако, в том, что их терапевтический эффект является лишь временным. Кольцо известной величины сначала держит матку; потом, производя постоянное давление сверху на *hiatus genitales*, оно постепенно расширяет его отверстие и, наконец, вместе с маткой выпадает через него, причем проляпс оказывается после того обыкновенно гораздо значительнее, чем он был до применения пессария. Чтобы удержать матку, приходится теперь ввести больное кольцо большего размера и т. д., пока, в конце концов, даже самое большое кольцо не в состоянии будет устранять проляпс. Таким образом пессарий при проляпсе можно сравнить с кредитором, дающим деньги под большие проценты: он, правда, на время выручает должника, но в дальнейшем последнему приходится с лихвой расплачиваться со своим займодавцем. В виду этого на лечение проляпса пессариями надо смотреть, как на необходимое зло, прибегая к нему лишь там, где более надежные способы устранения данной аномалии, — именно, оперативные, — являются почему-либо неприменимыми.

Ввиду таких невыгод, какие представляют существующие модели пессариев, применяемых при проляпсе, со стороны гинекологов до недавнего времени не прекращались попытки придумать более удобный пессарий для лечения выпадений. Томсон, например, предложил для этой цели блюдцеобразный пессарий вроде шатцевского, Шренк придумал кольцо, которое вводится в рукав согнутым в двух направлениях и уже в рукаве расправляется, и т. п. Но все эти попытки не увенчались желаемым успехом.

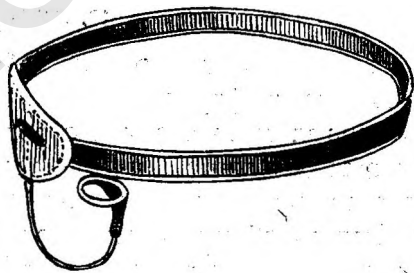


Рис. 209. Гистерофор Добрынина.

В тех случаях, где кольца самых больших размеров не в состоянии удержать матки, а оперативное вмешательство почему-либо не может быть применено, больным не остается ничего другого, как прибегнуть к ношению так называемых гистерофоров — приборов, поддерживающих матку, конструкция и способ действия которых понятны из прилагаемого рисунка, изображающего гистерофор Добрынина (рис. 209).

Еще меньше, чем при проляпсе, заслуживает применения лечение пессариями при патологической (или остроугольной) анте-

флексии матки, являющейся обычным спутником инфантилизма. Применяемые при этой аномалии пессарии (рис. 210) состоят из более или менее изогнутых полых штифтов,—обыкновенно серебряных, иногда каучуковых, стеклянных и пр.,—утвержденных на круглой пластинке. Штифты эти вводятся в матку, а пластинка



Рис. 210. Внутриматочный пессарий Брауна.

прилежит к верхушке влагалищной части. Сначала женщины с остроугольной антефлексией носят пессарии с более значительно изогнутыми штифтами, потом, когда перегиб матки не сколько уменьшится,—с менее изогнутыми и т. д. В современной гинекологии подобные пессарии почти совершенно оставлены, так как, с одной стороны, ношение их сопровождается обычно сильным раздражением эндометрия, а с другой—мы имеем в своем распоряжении гораздо более безопасные и надежные способы исправлять патологическую антефлексию (массаж, дилатация цервикального канала бужами и пр.).

Кроме исправления положения матки некоторыми авторами,—у нас, например, Савостицким,—применение пессариев было предложено для того, чтобы добиться держания мочи в случаях разрушения уретры. К сожалению в подобных случаях пессарии редко достигают своей цели.

18. ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ

Еще не так давно можно было думать, что применение электричества в форме гальванизации и фарадизации займет одно из первых мест среди способов лечения женских болезней. Это было тогда, когда Апостоли указал на возможность для гинекологов, применяя токи значительной силы, добиваться существенных лечебных результатов от электротерапии не только при функциональных расстройствах женской половой сферы, воспалительных заболеваниях последней и т. п., но и при новообразованиях ее, именно, фибромиомах. Указания Апостоли нашли себе живейший отклик в среде русских гинекологов, которые разработали этот метод на весьма большом материале и внесли значительные усовершенствования в его технику. Особенно много сделал в этом последнем отношении Александров, придуманный которым способ электризации гинекологических больных, как я убедился, действительно заслуживает серьезного внимания.

Невзирая на то, электротерапия в указанных формах как у нас, в России, так и в Западной Европе вместо того, чтобы

расширить круг своего применения, именно в гинекологической практике, отошла на задний план. В значительной степени тут, несомненно, было виновато то обстоятельство, что в прежнее время для нее были необходимы довольно сложные, громоздкие и дорогие приспособления, располагать которыми мог далеко не всякий врач (я разумею аппараты для гальванизации с батареями из большого числа гальванических элементов и т. п.). Современная техника, однако, обошла эти затруднения, — в настоящее время существуют недорогие по цене и далеко негромоздкие приборы, при помощи которых врач, имеющий в своей квартире или больнице, где он работает, электрическое освещение, может располагать различными видами тока для медицинских целей.

Один из таких приборов, имеющийся в заведомой мною клинике и весьма пригодный не только для больничных учреждений, но и для частных кабинетов врачей-гинекологов, изображен на прилагаемом рисунке (рис. 211). Это — так называемый «пантостат», могущий служить для гальванизации, электролиза, катафореза, синусоидальной фарадизации, эндоскопии, гальванокаустики и, наконец, для вибрационного массажа.



Рис. 211. Пантостат Рейнигера.

При всем том и теперь лишь немногие врачи-гинекологи более или менее широко применяют гальванизацию и фарадизацию в своей практике, о чем нельзя не пожалеть, ибо, несомненно, при целом ряде весьма часто встречающихся и с трудом поддающихся другим методам лечения заболеваний женской половой сферы эти способы лечения в руках опытного специалиста могут дать весьма ценные результаты. Особенно следовало бы обратить на них внимание именно русским гинекологам: надо считаться при этом с тем важным фактом, что, при происходящей электрификации СССР всякий врач в колхозе, не исключая и

обитателей глухой деревни, будет иметь в своем распоряжении главное *conditio sine qua non* электротерапии — электрическую энергию.

Для лечения женских болезней обыкновенно применялся в прежнее время постоянный ток и притом весьма значительной силы, — до 200 миллиамперов и более.

Сила тока, применявшегося у гинекологических больных, представляла впрочем у разных авторов значительные колебания в зависимости, во-первых, от характера болезненных процессов, при которых применялась электротерапия, во-вторых, — от техники ее применения. Между тем, как Попялковский при эндометритах получал весьма хорошие результаты от тока в 30—70 МА, Новицкий при аменоррее — от 20 до 35 МА, Калабин при воспалениях маточных придатков — около 30 МА, Купидонов при пери- и параметритах — от 10 до 60 МА, Затонский, при воспалениях матки и ее придатков, а также при фибромиомах матки, употреблял ток силой до 280 МА. Принадлежащий Александруву метод электризации, о котором речь будет ниже, тем, далее, и ценен, что при нем мы можем пользоваться весьма сильными токами (свыше 100 МА), не причиняя болей пациенткам. Во всяком случае, применяя электротерапию, следует помнить: 1) что чувствительность к электрическому раздражению у различных женщин индивидуально различна; 2) что в общем наиболее сильное раздражение получается, *caeteris paribus*, при замыкании катода, потом — при замыкании анода, при размыкании анода и, наконец, при размыкании катода; 3) что нередко боли у женщин, пользующихся электричеством, появляются не во время самого сеанса электризации, а некоторое время спустя после него. Имея все это в виду, гинеколог должен в каждом отдельном случае электротерапии строго индивидуализировать свое лечение, т. е. силу применяемого тока, продолжительность сеансов и их, частоту, всегда, однако, начиная лечение с более слабых токов и постепенно увеличивая их силу, а также избегая, при известной силе тока, катодного замыкания.

Продолжительность сеансов электризации в практике русских гинекологов электротерапевтов колебалась от 3 минут (Попялковский) до 1/2 часа (Рачинский), а частота их — от 2 до 6 сеансов в неделю (Рачинский).

В чем, спрашивается, кроется суть терапевтического эффекта электризации постоянным током на половую сферу женщины? Гистологическое изучение подвергнутых электризации тканей показало, что, при известной силе тока оба электрода — и положительный, и отрицательный — производят прижигающее действие на эти последние, причем прижигающее действие анода обусловливается образующимися здесь кислотами, а действие катода — щелочами. Некоторые гинекологи именно этому прижигающему действию и отводят главную роль в электротерапии женских болезней, рекомендуя, например, для внутриматочной электризации

употреблять вместо неокисляющихся платиновых электродов легко окисляющиеся цинковые электроды, дабы эксплуатировать непосредственное действие на маточную мукозу хлористого цинка (По п я л к о в с к и й). А л е к с а н д р о в, однако, совершенно справедливо замечает, что не эти цели, — образдо проще, кстати сказать, достигаемые другими путями, например, путем смазывания полости матки растворами хотя бы того же хлористого цинка, — нужно преследовать, применяя электризацию, а надо иметь в виду динамическое и биолого-химическое действие последней на живые ткани. С этой точки зрения важно помнить, что катод развивает более энергичное действие, чем анод, а именно, он вызывает прилив крови, почему и обладает резорбирующею силою; напротив, в месте действия анода сосуды суживаются, мышцы сокращаются, болевые припадки стихают. Впрочем, мне кажется, ничто не мешает гинекологу в подходящих случаях утилизировать и то, и другое действие электризации, равно как и так называемый катафорез, соответствующим образом изменяя ее технику.

Судя по имеющимся в литературе наблюдениям, электризация постоянным током с успехом может быть применяема при подострых и хронических воспалениях матки (как эндометритах, так и метритах), ее придатков, тазовой брюшины и тазовой клетчатки, — воспалениях как неинфекционных, так и инфекционных и, в частности, гонорройных, затем — при *subinvolutio uteri* после родов и выкидышей, при атрофии этого органа, при аменоррее и зуде вульвы (о лечении электричеством фибромиом матки, на котором особенно настаивает А п о с т о л и, мы говорить не будем, ибо против этих опухолей мы в настоящее время имеем более надежные средства).

Противопоказанным этот способ лечения считается при беременности, острых воспалительных процессах и идиосинкразиях (С н е г и р е в), а также при наличности гнойных скоплений в женской половой сфере (Б ы х о в с к и й):

Перечисляя показания и противопоказания к применению электротерапии, отметим, что И л л а р и о н о в считает электризацию по А л е к с а н д р о в у наилучшим способом лечения гоноррей женского полового аппарата, некоторые же другие авторы признают наличность всяких воспалительных изменений в маточных придатках исключаящею применение электротерапии.

Что касается, наконец, техники электризации постоянным током, то она представляет у различных гинекологов большое разнообразие. В техническом отношении мы должны здесь прежде всего различать, с одной стороны, внутриматочную электризацию, с другой — рукавную. При первой один электрод, именно актив-

ный, вводится в полость матки (разумеется, с возможно строгим соблюдением правил асептики), второй же, индифферентный, прикладывается к передней брюшной стенке в надлобковой ее области. Активный электрод соединяется с положительным или отрицательным полюсом, т. е. является анодом или катодом в за-

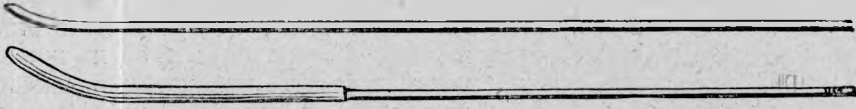


Рис. 212. Электроды-зонды Энгельмана, из алюминия, для внутриматочной электризации.

висимости от того, какой терапевтический эффект желателен в данном случае. Обыкновенно он имеет форму маточного зонда, или без пуговки на конце (рис. 212), или пуговчатого (рис. 213),—



Рис. 213. Пуговчатый зонд-электрод для внутриматочной электризации.

или непосредственно соединяющегося с проводником электричества, или вставляемого для этого в особую рукоятку (рис. 214). Лучше, если зонд этот изготовлен из неокисляющегося металла, на-



Рис. 214. Рукоятка для внутриматочных зондов-электродов.

пример, платины; некоторые гинекологи, однако, имея в виду, как уже упоминалось выше, местное прижигающее действие на слизистую оболочку матки таких веществ, как хлористый цинк и др. соли, предпочитают — по крайней мере при эндометритах — употреблять для внутриматочной электризации зонды из цинка, серебра, алюминия и т. п. Что касается индифферентного электрода, то в качестве его обыкновенно берется широкая цинковая или свинцовая пластинка (рис. 215), обтянутая материей (холстом, фланелью), смачиваемой в растворе поваренной соли. В такой форме авторы рекомендуют применять электризацию постоянным током при эндометрите, метрите, атрофии матки

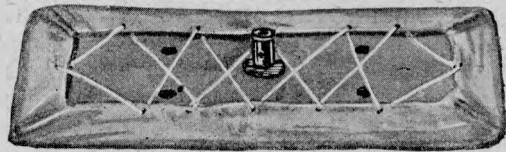


Рис. 215. Электрод для брюшной стенки в виде обтянутой материей пластинки.

и прочих заболеваниях, локализирующихся именно в этом органе.

Говоря об электродах, применяемых при внутриматочной электризации, не мешает упомянуть, что в гинекологической практике находят себе применение, кроме монополярных, и биполярные внутриматочные электроды, т. е. соединяющиеся не с одним, а с обоими проводниками электричества (рис. 216).

При влагалищной электризации активный электрод,— опять-таки положительный или отрицательный, в зависимости от желательного терапевтического эффекта,— вводится в рукав, индиффе-

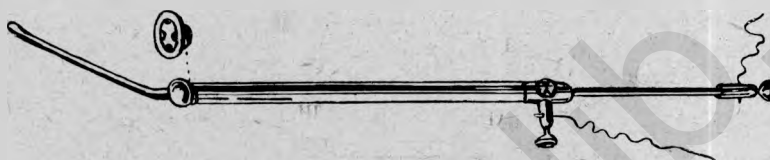


Рис. 216. Биполярный внутриматочный электрод Швабе.

рентный же, как и при внутриматочной электризации, прикладывается к брюшной стенке. При этом в качестве рукавного электрода можно употреблять или тот же платиновый зонд, обмотанный смоченною в растворе поваренной соли гигроскопическою ватой (Калабин), или угольный цилиндр, или металлический стержень с металлическим же шариком на конце (рис. 217), или медный стержень с коксовым цилиндром на конце и т. п., или, наконец, согласно предложению Александра, — стеклянную трубку, внутри которой находится соединенная с источником электричества угольная палочка, к одному концу которой приделаны 2 трубочки —



Рис. 217. Металлический влагалищный электрод.

для впускания и выпускания солевого раствора, а на другой конец надет пузырь, наполненный 3%-ным раствором поваренной соли (рис. 218).

Выгодная сторона электрода Александра заключается в том, что здесь полезная сила тока не тратится на местные явления, а весь орган (рукав, матка) становится анатомическим электродом и плюсом цепи (Федоров), а также в том, что благодаря большей активной поверхности электрода здесь достигается более равномерное распределение токов и отсутствие местного раздражения и болей, вследствие чего при нем можно

пользоваться токами большей силы и продолжительности. В качестве индифферентного электрода Александров советует пользоваться каким-либо не поляризующимся электродом, например, пластинкой из амальгамированного цинка. В такой форме электризация может быть с успехом применяема при воспалительных процессах, локализирующихся не только в стенках полового канала, но и по соседству с ним (сальпинго-оофориты, перитриты и параметриты), причем в лечебном влиянии ее на инфекционные воспалительные процессы Александров особенно важную роль приписывает бактерицидному действию хлора *in statu nascendi*. У девиц электризация по Александрову может быть производима *per rectum*. Наконец, в подходящих случаях местом приложения ее может быть и мочевого пузыря.

Модификации, внесенные в технику электризации, по Александрову, Рачинским (пузырь-электрод вместо солевого

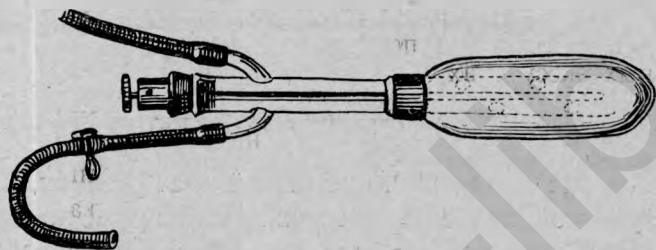


Рис. 218. Пузырный влагалищный электрод Александрова.

раствора наполняется воздухом) и Строкиным (сочетание электризации с постоянным орошением), едва ли могут быть признаны удачными.

В свое время Апостоли при фибромиомах рекомендовал вводить активный электрод (платиновую иглу) в самую толщу опухолей, — так называемая гальванопунктура. Прием этот, однако, теперь совершенно оставлен, как влекущий за собою серьезные опасности; да и вообще лечение фибромиом матки электричеством, ввиду его малой действительности, в настоящее время практикуется лишь немногими гинекологами.

Гораздо меньшее применение в гинекологии, чем гальванизация, и раньше имела, и теперь имеет фарадизация — как обыкновенная, так и синусоидальная.

И это опять-таки, по моему мнению, основанному впрочем не столько на личном опыте, сколько на данных, имеющихся в литературе, вряд ли основательно. Правда, некоторые гинекологи (Бычковский) должны были отказаться от фарадизации ввиду вызываемых ею неприятных ощущений и болей, но другие (Снегирев, Вaries) пришли в этом отношении к совершенно противоположному заключению. Вернее всего, что здесь все зависит от техники, причем именно здесь методика Александрова

дрова оказывается, повидимому, особенно выгодной. Так или иначе,—и физиологический эффект фарадизации и терапевтическое действие ее, по всем вероятностям, существенно отличаются от таковых же при гальванизации: по Александрову фарадический ток слабее гальванического действует на центральную нервную систему, но сильнее раздражает мышцы и понижает чувствительность тканей; по Варнеку он оказывает более тоническое и седативное действие; из заболеваний женской половой сферы Варнек особенно хорошие результаты получил от фарадизации при порочной обратной инволюции матки. Гинзбург — при дисменоррее, а Немировский — при зуде вульвы.

Что касается синусоидального тока, то, по мнению Сдетова и Ивановя, применение его является идеальнейшей формой электротерапии именно в области заболеваний женской половой сферы. Ток этот не вызывает ни болей, ни сокращений поперечно-полосатых мышц, вызывая, однако, сокращения гладкой мускулатуры. По Снегиреву применение его показано при дисменоррее, малочных кровотечениях на почве субинволюции матки, белях и воспалительных экссудатах.

В новейшее время гинекологи как на Западе, так и у нас обратили особенное внимание на применение с лечебными целями того действия гальванического тока, которому Франкенгаузер дал название ионтофореза. Суть последнего заключается во введении в организм через неповрежденную кожу, при помощи электрического тока, различных лекарственных веществ. Если поместить между кожей и электродами какой-нибудь электролитический лекарственный раствор, например, раствор иодистого калия, то при прохождении тока произойдет диссоциация ионов, и электроположительные катионы — в данном случае ионы калия — будут стремиться от анода к катоду, а электроотрицательные анионы — в данном случае ионы иода — наоборот, от катода к аноду. При этом, встречая на своем пути ткани организма, который также является электролитом, они через кожу будут попадать вглубь этих тканей. Так можно вводить в организм, кроме иода, кальций и др. вещества.

Лечение ионтофорезом было с успехом применено у нас при воспалительных заболеваниях женской половой сферы Вербовым (угольная и цинковая пластинки на низ живота и крестец, продолжительность сеанса 10 мин.), Панютиным (особенно при подострых воспалительных процессах) и Уточниковой (10%-ный раствор иодистого калия, наливаемый в рукав через цилиндрическое зеркало; катодом служил угольный цилиндр, опускаемый в этот раствор; анодом — цинковая пластинка, обернутая мокрой марлей и приложенная к брюшной стенке; продолжительность сеанса 10—20 мин., ток в 10—20 МА), при ретроверзиях матки —

Бродерзоном и Лебедевым-Шмитгофом (ионтофорез также иодистым калием), при маточных кровотечениях — Преображенской-Богородицкой (ионтофорез хлористым кальцием, успех в 73,7% случаев, наилучшие результаты при кровотечениях на почве воспаления придатков), Мыкертчьянцем и Келлатом. Последние два автора пытались бороться с маточными кровотечениями «аутоаммином», как они выражаются, т. е. путем повышения внутрисекреторной деятельности молочной железы, для чего старались повысить кровоснабжение последней при помощи ионтофореза иодистым калием; отрицательным (активным) электродом служил им станиоловый кружок, обернутый смоченной в 2%-ном растворе иодистого калия фланелью и прикладывавшийся к груди, положительным (пассивным) — станиоловая пластинка, обернутая смоченною в воде фланелью и прикладываемая к плечу; ток (гальванический) применялся всего в 1—10 МА, продолжительность сеанса колебалась от 5 до 15 мин.

19. ДИАТЕРМИЯ (ТЕРМОПЕНЕТРАЦИЯ), ФУЛЬГУРАЦИЯ И ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ

Как известно, переменный ток тем лучше переносится организмом, чем выше число его колебаний: между тем как ток с числом перемен от 30 до 150 в секунду уже при напряжении в 200 вольт является смертельным для человека, — а при известных условиях может быть опасным даже и ток в 60—100 вольт, — при значительной частоте колебаний и 100 000 вольт без вреда переносятся организмом человека. Имея это в виду, многие давно уже пытались применить токи высокой частоты для лечебных целей, — между прочим и при заболеваниях половой сферы у женщин.

Одну из форм такого терапевтического применения токов большой частоты представляет собою так называемая диатермия, или термопенетрация. Из физики мы знаем, что энергия тока, не тратящаяся на механические процессы, электролиз и т. п., целиком превращается в тепловую энергию, причем количество вырабатываемой таким образом теплоты прямо пропорционально сопротивлению, которое встречает ток. Ткани человеческого тела представляют последнему большое сопротивление. Отсюда, если мы включим известный участок тела в цепь, т. е. расположим его между двумя электродами, то при пропускании тока участок этот более или менее значительно — в зависимости от силы тока — нагреется. При известной дозировке тока нагревание это может быть настолько значительно, что высокая t° , не нарушая жизнедеятельности тканей, в то же время окажется губительною для гнездящихся в них микробов (по отношению к гонококкам для этого достаточно нагревания до $40^{\circ} C$), вызовет рассасывание

патологических продуктов и пр. Пользоваться, однако, для данной цели мы можем лишь переменным током большой частоты, ибо если бы мы столь же значительного термического эффекта вздумали достигнуть путем применения постоянного тока или переменного с малым числом колебаний, то нам пришлось бы употребить такие токи, которые были бы смертельны для организма.

Диатермия получает за последнее время все более и более широкое применение в гинекологической практике. Особенно важно с практической точки зрения, что этим путем мы можем повышать t° отдельных органов или участков тканей, между тем как даже ближайшие к нагреваемому органы (или участки) либо вовсе не изменяют своей t° , либо нагреваются лишь незначительно.

По Брюлю диатермия оказывает поразительный болеутоляющий и резорбирующий эффект. К такому же заключению приходит и Левит, получивший от нее хорошие результаты при хронических воспалительных процессах в женской половой сфере и олигоменоррее; противопоказаниями к ее применению он считает острые и подострые стадии воспаления. Напротив, Полубинский допускает лечение диатермией и в подострых стадиях, но не раньше, как через 3—4 недели по прекращении лихорадки; а Бернштейн к противопоказаниям к диатермии относит маточные кровотечения. Наиболее благодарною областью применения данного метода Полубинский и Каковский считают гоноррею; к ним присоединяется и Егоров, рекомендующий впрочем при осложненной гоноррее применять диатермию под контролем реакции осадения эритроцитов. Наконец, хорошие результаты получил от диатермии при заболеваниях женской половой сферы также Амчиславский, придумавший для этого способа особые рукавные электроды в виде раздвигающихся лопаток, с одежами резиной рукоятками.

Далеко нельзя того же сказать, судя по имеющимся в литературе данным, о другой форме применения токов большой частоты — о так называемой фульгурации, или сидерации. Суть этого способа, предложенного в 1907 г. Киттинг-Хартом, заключается в том, что, пользуясь токами высокого напряжения и большой частоты, через металлический электрод направляют на пораженную болезненным процессом ткань пучки сильных электрических искр с расстояния в 2—4 см, продолжая эту процедуру 25—40 мин. Одно время думали этим путем бороться с раком, и, действительно; наблюдения, например, Добрянского свидетельствуют, что при лечении фульгурацией бели, кровотечения и боли у раковых больных проходит, рост опухоли замедляется, происходит разрастание и рубцование соединительной ткани, а Шмидтгоф получил от этого способа хорошие результаты при расстройствах месячных, воспалениях матки и рукава и др. заболеваниях. Однако при раках лечебный эффект способа Киттинг-Харта является лишь паллиативным, — по Шмидтгофу он простирается лишь на глубину,

3—5 мм (кроме того опыты Лурье показывают, что клетки злокачественных новообразований более устойчивы против фульгурации, чем например клетки паренхиматозных органов); а для лечения воспалений матки и влагалища и т. п. гинекологических заболеваний мы имеем в своем распоряжении более удобные и менее сложные способы.

Имея ввиду неудовлетворительные результаты, полученные при злокачественных новообразованиях от фульгурации, Дуайен предложил для лечения их электрокоагуляцию, состоящую в применении токов невысокого напряжения, но короткой волны и очень частых колебаний (до 1 000 000 в секунду), с целью использовать их термическое действие. Употребляя ток в 10—20 А силой, можно при этой форме диатермии поднять t° тканей до 100° и выше, в чем и лежит суть лечебного эффекта данного способа. Электрокоагуляция действует на гораздо большую глубину, чем фульгуляция,—по Шмидтгофу на глубину 4—5 см, а по Лурье—даже 8 см, и потому этим путем можно действительно выжечь рак, например, маточной шейки. Но, с другой стороны, этому способу, по наблюдениям Лурье, присущи и крупные невыгоды: он очень сложен по технике, вследствие сильной болезненности его применение требует глубокого наркоза, избирательного действия на клетки злокачественных новообразований электрокоагуляция не оказывает, а разрушает и клетки нормальных тканей, точная дозировка теплового действия ее фактически бывает невозможная и т. д. Ввиду всего этого данному способу едва ли можно предсказать более или менее широкое применение в гинекологической практике.

20. РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ

Появившись в гинекологической практике гораздо позже электризации, рентгенизация уже и теперь завоевала себе здесь более значительное поле применения, а в будущем это поле обещает быть еще более обширным.

Для современной науки лучи Рентгена уже не являются собственно х-лучами, как их продолжают называть отчасти по старой привычке, отчасти потому, что приоритет Рентгена в деле открытия этих лучей серьезно оспаривается,—и способ происхождения, и природа, и свойства этих лучей в настоящее время нам хорошо известны. Если взять герметически запаянную стеклянную трубку, сквозь концы которой проведены две платиновых проволоки,—одна, снабженная алюминиевым кружком на конце, для катода, другая для анода,—выкачать из нее воздух и включить в цепь большого напряжения, то служащий катодом кружок из алюминия будет отбрасывать от своей поверхности в перпендикулярном к ней направлении прямолинейные лучи—так называемые катодные лучи. Распространяясь в этом направлении

совершенно независимо от положения анода, с громадною скоростью, равною 0,1—0,5 скорости света, лучи эти вызывают флюоресценцию и нагревание того участка трубки, на который они падают, т. е. противоположного катоду. Как выяснили точные исследования, катодные лучи представляют собою потоки отрицательно заряженных мельчайших (в 2 000 раз меньше атома водорода) частиц — так называемых электронов. Всюду, где последние ударяются о какое-либо твердое тело, возникают колебания эфира, образующие лучи, невидимые для глаз, но способные вызывать флюоресценцию и действовать на фотографическую пластинку, — это и есть x-лучи. Существенно отличаясь от катодных лучей тем, что они не отклоняются ни магнитным, ни электрическим полем,

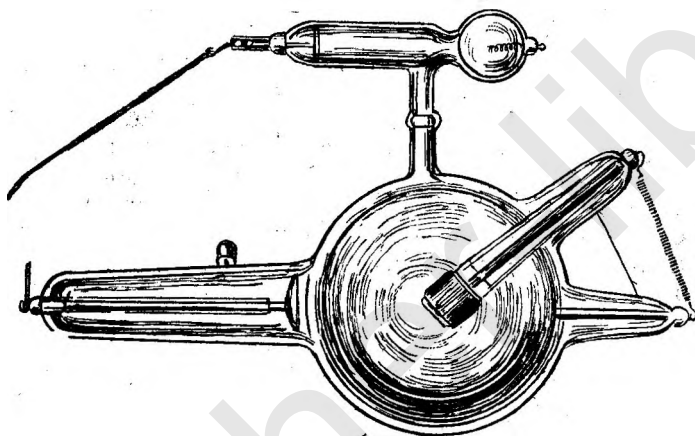


Рис. 219. Рентгеновская трубка.

x-лучи обладают еще большею скоростью распространения, чем катодные лучи, — именно, скоростью света, — и необычайно малую длину своих волн (0,0000001). Благодаря этому последнему обстоятельству x-лучи в состоянии проникать через непрозрачные для световых лучей твердые тела, и тем легче, чем меньше атомный вес последних, — свойство, на котором и основано практическое применение этих лучей в медицине вообще и в гинекологии в частности.

Для того, чтобы получить x-лучей в достаточном для практических целей количестве и достаточной концентрации, пользуются приборами, известными под общим названием рентгеновских трубок. Трубки эти бывают различных типов, но в общем они представляют собою (рис. 219) стеклянные баллоны шарообразной формы, из которых выкачан воздух. В одном месте в стенку баллона впаян анод, в другом, противоположном, — катод в виде

сферического зеркала из алюминия. Если пропускать через трубку ток высокого напряжения, получаемый от индуктора или трансформатора, то от катода начнут исходить катодные лучи, которые благодаря сферической форме алюминиевого зеркала будут концентрироваться в одной точке внутри баллона. Как раз в этой точке в баллоне находится так называемый антикатод — в виде пластинки из твердого металла (платины или тантала). Падая на поверхность пластинки и ударяясь об нее, электроны, из потоков которых состоят катодные лучи, вызывают здесь образование х-лучей, которые и отходят от антикатада веерообразно расходящимся пучком. Так как при этом удары электронов об антикатод обуславливают сильное его нагревание, то антикатод в рентгеновских трубках обыкновенно утверждается на толстом стержне из тугоплавкого металла и притом еще охлаждается водой или маслом.

Если приблизить включенную в цепь трубку Рентгена к поверхности какой-либо части человеческого тела так, чтобы х-лучи падали на эту поверхность (а количество падающих на единицу поверхности лучей, конечно, зависит от того, на каком расстоянии находится поверхность от антикатада), то лучи эти будут проникать через ткани тела, но не везде в одинаковой степени: там, где на пути их окажутся, например, кости скелета, они будут задержаны в большей степени, чем в местах, где костей нет. Поэтому, поместив на их дальнейшем пути по выходе из тела экран, покрытый каким-нибудь способным к флюоресценции веществом (обыкновенно — пластиносинеродистым барием), мы увидим на нем тени костей, еще более резкие тени — металлических предметов, случайно попавших в ткани (например, пуль), менее резкие тени — мягких внутренних органов и пр. В этом и состоит так называемая рентгеноскопия, играющая ныне столь важную роль в медицинской, особенно хирургической, практике. Заменяв экран фотографической пластинкой, мы получим те же изображения костей, металлических предметов и пр. фиксированными, — так называемая рентгенография.

Способность х-лучей проникать через твердые тела (или животные ткани) и поглощаться ими варьирует в зависимости не только от атомного веса этих тел (или строения тканей), но и от физической природы самих лучей. С этой точки зрения среди них обыкновенно различают более жесткие и более мягкие лучи. Первые обладают меньшей длиной волн, в связи с чем они легче проникают через ткани и в меньшей степени поглощаются ими; вырабатываются эти лучи так называемыми жесткими трубками, т. е. такими, в которых разрежение (вакуум) доведено до значитель-

ной степени, и потому образующиеся здесь катодные лучи обладают весьма большою скоростью. Мягкие x-лучи, напротив, получаются при меньшей скорости катодных лучей, в трубках, содержащих слишком много воздуха; волны их имеют большую длину, почему лучи эти обладают меньшею проникающею способностью и в большей степени поглощаются тканями. По Пертесу, из мягких лучей лишь 50% проникают на глубину 1 см, 35—45%—на глубину 2 см и лишь 25%—на глубину 3 см, из жестких же лучей даже на глубину 4 см проникают 40%, а 25%—на глубину 5 см.

И рентгеноскопия, и рентгенография могут служить в медицине, понятно, лишь целям диагностики, причем именно в области гинекологии эти методы, как уже было упомянуто выше, не нашли себе широкого применения. Зато современные гинекологи широко использовали другую способность x-лучей, а именно, их способ-

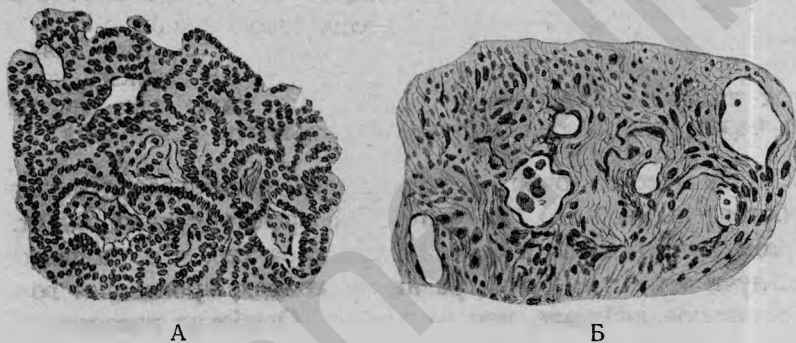


Рис. 220. Влияние x-лучей на раковые клетки (по Тимофееву). А—срез раковой опухоли в случае, леченном рентгенизацией, до лечения; вторично-солидный рак, развивающийся из первично-железистого. Б— тот же случай после дозы в 130 x фильтрованных через 1 мм алюминия жестких рентгеновских лучей; небольшие группы резко дегенерированных раковых клеток заложены в рыхлой соединительной ткани, богатой капиллярами.

ность, поглощаясь тканями животного организма, производить известное биологическое действие на тканевые элементы, т. е. живые клетки. Действие это является различным в зависимости, прежде всего, от дозы x-лучей. Повидимому, при менее значительных дозах последние оказывают раздражающее действие на клетки, при более же значительных — разрушающее, вызывая в них дегенеративные процессы, атрофию и, наконец, полный некроз (рис. 220).

В чем кроются причины и сущность указанного биологического действия x-лучей на живые ткани и клетки,— на этот счет существуют различные предположения: одни авторы думают, что это действие присуще самим x-лучам, как таковым, по мнению же

других (Мюллер), главную роль здесь играют вторичные, более мягкие лучи, возникающие при прохождении первичных х-лучей через ткани; одни исследователи (Гольцкнехт) предполагают, далее, что х-лучи обуславливают разложение плазмы по такому же типу, по какому они вызывают разложение серебряных солей в светочувствительном слое фотографической пластинки, другие (Вернер) думают, что лучи эти выделяют из лецитина клеток холин, который уже и производит известное биологическое действие, и т. д.

На биологическом действии х-лучей основана и принятая в медицинской практике дозиметрия их, причем в основу измерения кладется та доза их, которая вызывает покраснение кожи, — так называемая эритем-доза; доза эта условно делится на 10 измерительных единиц, обозначаемых буквою х (предложены, впрочем, и другие методы дозиметрии рентгеновских лучей).

Помимо большей или меньшей жесткости х-лучей (определяемой различными приборами, из которых упомянем о квалиметре Бауера), расстояния освещаемой части организма от антикатаода и глубины положения тканей, получаемая последними доза этих лучей и, стало быть, их биологическое действие зависят, конечно, от так называемой нагрузки трубок, т. е. силы тока, протекающего через них, а также продолжительности освещения.

С практической точки зрения в высшей степени важным является то обстоятельство, что биологический эффект х-лучей имеет, по видимому, элективный, избирательный характер, т. е. на известные ткани лучи эти, при прочих равных условиях, производят гораздо более сильное действие, чем на другие. Особенно восприимчиво к их действию является, по видимому, эпителиальная ткань, соединительная же, напротив, гораздо менее чувствительна к х-лучам, и те дозы последних, которые на эпителиальную ткань оказывают уже разрушающее действие, в соединительной ткани вызывают лишь раздражение. При этом и среди эпителиальных элементов далеко не все в одинаковой степени легко подвергаются влиянию рентгенизации: в яичниках, например, эпителий созревающих и зрелых фолликулов реагирует на нее гораздо скорее и сильнее, чем эпителий примордиальных фолликулов, а главное — патологическая эпителиальная ткань подвергается действию х-лучей, по видимому, в большей степени, чем нормальная. На этом-то и основано применение рентгенизации для лечения раков вообще и рака матки в частности.

Целый ряд авторов (у нас, например, Неменов, Гамбаров, Калмыков и др.), применив рентгенизацию при раковых поражениях женской половой сферы, получили весьма ободряющие результаты. Особенно хорошие результаты дает здесь комбинированное применение рентгенотерапии и радиотерапии. В даль-

нейшем, когда методика этого лечения будет более разработана, можно надеяться, что результаты эти будут еще лучше. Опыт Казанской клиники в данной области,— правда, небольшой,— заставляя меня также с надеждою смотреть на будущую роль рентгенотерапии в лечении раков женской половой сферы вообще и рака матки в частности. Важнее всего здесь то, что посредством рентгенотерапии, как и при помощи радиотерапии, мы можем добиться улучшения и даже полного излечения и в таких случаях рака, которые оказываются уже недоступными для хирургического вмешательства.

Каких бы, однако, успехов не достигла в будущем рентгенотерапия при раке,— на этот способ, конечно, никогда нельзя будет смотреть, как на панацею в данной области, т. е. нельзя думать, что всякий рак, положим матки, как бы запущен и распространен он ни был, может быть радикально излечен х-лучами. Необходимо помнить, во-первых, что до слишком глубоко сидящих раковых разрастаний достигает лишь небольшая часть этих лучей, в больших же дозах последние действуют на раковые элементы не разрушающим, а, повидимому, раздражающим, стимулирующим образом. Далее, уничтожение разбросанных в тканях раковых клеток х-лучами не проходит бесследно для организма: при разрушении этих клеток образуются ядовитые продукты распада,— быть может, специфические для х-лучей, так называемые рентгенотоксины,— которые, всасываясь, обуславливают общую интоксикацию; если раковый процесс зашел слишком далеко, то продуктов этих может образоваться чересчур много, и отравление ими организма больших может принять опасные размеры. Наконец, как показывает опыт, для лечения запущенных раков матки приходится употреблять слишком большие дозы х-лучей, а в таких дозах последние действуют разрушающим образом не только на раковую ткань, но и на соседние здоровые ткани, и на этой почве при рентгенизации раков матки могут, например, возникать мочевые и кишечные свищи и т. п.

Чтобы предотвратить вредное действие х-лучей на здоровые ткани, последние защищают при помощи непроницаемых для этих лучей веществ,— при рукавной рентгенизации раков маточной шейки применяют, например, цилиндрические зеркала из свинцового стекла, защищающие стенки рукава. Кроме того, так как действие это особенно присуще мягким лучам, то их отфильтровывают от жестких при помощи различных фильтров. Соответствующие меры, например, применение диафрагм и пр., принимаются при рентгенизации и для устранения вторичных лучей, вследствие своей мягкости также вредно действующих на здоровые ткани.

Еще более успешные, в полном смысле слова блестящие результаты были получены гинекологами от применения рентгенотерапии при фибромиомах матки. По заявлениям некоторых современных

авторов (Крёниг, у нас Гамбаров и др.) технически правильная рентгенизация дает здесь 100% излечений.

Чем объясняется такой благоприятный эффект лечения х-лучами фибромиом матки, — на этот счет между авторами не существует полного согласия. Одни из них главную причину его усматривают в том влиянии, которое х-лучи оказывают на яичники фиброматозных больных. Как известно, по современным воззрениям развитие фибромиом матки находится в непосредственной зависимости от деятельности яичников, именно, от внутренней их секреции. Оттого с увяданием яичников в климактерическом возрасте рост этих опухолей обычно прекращается, а нередко они подвергаются и обратному развитию; к таким же последствиям ведет и кастрация, одно время поэтому широко применявшаяся при фибромиомах матки. Опыты Окинчица, Зарецкого и др. исследователей показывают, далее, что х-лучи вызывают в яичниках полное уничтожение фолликулярного аппарата, причем одновременно клетчатая строма их замещается волокнистою соединительною тканью, и в конце концов яичники под влиянием рентгенизации превращаются в рубцевые тела, совершенно неспособные к присущим им в норме функциям. Этой-то «бескровной кастрации» многие авторы и отводят главную роль в терапевтическом влиянии рентгенизации на фибромиомы матки. Другие склонны объяснять эффект рентгенизации при этих опухолях непосредственным влиянием х-лучей на элементы фибромиом, причем и в пользу такого объяснения имеется много данных. Кривский, например, удалив фиброматозную матку у больной, лечившейся до того х-лучами, мог констатировать в ней резкое увеличение соединительной ткани, гиалиновое перерождение соединительнотканых волокон и стенок сосудов и атрофию мышц; Александров, приписывающий большое значение влиянию рентгенизации на капсулу фибромиом, в одном аналогичном случае наблюдал в миоме возникновение объемистой полости на почве распада опухольных элементов и пр. Наконец, некоторые гинекологи объясняют лечебное влияние рентгенизации при фибромиомах матки также воздействием х-лучей на сосуды (что отрицается Зарским), железы маточной мукозы и т. п.

Чтобы выяснить этот вопрос, Козлов, по моему предложению, произвел ряд опытов с изолированной рентгенизацией одного из рогов матки у кроличих. Сравнивая затем, под микроскопом, строение подвергавшегося рентгенизации рога с не подвергавшимся, у тех же животных, этот автор убедился, что изолированное освещение х-лучами кроличьей матки прежде всего ведет к изменениям эпителия маточной мукозы, именно, к его атрофии и к замене его соединительной тканью (рис. 221); рука об руку с этими процессами в эпителии происходят изменения в сосудах маточной мукозы, которые сначала бывают расширены и переполнены кровью, а затем, по мере разрастания заменяющей эпителий соединительной ткани, суживаются, стенки их утолщаются, и просвет закупоривается разрастающимся эндотелием; заменяющая

погибший эпителий соединительная ткань с течением времени уплотняется, гиалиново перерождается и рубцово сморщивается, что ведет сначала к сужению, а в конце концов к облитерации маточного просвета; влияния х-лучей на миометрий при тех дозах, какие употреблялись в опытах (наибольшая—132 х), автору с несомненностью установить не удалось, но некоторые опыты давали ему основание думать, что рентгенизация может повести к изменениям и в этом слое маточной стенки — в форме атрофии мышечных клеток с одновременным разрастанием соединительной ткани.

Отчего бы ни зависело благотворное влияние х-лучей на фибромиомы матки, во всяком случае оно представляет собою факт, не подлежащий сомнению, и немудрено, что некоторые выдающиеся представители современной гинекологии, с Крэннигом во главе, принципиально отказались от оперативного лечения этих опухолей, заменяя его рентгенизацией. Особенно поддаются воздействию х-лучей, по Александрову, фибромиомы с преобладанием мышечной ткани и резким отеком. Впрочем другие гинекологи полагают, — и, мне кажется, совершенно основательно, — что в некоторых случаях фибриом матки лечение х-лучами является противопоказанным, и ему следует предпочесть оперативное вмешательство. Так, неподходящими для этого лечения являются сумбукозные и объемистые субсерозные опухоли, а также миомы с саркоматозным перерождением; далее, так как рентгенизация при фибромиомах в начале лечения нередко ведет к усилению маточных кровотечений и лишь затем — к прекращению их, то этот метод лечения противопоказуется у слишком обескровленных больных; наконец, в числе противопоказаний к лечению х-лучами следует упомянуть о беременности, так как опыты Зарцкого показали, что даже изолированная рентгенизация яичников, по крайней мере в первой половине беременности, ведет к прерыванию последней, а наблюдения других авторов делают несом-

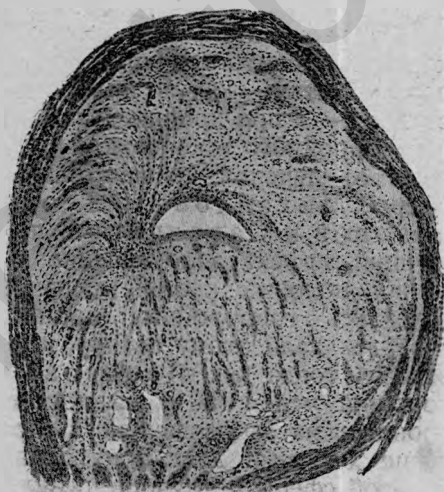


Рис. 221*. Изменение мукозы кроличьей матки под влиянием х-лучей (по Козлову).

ненным тот факт, что применение х-лучей может вызывать уродства плода.

Кроме фибромиом матки, рентгенизация дает прекрасные результаты при климактерических кровотечениях и геморрагических метрпатиях (так называемый «геморрагический метро-эндометрит»), с надеждою на успех ее можно также применять при воспалительных процессах в женской половой сфере — как острых, так и хронических, при дисменорее, остеомалации, зуде вульвы, раках и саркомах маточной шейки, рака и наружных половых частей, в целях «стерилизации» женщины и в целях предупреждения возвратов рака после экстирпации пораженной им матки.

Из воспалительных процессов рентгенизация дала Брауде хорошие результаты при острых периметритах, экссудативных параметритах — как в лихорадочных, так и в безлихорадочных стадиях — и при хронических воспалениях придатков, септического и гонорройного происхождения. Такие же результаты были получены от лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы Михайловым, Теодором, Архангельским, Морозовой и Савельевой, причем у Архангельского наилучший эффект дало лечение х-лучами при туберкулезном поражении половых частей, а наиболее устойчивыми против него оказались гонорройные процессы, и хронические заболевания в общем дали этому автору менее утешительные результаты, чем острые, тогда как Морозова и Савельева получили весьма хороший успех (50% выздоровлений и 22% улучшений) и при хронических заболеваниях. Напротив, Гамбаров нашел, что лечение х-лучами дает при воспалительных заболеваниях женской половой сферы не лучшие результаты, чем другие консервативные способы лечения, отчего, по Гамбарову, его стоит применять лишь там, где другие лечебные методы почему-либо оказались или неприменимыми, или безрезультатными.

Кроме освещения половых частей, в гинекологической практике новейшего времени применяется и освещение х-лучами других органов. Так, Гольдштейн и Теодор с успехом боролись с маточными кровотечениями путем облучения селезенки, причем особенно хорошие результаты первый из этих авторов получил при кровотечениях у очень молодых женщин и при полименорее у зрелых женщин, а второй — при ювенильных кровотечениях и геморрагиях на почве воспаления маточных придатков; хуже поддавались этому лечению у Гольдштейна климактерические кровотечения и гиперменоррагии. Далее, Каплан и Порховник с успехом применяли освещение х-лучами щитовидной железы и гипофиза при климактерических расстройствах и пр.

Что касается технических деталей рентгенотерапии при всех перечисленных выше заболеваниях женского полового аппарата,

то изложение их завело бы нас слишком далеко. Отсылая поэтому читателей за справками на этот счет к руководствам по рентгенологии вообще¹ и специальным трудам по гинекологической рентгенотерапии², заметим только, что при названных болезнях освещение x-лучами можно производить, в зависимости от локализации болезненного процесса, или со стороны передней брюшной стенки (абдоминальный путь рентгенизации), или сбоку (латеральный путь), или со стороны спины (дорзальный путь), или через рукав (вагинальный путь), или, наконец, направлять x-лучи на наружные половые части (вульварный путь). При абдоминальной и дорзальной рентгенизации освещать можно или сразу всю нижнюю часть живота (или спины) — «однополюсная рентгенизация», или же можно предварительно разделить ее на несколько, — от 2 до 28 (Гамбаров), — участков и затем последовательно освещать эти участки один за другим — «многополюсная рентгенизация». Лучи при этом можно направлять под таким углом, чтобы, падая на различные участки кожи, они на известной глубине, перекрещиваясь, освещали одно и то же место, — «перекрестное освещение». Для защиты кожи от мягких лучей употребляются, как уже упоминалось выше, различные фильтры, — обычно в виде алюминиевых пластинок от 1 мм (по Альберс-Шёнбергу) до 3 мм (по Гауссу) толщиной, а для устранения вторичных лучей, кроме применения уже упомянутых компрессионных диафрагм или бленд, прибавляют к металлическим фильтрам слои замши и т. п. Доза x-лучей, даваемая на каждое поле, в практике различных рентгенотерапевтов является неодинаковою, — одни предпочитают довольствоваться малыми дозами (при фибромиомах матки, например, — от 6 до 8 x), другие, наоборот; дают большие дозы (50 x и больше), а третьи являются сторонниками золотой середины (25 x). В общем раньше пользовалась предпочтением методика гамбургской школы (Альберс-Шёнберга), применявшей менее интенсивную рентгенизацию, потом гинекологи перешли к более интенсивной рентгенизации по Гауссу и Крёнигу (фрейбургская школа), в связи с чем освещение стало производиться с более близкого расстояния (15 см от антикатада), чем раньше (27 см), а в настоящее время опять замечается стремление ограничиваться малыми дозами. Особенно рекомендуются малые дозы (3—30% НЕД по Гамбарову, 15—20% по Архангельскому, 10—12% по Морозовой и Савельевой) при лечении x-лучами воспалительных процессов. При борьбе с маточными кровотечениями Теодор в первый сеанс дает на селезенку $\frac{1}{3}$ НЕД, во второй — $\frac{1}{2}$. Различными являются также, при лечении x-лучами гинекологических заболеваний, нагрузка трубок (1—5 МА), продолжительность сеансов, их частота и пр.

¹ На русском языке отметим, между прочим, руководство по рентгенологии Лазарева и Мезерницкого «Рентгенодиагностика и рентгенотерапия», Петр., 1916, а также новейшее солидное руководство Немецова.

² Среди этих трудов упомянем о недавно вышедшем в свет обстоятельном руководстве Архангельского.

21. РАДИОТЕРАПИЯ

Наряду с рентгенотерапией к числу наиболее ценных приобретений современной медицины вообще и гинекологии в частности принадлежит радиотерапия, т. е. применение с лечебной целью так называемых радиоактивных веществ или веществ, испускающих лучи, впервые открытые Беккерелем.

Таких веществ известно в настоящее время довольно много, причем большинство из них принадлежит к трем семействам: семейству урана, семейству тория и семейству актиния (впрочем весьма вероятно, что это последнее семейство представляет собою лишь ветвь семейства урана). Каждое семейство состоит из ряда членов, среди которых, по теории Рутерфорда и Содди, каждый последующий член является продуктом атомного распада предыдущего члена. Так, в семействе урана родоначальником является уран I; распадаясь, он дает уран X_1 , этот — уран X_2 , или брейвий, затем идут: уран II, ионий, радий, нитон, или эманация радия, радий А, радий В, радий С, радий C_1 , радий D, радий Е, радий F, или полоний, и, наконец, последним членом семейства оказывается, повидимому, обыкновенный свинец. Семейство тория состоит из тория, мезотория I, мезотория II, радиотория, тория X, эманации тория, тория А, тория В, тория С и тория C_2 . К семейству актиния принадлежат: актиний, радиоактиний, актиний X, эманация актиния, актиний А, актиний В, актиний С и актиний D. Время, потребное для распада и превращения одного члена в другой, т. е. долговечность радиоактивных веществ, представляет громадные колебания — от многих миллионов лет (для урана I и тория) до нескольких долей секунды (для тория А и актиния А).

Физическая природа лучей, испускаемых радиоактивными веществами, в настоящее время представляется довольно хорошо изученной. Среди них различают три вида: α -лучи, β -лучи и γ -лучи, причем некоторые радиоактивные вещества излучают лучи всех этих трех видов, другие же — лишь отдельные виды.

Альфа-лучи состоят из положительно заряженных атомов гелия, — элемента, впервые открытого на солнце, — которые движутся со скоростью, равной $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$ скорости световых лучей.

Бета-лучи идентичны, повидимому, с катодными лучами, о которых уже говорилось выше, т. е. они также представляют собою потоки отрицательно заряженных электронов. Только скорость их значительно больше, чем скорость обыкновенных катодных лучей, — она доходит до 270 000 км в секунду. В новейшее время среди

них различают более жесткие собственно β -лучи и более мягкие, обладающие меньшей скоростью γ -лучи.

Наконец, гамма-лучи, представляющие собою не потоки материальных частиц, как α - и β -лучи, а колебания эфира, тождественны по видимому, с x -лучами, хотя несколько и отличаются от них биологическими и физическими свойствами.

Из радиоактивных веществ в гинекологической практике применяются в настоящее время главным образом радий и мезоторий I.

Радий в чистом виде представляет собою металл белого цвета, атомный вес которого равняется 226,—плавящийся при 700°C , легко окисляющийся на воздухе, почему для медицинских целей и употребляются обыкновенно его соли — хлористая и бромистая. В природе радий встречается главным образом в урановых рудах, особенно в настуране, или урановой смоляной обманке, из которой он и был впервые добыт м-ме Кюри. Но и в этой богатейшей по содержанию радия руде он содержится в ничтожных количествах; по Чугаеву из тонны этой руды можно получить не более 0,1—0,2 г радиевой соли, а Кюри, чтобы добыть 0,35 мг этого драгоценного вещества, должна была переработать 1 000 кг отбросов, оставшихся после добывания урана из Иохимсталльской смоляной обманки. Немудрено, что, по данным Вернадского, ежегодная добыча радия до войны во всем мире не превышала 5—6 г, а общее количество его, находившееся в распоряжении всего человечества, равнялось к 1916 г. 200 г. После войны выработка радия, особенно в Америке, сделала большие шаги вперед.

Сам по себе радий испускает лишь α -лучи и в небольшом количестве — β -лучи; но, так как в нем постоянно происходят процессы атомного распада, результатом которых является образование нитона и др. радиоактивных веществ, то, благодаря примеси последних, употребляемые в практике радиевые соли и оказываются излучающими все 3 сорта беккерелевских лучей, т. е. и α -лучи, и β -лучи (жесткие и мягкие), и γ -лучи, причем относительное количество их обыкновенно определяется в 90% для первых, в 9% — для вторых и в 1% — для третьих. Кинетическая энергия, развиваемая при этом излучении, определяется 132 малыми калориями в час на грамм радия, т. е., другими словами, если бы энергия, развиваемая 1 миллиграммом радия в течение 1 000 лет, могла освободиться моментально,—она дала бы взрыв, равный по действию взрыву 60 пудов динамита. Между тем долговечность радия — гораздо более 1 000 лет, именно, для полного своего распада радий требует, по видимому, около 3 500 лет.

Второе радиоактивное вещество, обычно употребляемое в медицинской практике, мезоторий I, добывается преимущественно из монацитового песка, находямого в Бразилии и др. странах. Сравнительно быстро подвергаясь атомному распаду и превращаясь в мезоторий II, радиоторий и т. д., мезоторий выделяет α -, β - и γ -лучи в большем количестве, чем радий, но, так как его долговечность гораздо короче долговечности радия, равняясь всего 11 годам, то для практического применения препараты его являются гораздо менее выгодными, чем препараты радия, и потому ценятся дешевле. Если продажные препараты мезотория и по истечении 11 лет сохраняют еще часть своей радиоактивности, то только потому, что они содержат обычно примесь более стойкого радия (по Гейнацу в них содержится около 25% радия и лишь $\frac{1}{4}$ % собственно мезотория).

Как радий, так и мезоторий применяются в гинекологической практике преимущественно для лечения злокачественных новообразований матки, рукава и вульвы, особенно раков маточной шейки. Испускаемые ими лучи, подобно x-лучам, проникая через ткани пораженных органов и абсорбируясь на той или другой глубине, оказывают, повидимому, до известной степени элективное (хотя и неспецифическое) разрушающее действие преимущественно на раковые клетки, — или, по некоторым авторам (Браунштейн), на всякую патологическую ткань, — и таким образом вызывают уничтожение новообразований.

Впрочем вопрос об элективности действия беккерелевских лучей — вопрос еще спорный. Улезко-Строганова на основании микроскопического исследования пораженных раком тканей после лечения радием пришла, например, к заключению, что об избирательном действии здесь говорить не приходится, и что радий действует на все клетки и ткани. Произведенные в лаборатории Казанской клиники Софотеровым подобные же исследования также свидетельствуют, что лучи радия оказывают энергичное действие, наряду с эпителиальными и в частности раковыми клетками, и на клетки других тканей, вызывая жировое перерождение их протоплазмы. Повидимому, живые клетки тем легче подвергаются действию радия, чем они моложе и менее дифференцированы, а так как клетки новообразований обыкновенно и являются таковыми, то этим и объясняется элективность действия радия, все же признаваемая большинством наблюдателей-клиницистов. Есть основание думать, далее, что биологический эффект радийных лучей на различные ткани прямо пропорционален абсорбционной способности последних, а так как патологические ткани поглощают эти лучи вдвое энергичнее, чем нормальные, то и в этом лежит причина элективности воздействия на них радия (Браунштейн).

Указанное элективное разрушающее действие лучей радия на раковые клетки большинством авторов приписывается лишь α -лучам и жестким β -лучам, которые, кроме того, обладают еще драгоценною способностью проникать в глубину тканей и таким образом действовать не только на поверхностно лежащие раковые разрастания, но и на гнезда рака, расположенные вдали от поверхности. Что касается α -лучей и мягких β -лучей (β -лучей), то, по существующим воззрениям, они одинаково действуют и на здоровые, и на патологические ткани, причем действие их ограничивается лишь самыми поверхностными слоями последних (по приводимым Браунштейном данным, если проникающую способность γ -лучей определить в 10 000 единиц, то для α -лучей она будет равняться лишь 100, а для β -лучей — только 1). На этом основана вся техника современной радиотерапии. Кроме того элективное разрушающее действие радия на раковые клетки находится в зависимости от густоты или дозы проникающих до известного слоя ткани лучей: если густота эта слишком велика, то лучи разрушают не только раковые клетки, но и элементы нормальных тканей; если, напротив, она слишком мала, — и на раковые клетки лучи оказывают не разрушающий, а стимулирующий эффект. Густота же лучей зависит, конечно, прежде всего от количества применяемого радия, а затем от того, насколько далеко лежит данный слой ткани, с одной стороны, от источника лучей, т. е. радия, являясь обратно пропорционально квадрату этого расстояния, а с другой — от поверхности (чем дальше от поверхности лежит этот слой, тем меньшее количество лучей доходит до него, так как они поглощаются более поверхностно лежащими слоями, причем, по Жирю, каждый сантиметр ткани абсорбирует около 9% проходящих через него γ -лучей радия).

Необходимо, однако, оговориться, что приведенный сейчас взгляд на биологическое действие различных лучей, испускаемых радиоактивными веществами, разделяется не всеми. Васильев указал, что, по наблюдениям Карреля над влиянием радия на выращенные *in vitro* клетки, целебный эффект радиотерапии должен быть отнесен насчет разрушительного влияния β -лучей, γ -же лучи оказываются лишь возбудителями роста. Сам Васильев, повторив эти опыты с культурами клеток злокачественных новообразований, нашел, что разрушающее действие на клетки оказывают лишь α - и β -лучи радия, лучи же γ обнаруживают возбуждающее действие. В связи с этим некоторые авторы думают, что благотворное действие радия при раке зависит не от первичного разрушающего действия его лучей на раковые клетки, а оттого, что лучи оказывают стимулирующий эффект на окружающую раковые гнезда соединительную ткань, которая, пышно разрастаясь, замуровывает последние. Большинство, однако, склонно объяснять этот эффект воздействием лучей на саму раковую ткань, причем Альберт-Шёнберг и Вальтер приписывают это воздействие не самим жестким лучам, т. е. α -лучам и жестким β -лучам, а вторичным лучам, возникающим при встрече γ - и β -лучей с раковыми клетками.

За последнее время многими авторами проводится взгляд, что целебный эффект лучей радия при раках зависит не столько от местного действия их на раковые гнезда (или окружающую их соединительную ткань), сколько от общего влияния их на весь организм в смысле повышения защитительных сил его. Взгляд этот, стоящий в связи с воззрением указанных авторов на рак, как на общую болезнь организма, отчасти, возможно, верен; но все же большинством признается, что главная причина целебного эффекта лучей радия лежит именно в местном воздействии их на рак.

В чем кроется биологическая и химическая сущность разрушающего действия лучей радия и мезотория на клетки вообще и раковые в частности,— на этот счет взгляды авторов столь же разнообразны, как и относительно действия лучей Рентгена.

По Шварцу, например, вся суть, здесь лежит в том, что лучи радия разлагают лецитин клеточной протоплазмы и ведут к образованию ядовитого холина. По Чажоткину они изменяют состояние коллоидных веществ оболочки клеток и делают последние доступными для внедрения ядовитых ионов. Нейберг основную причину разрушающего действия лучей радия на клетки усматривает в том, что они уничтожают ферменты, вследствие чего и происходит аутолиз клеток, Лазарис—в том, что они действуют как катализатор, обуславливая нуклеолитическое самоотравление клеток, а Вассерман—что они влияют на хроматин ядер, уничтожая воспроизводительную способность клеток. К этому последнему взгляду примыкает, на основании своих исследований, и Улезко-Строганова.

От чего бы ни зависело биологическое действие лучей, испускаемых радием и мезоторием, во всяком случае факт целебного действия их на злокачественные новообразования вообще и злокачественные опухоли женской половой сферы в частности—не подлежит сомнению; он твердо установлен массой наблюдателей на огромном числе больных. Убедился в нем и я, применив радиотерапию у целого ряда больных женщин (свыше 300 к 1927 г.) с раковым поражением различных отделов полового аппарата (вульвы, рака и маточной шейки). Действие это настолько очевидно, что некоторые гинекологи, как Крениг, принципиально отказались от оперативного лечения раков маточной шейки, заменив его радиотерапией. К такому образу действий в последнее время начинаю склоняться и я. Удастся ли радию совершенно вытеснить нож при раковых поражениях женского полового аппарата,— сказать трудно. В начальных стадиях рака вульвы и маточной шейки можно применить и операцию: с одной стороны, она в подобных случаях является сравнительно нетрудной и

безопасною (при раках шейки можно, например, ограничиваться влагалищной экстирпацией матки), с другой, результаты ее и в дальнейшем являются достаточно стойкими; впрочем и здесь, во избежание рецидивов, не мешает уже после операции применять профилактическую радиотерапию. Оперативное вмешательство должно сохранить свои права и при раковых поражениях глубоко лежащих частей женской половой сферы, сравнительно недоступных влиянию радиевых лучей, именно, при раках тела матки, фаллопиевых труб и яичников. Но при далеко зашедших раках вульвы, рукава и маточной шейки выгоднее, повидимому, заменять оперативное лечение радиотерапией: в смысле стойкости результаты последней являются в подобных случаях, повидимому, не хуже, чем при самых радикальных операциях, а главное — мы избегаем при ней той огромной первичной смертности, которая имеет место при расширенной абдоминальной экстирпации раковой матки, по Вертгейму, операции Грамматикати и Тихова и т. п.

Нельзя впрочем сказать, чтобы лечение радием совершенно не давало первичной смертности. При этом лечении наблюдаются тоже смертельные исходы, хотя и гораздо реже, чем после оперативного вмешательства (Полубинский определяет частоту таких исходов в 4%, у меня она при неоперабельных раках маточной шейки равнялась 3,75%); некоторые больные, лечавшиеся радием, гибнут от сильных кровотечений вследствие разрушения стенок маточной артерии и ее крупных ветвей, другие — и большинство — гибнут от сепсиса. Последнее наблюдается у тех раковых больных, которые страдают гнойными процессами в тазу, почему наличие таких процессов и признается обыкновенно противопоказующею применение радия.

Еще лучше, повидимому, применять в случаях выраженного рака матки одновременно и радиотерапию и рентгенизацию через брюшные стенки, так как, хотя по Рутерфорду, жесткость γ -лучей радия и относится к жесткости x -лучей, как 40 к 1, почему они и являются более действительными, чем x -лучи, но клинические наблюдения свидетельствуют, что разрушающее действие последних простирается на гораздо большую глубину, чем таковое же лучей радия, эффект которых, при обычных дозах в 50—100 мг радийной соли, ограничивается слоем тканей в 4, самое большое 5 см.

Применяя радий, — один или вместе с рентгеном, — современные тинекологи достигают, — и это составляет главное преимущество данного способа лечения пред оперативным, — стойкого излечения больных даже в таких случаях рака маточной шейки,

где раковый процесс уже распространился на окружающую клетчатку, и случай является иноперабильным. Вполне естественно, что и лечение радием в подобных случаях дает худшие результаты, чем тогда, когда оно применяется в незапущенных случаях рака, но уже и тот факт, что при помощи радиотерапии мы можем спасти хотя небольшой процент больных, иначе обреченных на верную гибель, имеет огромное значение в оценке данного лечебного метода.

Что касается, наконец, техники радиотерапии, то в настоящее время большинством гинекологов принят так называемый метод ультрапенетрирующего освещения Dominici, при котором мы пользуемся из всех лучей, испускаемых радием, лишь γ - и жесткими β -лучами, лучи же α - и особенно мягкие β -лучи (ζ -лучи) тщательно отфильтровываем, ввиду их поверхностного и притом распространяющегося не только на больные, но и на здоровые ткани, — словом, вредного, — действия. Отфильтровать α -лучи очень просто: наблюдения показывают, что уже слой воздуха в 7,1 см поглощает их, а что касается пластинки, например, алюминия, то для задержки их вполне достаточно, если она будет иметь лишь 0,0024 см. Труднее отфильтровать вредные β -лучи: для этого приходится употреблять более толстые металлические фильтры, а последние представляют ту невыгоду, что поглощают и значительную часть полезных лучей. В этом отношении гинекологу-рентгенотерапевту следует помнить, что, с одной стороны, для полного поглощения мягких β -лучей алюминиевый фильтр должен иметь 3—4 мм толщины, латунный — от 1 до 1,5 мм, серебряный — тоже, свинцовый — от 0,8 до 1 мм, золотой — от 0,6 до 0,8 мм, а платиновый — от 0,5 до 0,6 мм, с другой же, — что 1 мм латуни поглощает 3% γ -лучей радия, 1 мм серебра — 7%, 1 мм свинца — 12%, 1 мм золота — 14% и 1 мм платины — 17%. Отсюда следует, что наиболее выгодными фильтрами являются латунные, затем — серебряные. Я обыкновенно пользуюсь двойными фильтрами: имеющийся в моем распоряжении радий (бромистая соль $\text{RaBr}_2 \cdot \text{H}_2\text{O}$) заключен в герметически закрытые гильзы из платины в 0,4 мм толщиной, задерживающие около 4% γ -лучей; гильзы эти перед употреблением вставляются в цилиндрики из серебра, со стенками от 0,53 до 0,56 мм толщиной, крышки которых плотно завинчиваются.

При радиотерапии мы стараемся, далее, устранить вторичные лучи, оказывающие вредное влияние на здоровые ткани. С этой целью, металлические фильтры или капсулы, заключающие радий, окружаются снаружи тонкой резиной, марлей и т. п.

Для лечения раков маточной шейки в настоящее время принято употреблять не слишком малые и не слишком большие количества радия, ибо первые дают слишком малое количество жестких лучей, которые уже на незначительной глубине производят на опухолевые клетки не разрушающее, а возбуждающее действие, при вторых же — лучи падают настолько густо, что может произойти повреждение стенок соседних органов, например, мочевого пузыря и прямой кишки, с последующим образованием свищей. Наиболее употребительными дозами являются дозы от 50 и даже 40 до 100 мг бромистого радия; если же принять в расчет вес радия-элемента, то, по Полубинскому, в настоящее время для лечения рака матки считается достаточным (брать от 20 до 25 мг его). Такие именно количества бромистого радия употребляю и я. Вообще у современных гинекологов проявляется ясная тенденция пользоваться меньшими количествами радия, чем это считалось нужным раньше.

Взяв то или другое количество радия в нескольких (от 3 до 6) платиновых гильзах, я помещаю последние в серебряные (алюминиевые или латунные) цилиндры-фильтры или радиофоры, а фильтры кладу в резиновый чехол («палец» от старых резиновых перчаток, сделанных из резины в 0,46 мм толщиной), который прочно завязываю ниткой, чтобы отделимое раковой язвы не портило фильтров, или обертываю их куском резинового полотна в 0,51 мм толщиной и потом обматываю ниткой. В том и другом случае я стараюсь расположить трубки с радием так, чтобы получился сверток, соответствующий конфигурации раковой язвы, — при раках влагалищной части с плоскою поверхностью — в виде плоской пластинки, при раках же цервикального канала, образующих коническую язву, — в виде цилиндра. Раскрыв затем влагалище большой ложкообразными зеркалами, я захватываю сверток с радием длинным пинцетом и прикладываю его к раковой поверхности или ввожу в раковую язву, после чего фиксирую его несколькими шариками из скомканной марли, причем последними защищаются от вторичных лучей и здоровые стенки рукава.

Радий оставляется в половом канале больной на различное время, — обыкновенно на сутки, — причем все это время, во избежание смещения свертка с ним, больной рекомендуется лежать в постели. Затем марлевые тампоны и сверток извлекаются, и больная несколько дней пользуется отдыхом, применяя лишь влагалищные спринцевания из чистой воды, после чего сеанс радиотерапии повторяется. Сулемовые и иодистые спринцевания, равно как спринцевания с полутораклористым железом и др.

солями тяжелых металлов, во время лечения радием не должны иметь места, так как на этой почве могут возникнуть вредные вторичные лучи.

Обыкновенно принято дозировку радийных лучей определять миллиграмм-часами, помножая количество взятого радия (в миллиграммах) на число часов, в течение которых он остается в половом канале (если, например, 50 мг радия лежали здесь сутки, то мы говорим, что больная получила 1 200 мг/ч). Полный курс лечения радием рака маточной шейки обыкновенно требует от 15 000 до 18 000 мг/ч, причем его делят на 2 или 3 серии, разделяемые промежутками в 2 недели. Некоторые авторы, впрочем, одно время считали более выгодным дать всю эту дозу радиевых лучей в возможно короткое время.

Из технических приемов, предложенных с целью добиться более сильного разрушающего действия радийных лучей на раковую ткань, следует упомянуть о перекрестном освещении и так называемом шпиговании. Первое состоит в том, что трубки с радием размещаются в разных местах по периферии опухоли — так, чтобы исходящие из них лучи перекрещивались в центре последней. При шпиговании опухоли делаются в разных местах более или менее глубокие уколы тонким троакаром, в которые и вставляются фильтры с радием. Понятно, этот последний прием сопряжен с известными опасностями.

Как бы тщательно при радиотерапии ни соблюдались предосторожности, имеющие целью защитить здоровые части полового канала и особенно стенки рукава от мягких и вторичных лучей, все же сравнительно не так редко у больных, подвергавшихся этому лечению, наблюдаются так называемые радийные ожоги, отличающиеся сильной болезненностью, а при объективном исследовании закончивших лечение больных обнаруживаются впервые картину рецидива рака (ожоги эти иногда обнаруживаются впервые более или менее долгое время спустя после окончания лечения радием).

Относительно сравнительной пригодности радия и мезотория для лечебных целей нужно заметить, что, по Лазарусу, лучи радия обладают способностью проникать через ткани в большей степени, чем лучи, испускаемые мезоторием, хотя другие исследователи (Вальтер) и оспаривают это. Заметим еще, что, между тем как Жиро определил коэффициент абсорбции γ -лучей радия для 1 см тканей в 9%, для таковых же лучей мезотория этот коэффициент Кингманом и Майером определен лишь в 4%. Клинический эффект обоих этих радиоактивных веществ большинством наблюдателей признается одинаковым.

Кроме солей радия и мезотория для лечебных целей при раках в настоящее время широко применяют эманацию радия или нитон, — газообразное вещество, являющееся первым продуктом атомного распада радия. Веществом этим наполняются гермети-

чески запаянные тонкие стеклянные трубочки, которые затем вводятся в ходы, сделанные в раковой опухоли троакаром (шпигование рака).

В последние годы, я, подобно другим гинекологам, охотно применяю радиотерапию, кроме раков, и при других заболеваниях женской половой сферы, особенно при кровотечениях — как климактерических, так и у молодых женщин — и небольших фибромиомах. Технически это производится так: расширив цервикальный канал у больной дилататорами Хегара, я пинцетом ввожу в полость тела матки, до самого дна, длинный алюминиевый или серебряный радиофор, содержащий два платиновых цилиндрика с 30 мг бромистого радия, и, затампонировав полосой марли нижнюю часть цервикального канала и рукав, оставляю радий лежать у больной одни или двое суток. Обыкновенно одного сеанса бывает достаточно, чтобы кровотечения прекратились — навсегда или на время (смотря по примененной дозе и особенностям случая); если бы они опять возобновились, — сеанс можно повторить.

22. СВЕТОЛЕЧЕНИЕ

Лучистая энергия применяется, с лечебными целями, в гинекологической практике также в форме световых лучей. Иногда при этом пользуются электрическим светом, или вводя источник последнего, например, лампочку накаливания, в самые половые пути женщины, или освещая тазовую полость снаружи, со стороны передней брюшной стенки, спины и промежности.

Так, Орлов, вводя лампочку накаливания, в 5—16 свечей, в рукав при помощи особого рукавного зеркала (photospeculum), придуманного Макавеевым, получил очень хорошие результаты при воспалительных заболеваниях матки и ее придатков, притом не только хронических, но и острых. Белый свет, по этому автору, оказывает при названных заболеваниях прежде всего обезболивающее действие, а затем рассасывающее. Относительно техники светолечения заметим еще, что Орлов применял освещение со стороны рукава, в указанной форме, в течение 10—20 мин., причем сеансы повторялись ежедневно. Хорошие результаты получил от этого способа и Братков, наблюдавший при подобном лечении у гинекологических больных исчезновение болей и белей, а также быстрое заживление эрозий.

Освещение снаружи может быть производимо или дуговой лампой, или обыкновенной лампой накаливания с параболическим рефлектором (рис. 222), причем можно пользоваться или белым светом, или, еще лучше, синим, поразительное обезболивающее действие которого мне неоднократно приходилось наблюдать на практике.

Очень удобным способом применения светолечения у гинекологических больных является также местная электросветовая ванна, устройство которой понятно из прилагаемого рисунка (рис. 223).

Техника применения этой ванны очень проста: больная ложится в постель, ванна ставится так, чтобы нижняя часть туловища пациентки и верхняя часть ее бедер оказались внутри ванны, затем открытые стороны последней закрываются полотняными занавесками, и зажигаются лампочки накаливания, в том или ином числе прикрепленные к внутренней поверхности свода ванны. Действующими при этом агентами являются и свет и тепло, химические же лучи, по Робачевскому, играют второстепенную роль. По наблюдениям Шмитгофа главными результатами лечения при помощи электросветовой ванны оказываются, у гинекологических больных, исчезновение болей и восстановление нормальных функций половой сферы.



Рис. 222. Лампа для освещения электрическим светом с параболическим рефлектором.

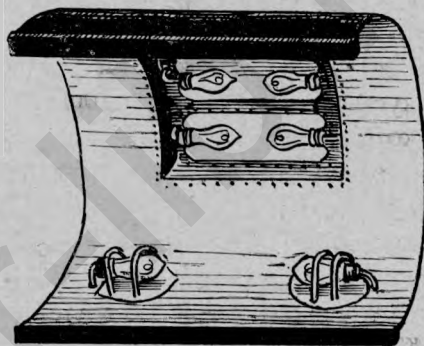


Рис. 223. Электросветовая ванна для туловища.

Кроме электрического света, в гинекологической практике заслуживает широкого применения и лечение солнечным светом. Снегирев горячо рекомендует солнечные ванны при хронических воспалениях матки и ее придатков, особенно воспалениях, сопровождающихся расстройствами пищеварения, атонией кишек и истерическими явлениями.

Пользующаяся этими ваннами больная должна быть одета так, чтобы живот и нижние конечности ее были в черном, а голова и грудь — в белом. Одетая таким образом женщина ложится на кушетку на самом солнечном припеке, причем в головах у нее ставится раскрытый зонт, а от ветра ее защищают ширмы, и лежит от 1 до 4 часов. Весь курс лечения обнимает от 20 до 60 ванн. Месячные не противопоказывают применения последних.

23. МЕСТНЫЕ КРОВОИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ МАТОЧНОЙ ШЕЙКИ (ПИЯВКИ И СКАРИФИКАЦИИ)

Широко применявшийся в прежнее время этот способ лечения заболеваний женской половой сферы современными гинекологами почти совершенно заброшен, о чем нельзя не пожалеть: как я убедился из личного опыта, он может в некоторых случаях оказывать весьма ценные услуги, особенно у больных с функциональной аменорреей и хроническими воспалениями матки и ее придатков, сопровождающимися сильной гиперемией первого из этих органов (оофорогенный метр-эндометрит).

Старые гинекологи пользовались обыкновенно для местных кровозвлечений из маточной шейки пиявками: плотно вставив влагалищную часть в цилиндрическое зеркало и заткнув цервикальный канал куском ваты, они вводили в зеркало от 3 до 5 пиявок, которые быстро присасывались к окружности наружного зева и оставались здесь до тех пор, пока не отваливались. В современной гинекологической практике пиявки обычно заменяются скарификациями, производство которых гораздо менее хлопотливо, чем возня с пиявками: вставив опять-таки цилиндрическое зеркало, врач дезинфицирует поверхность *portio-nis vaginalis*, смазывая ее, например, иодной настойкой, и либо копьевидным скарификатором (рис. 224) делает вокруг наружного зева несколько уколов, либо скарификатором с закругленным лезвием (см. тот же рис.) проводит несколько радиальных надрезов. Этим путем из матки выпускается около столовой ложки крови, причем для усиления кровотечения в зеркало можно налить какого-либо теплого стерильного раствора или просто теплой кипяченой воды. По окончании кровозвлечения кровь удаляется из зеркала ватными шариками, к поверхности влагалищной части приставляется ватный тампон, присыпанный ферропирином или смоченный в растворе полуторахлористого железа, и зеркало вынимается.

В исключительных случаях даже неглубокие уколы (resp. надрезы) могут дать обильное кровотечение, требующее более энергичных мер для своей остановки. В громадном большинстве случаев, однако, путем



Рис. 224. Скарификаторы с копьевидными закругленными лезвиями.

скарификаций удается извлечь пораздо меньше крови, чем путем приставления пиявок.

Снегирев при задержке месячных получил очень хорошие результаты от приставления 4—5 пиявок не к влагалищной части, а к кончиковой области. Прекрасные результаты получил от этой меры и я.

24. ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТОЙНОЙ ГИПЕРЭМИЕЙ ПО БИРУ

Полную противоположность предыдущему методу, основанному на обескровливании тканей, представляет способ Бира, при котором мы, напротив, стремимся к тому, чтобы вызвать в больших органах сильную застойную гиперэмию. Способ этот, в короткое время получивший, как известно, широкое распространение в различных отраслях практической медицины, был испробован и в гинекологической практике, для чего некоторыми авторами были придуманы специальные приборы. На прилагаемом рисунке (рис. 225) изображен один из таких приборов. Как видно из ри-



Рис. 225. Прибор для лечения гинекологических больных застойной гиперэмией

сунка, он представляет собою стеклянное цилиндрическое зеркало или просто короткую стеклянную трубку, один конец которой открыт, а другой закрыт крышкой с шлифованными краями, и которая сообщается через посредство отводной трубочки и резиновой трубки с присасывающим аппаратом. Вставив это зеркало в рукав больной, врач высасывает из него воздух, причем маточная шейка втягивается в открытый внутренний конец зеркала, широкие связки

и параметрии напрягаются, влагалищная часть набухает и принимает резко синюю окраску, находящиеся в матке секреты выступают наружу через *os externum*. После этого кран, соединяющий зеркало с аспирирующим прибором, закрывается (или резиновая трубка зажимается), и застой продолжается около 5 минут, после чего кран снова открывается (*resp.* зажим снимается), и воздух входит в просвет зеркала.

Ненадович, испробовавший лечение по Бире при заболевании женского полового аппарата, горячо рекомендовал его русским гинекологам на II их съезде. Однако предложение его, насколько мне известно, не встретило особенного сочувствия. Мне кажется, способом Бира можно еще пользоваться при некоторых формах инфекционного, особенно путридного, эндометрита, с целью удалить из полости матки гнилостные продукты, а также при аменоррее; но чтобы он с пользою мог быть применяем в большинстве случаев воспалительных заболеваний матки, где последняя и без того бывает переполнена кровью,—это мне кажется весьма сомнительным, а при метро-эндометритах, сопровождающихся, как это зачастую бывает, воспалением придатков, особенно таким, где в трубах содержатся инфекционные начала, данный способ может быть прямо опасным.

25. КЛИЗМЫ, ВЛИВАНИЯ В ПРЯМУЮ КИШКУ И СУППОЗИТОРИИ

До сих пор нами разбирались такие способы неоперативного лечения заболеваний женской половой сферы, при которых различные части женского полового аппарата являются объектом преимущественно непосредственного воздействия со стороны тех или других терапевтических агентов. Но последние могут оказывать свое целебное влияние на половую сферу и в тех случаях, где местом их непосредственного применения служит не сам половой канал, а соседние с ним органы, особенно прямая кишка. Выше уже было указано, что, например, таким путем может быть производима, с лечебными целями, электризация женской половой сферы. Этот же путь может служить и для воздействия на последнюю термических агентов. Снегирев рекомендует горячие (44°C) клизмы в 1—3—5 стаканов у женщин, страдающих выпотным тазовым перитонитом, адгезивным периметритом и т. п., причем советует делать их в положении пациентки *a la vache*. По Губареву клизмы в 35 — 37°P и затем орошения прямой кишки солевым раствором в 32 — 35°P (1—2 раза в сутки по $\frac{1}{2}$ —1 часу) являются прекрасными средствами при воспалениях маточных придатков. Особенно уместны горячие клизмы у девиц, где ими можно заменять горячие влагалищные спринцевания, и при других заболеваниях, требующих применения высокой температуры. Разумеется, применяя горячие клизмы взамен рукавных спринцеваний, необходимо иметь в виду то обстоятельство, что всасывательная способность стенок прямой кишки стоит гораздо выше таковой же способности влагалища, и потому для клизм нельзя употреблять тех веществ, — вроде, например, сулемы, — которые мы с полною безопасностью употребляем для спринцеваний.

Заслуживают применения при воспалительных процессах в женской половой сфере, — притом не только хронических, но и острых, — и так называемые капельные вливания в прямую кишку. Производить их можно при помощи обыкновенной эсмарховской кружки, повешенной на высоту 70 см над кроватью больной, — только по ходу резиновой трубки, идущей от кружки, надо вставить стеклянную трубочку, снабженную краном, при помощи которого можно так регулировать ток жидкости, чтобы в прямую кишку поступало от 60 до 80 капель ее в минуту. В качестве такой жидкости может служить или физиологический раствор поваренной соли, или, — еще лучше, по-моему, — локковская жидкость. Поступает жидкость в кишку через обыкновенный эластический катетер № 18—20 с таким расчетом, чтобы в минуту поступало

около 60 капель. Температура жидкости может или равняться температуре тела, или быть значительно выше — до 40° Р, а продолжительность ежедневного сеанса вливаний может колебаться от 2 до 6 часов.

По Амчиславскому, горячие капельные вливания в описанном виде оказывают замечательное обезболивающее и рассасывающее влияние, чем и определяется их применение при воспалительных заболеваниях тазовых органов, например, при острых и подострых воспалениях маточных придатков (Кускова-Усова). Кроме того, всасываясь в значительном количестве, вливаемая жидкость промывает весь организм и способствует выведению циркулирующих в нем токсинов, почему данный метод заслуживает внимания при гинекологических заболеваниях, сопровождаемых общей инфекцией и особенно интоксикацией организма.

В виду значительной всасывательной способности слизистой оболочки прямой кишки, последняя нередко служит также, во врачебной практике вообще и в гинекологической в частности, местом введения и лекарственных веществ — как в жидкой, так и в твердой форме. Из жидких веществ этого рода, к введению которых через прямую кишку приходится прибегать у гинекологических больных, упомяну о коллоидальном серебре или колларголе. В курсе акушерства мною было уже упомянуто, что при родильной горячке с значительной пользой могут быть применимы клизмы из раствора колларгола. К этому же способу лечения можно прибегать и при гинекологических заболеваниях, сопровождающихся общей инфекцией организма больных, причем техника способа и дозировка здесь таковы же, как и при родильной горячке: сначала прямая кишка опоражнивается от содержимого обыкновенной клизмой, затем в нее вводится 50 см³ 2%-ного раствора колларгола, каковой раствор и задерживается больной возможно дольше.

О применении клизм для борьбы со столь обычными у гинекологических больных запорами было сказано при описании режима этих больных.

Что касается твердых лекарственных веществ, то они обыкновенно вводятся в прямую кишку в форме суппозитория. Чаще всего у гинекологических больных приходится употреблять суппозитории с наркотическими веществами, особенно опиум и морфием, выписываемые по следующей формуле: Rp. Extracti opii 0,015 (resp. morphii muriatici 0,01), Butyri cacao 2,0, M. f. suppositorium.

26. ВАННЫ

К числу общераспространенных методов лечения болезней женской половой сферы относятся также те методы, при которых местом приложения лечебных агентов является поверхность кожи. На первом плане среди них можно поставить различные гидротерапевтические и бальнеотерапевтические методы и прежде всего — ванны.

В гинекологической практике находят себе применение ванны различной температуры, — чаще всего горячие, нередко также индифферентные и тепловатые, реже прохладные и холодные.

Определить точно в градусах, что надо понимать под холодной ванной, что — под теплой и т. д., не так-то легко. Помимо того, что восприимчивость к температурным влияниям бывает индивидуальной различна, многое здесь зависит от состава ванн: грязевые ванны высоких t° переносятся, например, легче, чем водяные и рапные той же t° ; далее, местные ванны *caeteris paribus* переносятся легче, чем общие, и т. д. Толочинов в своем руководстве определяет t° холодных ванн в $20-24^{\circ}$ Ц, прохладных в $25-31^{\circ}$ Ц, теплых — в $32,5-36^{\circ}$ Ц, горячих — в $37,5-41^{\circ}$, другие же авторы дают цифры, значительно отличающиеся от приведенных. В общем индифферентною точкою для ванн считается t° в 34° Ц; ниже этой t° ванны относятся к прохладным и холодным, причем, t° последних в практике некоторых гинекологов доходит до 10° Ц, выше же к теплым; причем t° горячих ванн доводится иногда до 50° Ц и даже выше.

Трудно определить также и продолжительность ванн, — здесь надо считаться с такими условиями, как общее питание больных, состояние их сердечно-сосудистой системы, характер заболевания половой сферы, привычка, состав ванн и т. д. Обыкновенная продолжительность ванн колеблется от 10 до 30 мин., причем, в общем, чем дальше t° ванн отстоит в ту или другую сторону от индифферентной точки, тем меньше бывает и эта продолжительность.

Применяя горячие ванны, мы утилизируем главным образом их резорбирующий эффект, почему и применяем их с успехом при хронических воспалительных процессах в тазовой клетчатке, брюшине и маточных придатках, особенно процессах экссудативных. Острые стадии воспаления, наличие гнойных процессов в тазу, заболевания сердца и сосудов, беременность, сильное общее истощение — служат противопоказаниями к таким ваннам; не советуют также многие бальнеологи применять их и во время месячных, хотя другие держатся на этот счет противоположного мнения, по крайней мере относительно грязевых ванн.

Так, Хохлов, убедившись на Элтонском курорте, что грязевые ванны оказывают благоприятное действие на менструальную функцию, считает применение их показанным и во время регул, исключение он делает лишь для больных, страдающих фибромиомами матки. Мажбиц также нашел, что грязевые ванны, будучи применяемы во время регул, не отражаются неблагоприятно на этих последних, а именно, не удлиняют их продолжительности и не увеличивают количества теряемой при них крови; напротив, месячные при них количественно и качественно улучшаются: отхождение сгустков прекращается, дисменоррея ослабевает, олигоменорройные припадки исчезают. Мой личный опыт также говорит в пользу применения грязевых ванн и во время регул у женщин.

Помимо рассасывающего ванны эти зачастую оказывают и замечательное обезболивающее действие. Вследствие значительного повышения обмена питания больных во время курса этих ванн обычно падает — в том смысле, что больные худеют, но зато по окончании их курса наблюдается обратное явление.

Индифферентные и тепловатые ванны оказывают успокаивающее действие, понижают возбудимость нервной системы, регулируют месячные и пр., чем и определяется круг их применения.

Наконец, назначая прохладные ванны и купания, мы преследуем главным образом их тонизирующее действие на нервную систему и мускулатуру.

Различаясь по своей температуре, применяемые в гинекологической практике ванны различаются и по своему составу. С этой точки зрения мы различаем ванны из обыкновенной пресной воды, соленые ванны, углекислые, железистые, щелочные, серные, грязевые, глиняные и пр.

Соленые ванны могут быть или натуральными, т. е. приготовляться из воды соляных источников, а также морской воды, или искусственными, причем в последнем случае к обыкновенной пресной воде прибавляется или простая поваренная соль, или, еще лучше, морская соль, — обычно в пропорции 1 фунта на ведро. Терапевтическое влияние их, несомненно, значительнее, чем ванн из пресной воды, так как, помимо температуры, здесь играет важную роль и раздражающее действие соли на кожу.

Весьма сильное возбуждающее действие на весь организм вообще и на половую сферу в частности оказывают углекислые ванны, которые опять-таки могут быть или натуральными, или искусственными. Последние приготовляются различным образом: можно, например, насытить воду для ванны сгущенной углекислотой, проводимой по трубам; чаще, однако, в ванне сначала раство-

ряется двууглекислая сода, а потом на дно ее кладутся плитки из сернокислого натра, причем происходит реакция двойного разложения, сопровождающаяся энергичным выделением свободной углекислоты, которая в виде пузырьков покрывает всю кожу купающегося.

Иногда углекислые ванны делаются и без воды, из одного газа, причем эффект таких ванн, повидимому, бывает еще более значителен, чем водяных ванн с содержанием углекислоты.

Железистые ванны большею частью содержат железо связанное с углекислотой, и действие их зависит не столько от железа, сколько от этой последней. На некоторых курортах они впрочем приготавливаются из минеральной воды, содержащей железный купорос, сернокислые щелочи и небольшое количество мышьяку.

Среди щелочных ванн обыкновенно различают ванны из минеральной воды, содержащей углекислый натр с большими количествами свободной угольной кислоты, щелочно-соляные ванны и ванны из воды, содержащей глауберову соль. Все эти минеральные воды впрочем сравнительно редко употребляются для ванн, а чаще — для питья.

Относительно серных ванн надобно заметить, что одно время они считались почти специфическим средством против сифилиса; за последнее время, однако, они все больше и больше начинают применяться и у гинекологических больных.

Еще большим распространением в гинекологической практике издавна пользовались и теперь пользуются грязевые ванны. И действительно, в грязелечении мы имеем, бесспорно, одно из самых могущественных терапевтических средств для лечения заболеваний женской половой сферы, — такое средство, которому поддаются даже самые застарелые воспалительные процессы в женском половом аппарате, не уступающие никаким другим методам неоперативного лечения. Употребляемая для этих ванн грязь состоит из органических остатков, скопляющихся на дне озер с минеральной водою, лиманов и т. п.; иногда, кроме того, она приготавливается из торфа, а иногда является продуктом извержения грязевых вулканов (последнего рода грязь известна под названием «фанго»). Помимо органических соединений она обыкновенно содержит в себе более или менее значительные количества поваренной соли, сернокислого натра, различных солей железа и пр. Различают обыкновенно цельные грязевые ванны и разводные, с примесью к грязи большего или меньшего количества простой

или минеральной воды; особую форму первых представляют так называемые грунтовые или медальонные ванны, применяемые, например, на юдесских лиманах, где грязь употребляется в форме огромных лепешек или медальонов, внутри которых и помещаются больные так, что снаружи остается лишь одна голова.

В большинстве случаев для лечения женских болезней употребляются грязевые ванны высокой температуры, для чего грязь предварительно нагревается или пропусканием в нее пара, или посредством прибавки к ней горячей минеральной воды. Как уже было упомянуто выше, такие горячие грязевые ванны с температурой в 50°C , даже 54°C , переносятся организмом больных гораздо легче, чем водяные ванны той же температуры. Мироню объясняет это тем, что грязь является плохим проводником тепла, и около тела принимающего грязевую ванну больного образуется как бы пленка, имеющая температуру тела и защищающая тело от обжигания. Уже эта высокая температура делает грязевые ванны могучим резорбирующим средством, действию которого нередко поддаются, повторяю, даже такие экссудаты в клетчатке, тазовой брюшине и пр., которые не уступают никаким другим терапевтическим мероприятиям; кроме того, большое значение имеет здесь и действие содержащихся в грязи веществ на кожу больных. Столь же поразительным, как рассасывающий эффект, оказывает нередко у женщин с воспалительными заболеваниями половой сферы и обезболивающее действие грязевых ванн высокой температуры.

В эффекте грязевых ванн при гинекологических заболеваниях воспалительного характера некоторые авторы (Хохлов) придают большое значение очаговой реакции, сказывающейся в обострении воспалительных процессов, а именно, усилении болей и выделении; реакцию эту они считают результатом неспецифического раздражения, — такого же, какое имеет место при *Proteinkörpertherapie*, — и видят в ней благоприятный симптом. Другие (Кунцевич) важнейшим фактором в грязелечении признают усиление лейкоцитоза насчет повышения числа нейтрофилов, причем гиперлейкоцитоз этот никогда не имеет патологического характера — в смысле появления большого числа молодых элементов. Гиллерсон в качестве *conditio sine qua non* успеха курортного лечения грязями выдвигает надлежащий режим больных по окончании лечения: покой физический и душевный, соблюдение правил половой гигиены и гигиены питания.

Там, где горячие грязевые ванны почему-либо не переносятся, Амброжевич рекомендует применять охлаждающее грязелечение, при котором температура грязевых ванн не превышает $25\text{—}29^{\circ}\text{P}$ ($31^{\circ}\text{—}32,5^{\circ}\text{C}$). От такого лечения автор видел значитель-

ную пользу: 1) при воспалительных процессах в тазовой клетчатке с склонностью к обострениям, 2) при сактосальпинксах, 3) у больных с миомами матки и кистами яичников, 4) при меноррагиях, 5) у гинекологических больных с заболеваниями сердца. Грязевые ванны указанной температуры могут быть применяемы и во время menses.

Чтобы заменить грязевые ванны, некоторыми авторами (Покровский, Юргелюнас) было предложено, при гинекологических заболеваниях, пользоваться глиняными ваннами. Для приготовления последних истолченная в порошок сухая глина смешивается с одинаковым количеством воды, затем к смеси прибавляется кипяток, и все это размешивается так, чтобы получилась масса густоты киселя с t^0 от 33^0 до 38^0 Р ($41-47,5^0$ Ц). Больная остается в такой ванне по пояс в течение 25 мин., а весь курс лечения обнимает от 10 до 20 ванн (Покровский).

Одно время многие выдающиеся представители медицины, думали, что физиологический и терапевтический эффект искусственных минеральных ванн таков же, как и натуральных, и что ванны, например, из глины, совершенно равноценны грязевым, — лишь бы температура таких искусственных ванн была такова же, как и натуральных. Однако и тогда врачи-практики заявляли, что минеральные и грязевые ванны оказывают гораздо более значительное целебное действие, когда они принимаются на месте, притом из натуральных продуктов. Для объяснения этого факта обыкновенно указывали на то, что, отправляясь на курорты, больные отрешаются от всех хозяйственных забот, служебных занятий и пр. и специально посвящают свое время лечению, а также — что на курортах они пользуются, кроме ванн, и другими лечебными средствами: употребляют минеральные воды внутрь, пользуются климатотерапией, кумысом, виноградом и т. п. Отчасти все эти факторы, конечно, имеют большое значение в относительно большей целестности именно курортного пользования ваннами. Новейшая наука, однако, открыла еще один важный фактор, в котором кроется причина указанного обстоятельства, — это радиоактивность различных минеральных источников, грязей и пр. Как показывают точные исследования, все они в большей или меньшей степени радиоактивны, и потому натуральные минеральные воды, натуральные грязи и пр. — нельзя заменить искусственными подделками под них, хотя бы эти подделки и имели точно такой же химический состав, как и натуральные продукты.

Отсюда — незаменимое значение курортов в деле здравоохранения вообще и в лечении болезней женской половой сферы в частности. К счастью, наш Союз чрезвычайно богат местностями,

которые, по своим естественным условиям, могут быть прекрасными курортами, и остается лишь использовать природные сокровища этих местностей в целях борьбы с болезнями. Более подробные сведения об этих местностях можно найти в известной книге Бертенсона («Лечебные воды» и пр., СПб., 1901). Здесь упомяну лишь о тех наших курортах, которые, с одной стороны, преимущественно посещаются гинекологическими больными, а с другой — данные о которых имеются в русской гинекологической литературе. В северной полосе России из таких курортов можно назвать Старую Руссу (соляные ванны), Полуострово (железистые источники), в средней — Липецк (железистые источники и грязи из железисто-торфяного ила), Сергиевск (серные воды и грязи), в южной — Одесские лиманы, Саки (грязи), Тинаки (около Астрахани, грязи), Железноводск (различные источники, грязи), Ессентуки (щелочно-соленые воды), Кисловодск (знаменитый Нарзан), Пятигорск (серные и радиоактивные воды), Боржом (щелочно-соляные воды) и мн. др.

Говоря об отечественных курортах, упомянем попутно и об имеющихся у нас морских купаньях. Подобно прохладным ваннам, но в еще большей степени, купанья вообще оказывают тонизирующее влияние на организм и в частности — на нервную систему и мускулатуру. Влияние морских купаний оказывается гораздо более значительным, чем влияние купаний в речной воде, так как к термическому воздействию воды здесь присоединяется раздражающее действие растворенных в морской воде солей на кожу, а также механическое влияние волн. Необходимым условием для купального курорта является наличие так называемого пляжа, т. е. песчаного побережья. На Балтийском море особенно удобные места для морских купаний имеются под Ораниенбаумом, на Каспийском — славятся морские купанья в Петровске, на Черном — в Одессе, Евпатории, Севастополе, Алушке, Ялте, Алуште, Феодосии, Новороссийске и пр.

Возвращаясь теперь специально к вопросу о ваннах, отметим, что кроме температуры и состава, последние разнятся еще, — если так можно выразиться, — в количественном отношении. С этой точки зрения обыкновенно различают: 1) полные ванны, при которых в воду (или грязь и пр.) погружается все тело за исключением лишь головы, 2) поясные ванны, или полуванны, при которых в ванну погружаются лишь нижние конечности и нижняя половина туловища, 3) сидячие ванны, при которых в ванну погружаются лишь область таза и верхние части бедер, и, наконец, 4) ножные ванны, при которых в воду погружаются лишь ступени ног и нижние части голеней.

Частичные ванны высоких температур переносятся гораздо легче, чем полные. Кроме того приготовление их сопряжено, в условиях домашней жизни, с гораздо меньшими хлопотами, чем полных ванн. Особенно следует это сказать относительно сидячих ванн: хотя для них и существуют специальные приспособления (рис. 226), но по нужде ванны эти могут быть делаемы в любом достаточно глубоком тазу; так как они, затем, требуют не более $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ведер воды, то нагревать ее для сидячей ванны можно при помощи обыкновенного самовара; наконец, ванны эти не требуют и специального помещения. Между тем терапевтический эффект их, — резорбирующий, обезболивающий и пр., — при заболеваниях женской половой сферы является достаточно энергичным. Ввиду всего этого я в частной практике, особенно у недостаточных больных, весьма охотно назначаю горячие сидячие ванны — или из простой воды, или соленые, причем обыкновенно рекомендую брать для них воду настолько горячую, как только может вытерпеть больная, и советую — тотчас после ванны ложиться в постель.

Ножные ванны высокой температуры, большею частью с примесью горчицы и др. раздражающих веществ, охотно применялись старыми гинекологами при аменоррее как средство для вызывания регул.

Еще легче, чем водяные и даже грязевые ванны, не только полные, но и частичные, переносятся суховоздушные ванны высоких температур: между тем, как максимум переносимой температуры составляет для воды 50°C , а для грязи 55°C , в суховоздушной ванне кожа может переносить, — разумеется, при известной привычке, — температуру до 100°C и даже выше. Этим обстоятельством гинекологи и пользуются, применяя суховоздушные ванны высокой температуры при тех заболеваниях женских половых частей, которые требуют энергичного рассасывания, например, при экссудативных пара- и периметритах в хронических стадиях, при воспалительных опухолях придатков, при haematocoele retrouterina и т. п.

Прибор для суховоздушных ванн устраивается по тому же типу, как это выше было сказано относительно электросветовых

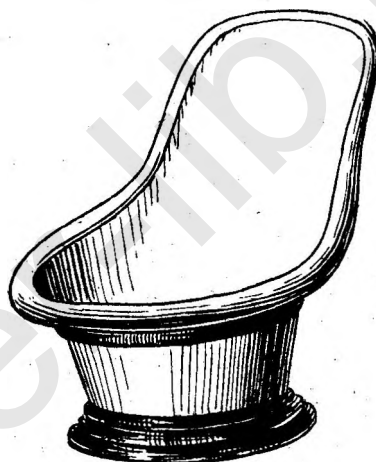


Рис. 226. Сидячая ванна.

вани (см. рис. 223), т. е. он представляет собою ящик из листов асбеста или даже просто какого-либо легкого дерева, лишенный дна и двух боковых стенок, которые заменяются занавесками из плотной материи. В одной из имеющихся боковых стенок его находится отверстие, в которое вставляется железная труба, а в крышке его есть отверстие для термометра. Употребление аппарата весьма просто: больная ложится в постель на спину, нижняя часть туловища и верхняя часть бедер ее покрывается описанным ящиком, занавески опускаются так, чтобы внутри ящика образовалось замкнутое пространство, и воздух в трубе нагревается или газовой горелкой, или просто спиртовой, или керосиновой лампой.

Весьма выгодную сторону таких суховоздушных ванн представляет то обстоятельство, что, оказывая благодаря своей высокой температуре могущественное рассасывающее и пр. действие на имеющиеся в тазу выпоты и др. патологические продукты, они, в то же время, очень незначительно отражаются на общем состоянии больных: температура тела при них, по наблюдениям Замятиной, поднимается лишь на $0,2-0,6^{\circ}$, а пульс и дыхание учащаются на 2—6 в минуту.

26. КОМПРЕССЫ, ГРЕЛКИ, ПРИПАРКИ, ОТВЛЕКАЮЩИЕ НА КОЖУ

Различными видами ванн далеко не исчерпываются те гидро-терапевтические и бальнеотерапевтические мероприятия, которые находят себе применение в гинекологии. К числу употребительнейших в гинекологической практике средств принадлежат, далее, тепло-влажные обертывания или присницевские согревающие компрессы, обычным местом приложения которых служит передняя стенка живота. Для приготовления такого компресса обыкновенно берется соответствующей величины кусок полотна, смачивается в воде комнатной температуры, выжимается и раскладывается по животу, сверху покрывается соответствующей величины куском резинового полотна или клеенки и, наконец, поверх всего живот обматывается или фланелевым бинтом, или шерстяным платком и т. п. Оставляется компресс на несколько часов. Такие компрессы производят замечательное успокаивающее действие, почему и применяются *larga manu* при хронических воспалительных процессах в женской половой сфере, сопровождающихся значительной болезненностью, а также при дисменорее, кишечных коликах и пр. Не подлежит сомнению также и рассасывающий эффект компрессов, дающий основание применять их при столь часто встречающихся у женщин выпотных заболеваниях в тазу.

В отдельных случаях гинекологи прибегают и к общим тепло-влажным обертываниям всего тела больных.

Значительно сильнее обыкновенных, т. е. водяных согревающих компрессов действуют спиртовые компрессы, для которых вместо воды берется винный спирт той или другой крепости. К сожалению, кожа далеко не всякой больной переносит эти компрессы: у некоторых женщин даже кратковременное применение их вызывает раздражение, эритематозную красноту, а иногда и настоящую экзему.

Если гинеколог имеет дело с острыми стадиями воспалительного процесса в женской половой сфере, сопровождающимися лихорадкой, то в подобных случаях следует, вместо согревающих компрессов, применять на живот простые компрессы из холодной воды, а еще лучше — пузырь со льдом. Холод в этих случаях действует противовоспалительно, уменьшая вместе с тем боли. В некоторых случаях, — однако, следует заметить, далеко не во всех, — пузырь со льдом оказывает ценные услуги и при маточных кровотечениях, останавливая или значительно уменьшая их.

Нередко в практике не только от лиц из публики, но и от врачей приходится слышать вопрос: можно ли применять пузырь со льдом на живот одновременно с горячими спринцеваниями рукава? Такой опытный наблюдатель, как покойный профессор Снегирев, решает этот вопрос в положительном смысле. Во всяком случае теплые спринцевания при этом применять, по моему, можно.

Такой же эффект, — в смысле резорбции и обезболивания, — как и согревающие компрессы, но в еще более сильной степени, дают грелки и горячие припарки. Простейшую форму грелок представляют бутылки с горячей водой, которые кладутся на живот больной, будучи обернутыми в салфетку или вообще в какую-нибудь ткань. Можно в качестве грелки употреблять и резиновый пузырь с горячей водой, а также мешок с горячим песком. Далее, в практике пользуются большим распространением грелки в виде жестяных и вообще металлических плоских коробок разной формы и величины, опять-таки наполняемых горячей водой. За последнее время получили довольно широкое распространение также термофоры — металлические коробки, наполненные особым кристаллизованным составом, который при нагревании тает, вбирая в себя тепло, затем отдает его обратно при процессе обратной кристаллизации. Наконец, в последнее же время предложены так называемые электрические грелки — в виде ковриков различ-

ной величины, в ткань, которых, наряду с шерстяными нитями, вплетены медные проволоки, нагревающиеся при пропускании через них тока. Некоторые из этих электрических грелок бывают снабжены приспособлением, благодаря которому они могут нагреваться только до определенной температуры, после чего ток автоматически прерывается; в других аппаратах этого рода о поднятии температуры до высшего допустимого предела окружающие извещаются звонком. Подобные приспособления, кстати сказать, являются весьма желательными, так как в практике нередко приходится наблюдать ожоги, и довольно сильные, от употребления слишком горячих грелок.

Горячие припарки, терапевтический эффект которых в общем таков же, как и эффект грелок, делаются или из простой воды, или из льняного семени, или из глины, или из минеральной грязи того или иного состава, причем в последнем случае к термическому действию припарок присоединяется влияние химических ингредиентов грязи. Для приготовления первых берется кусок полотна, намачивается в горячей воде, слегка выжимается и кладется — в гинекологической практике обыкновенно на нижнюю часть живота; когда припарка остынет, она заменяется свежей. Для приготовления вторых льняное семя разваривается в воде так, что образуется более или менее густая каша, и эта каша распределяется равным слоем на одной половине куска полотна, после чего другая половина накладывается на первую, и в этом виде припарка кладется на живот. Глиняные и грязевые припарки изготавливаются таким же образом, только вместо кашицы из льняного семени берется глина, размешанная в кипятке до густоты киселя, или горячая грязь (resp. фанго температуры 45—53° Ц по Катунскому).

Гельман, одновременно с грязевыми припарками на живот, рекомендует наполнять горячую грязью «тампон платочком», вводимый в рукав.

Проскурякова предлагает довольно сложный, но зато и более действительный терапевтический способ применения грязевых компрессов или припарок: на кушетку кладется теплое одеяло, клеенка и простыня, на них — 2 Т-образных повязки из резинового и обыкновенного полотна, а на повязки — толстая (в 5—6 см толщиной) лепешка из горячей грязи, температура которой с каждым сеансом поднимается — от 35° до 50° Ц; больная ложится на эту лепешку нижней частью спины, после чего живот ее, бедра и промежность обмазываются той же грязью, повязка стягивается и все тело больной закутывается простыней, клеенкой и одеялом, причем на голову пациентки кладется пузырь с холодной

водой, к ногам — с горячей, а сверху она покрывается еще двумя одеялами. В таком положении больная остается от 20 до 60 мин., причем сеансы лечения повторяются 6 раз в неделю.

Наряду с гидротерапевтическими мероприятиями старые гинекологи весьма широко пользовались, при воспалительных заболеваниях женского полового аппарата, различными отвлекающими на кожу, и действительно, при оофоритах, например, эти средства, как я убедился, иногда дают замечательный эффект, особенно в смысле обезболивания. В качестве отвлекающих на кожу чаще всего в гинекологической практике употребляются смазывания кожи живота иодной настойкой, горчичники, и, наконец, мушки.

Сравнительно редко в гинекологической практике прибегают к введению лекарственных веществ через кожу в форме втираний. Так, например, вводится, при септической инфекции, коллоидальное серебро в виде мази (*unguentum colloidalè Credè*). Чаще лекарственные вещества вводятся через кожу при помощи электричества (ионтофорез, о лечении которым было сказано выше).

7. ПОДКОЖНЫЕ, ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ И ВНУТРИВЕННЫЕ ВПРЫСКИВАНИЯ И ВЛИВАНИЯ

Между тем, как введение лекарственных веществ через кожу практикуется у гинекологических больных сравнительно редко, к подкожному введению этих веществ гинекологам, напротив, приходится прибегать весьма часто. Таким путем здесь зачастую вводятся, например, при меноррагиях, метроррагиях, фибромиомах матки и пр. различные *stuptica*: эрготин (под таким названием известны различные экстракты из спорыньи, среди которых чаще употребляется *ergotinum Bonjeani* 2,5 : 10, по целому правцаевскому шприцу в 1,0), секакорнин (обеспложенный раствор алкалоидов спорыньи, по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу), клавин (по 1 шприцу 2%-ного раствора), гидрастинин (5—10%-ный раствор *hydrastinini muriatici* по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу) и др. Далее, в гинекологической практике в видах обезбоживания нередко вводится под кожу *parcotica*: морфий (обыкновенно *morphium muriaticum* в 1%-ном растворе, по целому шприцу), пантопон (препарат опия, содержащий в растворимой форме солянокислые соли всех его алкалоидов, вводится подкожно в 2%-ном растворе, по $\frac{1}{2}$ шприцу), кодеин (*sol. codeini phosphorici* 0,3—0,5 : 10,0, по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу) и др. Подкожно же применяются в гинекологии некоторые вытяжки из желез, обладающих внутренней секрецией, например, овариин

(вытяжка из яичников, применяется [при аменоррее, климактерических расстройствах и пр.), лютеин и лютео-овар (вытяжки из желтых тел, находящие себе применение при маточных кровотечениях), спермин (тестикулярная вытяжка, применяется, как стимулирующее и месячногонное,— взамен овариина), гипофизин, питуитрин и питугландол (вытяжки из мозгового придатка, вызывают сокращения гладкой мускулатуры, некоторыми авторами с успехом испробованы при аменоррее, другими же, наоборот, при маточных кровотечениях), маммин (вытяжка из грудной железы, нашедшая себе широкое применение при фибромиомах матки, где, по Калабину, подкожные впрыскивания ее оказались гораздо более действительными, чем употребление через рот) и т. д. Этим же путем в гинекологической практике нередко вводятся возбуждающие средства,— эфир, камфора (в виде стерильного камфорного масла), стрихнин (1%-ный раствор азотнокислой соли его в количестве $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{2}$ шприца),— улучшающие питание, особенно мышьяк (в виде фоулера раствора),— мочегонные, например, кофеин (в количестве 0,01—0,1 pro dosi),— повышающие половое чувство, например, иогимбин (2%-ный раствор соляно-кислого иогимбина в количестве $\frac{1}{2}$ —1 шприца) и др. средства.

Иногда вводимые под кожу вещества впрыскиваются не в подкожную клетчатку, а в мышцы и др. ткани. Интрамускулярно, например, рекомендуется вводить фиброзилин (смесь 2 ч. тиозинамина с 1 ч. салициловокислого натра, впрыскивается в 4%-ном растворе, по 1 полному шприцу, 2—3 раза в неделю), от которого многие авторы (у нас — Мусатов и Колосов) видели прок при рубцовых сморщиваниях в женской половой сфере; так же впрыскивается мышьяк и др. лекарственные вещества. Иногда, наконец, там, где желательнo возможно быстрое действие лекарства, оно впрыскивается прямо в кровь (внутривенно).

Сравнительно нередко внутритканевые впрыскивания применялись и теперь применяются в гинекологии при раках половой сферы, причем впрыскиваются вещества, разрушающие раковые клетки,— обыкновенно в самую опухоль или в непосредственную ее окружность. Таким образом в последнее время было предложено (Третьяковым) вводить при раках маточной шейки эфир, таким образом некоторые авторы в свое время предложили применять при раке пиоктанин и Scharlachroth или судан III, разрушительное действие которого на раковые клетки было экспериментально установлено Кушталовым, особенно же широкое распространение,— по крайней мере у нас,— получило одно время при раке применение вытяжки чистотела или бородавника (Che-

lidonium majus). Растение это, столь часто растущее у нас на мусорных кучах и около заборов, содержит, как известно, желтый млечный сок, который издавна применялся в народной медицине как средство для сведения бородавок. Так как последние представляют собою эпителиальные образования, а рак патолого-анатомически есть тоже опухоль эпителиального типа, то это сопоставление и побудило испробовать вытяжку из чистотела для лечения рака, причем вытяжка давалась больным внутрь, служила для смазываний опухоли, главным же образом впрыскивалась в нее. Первое время некоторые авторы получили как будто благоприятные результаты от этого средства, но затем непригодность его для лечения рака была установлена, и средство это скоро было, подобно массе других средств, предложенных для лечения рака, заброшено.

От впрыскиваний, при которых под кожу, в ткани или кровь вводятся обыкновенно сильно действующие средства, притом в небольших количествах, надобно отличать вливания, когда под кожу, в ткань или в кровь вводятся при помощи особого аппарата (рис. 227) значительные количества жидкостей — до 1—1½ литров. Разумеется, в таких количествах могут быть вводимы лишь индифферентные жидкости (физиологический раствор поваренной соли, локковская жидкость и т. п. в чистом виде, или с прибавкой 5—10 кап. на литр раствора адреналина 1:1000) или сильно разведенные лекарственные вещества. Вливания индифферентных жидкостей оказывают весьма ценные услуги при остром малокровии вследствие значительных кровопотерь, где этим путем восстанавливаются нормальные механические условия в сердечно-сосудистой системе, затем — при септицемии и особенно токсинемии, где этим путем происходит промывание организма (см. об этом в курсе акушерства главу о лечении родильной горячки), а Снегирев приписывает им, кроме того, значительное обезболивающее действие.



Рис. 227. Аппарат Боброва для подкожных вливаний.

По наблюдениям этого автора, при подкожных вливаниях солевого раствора в количестве 1200—1500 см³ плеторические или воспалительные боли, зависящие от страданий женского полового аппарата, в 75% исчезают. Вводить солевой раствор Снепирев советует в подкожную клетчатку брюшной стенки.

Из лекарственных веществ, употребляемых для вливаний, упомянем прежде всего о хлористом кальции, 10%-ный раствор которого применялся у нас в виде внутривенных вливаний при гинекологических заболеваниях Некрасовым и Березкиным. Первый из этих авторов, вводя раствор хлористого кальция ежедневно или через день в количестве 5 см³, получили очень хорошие результаты при острых воспалительных процессах в половой сфере; напротив, хронические процессы противопоказуют, по Некрасову, этот способ лечения, которого не следует применять и при наличии общей инфекции у больных. Березкин, вводящий раствор хлористого кальция в дозе 5—10 см³, нашел, что он особенно хорошо действует при воспалениях яичников, быстро купируя все признаки воспаления; хорошие результаты получил Березкин от этого средства и при маточных кровотечениях, зависящих от дисфункции яичников, на кровотечения же, зависящие от самой матки, средство это не оказало действия. Причину целебного эффекта хлористого кальция Березкин усматривает в его эндокринологическом действии: он дает перевес ассимилятивной группе эндокринных желез (околощитовидные железы, гипофиз) над ее антагонистами (надпочечники, яичники).

Поляков горячо рекомендовал при воспалительных процессах в женской половой сфере подкожные вливания пилокарпина (0,010—0,008 на 250—300 см³ физиологического раствора), повторявшиеся им каждые 2—4 дня. Он видел от этих вливаний могучее рассасывающее действие, а также повышение лейкоцитоза при незначительности каких-либо побочных явлений.

Марцинкевич описала очень хорошие результаты от внутритканевых инъекций при параметритах и хронических воспалениях маточных придатков, гипертонических растворов (3—10%) хлористого натрия. Раствор инъцировался в пораженную воспалением ткань в количестве 10—15 см³; всех вливаний делалось от 3 до 6, с промежутками в 4—6 дней.

Наконец, упомянем о применении в гинекологической практике внутривенных вливаний 40%-ного раствора уротропина, с успехом испытанных Батуниным при цистите, а Керопианом — при женской гоноррее; последний автор вводил этот раствор или в чистом виде (по 3—5 см³, через два дня), или в смеси с гонококковой вакциной, причем смесь эта дала ему особенно хорошие результаты.

28. ВАКЦИНОТЕРАПИЯ И СЕРОТЕРАПИЯ

В новейшее время последнее место в ряду средств, вводимых подкожно, занимают в гинекологии вакцины и сыворотки, причем первые применяются преимущественно при гоноррее, второе — главным образом при сепсисе.

Подкожное введение гонококковой вакцины было предложено у гинекологических больных сначала преимущественно с диагностической целью — для провокации гонорреи в случаях, где этиология воспалительного процесса в женской половой сфере представлялась неясной, а потом вакцинация стала применяться и для целей терапии.

Для лечения гонорройных заболеваний женского полового аппарата наши гинекологи пользовались различными вакцинами: Дембская, например, — кстати сказать, наиболее поработавшая у нас в данной области, — применяла вакцину собственного изготовления, содержащую 100 миллионов убитых гонококков в 1 см^3 ; Слоновский пользовался вакцинами Блюменталя и Петроградского частного бактериологического института, причем 1 см^3 последней был также приготовлен из 100 млн. микробов, Кан применял вакцину с содержанием 200 млн. гонококковых тел в 1 см^3 , Теумин работал с так называемым артигоном Брука, Винокуров и Вайнштейн — с вакциной Райта и т. д. Отчасти в связи с этим и дозировка вакцин была различна: Дембская начинала сразу с $0,5\text{ см}^3$ и скоро переходила на 1,0, а в некоторых случаях впрыскивала и 2 см^3 , причем впрыскивания производились или ежедневно, или через день, или 2 раза в неделю; Слоновский начинал с 0,2 и постепенно доходил до 1,0, повторяя впрыскивания с промежутками в 3—4 дня; у Елкина конечная доза вакцины также была 0,5—1,0; Винокуров и Вайнштейн, имевшие дело с детьми от 11 мес. до 14 л., страдавшими гонорройным вульвовагинитом, применяли вакцину с таким расчетом, чтобы в первый раз вводить не более 1—2 млн. микробных тел, а потом доходили до 5 млн.; напротив, у Мючана, применявшего вакцинацию тоже при вульвовагините у детей, доза колебалась от 1 до 200 млн.; курс лечения артигоном обычно состоит из 4 впрыскиваний, производимых с 4-дневными промежутками, причем в первый раз впрыскивается 0,5, потом 1,0, затем 1,4 и, наконец, $2,5\text{ см}^3$.

Будучи вводимая подкожно, гонококковая вакцина, по наблюдениям Дембской, оказывает тройного рода действие: местное, очаговое и общее. Первое состоит в том, что вокруг укола развиваются краснота и припухание кожи, сглаживающиеся к концу 2-х суток после впрыскивания. Очаговое действие, по Дембской, заключается в том, что пораженные гонорреей органы, например, маточные придатки, сначала как бы набухают и делаются чувствительными, а затем в них происходит рассасывание, и болезненность исчезает. Наконец, общее действие вакцинации сводится к повышению температуры иногда до 39°C , наблюдающимся обычно после первых впрыскиваний.

Мочан, применявший, как уже упомянуто выше, гонококковую вакцину у детей в дозе от 1 до 200 млн. микробных тел, общей реакции при этом не наблюдал, местную же, в виде болезненного инфильтрата и покраснения кожи вокруг места укола, видел лишь при больших дозах (свыше 20 млн.). Четун, исследовав морфологический состав крови при лечении гонококковой вакциной, нашел в нем такие же изменения, как и при протеиновой терапии.

Собственно-бактерицидными свойствами по отношению к гонококкам вакцина, по видимому, не обладает, — эффект ее сводится к нейтрализации гонотоксина. Что касается клинических результатов вакцинации при гоноррее женского полового аппарата, то на этот счет авторы, работавшие в данной области, пришли к весьма противоречивым результатам.

Дембская, применив сначала вакцинацию у 14 больных с гонорройным сальпинго-оофоритом, пришла к благоприятным выводам относительно этого способа лечения. В дальнейшем, проведя по этому способу за 2 года 200 больных, она нашла, что здесь следует различать 2 группы случаев, а именно, во-первых, случаи, где гонорройный процесс находится в начальных или острых стадиях (гонорройные вульвиты, уретриты и цервикальные эндометриты), во-вторых, случаи, где процесс зашел уже далеко (эндометриты, сальпинго-оофориты, параметриты, периметриты — большей частью хронические). В случаях первой группы вакцинация не дает особых результатов; напротив, при заболеваниях, относящихся ко второй группе, эффект бывает иногда поразительным, причем в 50% действие вакцинации обнаруживалось с первых же впрыскиваний. К благоприятным заключениям относительно целительного эффекта вакцинации при гоноррее женской половой сферы пришли также Елкин, Вайнштейн и Винокуров, Кан, Мочан и отчасти Вербов. Первый автор применял вакцинацию у 278 больных, из которых у 200 были найдены в половом канале гонококки; в 163 случаях имел место сальпинго-оофорит, в остальных — смещения матки с остатками воспаления придатков; лечение у 106 больных продолжалось от 3 до 5 недель, у 172 — от 12 до 18 недель, причем число впрыскиваний варьировало от 5 до 36; не получилось улучшения лишь у 12 больных, у 142 отсутствовавшая, было, работоспособность восстановилась, у 116 гонококки исчезли из полового канала. Винокуров и Вайнштейн, применив вакцинацию в 127 случаях гонорройного вульвовагината у девочек, нашли, что гонококки исчезли после 5—8 впрыскиваний вакцины; еще раньше второй из этих авторов, применив вакцину у 246 женщин и девочек, зараженных гонорреей, получил выздоровление в 62% и улучшение — в 24,5%. Кан нашел, что вакцинация при гоноррее представляет огромные преимущества перед другими парэнтеральными средствами: при ней наблюдается улучшение общего состояния больных, уменьшение и полное исчезновение болей; лишь в осложненных формах лучше,

по Кану, комбинировать вакцинацию с применением местных средств. Мочан, применявший вакцину при вульвовагините у детей, вынес впечатление о специфическом ее действии: сначала при лечении ею болезненный процесс обостряется, потом улучшается. По Вербову вакцинация представляет собою могущественное средство для борьбы с осумкованными гонорройными очагами, при остром же уретрите она является бесполезною.

В противоположность перечисленным сейчас авторам, Терещинская-Попова, Миронов, Лившина и Теумин пришли относительно лечебного значения вакцинации при гоноррее к отрицательным выводам, а Теумин, работавший с артигоном Бруша, наблюдал в одном случае от артигона даже провокацию осложнения гонорреи.

Особую форму гинекологической вакцинации представляет собою вакцинация по способу, предложенному Букура, при котором вакцина (гонококковая) впрыскивается в маточную шейку.

У нас этот способ был проверен Штенбергом и Папитувым, Елкиным и Деранковым, причем первые два автора, применив его при гонорройных аднекситах, нашли, что место впрыскивания вакцины в лечебном эффекте ее роли не играет. Напротив, Елкин, применявший по способу Букура смешанную вакцину (гонококковую, стрептококковую и стафилококковую), нашел, что результаты при этом получаются лучше, чем при подкожном введении гонококковой вакцины. Деранков, вводящий также смешанную вакцину во влагалищную часть матки, получил хорошие результаты при подострых и хронических гонорройных аднекситах, кистовидные же образования придатков этому лечению не поддавались.

В самое последнее время у нас, как и за границей, стали при инфекционных заболеваниях женской половой сферы как гонорройных, так и септических применять так называемую местную иммунизацию по Безредка, при которой вакцина, на тампоне, прикладывается непосредственно к болезненному очагу. Результаты от этого способа лечения получились, однако, пока неопределенные.

Тогда как Елин и Хлопецкая, испробовав иммунизацию по Безредка у 20 взрослых женщин и 8 девочек, страдавших гонорройными заболеваниями половой сферы, получили от нее хороший эффект, равно с успехом лечил этим способом и Бурлаков гонорройные и септические эндометриты, Львов нашел, что осложнения гонорреи и женщин не поддаются этому способу; неособенно утешительные результаты получил при эрозиях влагалищной части и Чунихин, приготавливавший аутовакцину из всех микробов, найденных на эрозии, и прикладывавший ее на тампонах.

К вакцинации близко стоит так называемая аутопиотерапия, при которой больным вводится их собственный гной, — конечно, обеспложенный.

Способ этот был испробован у нас в 8 случаях гнойного перипараметрита Каримовой, которая брала у больных гной, смешивала его с пятикратным количеством физиологического раствора, нагревала смесь в течение 2 часов при 56° Ц, фильтровала через свечу Шамберлана и либо впрыскивала подкожно, либо вводила в рукав на тампоне. Из 8 случаев в 6 она получила, при таком лечении, полное рассасывание гнойных выпотов.

Между тем, как вакцинотерапия гонорройных заболеваний женской половой сферы и у нас и за границей нашла себе довольно много сторонников среди гинекологов, лечение специфическими сыворотками (серотерапия) гонорреи встретило к себе весьма сдержанное отношение.

Из русских авторов впервые испробовал серотерапию гонорреи Полубагатов, получивший отрицательные результаты при острой гоноррее, но весьма удовлетворительные — в хронических случаях. Вслед за ним Дембская, разочаровавшись в лечебном эффекте вакцинотерапии при гинекологической гоноррее, иммунизировала, впрыскиванием под кожу живых гонококков, козла, сывороткой которого стала лечить сначала лишь 4 больных: двух взрослых женщин с гонорройными заболеваниями внутренних половых частей и двух девочек с гонорройным вульвовагинитом. Хотя при этом сыворотка не проявила резкого бактерицидного действия, но результаты в смысле исчезновения отека и инфильтрации пораженных частей, а также болей, сказались уже очень быстро. Ободренная этими первыми шагами, Дембская продолжала свою работу, причем путем опытов убедилась, что сыворотка в состоянии купировать болезненный процесс, если только впрыскивать ее возможно раньше и возможно ближе к гонорройному очагу. Дальнейшие клинические наблюдения убедили ее, что по своему клиническому значению серотерапия гонорреи у женщин стоит значительно выше вакцинотерапии — хотя бы уже по одному тому, что она дает результаты и в острых и в хронических стадиях заболевания. При всем том сывороточное лечение гонорройных заболеваний женской половой сферы за последнее десятилетие не нашло себе у нас новых приверженцев.

Гораздо большее распространение сохранила серотерапия при септических заболеваниях женщины, именно для лечения общего сепсиса, как пуэрпериального, так и послеоперационного. Обычно здесь применяется антистрептококковая поливалентная сыворотка, вводимая в сравнительно больших количествах (50—100 см³), причем, чем ранее введена она (подкожно или, еще лучше, прямо в кровь), тем больше шансов получается на успех.

Были у нас сделаны попытки лечить сывороткой и раки женской половой сферы, особенно рак матки (Михин), но попытки эти успеха не имели и скоро заглохли.

29. ПРОТЕИНОВАЯ ТЕРАПИЯ

Еще когда в науке разрабатывался вопрос о действии на организм вакцин и сывороток, со стороны некоторых исследователей высказывался взгляд, что действие это не носит строго специфического характера, — что всякая вакцина и всякая сыворотка, как бы они ни были приготовлены, при введении их под кожу, в ткани или в кровь вызывают в организме значительные изменения. Взгляд этот нашел свое высшее выражение в так называемой протеиновой терапии, суть которой заключается в парэнтеральном (не через желудочно-кишечный канал) введении с лечебной целью различных веществ, преимущественно белковой природы. И клинические наблюдения и эксперименты установили, что, будучи вводимы этим путем, вещества при введении в желудочно-кишечный канал, представляющиеся индифферентными, — вроде, напр., молока, — вызывают значительную реакцию со стороны организма, которая может быть утилизируема с лечебной целью. В чем кроется причина их целебного действия, — это до сих пор не выяснено вполне определенно. Наибольшим распространением пользуется в настоящее время объяснение Вейхардта, что парэнтерально вводимые вещества активизируют протоплазму всех клеточных элементов организма, повышают ее жизнедеятельность. Экспериментальные исследования Малкина свидетельствуют, что протеиновая терапия ведет к повышению в крови неспецифических защитных веществ (алексинов и опсионов). Улезко-Строганова нашла, что наиболее важную роль играет здесь ретикуло-эндотелиальная ткань.

Как бы то ни было, факт могущественного биологического влияния протеиновой терапии на организм стоит вне всяких сомнений, и немудрено, что к настоящему времени не осталось, можно сказать, ни одной болезни, при которой бы не рекомендовался этот лечебный метод. Широкое применение нашел он и при гинекологических заболеваниях — как у нас, так и за границей. При этом различные авторы рекомендовали для парэнтерального введения различные вещества, в различной дозе, да и путь их введения указывался неодинаковый.

Большинство гинекологов, применявших протеиновую терапию, пользовались для нее стерильным коровьим молоком, но неко-

торые, как Софотеров, предпочитали употреблять козье молоко, другие, как Бутомо и Смирнова, — женское, а третьи (Милютинна, Серединский) брали вместо молока сливочное масло. Здесь кстати упомянем, что, по наблюдениям Смирновой, женское молоко, при парентеральном введении, дает совершенно иную общую реакцию, чем коровье молоко.

Доза молока, применявшаяся Бутомо, колебалась от 2 до 5 см³, у Фейертага при первых впрыскиваниях равнялась 1½ — 2 см³, у Софотерова варьировала от 2 до 15 см³, Сладкова начинала с 5 — 6 см³, постепенно доходила до 10 см³, потом уменьшала дозу; Милютинна, применявшая для парентерального введения сливочное масло, вводила каждый раз 0,2 — 0,3 его, повторяя впрыскивания ежедневно или через день.

Техника введения употребляемых для протеиновой терапии веществ также является различной: в то время как, например, Милютинна и Фейертаг предпочитали внутримышечное их введение, Губарев настоятельно высказывается в пользу введения их в подкожную клетчатку.

Будучи вводимы парентерально, молоко и др. вещества, применяемые для протеиновой терапии, вызывают в организме более или менее значительную, в зависимости от дозы, реакцию — общую (озноб, повышение t°), местную (покраснение, припухлость и болезненность в месте укола) и очаговую (усиление присущих воспалению признаков в воспалительных очагах).

Что касается терапевтических результатов, полученных различными русскими авторами, применявшими протеиновую терапию при женских болезнях, то здесь мы встречаем еще более разногласия, чем в дозировке, технике и пр. Правда, почти все они, — за исключением Кустова, отрицательно относящегося к этому методу, — считают протеиновую терапию ценным способом лечения гинекологических заболеваний, именно заболеваний воспалительного характера, но в детальном определении круга применения ее они довольно резко расходятся.

Между тем как, например, Сладкова, Елкин и др. нашли, что лучше всего протеиновая терапия действует при острых и подострых воспалительных процессах, хуже при хронических, Шустер-Кадыш наилучшие результаты от нее видела при хронических заболеваниях женского полового аппарата. Между тем как, далее, Елкин, заявляет, что гонорройные заболевания вовсе не должны быть лечимы этим методом, а Фейертаг при гонорройных сальпингитах получил от протеиновой терапии скорее ухудшение, другие авторы, как Бутомо и Софотеров, имели от нее хороший результат именно при гонорройных воспалениях. Более согласия существует во взглядах на благотворное действие протеиновой терапии при экссудативных параметритах (Селиц-

кий, Бутомо, Фейертаг, Елкин и др.), а также при маточных кровотечениях (Селицкий, Бутомо, Сладкова, Ришар). Из других женских болезней авторами указываются, в качестве подходящих для этого способа лечения, маститы (Бушмакина), гипогалактия (Ришар); но не гнойные процессы (Елкин, Смирнова) и не аменорея (Селицкий).

30. ЛЕЧЕНИЕ СКИПИДАРОМ ПО КЛИНГМЮЛЛЕРУ

Помимо протеинового лечения чужеродными белками, вводимыми парэнтерально, в современной гинекологии с успехом применяется и лечение собственным белком, отщепляющимся и всасывающимся вследствие повреждения тканей химическими веществами. В качестве такого вещества Клингмюллером был предложен 20% — 25%-ный раствор скипидара в прованском масле, впрыскиваемый в дозе от 0,2 до 1,5—2,0 $см^3$ внутримышечно, на поверхность надкостницы или субпериостально, с промежутками в 3—5 дней. Лечение это дает особенно хорошие результаты при острых и подострых воспалительных процессах различной природы (кроме туберкулезных), где оно дает быстрое прекращение болевых явлений, рассасывание экссудатов и остановку маточных кровотечений.

У нас наблюдения над этим способом лечения были опубликованы Черепахиным, Бубличенко, Лейбчиком, Крилицким, Мироновым и др. авторами, которые применяли обычно 25%-ный раствор скипидара в прованском масле, а Черепахин, кроме того, употреблял смесь 15 ч. скипидара, $\frac{1}{2}$ солянокислого хиннина, $\frac{1}{2}$ новокаина и 84 ч. прованского масла (впрыскивания этой смеси лучше переносятся больными, чем впрыскивания раствора одного скипидара). Доза у Черепахина равнялась 0,5—1,0 $см^3$, причем впрыскивания производились через 2 дня в третий, Лейбчик же первоначально начинал с 0,2—0,3 раствора скипидара, предварительно подогретого до температуры тела и, повторяя впрыскивания через 3—4 дня с прибавкою каждый раз 0,1, доводил дозу до 0,9—1,0 $см^3$, а потом стал впрыскивать по 0,2—0,5, ограничивая число впрыскиваний 3—4 (с промежутками опять-таки в 3—4 дня) и, в случае нужды, повторяя курс лечения после перерыва в 1—2 недели. Местом для впрыскиваний избиралась точка на 2—3 поперечных пальца ниже *crista ilei* по задней аксиллярной линии, причем Лейбчик тщательно следил, чтобы не ранить надкостницы. Миронов, применявший лечение по Клингмюллеру при острых осумкованных экссудативных процессах, сначала производил пункцию воспалительных очагов, а потом уже приступал к впрыскиваниям.

Наилучшие результаты от лечения Черепахин, как и Миронов, получил при острых процессах; Лейбчик и Крилиц-

кий — при подострых; Бубличенко также считает данный метод особенно умственным при всяких воспалениях, но с установившейся уже нормальной температурой. При хронических воспалениях все эти авторы получали от скипидарного лечения менее утешительные результаты. По наблюдениям Бубличенко при лечении по Клингмюллеру имеют место раздражения всех тканей организма, распад форменных элементов, повышение лейкоцитоза и местная гиперемия воспаленных органов половой сферы. По моему убеждению, в терапевтическом действии впрыскиваний скипидара играет роль и отвлекающее влияние их на воспалительные фокусы.

31. ГЭМОТЕРАПИЯ

Гэмотерапия, или лечение кровью, применяется в современной гинекологии в различных видах: иногда у больной берется ее собственная кровь и затем вводится обратно — аутогэмотерапия, иногда же больной вводится кровь, взятая от другого субъекта, — изогэмотерапия. В тех и других случаях больным может быть вводимая с лечебной целью или цельная кровь — ауто- и изогэмотерапия в строгом смысле слова, или полученная из нее сыворотка — ауто- и изосеротерапия.

При аутогэмотерапии добывается обыкновенно, — шприцем из локтевой вены, — небольшое количество крови (5—10 см³), и затем последняя или немедленно, при помощи того же шприца, впрыскивается обратно (под кожу, в мышцы или в вену, или из нее добывается сыворотка, которая и впрыскивается тем или иным путем. Опыт показывает, что такая аутогэмотерапия (или аутосеротерапия) оказывает значительное стимулирующее влияние на кроветворение и ферментативные процессы в организме, почему и применяется с успехом при болезнях крови (злокачественная анемия, гэмфилия и т. п.), инфекционных болезнях, аутоинтоксикациях (например, у беременных) и пр.

Бубличенко и Харитонов с успехом испробовали этот способ лечения и при воспалительных процессах в женской половой сфере, причем первый, имея в виду главным образом влияние аутогэмотерапии на кроветворение, считает ее показанной, особенно при длительных воспалениях у слабых, малокровных больных, Харитонов же, применивший в 93 случаях лечение интрамускулярными (в ягодицы) впрыскиваниями добытой из крови больных сыворотки в дозе 5—10 см³ с промежутками в 2—4 дня, сводит эффект этого лечения на аутовакцинацию с одной стороны и протеиновую терапию — с другой.

Малинин пытался лечить аутогэмотерапией раки женской половой сферы, но из 10 случаев получил известную степень улучшения над вливанием этого лечения лишь в 3.

К аутогемотерапии относятся и те случаи, когда мы пытаемся ввести в организм больных обратно значительные количества крови, утраченные ими при кровотечениях, например, при значительных кровоизлияниях в брюшную полость вследствие разрыва стенок беременной трубы, при последовых и послеродовых кровотечениях и т. п. В настоящее время рекомендуют кровь, излившуюся в полость брюшины при внематочной беременности, собирать в стерильный сосуд и, смешав с равным количеством физиологического раствора, или, еще лучше, локковской жидкости (раствор тех минеральных солей, какие содержатся в плазме человеческой крови, в той пропорции, в какой эти соли находятся здесь), вводить в вену больной; равным образом при маточных кровотечениях у рожениц советуют, собрав кровь (конечно, с соблюдением асептических предосторожностей) и смешав ее с физиологическим раствором и небольшим количеством 1%-ного раствора лимоннокислого натра (во избежание свертывания), вливать в прямую кишку. Но это уже относится не столько к области гинекологии в узком смысле слова, сколько к области акушерства.

Изогемотерапия применяется в гинекологической практике обычно в форме переливания крови, причем так как кровь представляет собою в сущности жидкую ткань, то здесь должны быть соблюдаемы те же условия, какие требуются при трансплантации органов,— методе, который рассматривается в хирургии и оперативной гинекологии.

Ограничимся поэтому здесь лишь упоминанием, что один из главных таких условий является наличие у лица, которому переливают кровь (реципиента), и лица, от которого берется кровь (донора), одинаковых изогэмагглютинационных групп. Как известно, в этом отношении все люди, согласно исследованиям Моссса, Янсского и др., делятся на 4 группы: I группа (по Мосссу)— это люди, у которых сыворотка крови агглютинирует эритроциты лиц, принадлежащих к остальным 3 группам, а их эритроциты агглютинируются сыворотками субъектов, принадлежащих ко всем прочим группам; II группа — люди, кровяная сыворотка которых дает реакцию агглютинации с кровяными тельцами I и III групп, их же эритроциты агглютинируются сыворотками III и IV групп; III группа — люди, у которых сыворотка агглютинирует кровяные тельца I и II групп, а их эритроциты агглютинируются сыворотками II и IV групп; наконец, к IV группе принадлежат люди, у которых сыворотка дает агглютинацию эритроцитам всех предыдущих групп, их же эритроциты не агглютинируются ни одной из сывороток первых 3 групп.

Упомянем еще, что с технической стороны переливание крови может быть выполняемо или прямым путем, когда производится прямое соединение кровеносных сосудов донора и реципиента (артерии первого с веной второго), или непрямым, когда кровь

донора собирают в стерильный сосуд, смешивают ее с раствором глюкозы или физиологическим раствором, а также небольшим количеством 1%-ного раствора лимоннокислого натра, и вводят в вену реципиента.

32. ПСИХОТЕРАПИЯ

За последнее время в медицине вообще и в гинекологии в особенности начинает все более и более видное место занимать психотерапия в форме лечения внушением — под гипнозом и без такового. Как уже говорилось выше, у женщин очень часто наблюдаются различные расстройства со стороны половой сферы функционального характера, т. е. такие, где путем обычных методов клинического исследования не удастся обнаружить какого-либо патолого-анатомического субстрата. Заболевания эти, — как опять-таки уже указывалось выше, — нередко имеют чисто психогенное происхождение. При них-то психотерапия и оказывает особенно ценные услуги, тогда как другие методы гинекологического лечения, — как неоперативные, так и оперативные, — нередко ничего, кроме вреда, не приносят, или если и приносят, то благодаря действию внушения.

Кюбьлянский, например, описывает случай, где ему удалось у истерички гипнотическим внушением излечить дисменоррею; о таких же случаях сообщают Геренштейн и др. авторы, Кольский у истерички, страдавшей аменорреей, путем внушения вызвал месячные; Дик подобным же образом с успехом лечил вагинизм, который он рассматривает, как сложный психический защитный рефлекс; многим авторам удавалось этим путем добиваться обезболивания родов и гинекологических операций. В заведываемой мною клинике наблюдалось также немало весьма демонстративных случаев подобного же рода.

33. ВНУТРЕННИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, НАИЧАЩЕ УПОТРЕБЛЯЕМЫЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

У гинекологических больных врачу приходится назначать, разумеется, самые разнообразные лекарственные средства для приема через рот — в зависимости от встречающихся здесь заболеваний и отдельных припадков. Некоторые средства, однако, применяются в гинекологической практике особенно часто. Во главе таких средств можно поставить обширную группу так называемых *styptica*, т. е. кровоостанавливающих средств, применяемых при маточных кровотечениях различного происхождения. С чисто практической точки зрения средства эти, по вызываемому ими эффекту, могут быть разделены на две категории: одни оказывают главным образом

именно кровоостанавливающее действие, почему и применяются с целью уменьшения слишком обильных кровопотерь из матки, т. е. меноррагий и метроррагий, другие же наряду с этим действием дают и обезболивающий эффект, ради которого преимущественно и назначаются, например, при дисменоррее и т. п.

Спорынья (*Secale cornutum*), занимающая бесспорно главное место среди *styptica* первой категории, представляет собою, как известно, перезимовавшую форму (склероций) грибка *Claviceps purpurea*, паразитирующего на ржи. В акушерской и гинекологической практике она находит себе широкое применение благодаря своей способности вызывать частью перистальтические, главным же образом тетанические сокращения маточной мускулатуры, какковые сокращения одни авторы объясняют непосредственным действием спорыньи на матку, другие же — влиянием ее на центральную нервную систему и в частности — на поясничную часть спинного мозга. Благодаря такому эффекту спорыньи, в акушерстве она употребляется при атипических кровотечениях в послеродовом периоде и при порочном обратном развитии пузырчатой матки, в гинекологии же — при фибромиомах матки (где она не только уменьшает кровопотери, но и оказывает задерживающее влияние на рост опухолей), при метро-эндометритах и др. заболеваниях, сопровождающихся мено- и метроррагиями. Из фармацевтических препаратов ее чаще всего в практике применяются: 1) *pulvis Secalis cornuti* в количестве 0,3—0,5 по 3 раза в день и больше, 2) *infusum Secalis cornuti* из 6,0—8,0 pro 180,0 через 2 часа по столовой ложке, 3) *extractum fluidum Secalis cornuti* по 10—30 капель, 3—4 раза в день и 4) *t-ra Secalis cornuti* по 10—30 капель, 3—4 раза в день.

Пользующийся столь широким распространением в практике эрготин представляет собою не какое-либо определенное химическое тело, а просто экстракт из спорыньи, приготовляемый различными способами. Особенно известен эрготин Бонжана (*ergotinum Bonjeani*), назначаемый внутрь (в пилюлях и растворе) по 0,05—0,2 на прием, или для подкожных впрыскиваний).

Что касается химического состава спорыньи и ее действующих начал, то последние даже и теперь являются не вполне изученными. По Кюберту главными действующими началами ее являются алколоид корнунин, безазотистая смола — сфацелотоксин и азотистый глюкозид — эрготиновая кислота. Именно корнунину, повидимому, и обязан своим фармацевтическим действием заслуженно пользующийся широким применением у гинекологов сскакорнин Рюша (доза — от 8 до 15 кап. на прием).

С практической точки зрения важно иметь в виду, что спорынья принадлежит к самым изменчивым лекарственным сред-

ствам. Уже спустя $\frac{1}{2}$ года после жатвы, т. е. сбора спорыньи, количество действующих веществ, содержащихся в ней, уменьшается до небольших размеров, а по истечении года оно может равняться нулю, если только собранный материал не был вскоре после сбора тщательно высушен.

Родственным спорынье по происхождению является маисовая головня (*Ustilago maydis*)—продукт развития подобного же грибка, только паразитирующего на маисе. Действие ее однако несколько отличается от действия спорыньи: по опытам Скутула, например, спорынья относится к средствам, вызывающим сужение периферических сосудов, маисовая же головня не обладает сосудосуживающим действием.

По своему распространению в качестве кровоостанавливающего при маточных кровотечениях со спорыньей соперничает канадский желтокорник (*Hydrastis canadensis*)—северо-американское растение из сем. Лютиковых, корень которого служит для приготовления жидкого экстракта (*extractum fluidum Hydrastis canadensis*), назначаемого обыкновенно при маточных кровотечениях по 15—40 капель, 3—4 раза в день, тинктуры (которую Снегирев предпочитал всем другим препаратам желтокорника, назначая ее по 20—25 капель, 4 раза в день) и уже упомянутого выше гидрастинина (который вводится обыкновенно подкожно, но может быть применяем и внутрь, по 0,01—0,03 на прием, до 3 раз в день, в форме пилюль).

Корень *Hydrastis canadensis* содержит два алкалоида: берберин (предложенный некоторыми авторами против дисменорройных болей подкожно, в 1%-ном растворе, по целому шприцу в 1,0, или через рот по 0,03 на прием) и гидрастин. Последний, по видимому, и является здесь главным действующим началом. По опытам Славутинского, Живописцева и Сердцева он влияет на матку центральным путем. Путем окисления из него получается упоминавшийся выше гидрастинин, действующий еще более сильно,—при этом, по Курдиновскому, независимо от центральной нервной системы,—на собственный нервно-мышечный аппарат матки.

Скутул относит желтокорник к числу средств, которые, после непродолжительного сужения сосудов, вызывают их расширение, повышают кровяное давление, усиливают маточный тонус и придают сокращениям матки тетанический характер.

Довольно значительным распространением в гинекологической практике пользуются также, в целях борьбы с маточными кровотечениями, травянистый хлопчатник (*Gossypium herbaceum*)—растение, дающее всем известную вату,—и северо-американское растение *Hamamelis virginica*. Из корня травянистого хлопчат-

ника готовится или жидкая вытяжка (*extractum fluidum Gossypii herbacei*), которая дается по 3—4 стол. ложки в день, или настой (из 15,0 на 180,0 по Наркевичу), употребляемый также столовыми ложками, по 1 ложке через $\frac{1}{2}$ —1 час. В виде жидкого экстракта применяется и *Hamamelis*, корень и листья которого, по Догелю, содержат дубильную и галлусовую кислоты, а в листьях, кроме того, содержится эфирное масло; дается *extractum fluidum Hamamelis virginicae* по 1—2 чайных ложки 3 раза в день.

По исследованиям Бегуна жидкая вытяжка травянистого хлопчатника представляет собою сосудосуживающее средство, не вызывающее у беременных перерыва беременности и, в количестве 3—4 столовых ложек, ежедневно могущее быть употребляемым долгое время без всяких побочных явлений. Мирюнов нашел, что она не оказывает никакого влияния на сократительную деятельность матки и не приносит никакой пользы при маточных кровотечениях, зависящих от фибромиом, но может быть с успехом применяема при кровотечениях воспалительного происхождения. Этот автор предполагает, что она, действуя на нервномышечный аппарат матки, оказывает в то же время значительное влияние на сосуды. Что касается вытяжки из корня и листьев *Hamamelis virginicae*, то по Скутулу она не оказывает влияния на матку, но вызывает сужение сосудов с повышением кровяного давления.

В новейшее время у нас стала широко употребляться, при маточных кровотечениях, жидкая вытяжка водяного перца (*extr. fluidum Poligoni hidropiperis*), по 30—40 капель, 3—4 раза в день.

Изученное фармакологически в лаборатории Кравкова средство это, по наблюдениям Каминской, Петровой и Усковой, Чернобульского и др., дает хорошие результаты при мено- и метроррагиях различного происхождения (по Недодаеву ему не поддаются лишь кровотечения, зависящие от задержки в матке частей плодного яйца и от порочной обратной инволюции этого органа).

По новейшим исследованиям Ромеля кровоостанавливающее действие водяного перца зависит от вызываемого им повышения свертываемости и густоты вязкости крови; действие это начинается спустя 10—15 мин. после введения вытяжки водяного перца *per os*, достигает своего максимума через $\frac{1}{2}$ —1 ч. и держится на этой высоте 8—9 часов. Помимо кровоостанавливающего действия, Каминская и Недодаев подметили, что вытяжке водяного перца присущ и обезболивающий эффект,— так что в этом отношении она стоит на границе между *stypica* первой и второй категорий.

Довольно видное место среди кровоостанавливающих средств в настоящее время начинают занимать, при маточных кровотечениях, соли кальция, именно, хлористый кальций и молочнокислый кальций. Первый употребляется обычно в 3%-ном растворе, вводимом или в вену, или через рот,— в последнем случае по 1 столовой ложке 3 раза в день, причем каждый прием надо запивать молоком, молочнокислый кальций назначается в порошках, по 0,3, также 3 раза в день.

Кроме перечисленных средств, различными авторами и в различное время были испытаны и рекомендованы многие другие средства против маточных кровотечений, частью заимствованные из народной медицины. Упомянем среди них о полевом хвоще (*Equisetum arvense*), который Снегирев советует принимать в виде порошка по 1 чайной ложке несколько раз в день, а Ждан-Пушкин— в виде отвара (столовая ложка порошка истолченной травы заваривается чашкой кипятка, минут через 15 настой сливается и дается холодным по целой чашке, 2—3 раза в день),— о грабелях (*Erodium cicutarium*), настоей которых, из 15,0 на 180,0, через 2 часа по столовой ложке, по Комюровичу, с успехом может быть употребляем при кровотечениях из матки, зависящих от метрига, фибромиом и т. п.,— об обыкновенной крапиве (*Urtica dioica*), от применения которой в виде настоя из 10,0 листьев, на 200,0 воды (через 2 ч. по столовой ложке) хорошие результаты видел при маточных кровотечениях Калабин (тогда как Зюков много раньше рекомендовал крапиву, напротив, при аменоррее) и пр.

Применяя различные кровоостанавливающие средства при маточных кровотечениях, надобно иметь в виду, что, как я убедился, организм больных иногда очень быстро привыкает к ним, и средство, ранее уменьшавшее, например, меноррагии, в дальнейшем зачастую перестает оказывать желаемый эффект; поэтому в практике полезно бывает время от времени менять их. Целесообразно также бывает иногда пользоваться смесями различных кровоостанавливающих средств.

Я, например, охотно назначаю *Secale cornutum* вместе с *Hydrastis canadensis* (Rp. extr. fl. *Secalis cornuti*, 10,0, extr. fl. *Hydrastis canadensis* 20,0 MDS по 30 кап. 3—4 раза в сутки); Снегирев советует применять тинктуру *Hydrastis* в смеси с *tinctura Hamamelis virginicae*; Парсамов видел хороший эффект от применения гэмостина (в таблетках по 0,2 несколько раз в день), представляющего собою смесь экстрактов *Hydrastis*, *Gossypii* и *Hamamelis* вместе с хиной и т. д.

Переходя теперь ко второй категории кровоостанавливающих средств,— к тем средствам, которые употребляются в практике не столько ради их кровоостанавливающего эффекта, сколько из-за

того, что они оказывают обезболивающее действие на женскую половую сферу, почему и применяются при дисменоррее и т. п.; отметим среди них прежде всего стиптицин и стиптол.

Стиптицин представляет собою солянокислую соль котарнина (cotharninum hydromuriaticum) или оксиметил-гидрастинина, — вещества, получаемого из наркотина, одного из алкалоидов, содержащихся в опиум. Стиптол есть фталевокислая соль того же котарнина. Действуя приблизительно одинаково, оба эти средства употребляются в одних и тех же дозах, — по 0,05, 3 раза в день, в порошках или таблетках.

По физиологическому действию на матку и периферические сосуды Скутула относит стиптицин к той же группе средств, куда им отнесены спорынья, эрготин и т. п. Другие исследователи, однако, видят в нем средство, действующее на мозг и рефлекторно вызывающее понижение кровяного давления вместе с замедлением тока крови. По клиническим наблюдениям Недородова, стиптицин является хорошим кровоостанавливающим средством при маточных кровотечениях, не вызывающим, однако, сокращений матки; напротив, он оказывает на последнюю успокаивающее действие, а отчасти дает и снотворный эффект. К таким же заключениям относительно действия этого средства при- мыкаю и я.

Отчасти кровоостанавливающее, главным же образом успокаивающее действие на матку в смысле понижения ее возбудимости оказывает, повидимому, и кора растения *Viburni prunifolii*, применяемая в акушерской и гинекологической практике в виде жидкого экстракта, по 40—60 кап., 4 раза в день.

Опыты Скутула показали, что средство это вызывает сужение периферических сосудов и повышение кровяного давления, маточный же тонус понижает, а равно уменьшает частоту и силу маточных сокращений.

Далее, к разбираемой категории могут быть отнесены разные салициловые препараты — антипирин, фенацетин, пирамидон и особенно салипирин, от которого я получил очень хорошие результаты при меноррагиях, сопровождаемых дисменорреей воспалительного происхождения (средство это назначается в дозе 0,5—1,0 несколько раз в день), а Снегирев относит сюда индийскую коноплю (*Cannabis indica*), даваемую в виде тинктуры, по 10 капель, 3—5 раз в день; надо, однако, иметь в виду, что у некоторых нервных субъектов даже и в такой дозе конопля может вызвать психические расстройства в форме галлюцинаций и пр.; такой случай описан самим Снегиревым в его руководстве,

подобный же случай наблюдал однажды и я — от употребления впрочем *extracti Cannabis indicae* в количестве 0,015, 3 раза в день.

В качестве главным образом обезболивающих, но отчасти и регулирующих маточные кровотечения, гинекологами употребляются и другие средства: атропин, берберин и мн. др. Не останавливаясь на их обзоре, скажем лишь несколько слов о хинине, который Успенская считает лучшим болеутоляющим при гинекологических заболеваниях вообще, а при воспалительных заболеваниях придатков, параметрите и гоноррее признает даже за специфическое средство, — а именно, что с этим средством надо все-таки быть осторожным у беременных женщин, так как мне, например пришлось в своей практике наблюдать много случаев выкидыша, происшедшего несомненно от употребления больших доз хинина.

Противоположное, по сравнению с только что перечисленными средствами, действие на матку проявляют так называемые *emmenagoga*, т. е. месячногонные средства, применяемые гинекологами при функциональной аменоррее, ради вызываемого ими прилива крови к матке. К этой группе могут быть отнесены, прежде всего, почти все те средства, которые в своем месте были нами указаны в качестве abortивных, например, алоэ, сабина, рута и пр.

Алоэ, или сабур, сгущенный млечный сок некоторых южноафриканских растений, обычно употребляется в медицине как слабительное. Так как, однако, средство это производит прилив крови ко всем брюшным и тазовым органам, то его издавна применяют и в качестве месячногонного, причем для последней цели служат обычно так называемые итальянские пилюли (*pillulae aloëticae ferratae*), состоящие из равных частей (по 0,05 в каждой пилюле) алоэ и *ferri sulfurici* и употребляемые по 1—2 пил. 3 раза в день.

Сабина, или казачий (или донской) можжевельник (*Juniperus sabina*), и рута (*Ruta graveolens*) содержат — первая особенно в своих молодых ветках, вторая в листьях — острые эфирные масла, которые также раздражающим образом действуют на кишечник, почки и половые органы, обуславливая прилив крови к ним. Для вызывания месячных при функциональной аменоррее я обыкновенно применяю пилюли, содержащие оба эти средства в смеси с алоэ и спорыньей, по следующей формуле: *Rp. pulv. Secalis cornuti, pulv. Sabinae, pulv. Rutae aa 1,5, aloës 0,6, massae pill. q. s. u. f. pill. № 30, по 3 пилюли в день.*

Успехом может быть применяем, в качестве месячногонного и *kali hypermanganicum* — лучше всего в пилюлях, по 0,12—0,15 на прием, 3 раза в день, после еды.

Из месячногонных, введенных в употребление в новейшее время, упомянем об эвменоле Мерка, назначаемом по 1 чайной ложке 3 раза в день, и амениле (метилгидрастимиде), употребляемом в таблетках по 0,05 2 раза в день.

Иногда гинекологу приходится прибегать, при отсутствии или ослаблении полового чувства у женщины и к так называемым *aphrodisiaca*, т. е. средствам, повышающим это чувство. Издавна славою такого средства пользовались шпанские мухи (*cantharides*, водящиеся в средней и южной Европе жуки блестящего зеленого цвета, зоологическое название которых—*Litta vesicatoria*). Внутрь употребляется или порошок из шпанских мух (*pulvis cantharidum*), или добываемых из них кантаридин ангидрид кантаридиновой кислоты,—то и другое средство лучше в виде пилюлей, первое в количестве 0,015 и не более 0,06 *pro dosi*, второе—от 0,0003 до 0,0006, *maximum* 0,001 на прием. При назначении их надо иметь в виду, что и кантариды и кантаридин—вещества в высшей степени ядовитые, неосторожное применение которых легко может повести к смертельному воспалению почек.

Из новейших средств, принадлежащих к данной группе, заслуживают упоминания: иогимбин, алколоид, содержащийся в коре южно-африканского растения *Jambou* (в медицине употребляется обыкновенно солянокислая соль его, *johimbinum muriaticum*, в 1%-ном растворе, по 5—10 капель 3 раза в день, или в таблетках, содержащих по 0,005 иогимбина), муирацитин, представляющий собою смесь лецитина с вытяжкой из тропического растения *Muiru ruata* (в аптеках имеется в виде патентованных пилюль, доза—от 6 до 8 пилюль, или в виде жидкого экстракта, назначаемого по 15 капель 3 раза в день), и жидкая вытяжка из растения *Damiana* (употребляется внутрь по 30—40 капель на прием).

Противоположное действие оказывают средства, понижающие половую возбудимость, среди которых отметим соли брома, однобромистую камфору (дается в порошках по 0,2 с прибавкой 0,5 молочного сахара) и пр.

За последнее время, с развитием учения о внутренней секреции и с выяснением ее роли в этиологии различных заболеваний женской половой сферы, широкое применение в гинекологической практике получили так называемые опопрепараты, т. е. препараты из эндокринных желез, особенно яичников, грудных желез, щитовидной железы, мозгового придатка и надпочечников.

Яичниковые опопрепараты, применяемые в гинекологической практике, известны под различными названиями: овариина, оофори́на, пропровари́на, лютеина, лютеобовара, оварадена, оварикина

и пр. Приготавливаются они из яичников некоторых животных, например, овец, причем для изготовления их берутся или яичники целиком (оваринин), или только части их — желтые тела (лютеин, лютеоовар), части сосудистого слоя (пропровариин) и пр. Употребляются внутрь яичниковые опопрепараты или в виде порошков, или в жидком виде, чаще же в виде таблеток (*in trochiscis compressis*), — или в чистом виде, или в смеси с препаратами железа (я, например, охотно назначаю порошок овариина пополам с ферратином; имеются и таблетки, заключающие в себе смесь яичниковых опопрепаратов с препаратами железа, например, таблетки из овариен-триферрина). Назначаются эти препараты большей частью в дозе 0,3 и 0,5, 3 и 2 раза в день (около 1,0 *pro die*), причем я придерживаюсь правила, чтобы больные принимали их на тощей желудок, перед едой, так как есть основания думать, что соляная кислота желудочного сока действует на все опопрепараты разлагающим образом (в этих же видах я рекомендую обыкновенно принимать яичниковые и все другие опопрепараты вместе с содовой водой, или просто запивать их водою, в которой распущено немного соды). Показаниями к их применению служат все те расстройства женской половой сферы, которые, по современному взгляду, обязаны своим происхождением или недостаточной внутренней секреции яичников (амеоррея, климактерические расстройства, так называемая молочная сухотка и пр.), или, наоборот, гиперфункции последних (меноррагии); при первых назначаются ивариин и др. препараты, изготовляемые или из всего яичника, или из частей его, не содержащих желтых тел (при этих же расстройствах я видел хорошие результаты от применения опопрепаратов, приготовленных из мужских половых желез, например, спермина), при вторых в настоящее время считается показанным употребление вытяжек из желтых тел (лютеин, лютеоовар и пр.).

Яичниковые опопрепараты иногда представляют просто высушенные яичники животных в форме порошков или таблеток. Успенский, отрицательно относясь к таким порошкам и таблеткам из яичниковой ткани, рекомендует для терапевтических целей применять стерильные водные или глицериновые вытяжки из яичников, вводимые подкожно, причем для приготовления этих вытяжек советует брать яичники не позже 5—6 часов после смерти животного. Опыт, однако, показывает, что и препараты из высушенных яичников, употребляемые внутрь, дают при указанных выше заболеваниях желаемый терапевтический эффект.

В новейшее время Брауде и Либен с успехом испробовали яичниковые препараты, изготовленные по способу Штерн-

Бателли. Способ этот основан на наблюдении, что эндокринные железы продуцируют свойственные им гормоны и после удаления из тела. Если взять свежесрезанный яичник, разрезать его на пластинки и опустить их в физиологический раствор, то в последнем оказываются яичниковые гормоны, которые и могут быть применены с лечебной целью.

Опопрепараты из грудных желез, например, маммин, действующие на женскую половую сферу диаметрально-противоположно яичниковым (тогда как последние, — за исключением приготовленных из желтых тел, — усиливают кровоснабжение половых частей, первые, напротив, уменьшают его), с пользою применяются при тех патологических состояниях — преимущественно матки, происхождение которых современная наука ставит в связь с чрезмерным кровоснабжением этого органа, а именно, при меноррагиях, гиперпластических эндометритах, хронических метритах и особенно при фибромиомах матки. Что касается, в частности, этих последних, то в своей практике я наблюдал десятки случаев, где систематическое, долговременное употребление маммина (в таблетках по 0,3—0,5, 2—3 раза в день) вело, параллельно с уменьшением кровотечений, к остановке роста этих опухолей, а в отдельных случаях я видел от этого средства и обратное развитие фибромиом, — хотя не до полного их исчезновения.

Одно время при фибромиомах усиленно рекомендовался, из опопрепаратов, тиреоидин, получаемый из щитовидной железы и даваемый в порошке или таблетках в количестве 0,5—1,0 в день, но за тем он был вытеснен маммином, ввиду его неблагоприятного действия на сердце.

Из препаратов гипофиза в гинекологии, как в акушерстве, употребляются: питуитрин, представляющий собою 20%-ную вытяжку из задней доли мозгового придатка с прибавлением хлоретона, питугландол — 10%-ная вытяжка из инфундибулярной части гипофиза, вапорол — 20%-ная вытяжка из задней доли *partis intermediae* гипофиза быков и др. Вводятся эти препараты чаще не через рот, а подкожно, причем применяются, благодаря своей способности вызывать сокращения гладкой мускулатуры, при маточных кровотечениях атонического характера — в качестве кровоостанавливающих, при слабости мочевого пузыря, после гинекологических операций, — с целью вызывать диурез при недостаточной перистальтике кишек, также у оперированных, — как *peristalticum* и пр. Некоторые авторы наблюдали, кроме того, хорошие результаты от применения препаратов из гипофиза (в частности, питугландола) при аменоррее.

Наконец, из препаратов надпочечников наибольшим употреблением пользуется в гинекологии адреналин, или супраренин, представляющий собою, повидимому, гормон надпочечных желез в чистом виде. В практике применяется или сам адреналин или солянокислая соль его *adrenalinum hydrochloricum*), тот и другая в растворе 1:1000,— с целями обескровления тканей при гинекологических операциях (для чего операционное поле смазывается указанным раствором), в видах увеличения продолжительности местной анестезии, опять-таки при операциях (для чего раствор адреналина прибавляется к растворам кокаина и др. местных обезболивающих) в целях поднять сердечную деятельность (для чего несколько капель адреналинового раствора прибавляется к вливаемым подкожно или внутривенно солевым растворам) и т. п.

Так как заболеваниям женской половой сферы зачастую сопутствуют заболевания других органов, особенно соседних с половыми частями, т. е. мочевых органов и кишечника, то гинекологами наряду с внутренними и лекарственными средствами, действующими на матку и вообще половые органы, приходится очень часто назначать своим больным и лекарства, действующие на эти органы. Так, при воспалительных процессах в мочевой системе,— циститах, пиелитах и т. п.,—они часто назначают средства, дезинфицирующие мочевые пути, например, солол, уротропин, пельмитол и амфотропин (представляющий собою смесь трех предыдущих средств),— по 0,5 3 раза в день, обыкновенно с прибавкой на каждую дозу 0,01—0,015 экстракта индийской конопли; при сопровождающих гинекологические заболевания запорах больным зачастую приходится назначать различные слабительные, а при поносах—такие средства, как таннальбин, *magisterium bismuthi*, опий и т. п.

III. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Хотя, как уже было сказано выше, царившее еще не так давно в гинекологии увлечение оперативным вмешательством в настоящее время значительно остыло, однако, и теперь оперативное лечение заболеваний женской половой сферы имеет очень широкий круг применения, а при некоторых из этих заболеваний, например, при известных новообразованиях женских половых частей, при нарушении их целостности и пр., оно является единственно достигающим цели.

Общею целью оперативного вмешательства в гинекологии, как и в других отраслях медицины, служит или восстановление нарушенных каким-либо болезненным процессом нормальных анатомических отношений, или удаление из организма какого-либо органа (или части его), который является источником опасности для здоровья или самой жизни больной и который нельзя привести в нормальное состояние, — анатомически и функционально, — при помощи других, разобранных нами выше, способов лечения. Таким образом операция здесь, как и в других отделах медицины, является *ultimum refugium*, — последним средством, к которому прибегают лишь тогда, когда другие средства исчерпаны или почему-либо не могут быть применены. Решаясь на нее, следует иметь в виду, что, во-первых, всякое оперативное вмешательство сопряжено с известною опасностью для жизни больных: опасности таит в себе наркоз, неизбежно требующийся при многих операциях, опасною является операционная травма, главная же опасность кроется в возможности септического заражения оперируемых; во-вторых, при операциях, сопряженных с удалением известных частей полового аппарата, надо считаться с тем обстоятельством, что удаление это, особенно удаление половых

желез у молодых женщин, далеко небезразлично для организма больных и нередко ведет к таким расстройствам, которые превышают расстройства, побудившие гинеколога прибегнуть к операции.

Другими словами говоря, относительно гинекологических операций приходится повторить то же, что в своем месте нами было сказано относительно акушерских операций, а именно, что каждая операция, как бы незначительной она ни казалась, должна быть произведена не иначе, как при наличии, с одной стороны, определенных показаний к ней, а с другой — при наличии необходимых для выполнения ее условий. Среди показаний к различным видам оперативного вмешательства у гинекологических больных, в общем, можно различать две группы: жизненные или абсолютные показания (*indicaciones vitales*), при наличии которых уклонение от оперативного вмешательства ведет к смертельному исходу, и показания относительные — в интересах здоровья больной. Что касается условий, то они должны быть, в общем, таковы, чтобы в каждом отдельном случае операция могла быть выполнена с наименьшей опасностью для жизни и здоровья больных, и, во всяком случае, — чтобы опасность эта была меньше той, которая грозила бы больным без операции. Условия эти кроются отчасти в организме самих больных, отчасти вне его, — в той обстановке, в которой производится операция, а также в умениях и способностях оперирующего. Главная задача последнего и заключается в том, чтобы прежде, чем приступить к операции, а иногда уже во время самой операции, взвесить все эти показания и условия, причем, само собою разумеется, здесь необходима строгая индивидуализация отдельных случаев. «Врач должен лечить не болезнь, а больного», и правило это при оперативном лечении должно быть соблюдено строже, чем при разных способах неоперативного лечения, ибо именно здесь несоблюдение его может вести к особенно печальным, непоправимым последствиям.

Разумеется, многое тут зависит от знаний и опыта врача. Начинающие товарищи много ценных указаний на этот счет найдут в специальных руководствах по оперативной гинекологии, среди которых в отечественной литературе отметим капитальные труды Губарева и Отта. Здесь же, не касаясь отдельных видов оперативного вмешательства и отдельных заболеваний, требующих оперативной помощи, я ограничусь лишь изложением некоторых общих, основных правил оперативной гинекологии, относящихся частью к внешним условиям, при которых дол-

жны быть производимы гинекологические операции, частью — к технике последних, частью, наконец, к послеоперационному уходу.

1. ОПЕРАЦИОННАЯ КОМНАТА

Для производства гинекологических операций в частной практике пригодна любая достаточно просторная, теплая и светлая комната. В гинекологических клиниках и больницах, где самые разнообразные операции, — «большие», т. е. чревосечения, и «малые», т. е. не сопряженные со вскрытием брюшины, септические и асептические, — производятся весьма часто, следует, конечно, иметь для них специально приспособленное помещение, или, еще лучше, несколько отдельных помещений, — одно для «чистых», т. е. асептических случаев, другое — для «грязных», септических.

Для какого бы сорта операций ни служила операционная, она должна быть прежде всего достаточно просторна. Далее она должна быть хорошо освещена, ибо всякую оперативную манипуляцию желательно производить под контролем зрения. В свое время было немало споров о преимуществах верхнего и бокового освещения для операционных. Так как в гинекологической практике весьма многие операции приходится производить через рукав, то, конечно, для гинеколога важно иметь в операционной достаточное боковое освещение; при таком освещении можно производить и брюшностеночные чревосечения, хотя специально для этих последних будет выгоднее, если свет будет падать сверху, со стороны потолка. Так как, затем, гинекологических больных нередко приходится оперировать, в экстренных случаях, не только днем, но и ночью, то операционная, кроме дневного, должна быть обеспечена и искусственным освещением — лучше всего при помощи достаточно сильных электрических ламп с рефлекторами, которые бы бросали свет не только в направлении сверху вниз, но, на случай влагалищных операций, и в боковом направлении.

Для лучшего освещения операционного поля при влагалищных операциях, кроме электрических ламп с рефлекторами, утвержденных на штативах, можно пользоваться также лобными лампочками, опять-таки снабженными рефлектором (рис. 228), или зеркалами Отта, в которых лампочки прикрепляются к ложкам самих зеркал (см. рис. 46).

Комната для гинекологических операций должна, затем, хорошо вентилироваться и отапливаться. Так как при операциях этих значительная часть тела больной остается обнаженной, то температура в операционной должна быть не ниже градусов 18 по Ц. Наи-

более строго требование это надо соблюдать при длительных лапаротомиях, где брюшные внутренности долгое время остаются доступными действию воздуха,—где притом кожная поверхность тела больной остается продолжительное время смоченною дезинфицирующими растворами, содержащим кистом яичника и пр., особенно же — где операцию приходится производить у слабых, истощенных субъектов. Чрезмерное охлаждение тела во время операции может, в подобных случаях, повести к смертельному шоку.

Самое главное, однако,—операционная должна быть устроена так, чтобы в ней возможно было производить операции асептически. Хотя инфекция через воздух,—«Luftinfektion» немецких

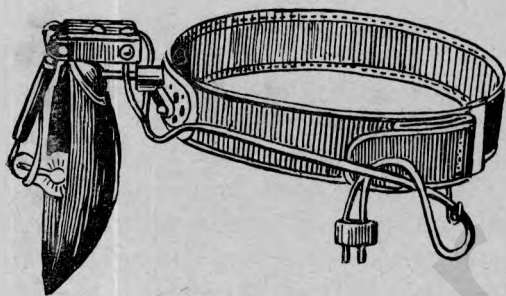


Рис. 228. Лобная лампочка с рефлектором.

авторов,—и играет, по современным воззрениям, гораздо меньшую роль в заражении ран, чем инфекция через соприкосновение («Kontaktinfektion»), тем не менее и ее лучше по возможности устранить. В воздух операционной комнаты, а из него — на операционные раны, микробы могут по-

пасть вместе с пылью со стен и потолка этой комнаты. Отсюда—последняя должна быть устранена так, чтобы в ней было возможно меньше мест, где бы могла скопляться пыль: в ней не должно быть различных глухих закоулков, углы на месте соединения стен с потолком должны быть закруглены, стены и потолок — выкрашены масляной краской, чтобы их можно было, время от времени, мыть, поступающий из вентиляторов в помещение операционной воздух должен быть профильтрован через несколько слоев марли.

Помимо этого в операционных помещениях современных клиник и больниц имеются еще специальные приспособления, позволяющие перед каждой операцией освобождать воздух помещения от носящихся в нем пыли и микробов. Одно из таких приспособлений состоит из сети водопроводных труб, расположенных на потолке операционной и снабженных массой отверстий, причем под каждым отверстием находится небольшая, плоская фарфоровая чашечка. Когда вода пускается в эту сеть, она струями льется через отверстия; струи ее, падая на чашечки, отража-

ются от последних мелкими брызгами, которые затем падают на пол помещения в виде мелкого, частого дождика, очищающего воздух от носящихся в нем частиц. Еще проще этого достигнуть, наполняя, — как то делается в заведомой мною клинике, — помещение операционной водяным паром, который, конденсируясь и опускаясь вниз в виде тумана, увлекает с собою всю воздушную пыль.

Уже необходимость очищать воздух описанными сейчас приемами — мыть стены и потолок и пр. — требует, чтобы пол операционной был сделан из не всасывающего воды материала, например, из стеклянных плиток, так называемых метлахских плиток, цемента и т. п. Это тем более нужно, что при операциях на него нередко проливаются дезинфицирующие жидкости, изливается выпускаемая у больных асцитическая жидкость, жидкое содержимое кист, гной, кровь и т. п. Чтобы жидкости эти не застаивались, далее, в операционной, необходимо, чтобы пол ее был свободен от щелей и углублений, а также — чтобы он был снабжен сточным отверстием и был не вполне горизонтален, а несколько покат по направлению к этому отверстию.

В ближайшем соседстве с операционной должны располагаться, в благоустроенных больничных учреждениях, вспомогательные помещения: комната, где участники операции могли бы переодеваться в стерильные полотняные костюмы и дезинфицировать себе руки, далее — комната, где бы можно было подготавливать больную к операции и наркотизировать ее, а главное — комната для стерилизации перевязочного материала, инструментов и пр. (так наз. стерилизационная); лучше всего, если последняя будет соединена с операционной при помощи окна, через которое и подается готовый перевязочный материал, инструменты и т. п. Что касается наркоза больных, окончательной дезинфекции брюшных стенок у них перед лапаротомией, переодевания участников операции в стерильные костюмы и дезинфекции их рук, то по нужде все это может производиться и в самой операционной, почему последняя должна быть снабжена несколькими раковинами с проведенной горячей и холодной водой; это тем более необходимо, что иногда оператору и его ассистентам приходится повторять дезинфекцию рук уже во время самой операции.

Само собою разумеется, что операционная комната не должна быть загромождена лишнею мебелью: операционный стол, несколько столиков для инструментов, лигатур и перевязочного материала, столик с принадлежностями наркоза, несколько штативов для бутылей с дезинфицирующими растворами и тазов —

должны исчерпывать всю ее обстановку. Вся эта мебель должна быть такова, чтобы ее легко можно было держать в чистоте и по возможности в асептическом состоянии; лучше всего, если она будет металлическая, а столешницы у столиков для перевязочного материала — стеклянные. Шкафов с инструментами и лигатурным материалом в самой операционной лучше не держать, они должны стоять в другом помещении, поблизости от нее.

2. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ И УСТРОЙСТВО ОПЕРАЦИОННОГО СТОЛА

Главная вещь в обстановке операционной комнаты — это, конечно, стол, на котором производятся гинекологические операции.

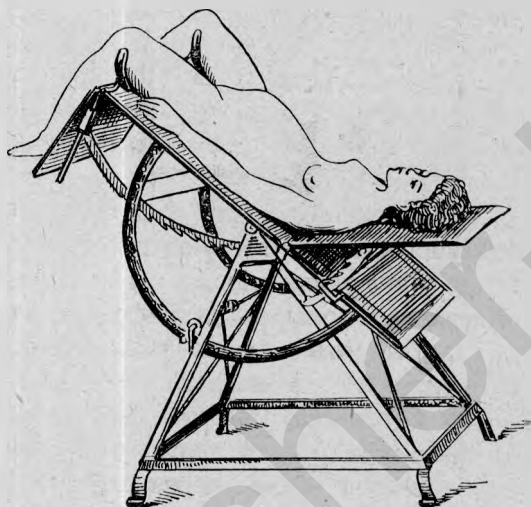


Рис. 229. Тренделенбурговское положение больной при лапаротомии.

Последние выполняются в различном положении оперируемых: при брюшностеночных чревосечениях (во время производства разреза брюшных стенок), при операции Александра-Адамса и др. больная лежит горизонтально на спине; после вскрытия брюшной полости больным, у которых производится лапаротомия, придается обыкновенно так называемое тренделенбурговское положение, т. е.

область таза более или менее высоко приподнимается, головной же конец тела опускается (рис. 229), благодаря чему кишечные петли отходят к диафрагме, и тазовая полость делается доступною глазу оперирующего: при влагалищных операциях и операциях на вульве больная обыкновенно кладется ягодицами на край стола (рис. 230), причем согнутые как в тазобедренных, так и в коленных сочленениях, и разведенные ноги ее или удерживаются стоящими по сторонам помощниками, или кладутся на особые подставки, прикрепляемые к краю стола, или удерживаются при помощи особых ногодержателей; иногда при этом также выгодно бывает, чтобы тазовый конец тела больной был приподнят.

Реже больным при гинекологических операциях приходится придавать другие положения, например, коленно-локтевое, лежащее на боку и т. п.

В тех случаях, где у гинеколога, приступающего к влагалищной операции, не имеется под руками ногодержателя, Калабин рекомендует заменять последний двумя или тремя, связанными вместе, полотенцами, которые проводятся под колено больной, между тем как свободные концы их привязываются к ножкам стола.

Операционный стол для гинекологических операций должен быть устроен так, чтобы больным можно было придавать на нем все указанные положения, причем так как нередко уже во время самой операции приходится менять их одно на другое, то устройство стола должно позволять производить эту перемену по возможности быстро и без хлопот.



Рис. 230. Положение больной с приподнятым тазом при влагалищной операции.

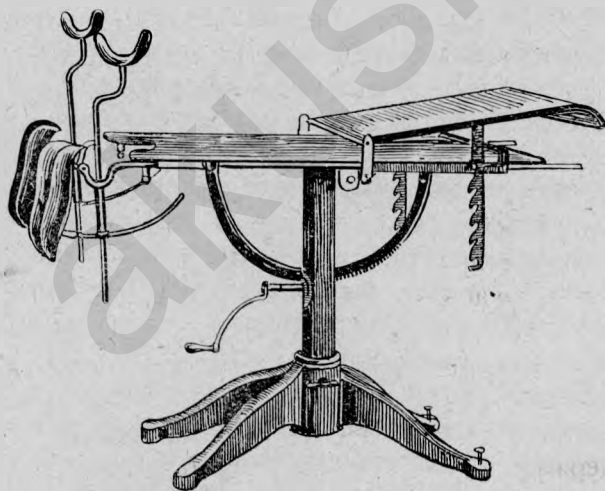


Рис. 231. Операционный стол Хана.

Этому основному требованию вполне удовлетворяет стол Хана (рис. 231), различные модели которого и пользуются широким распространением в гинекологической практике. Стол этот кроме того достаточно прочен, неособенно дорог и может быть легко дезинфицирован (обыкновенно он — весь ме-

таллический). Перед операцией на столешницу его обыкновенно кладется стерильное байковое одеяло, покрытое стерильною же простынею, или войлочный, покрытый сверху резиной, матрац, снаружи также обертываемый стерильной простыней. При абдоминальных чревосечениях голени больной помещаются на особых, привинчивающихся к столу, подставках, к которым привязываются полотенцами; при влагалищных операциях подставки отвинчиваются и заменяются другими, на которые помещаются согнутые ноги оперируемой.

При продолжительных и тяжелых операциях, особенно у слабых больных, крайне важно, чтобы тело оперируемой не подвергалось чрезмерному охлаждению. Для таких случаев очень выгодно иметь операционный стол с нагревающейся столешницею.

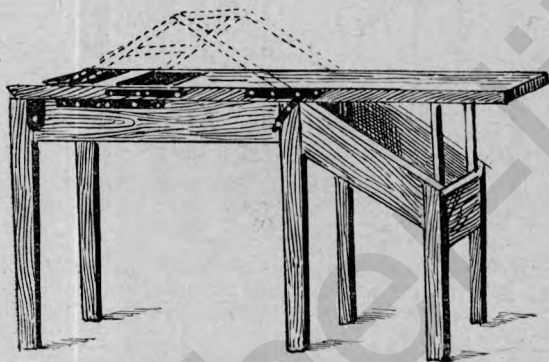


Рис. 232. Стол Делаженьера.

Существуют, например, хановские столы, в которых столешница — не сплошная а полая, причем перед операцией в нее наливается теплая вода. Можно также покрыть стол резиновым матрацом, который опять-таки наполняется перед операцией теплой водой, а сверху покрывается стерильными простынями.

При иеименни хановского и подобных ему столов усовершенствованной конструкции гинекологические операции, — не только влагалищные, но и брюшностеночные, — можно производить и на более простых деревянных столах с приспособлениями для тренделенбургского положения. В течение нескольких лет я оперировал на подобном столе, который отличался от обыкновенного лишь тем, что столешница его состояла из двух неодинаковых по длине частей, соединенных при помощи шарниров. Вследствие этого ее можно было перегибать под тем или иным углом, причем в этом положении обе части столешницы и оставались прочно благодаря имевшимся на станке стола зарубкам, в которые вставлялась более короткая часть. Последняя была снабжена, кроме того, двумя отверстиями, в которые пропускались полотенца для того, чтобы привязывать ноги больной.

Еще более удобный деревянный стол для гинекологических операций был предложен Делаженьером (рис. 232) и реко-

мендован Губаревым в его руководстве по оперативной гинекологии.

При производстве влагалищных операций к тому концу стола, на котором лежит ягодичный конец тела больной, прикрепляется кусок резинового полотна, спускающийся в таз или ведро и служащий для стока крови, дезинфицирующих жидкостей, которыми промывается рукав, и т. п. В этот же таз спускается одним углом второй кусок резинового полотна, квадратной формы, два другие угла которого прикрепляются английскими булавками или зажимами к первому куску, а четвертый пристегивается, за пуговицу, к груди оперирующего так, что образуется нечто вроде передника, защищающего одежду оператора от загрязнения.

3. ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ РУК ОПЕРИРУЮЩЕГО И ЕГО ОДЕЖДА

Основным условием всякой операции вообще и всякой гинекологической операции в частности является — производить ее по возможности асептически, т. е. так, чтобы патогенные микроорганизмы и в особенности микробы, обуславливающие заражение ран, т. е. гноеродные стрептококки, стафилококки и пр., не попали откуда-либо на операционное поле. Как уже было сказано выше, многочисленные наблюдения установили, что в процессе этого заражения попадание микробов из воздуха, Luftinfektion, играет лишь второстепенную роль, главная же принадлежит заражению через соприкосновение, Kontaktinfektion немецких авторов, причем исходным пунктом этой инфекции прежде всего являются руки оперирующего и тех из его помощников, пальцы которых приходят в непосредственное соприкосновение с операционной раной. Отсюда — те заботы, которые гинекологи, наравне с хирургами и акушерами, давно уже прилагали, чтобы найти способ совершенно освободить свои руки от микробов, делать их вполне стерильными.

Указанная задача не разрешена и до сих пор, несмотря на массу способов, предложенных для этой цели. Все эти способы могут быть разделены на две резко различающихся между собою в принципиальном отношении группы: в одних способах, более старых, мы стремимся, с одной стороны, механически удалить микробов с кожи рук, из подногтевых пространств и пр., а с другой — убить их бактерицидными веществами вроде сулемы, двуиодистой ртути и т. п.; вторая группа обнимает более новые способы, при помощи которых мы стараемся зафиксировать микробов в коже рук, употребляя дубящие средства. К первой

группе относятся, например, способы Фюрбрингера (10-минутное мытье рук, в горячей текущей воде с мылом, щеткой и ногтечисткой, 5-минутная обработка их алкоголем и 5-минутное же мытье в растворе сулемы 1 : 1 000), Альфельда (5-минутное мытье водой, затем 5-минутная обработка 96-градусным спиртом) и др., во вторую группу входят способы Хейзнера (5-минутное мытье рук в растворе иода в бензине 1 : 750 с прибавкой 250 ч. парафинного масла), Херффа (4—5-минутная обработка рук, с помощью фланели, смесью ацетона и 95° спирта 1 : 1), Гроссиха (двукратное смазывание кожи 10%-ной иодной настойкой), Заблудовского и Татарина (2-минутное втирание в кожу 5%-ного раствора таннина в 95° алкоголе) и др.

Как показали исследования Лидского в заведомой мною клинике, при помощи первых способов руки освобождаются от поверхностно сидящих микробов, но не от глубоко сидящих, которые уже во время операции могут выходить на поверхность и затем инфицировать операционную рану, способы же, принадлежащие ко второй группе, фиксируют глубоко сидящих микробов, но не оказывают такого же действия на поверхностных микробов, являющихся обычно более вирулентными и потому более опасными. В конечном итоге автор этот нашел, что наименьшая опасность инфекций через соприкосновение со стороны рук бывает в тех случаях, где последние дезинфицированы по Фюрбрингеру. Оттого я и пользуюсь способом Фюрбрингера до сих пор как в акушерской, так и в гинекологической практике, иногда прибавляя к нему смазывание концев пальцев, ногтей и подногтевых пространств иодной настойкой.

По Фюрбрингеру рекомендуют обеззараживать руки также Губарев и Отт, причем первый из этих авторов в тех случаях, где руки заведомо инфицированы, советует предварительно смазывать их скипидаром. Отт же, применяя способ Фюрбрингера, сокращает мытье рук водою до 5 минут, а сулемовый раствор берет в разведении 1 : 2 000. Аникеев, на основании своих бактериологических исследований, напротив, ставит способ Фюрбрингера ниже способа Гроссиха-Брунна (вытирание кожи в течение 3—5 мин. стерильными шариками, смоченными в бензине и 96° спирте, и смазывание 10%-ной иодной настойкой). Лучшие, чем от дезинфекции по Фюрбрингеру, результаты получил от иода и иод-бензина и Бубличенко.

Так как все способы дезинфекции рук,— и старые, и новые,— не достигают, в конце концов, своей цели, то в новейшее время среди гинекологов получил широкое распространение обычай —

оперировать в стерильных перчатках, преимущественно из тонкой резины. Выгоды и невыгоды употребления перчаток были уже мною отмечены в соответствующем отделе курса акушерства, почему я и не буду здесь останавливаться на этом вопросе. Замечу лишь, что в течение нескольких последних лет перед революцией я усвоил себе этот обычай, особенно при чревосечениях, и остался вполне доволен полученными результатами. Если я в настоящее время отказался от широкого употребления операционных перчаток, то только потому, что лишен возможности получать последние в достаточном количестве; как только, однако, я буду в состоянии иметь их,—я немедленно опять вернусь к употреблению перчаток в сочетании с предварительным обеззараживанием рук по Фюрбрингеру.

При неимении перчаток их можно, до известной степени, заменить при гинекологических операциях стерильными резиновыми чехлами, надеваемыми на все пальцы обеих рук. Как мною уже было указано в курсе акушерства, употребление таких резиновых «пальцев» в некоторых отношениях (отсутствие «перчаточного сока» и пр.) представляется даже более выгодным, чем применение перчаток.

Из авторов наиболее солидных отечественных руководств по оперативной гинекологии Отт находит, что «неудобства и отрицательные стороны в применении во время операций перчаток не покрываются теми проблематическими выгодами, которые усматриваются их приверженцами», а Губарев предпочитает толстые резиновые перчатки Шапю с короткими пальцами. Ни с тем, ни с другим взглядом я не могу согласиться.

Кроме рук источниками инфекции операционной раны со стороны оперирующего и его ближайших помощников могут быть их костюм, волосы головы, усов и бороды, наконец, рот. Последнее особенно относится к операторам-преподавателям, которые во время операции должны бывают объяснять ход ее присутствующим слушателям, причем частицы слюны, вылетающие изо рта во время разговора, могут падать на операционное поле и инфицировать его (известно, какое множество микробов, в том числе и патогенных, содержит полость рта, особенно у лиц с кариозными зубами). Чтобы устранить эти источники заражения, ближайшие



Рис. 233* Стерильный полотняный костюм для «больших» гинекологических операций (Казанская акушерско-гинекологическая клиника).

участники операции должны одевать поверх обычного костюма или, еще лучше, прямо на голое тело специальные стерильные костюмы из полотна (рубашки, панталоны и халаты), покрывать голову стерильными же полотняными шапочками или колпаками, рот же и подбородок закрывать особыми масками или мешочками из полотна (рис. 233).

Губарев рекомендует перед операцией очищать рот у больных раствором перекиси водорода (1 чайную ложку на стакан воды); эта мера могла бы оказаться полезною и по отношению к оперирующему.

В прежнее время перед каждой «большой» гинекологической операцией (чревосечением) я брал общую теплую ванну, после которой уже переодевался в стерильный полотняный костюм. Мера эта, не лишенная известного дисциплинарного значения, по существу, однако, является излишнею, почему в последние годы и оставлено мною.

4 ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ, ПЕРЕВЯЗОЧНОГО И ЛИГАТУРНОГО МАТЕРИАЛА И ПР.

Источником инфекции операционных ран могут служить также употребляемые при гинекологических операциях инструменты, марля, вата и др. перевязочные материалы, материал для швов и вообще все предметы, приходящие в непосредственное соприкосновение с операционным полем, почему они и должны быть пускаемы в дело не иначе, как совершенно свободными от микробов, стерильными.

Привести в стерильное состояние большинство инструментов, служащих для гинекологических операций, очень нетрудно, — для этого их сначала надо механически освободить от грязи, крови и пр., или попросту вычистить, а затем прокипятить. Первое нужно делать тотчас после того, как инструменты побывали в употреблении, т. е. тотчас после операции, второе же — непосредственно перед операцией, при которой инструменты нужно будет употреблять. Для облегчения механической чистки инструментов последние в настоящее время обыкновенно делаются с гладкою поверхностью, никкелированными и притом по возможности свободными от углублений, отверстий и т. п., где бы могла скопиться грязь. Чтобы их можно было, затем, подвергать кипячению, их делают теперь из такого материала, который не боится кипящей воды, — обычно целиком из стали, без деревянных частей.

Кипятить инструменты достаточно в продолжение 15 минут, употребляя для этого 1%-ный раствор *Natrii carbonici* (но не *bicar-*

bonici!) или буры. По нужде можно, конечно, пользоваться для данной цели и простою водою, но при этом инструменты скорее портятся, так как простая вода не растворяет жировых и т. п. веществ, отлагающихся на их поверхности.

В благоустроенных больничных учреждениях для стерилизации инструментов служат металлические, никелированные коробки, нагреваемые газом или паром (рис. 234). Наполнив их содовым раствором, дожидаются, пока последний не закипит ключом, после чего опускают туда инструменты (отнюдь не следует, — как совершенно справедливо указывает в своем руководстве Губарев, — класть последние, когда раствор еще холодеет, и лишь затем нагревать). По окончании кипячения простерилизованные инструменты непосредственно перед операцией вынимаются из коробок все вместе при помощи особых лотков или подносов с продырявленным дном, вставляемых в коробки, и переносятся в операционную, где и раскладываются на стеклянном столике, накрытом стерильным полотном. Можно также вынимать простерилизованные инструменты из коробок и поддочке, особыми щипцами, предназначенными специально для этой цели.

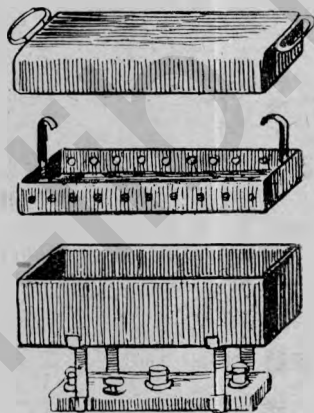


Рис. 234. Коробка для стерилизации инструментов.

В условиях домашней обстановки можно простерилизовать необходимые для гинекологической операции инструменты, воспользовавшись обыкновенным самоваром, достаточно вместительной кастрюлей, чугуном, даже просто глиняным горшком.

Иногда, для скорости, обливают подлежащие стерилизации инструменты винным спиртом и зажигают последний. Такое опаливание, однако, отнюдь не может заменить собою кипячения, и Губарев справедливо называет его бутафорским приемом.

Режущие инструменты, — ножи, ножницы и т. п., — от кипячения в содовом растворе быстро тупятся, почему, в целях стерилизации, можно ограничиваться тщательной механической их чисткой, а перед самой операцией — протирать их лезвия и рукоятки стерильной марлей, смоченной в спирте.

Предметы из резины, — дренажи, катетеры, кольпейрингеры, операционные перчатки и т. п., — портятся от действия щелочей. Поэтому их следует кипятить не в содовом растворе, а в чистой,

лучше даже дистиллированной воде. Кроме того перед помещением в стерилизационную коробку их нужно завертывать в марлю, — иначе от соприкосновения с накалившимися стенками коробки они могут пригореть.

Переходя теперь к стерилизации перевязочного материала (марлевых бинтов и компрессов, ваты и пр.), а также операционного белья (халатов, рубашек, панталон, простынь, полотенце,

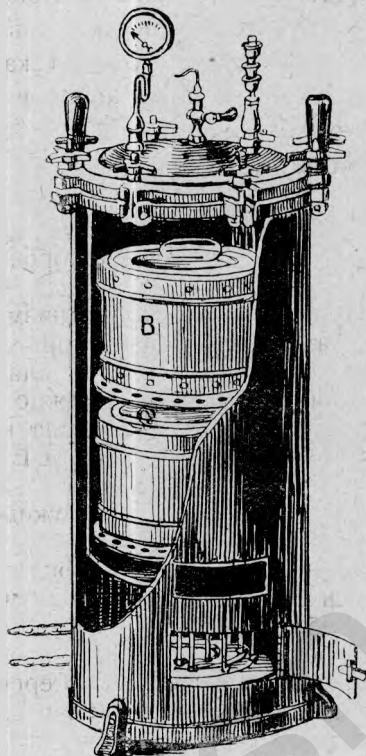


Рис. 235. Автоклав Шамберляна, модель Адне.

колпаков, масок), заметим, что лучше всего производить ее паром под давлением. Для этой цели служат аппараты, известные под общим названием автоклавов. Прилагаемый рисунок (рис. 235) изображает тот тип автоклава (автоклав Шамберляна, модель Адне), которым я пользуюсь в клинике. Как можно видеть из рисунка, наиболее существенную часть прибора составляет цилиндрический стоячий котел, окруженный железным кожухом и нагреваемый газом (хотя его можно нагревать и керосином при помощи так называемых примусов). В котле находится, на небольшом расстоянии от дна, железная решетка, сверху же он герметически закрывается массивной крышкой, привинчиваемой к котлу особыми винтами. Между периферией крышки и краями котла помещается прокладка из резины, асбеста или мягкого металла, в крышке находятся манометр, кран для выпуска пара и предохранительный клапан. Предназначенные к стерилизации вещи укладываются в особые металлические барабаны или коробки (на рисунке отмечены буквами В и В¹), в стенках которых, около крышки и дна, находятся отверстия, могущие, при помощи особого приспособления, то открываться, то закрываться. Когда все это будет готово, открывают крышку автоклава, наливают в него немного воды, лучше горячей (обыкновенно достаточно бывает 1—1½ литров, во всяком случае вода не должна стоять выше решетки), затем ставят внутрь барабаны с открытыми отверстиями, завинчивают крышку и, открыв кран, начинают нагревать котел. Когда из крана пока-

жуются струйки пара, кран закрывают и доводят давление в котле до 1—2 атмосфер по манометру, после чего выпускают пар. Делается это с целью удалить из котла и находящихся в нем коробок остатки воздуха, что необходимо для успешности стерилизации. Когда пар перестанет выходить через кран, последний опять закрывают и снова доводят давление пара в автоклаве до 2 атмосфер, что соответствует температуре в 134° Ц. Такое давление, т. е. такую температуру, поддерживают в течение около получаса,— для чего, конечно, нужно значительно убавить пламя под автоклавом,— а затем, открыв кран, окончательно выпускают пар, снимают крышку автоклава, вынимают оттуда коробки со стерилизованным материалом, закрывают отверстия в них и ставят в теплое, сухое помещение до того момента, когда материал понадобится, т. е. до операции.

Свободно входя, через открытые отверстия, внутрь коробок, пар в 134° Ц в течение получаса надежно освобождает находящийся в них перевязочный материал и пр. от всех микроорганизмов, убивая последних. Лишь в тех случаях, где коробки слишком плотно набиты туго свернутым бельем, марлей и т. п., стерилизация может оказаться недостаточной. Для контроля ее надежности внутрь помещенных в коробки предметов кладут, до начала выпаривания, запаянные стеклянные трубочки с серным цветом. Если по окончании действия пара сера в трубочках окажется сплавившейся,— что происходит при 120° Ц,— то, значит, содержимое коробок достаточно обеззаражено.

Помимо перевязочного материала, белья и т. п. в автоклавах можно стерилизовать паром под давлением, т. е. высокой температуры, также тапки и др. вещи, употребляемые при операциях,— если только объем их таков, что они уберутся в котел автоклава.

Прежнее время в большом ходу была стерилизация перевязочного материала текучим, т. е. 100-градусным, паром, но в современных больничных учреждениях она почти совершенно оставлена, так как точные наблюдения показали, что дабы убить не только самих микробов, но и их споры, ее надо повторять несколько раз.

В прежнее время, далее, при гинекологических операциях вообще и при лапаротомиях в частности для вытирания крови, вычерпывания из брюшины асцитической и др. жидкостей и т. п. служили обыкновенно губки, обеззараживание которых требовало больших хлопот. В Казанской клинике, при моем предшественнике, проф. Феноменове, губки, например, сначала выколачивались колотушкой, чтобы освободить их от песка и пыли, затем мылись в горячей воде с мылом, после чего оставались на сутки в воде; эта процедура повторялась 3—4 раза, потом губки клались на сутки в 1⁰/₀₀-ный раствор калий гипермаргансис, помещались, для обесцвечивания, на несколько секунд в смесь 1 ч. 8⁰/₀-ного раствора соляной кислоты с 4 частями 1⁰/₀-ного раствора натрия гипосульфосис,

мылись в дистиллированной воде и, наконец, сохранялись в 1%-ном растворе сулемы, а перед самым употреблением опять примывались в дистиллированной воде (Казембек). Теперь губки при операциях всюду заменяются скотканными компрессиками из мерли, легко и надежно стерилизуемыми в автоклаве.

Насколько целесообразна и допустима «упрощенная хирургическая чистота», о которой говорит Толмазов, например, замена стерилизации белья в автоклавах обработкой его горячим утюгом, — надо выяснить путем точных исследований.

Из литературного материала при операциях различными гниекологами употребляются кэтгут, шелк, силькворм, олени сухжилия, проволока (алюминиевая, бронзовая, серебряная), наконец, простые нитки — льняные, пеньковые и бумажные.

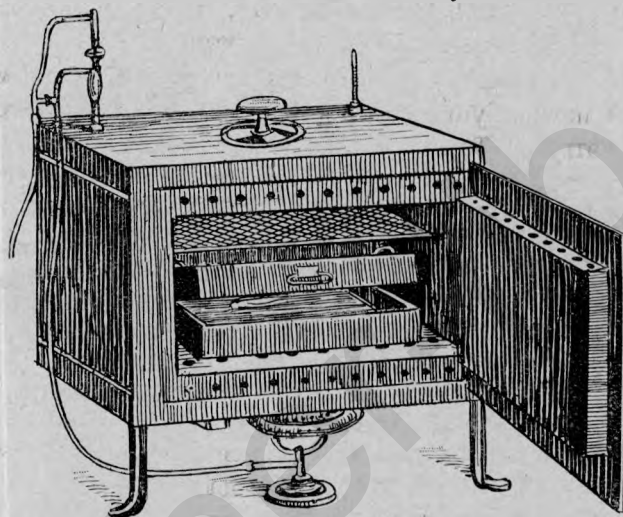


Рис. 236. Стерилизатор сухим жаром Пупинеля.

Кэтгут, приготовляемый из бараньих кишек, труднее всякого другого материала поддается стерилизации. Одно время думали даже, что надежная стерилизация его — вещь вообще вряд ли даже возможная. Способность кэтгута рассасываться в тканях, делающая его незаменимым материалом для погружных швов, заставляла, однако, добиваться осуществления этой задачи. Долгое время я в своей оперативной деятельности пользовался кэтгутом, обеспокоенным, по Субботину, сухим жаром. Техника этого способа состоит в следующем: тщательно промыв кэтгутовые нити зеленым мылом, кладут их на 2 суток в эфир, потом высушивают, наматывают в один слой на стеклянные пластинки, предварительно обернутые марлей, и, завернув в вату, подвергают в сухом стерилизаторе (рис. 236) действию жара до 150° Ц; жар доводится до

этой температуры лишь строго-постепенно в течение 2 часов, после чего кэтгут еще 2 часа остается при указанной температуре; затем пластинки с кэгтутовыми нитями переносятся в 59° спирт, где и остаются до употребления. Как показали исследования моего бывшего ассистента Кривошеина, обработанный таким образом кэтгут, с одной стороны, является абсолютно стерильным, а с другой — не утрачивает своих физических свойств (прочности, эластичности и пр.).

Стерилизация кэгтута сухим жаром, однако, — вещь весьма кропотливая, требующая крайней тщательности. При малейшем недосмотре кэтгут легко «перекалится», и тогда он становится ломким и непригодным для швов. Поэтому в последнее время я остановился на обеззараживании его химическим путем, именно, при помощи иода. Существует несколько способов приготовления иодистого кэгтута. Так, Пяткин советует продажный кэггут класть на 8 суток в раствор 1 ч. иода и 3 ч. иодистого калия в 100 ч. воды, предварительно намотав его на стеклянные катушки; обработанный таким образом кэггут, по этому автору, вполне стерилен и в то же время крепок, не рвется и хорошо завязывается в узлы. Соловьев рекомендует сырой кэггут в течение минимум 7 дней обрабатывать 1%-ным раствором иода в спирте. По Губареву продажный кэггут протирается, для удаления жира, ватой, смоченной в бензине, после чего в течение 2 часов просушивается на солнце и связывается в небольшие мотки; последние погружаются в раствор 10,0 иода и 10,0 иодистого калия в литре спирта, денатурированного формалином, причем на 100—150 г сухого кэгтута надо брать около 1000 г раствора; в растворе этом кэгтутовые мотки и остаются в течение 14 дней, после чего или перекалываются в пробирки с ватными пробками, стерилизуемые обычным путем в автоклаве, или сохраняются в том же растворе вплоть до употребления.

Одно время широкое распространение получила, было, стерилизация кэгтута кумолом. Для этого кэгтутовые нити свертываются предварительно в кольца, имеющие около 4 поперечных пальцев в диаметре, и от 6 до 12 часов просушиваются в сухом стерилизаторе при температуре от 70 до 100° Ц. Непосредственно после высушивания кольца кэгтута опускаются в химический стакан, наполненный кумолом, и стакан этот помещается в металлическую кружку, наполненную сухим песком, — так, чтобы уровень кумола в стакане соответствовал уровню песка в кружке. Затем стакан закрывается стеклянной пластинкою с отверстием для выхода кумоловых паров и для вставления термометра, а кружка ставится на газовую горелку, и песок нагревается до 160° Ц. После того

пламя немного уменьшается, и кэтгут остается около часа при температуре от 155 до 160°, после чего переносится для сохранения в алкоголь. Применяя этот способ, надо иметь в виду, что кумол горюч, хотя и не взрывает, почему обращение с ним требует известной осторожности.

Кроме кэтгута для погружных швов можно также пользоваться нитями из оленьих сухожилий, введенными в практику Снегиревым. По моим наблюдениям нити эти рассасываются в тканях еще легче кэтгута. Обеззараживание их, по Грейфе, производится следующим образом: нити сначала 2 суток выдерживаются в эфире, потом minimum в течение 11 суток — в можжевелевом масле (ol. juniperi), после чего вновь погружаются на 2 суток в эфир, затем в течение 2 суток обрабатываются 2%-ным раствором сулемы в 80° спирте и, наконец, сохраняются в обыкновенном спирте впредь до употребления. Подобным же образом можно стерилизовать и нити из сухожилий кэнгуру.

В новейшее время Быков предложил заменять кэтгут нитями из пуповины. Человеческая пуповина высушивается, сосуды из нее удаляются, и она расщепляется вдоль на отдельные нити. Пригодность последних в качестве материала для лигатур была испытана Быковым как экспериментально, так и при операциях на людях.

Из нерассасывающихся материалов для лигатур особенно широким применением в гинекологической практике пользуется шелк, именно, плетёный шелк различной толщины. Стерилизовать его гораздо проще, чем кэтгут: это можно сделать или в автоклаве, вместе с перевязочным материалом, или путем 10-минутного кипячения в 1%-ном растворе сулемы, и путем выдерживания в течение 1—2 суток в 1%-ном спиртовом растворе иода, причем перед этими процедурами продажный шелк не мешает предварительно обезжирить, вымачивая его сначала в эфире, потом в спирте.

При недостатке шелка его можно заменить простыми нитками — льняными, пеньковыми или бумажными, причем они приводятся в стерильное состояние точно так же, как и шелк. Чтобы нитки не путались, рекомендуют (Губарев) предварительно пропитывать их коллодием.

Еще легче поддается стерилизации проволока из разных металлов и сплавов, употребляемая некоторыми гинекологами для съемных швов на брюшную стенку и особенно на стенку влагалища и мочевого пузыря при пузырно-влагалищных свищах, — ее можно стерилизовать кипячением вместе с инструментами.

Для съемных швов, особенно массовых швов для зашивания брюшной раны после лапаротомий, для кожных швов и для зашивания влагалищной стенки при фистулоррафиях я охотно употребляю силькворм,—нити, получаемые из выделительных желез шелковичных червей,—стерилизовать который можно, подобно шелку, путем кипячения и выдерживания в спиртовом растворе йода.

Еще лучше для соединения краев кожных ран пользоваться так называемыми серфинами М и х е л я,—скобками из мягкого металла, которые накладываются на кожные разрезы при помощи особых пинцетов (рис. 237). Помимо того, что этим путем соединение краев кожной раны производится гораздо быстрее, чем путем наложения швов,—при этом лучше останавливается кровотечение

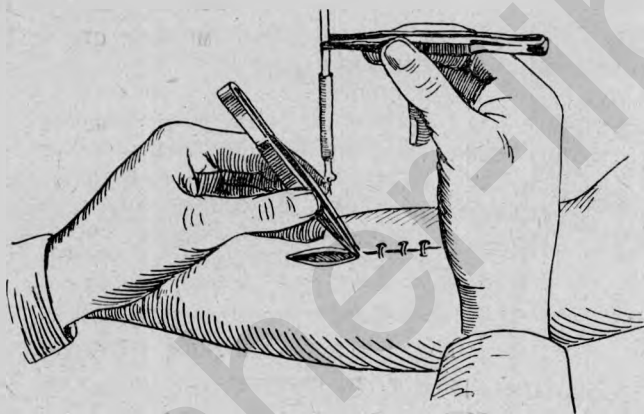


Рис. 237. Соединение краев кожной раны скобками М и х е л я.

из кожных сосудов, да и заживление раны идет гораздо лучше, рубец получается более линейный и ровный.

Кроме стерильного перевязочного материала и белья, стерильных инструментов и пр. гинеколог при своих операциях должен располагать достаточным количеством как антисептических (например, 1%-ного сулемового), так и стерильных индифферентных растворов (например, физиологического раствора NaCl , локковской жидкости и пр.) и просто стерильной воды — для ополаскивания загрязненных инструментов и рук, для промываний брюшной полости при чревосечениях, для подкожных и внутривенных вливаний в случаях острого малокровия и т. п. Для получения стерильной воды и стерильных растворов можно пользоваться обыкновенными самоварами: исследования Стрoгaнoвa показали, что после получасового кипячения в них вода делается абсолютно стерильной;

однако, для того чтобы освободить воду не только от бактерий, но и от их спор, нужно, после получасового кипячения, охладить воду и затем, через 6 часов, повторить кипячение (Губарев).

Я обыкновенно пользуюсь в своей клинической практике для получения стерильных растворов аппаратами Фрича. Каждый такой аппарат (рис. 238) состоит из медного, луженого внутри цилиндра А с асбестовой обкладкой и железным кожухом В, снабженного водомерной трубкой W, крышкой D, змеевиком С, находящимся внутри и соединенным с водопроводом посредством приводящей и отводящей трубок G и E, и выпускным краном J. Два таких прибора, по 40 литров вместимостью, нагреваемые газом, находятся в преддверии операционной, где я работаю, причем выпускные краны их проведены через стену в самую операционную. Охлаждение воды и растворов в них до желаемой температуры производится весьма просто — пропусканием воды из водопровода через змеевик. В одном приборе приготавливается обычно более горячий раствор, в другом — более охлажденный.

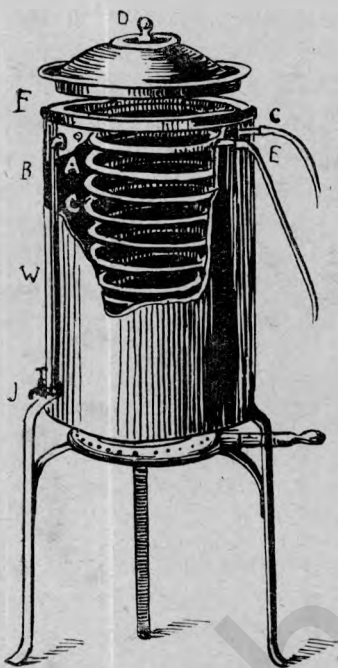


Рис. 238. Аппарат Фрича для стерилизации воды и растворов.

Само собою разумеется, что если для споласкивания рук, инструментов и т. п. стерильная жидкость наливалась в тазики, то последние должны быть предварительно также простерилизованы; в стерильные тазики лучше наливать и антисептические растворы.

5. ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ И ДЕЗИНФЕКЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ

Еще в сравнительно недавнее время гинекологи считали необходимым перед каждой операцией, особенно перед операциями, сопряженными со вскрытием брюшной полости (червосечениями), тщательно заботиться об опорожнении кишечника больной. В этих видах больную иногда несколько дней перед операцией держали впроголодь и давали ей различные слабительные. В настоящее время все более и более укореняется взгляд, что эти меры приносят больше вреда, чем пользы, — в частности, слишком ослабляют больных. Поэтому в настоящее время в заведываемой, например, мною

клинике принято за правило — опоражнивать кишечник больных перед операциями лишь при помощи клизм. Кроме того, больная во вторую половину дня накануне операции и в день самой операции воздерживается от принятия пищи.

Гораздо более важно перед каждой гинекологической операцией таким образом готовить больную, чтобы операционное поле у ней и окружающие его части были по возможности свободны от микробов, — иначе последние во время операции легко могут попасть в операционную рану и инфицировать ее. Прежде всего следует позаботиться об общей чистоте всего ее тела; с этой целью за 1—2 дня до операции больная моется в бане или получает 1—2 мыльных ванны.

При влагалищных операциях необходимо, кроме того, обратить особенное внимание на предварительную дезинфекцию наружных половых частей и рукава у больной. В этих видах ей еще за несколько дней до операции рекомендуется систематически применять дезинфицирующие спринцевания рукава. Накануне операции у больной сбиваются волосы на наружных половых частях и как вульва, так и рукав сначала промываются теплой водой с зеленым мылом, причем стенки рукава протираются намыленным куском стерильной ваты или марли, а затем орошаются раствором сулемы 1:1000. Та же процедура повторяется непосредственно перед операцией, уже на операционном столе, после чего наружные половые части, стенки рукава и влагалищная часть смазываются иодной настойкой.

По бактериологическим исследованиям Поволоцкой, сообщаемым Оттюм, если рукав в течение 5—6 мин. мыть теплой водой с мылом, протирая его стенки пальцами, а затем проспринцевать раствором сулемы 1:2000, то в 95% получается полная его стерильность. Еще лучшие результаты дала Отту дезинфекция рукава иодной настойкой.

Одним из главных источников инфекции является при влагалищных операциях, повидимому, заднепроходное отверстие, которое поэтому во время операции должно быть чем-нибудь закрыто. Некоторые гинекологи советуют затыкать его куском ваты, смоченным в каком-либо дезинфицирующем растворе; другие рекомендуют закрывать его на время операции полотняною занавеской, прикрепляемой к коже ягодиц особыми зажимами; Орлов придумал для этой цели особый прибор; проще всего, однако, употреблять, — как то делаю я, — при влагалищных операциях передник из полотна, прикрепляемой к бедрам больной завязками и снабженный посредине продольным отверстием соответственно половой

щели, а еще проще перед операцией покрывать пространство между бедрами больной сложенной в несколько раз стерильной марлей, в которой соответственно половой щели простирается ножницами, в продольном направлении, дыра.

Ноги больной при этих операциях одеваются в стерильные полотняные чулки или обматываются стерильными же полотенцами, а сама больная прежде, чем лечь на операционный стол, надевает стерильную рубашку.

При лапаротомиях главное внимание следует обратить на обеззараживание передней брюшной стенки. Накануне операции волосы с нее, а равно с лобка и половых губ, удаляются путем бритья, кожа тщательно моется по Фюрбрингеру (теплой водой с зеленым мылом, спиртом и раствором сулемы) и на брюшную стенку кладется сухой стерильный компресс. Непосредственно перед операцией компресс снимается, и передняя брюшная стенка сначала моется спиртом, потом смазывается иодной настойкой, после чего закрывается сверху, снизу и с боков стерильными полотенцами — за исключением области, где предполагается провести разрез; эта же область покрывается куском стерильного полотна с продольным или поперечным отверстием соответственно местоположению, направлению и величине разреза. Края этого отверстия прикрепляются к коже — или, опять-таки, особыми зажимами, или просто фиксационными пинцетами.

Одно время я, по примеру некоторых германских гинекологов, применял при лапаротомиях смазывание брюшной стенки гаудианином, — каучуковым раствором, образующим плотно прилегающую к коже непроницаемую пленку. К сожалению, я убедился, что во время операции пленка эта, особенно в области разрыва, нередко лупится и отстает.

У некоторых больных поле предполагаемой операции требует специальной подготовки. Так, например, если у больной, которую предполагается подвергнуть лапаротомии, на брюшной стенке имеются фурункулы, гноящиеся язвы и т. п., — надобно предварительно добиться их заживления; у больных с распадающимися раками маточной шейки не мешает предварительно или выжечь раковую язву термокаутером, или добиться ее очищения путем прижигания кальций-карбидом и др. химическими средствами.

Говоря о подготовке больных к гинекологическим операциям, упомянем, в заключение, что иногда у истощенных больных прежде, чем прибегать к операции, нужно бывает

предварительно проделать курс укрепляющего лечения, больные со слабым сердцем должны некоторое время принимать сердечные средства и пр.

6. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Некоторые гинекологические операции, например, передняя кольпоррафия, выскабливание матки при достаточно раскрытом цервикальном канале, удаление родившихся маточных полипов, сидящих на тонкой ножке, и т. п., могут быть производимы без всякого обезболивания, или же при них можно ограничиться впрыскиваниями под кожу больной морфия (0,01), пантопона (0,02 — 0,04), а еще лучше того и другого вместе со скополамином (0,0004), причем в последнем случае получается «сумеречное» состояние больных.

Далее, такие виды оперативного вмешательства, как вскрытие абсцессов бартолиновых желез, прокол брюшных стенок троакаром и пр., можно выполнить после предварительного замораживания операционного поля путем пульверизации серного эфира или, еще лучше, хлор-этила, который кипит уже при 12,5° Ц.

Для местной анестезии можно, затем, прибегать к подкожному впрыскиванию таких веществ, как кокаин, менее ядовитый эй-каин В, алипин, новокаин и пр. При помощи этих средств можно добиться обезболивания и такой, часто применяемой в гинекологической практике, операции, как расширение цервикального канала — только, конечно, растворы их впрыскиваются не под кожу, а либо в парацервикальную клетчатку, либо даже прямо в мышечную стенку шейки.

В Казанской университетской клинике обыкновенно для этого берется 1%-ный раствор новокаина, который в количестве до 30 см³ впрыскивается в ближайшие к цервикальному миометрию слои клетчатки в 3 местах — в 2 местах соответственно положению франкенгейзеровских сплетений, т. е. сбоку и сзади от шейки, и в 1 — сзади от последней по средней линии. Игла шприца вводится при этом на глубину около 4 см.

Описанная сейчас форма обезболивания маточной шейки относится к тому виду местной анестезии, которая известна под названием регионарной или проводниковой анестезии, так как обезболивание здесь достигается путем воздействия обезболивающих веществ на подходящие к маточной шейке чувствительные нервы. Елкин, — которому, насколько мне известно, принадлежит единственная в русской гинекологической литературе работа по вопросу о регионарной анестезии, — рекомендует для обезболивания маточной шейки делать 6 впрыскиваний 1/2%-ного раствора новокаина

с адреналином: одно (5 см^3) делается по средней линии между шейкой и пузырем, два других (по 10 см^3) делаются из той же точки вправо и влево под углом, наконец, три производятся веерообразно сзади от шейки, причем на все 6 впрыскиваний употребляется 60 см^3 раствора новокаина. Для обезболивания тела матки делаются такие же 3 инъекции спереди и сзади, поглубже, причем на 2 задне-боковых инъекции употребляется по 15 см^3 раствора; кроме того по 10 см^3 впрыскивается в основания широких связок. Для обезболивания промежности этот автор советует делать 7 впрыскиваний: первый укол делается в точке, лежащей в $1\frac{1}{2} \text{ см}$ влево от промежностного шва, причем игла проводится вправо до симметричной точки; впрыскивается здесь 5 см раствора; вторая инъекция, в $10\text{--}15 \text{ см}^3$, делается из той же точки под углом в 45° к первому направлению, причем игла направляется к седалищному бугру; третье впрыскивание (10 см^3) делается под небольшим углом к первому, четвертое — под небольшим углом к третьему, пятое, шестое и седьмое — в таких же направлениях справа, а всего на обезболивание промежности тратится около 80 см^3 раствора. Наконец, для анестезии передней влагалищной стенки при передней кольпотомии Елкин делает 2 впрыскивания, по 5 см^3 , сейчас же под наружным отверстием уретры, под углом к средней линии, вправо и влево.

Особенно заслуживает применение в гинекологической практике та форма местной анестезии, которая известна под названием инфильтрационной анестезии или искусственного обезболивающего отека. При этой форме анестезии, предложенной впервые Шлейхом, всякий участок ткани, подлежащий рассечению и т. п. оперативным мероприятиям, предварительно пропитывается значительным количеством слабого раствора какого-либо анестезирующего вещества (мы обыкновенно применяем $\frac{1}{2}\%$ -ный раствор новокаина, но можно, повидимому, брать и более слабые растворы последнего и даже просто физиологический раствор). Растворы эти впрыскиваются в ткань или при помощи 5—10-граммового шприца, или при помощи аппарата, устроенного по типу бобровского прибора для подкожных вливаний (см. рис. 227).

Эта форма анестезии за последнее время получает все более и более широкое распространение, особенно у нас в Казани, но также и за пределами последней, благодаря главным образом настойчивой пропаганде ее моим товарищем, проф. Вишневым, который на большом и разнообразном материале доказал, с одной стороны, относительную безопасность данного вида обезболивания, особенно по сравнению с хлороформным наркозом, а с другой, — и это главное, — возможность безболезненно производить таким образом даже самые сложные и длительные операции в брюшной полости. Мне самому неоднократно приходилось производить под

инфильтрационной анестезией удаление через разрез живота опухолей яичников, миом матки и пр., а мой ученик и сотрудник, проф. Тимофеев, проделавший под инфильтрационной анестезией более 80 лапаротомий, выполнял таким образом столь сложные, длительные и сопряженные с травмой операции, как расширенная абдоминальная экстирпация матки при раке шейки по Вертгейму. Количество расходуемого им при этих операциях $\frac{1}{2}\%$ -ного раствора новокаина доходило до 300 см³ и более.

Весьма широкое распространение именно в гинекологической практике получила у нас за последнее время также поясничная (люмбальная) спинномозговая анестезия. По существу способ этот, введением которого в практику мы обязаны Б и р у, является тоже видом проводниковой или регионарной анестезии. Раствор анестезирующего вещества впрыскивается при нем в спинномозговой канал, именно в нижнюю его часть, дабы воздействовать как раз на ту часть спинного мозга, из которой исходят чувствительные нервы, иннервирующие тазовые органы. Обычно местом впрыскивания служит промежуток между IV и V поясничными позвонками, но некоторые авторы избирают для этого место выше — в промежутке между III и IV позвонками, между II и III, между I и II, даже между I поясничным и XII грудным позвонками. В об-

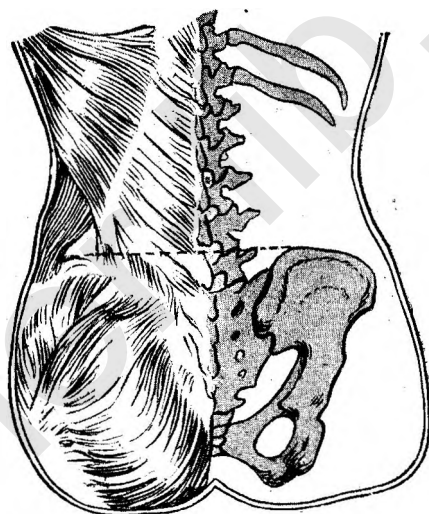


Рис. 239. Отыскание ямки между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков при производстве люмбальной пункции по Губареву.

щем, чем выше производится впрыскивание, тем по Губареву легче его выполнить, но зато тем оно и опаснее, так как проникновение анестезирующей жидкости в верхние отделы спинномозгового канала может вызвать угрожающие явления со стороны сердца, легких и пр., хотя Софотеров, производящий впрыскивание между XII грудным и I поясничным позвонками, и склонен считать, на основании своего опыта, эти опасения преувеличенными.

Производится впрыскивание в спинномозговой канал при помощи обыкновенного шприца Праваца, но снабженного более

длиною (не менее 8 см) и крепкою иглой с мандрином. Большая усаживается на край стола в сгорбленном положении, гричем ей рекомендуется особенно выпятить кзади поясничную часть позвоночника, нижняя часть спины у ней тщательно дезинфицируется, затем врач отыскивает ямку между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков (найти эту ямку легко, соединив поперечной линией верхние края грудной и подвздошных костей, каковая линия проходит как раз через эту ямку; см. рис. 239) и намечает ногтем точку, где должен быть произведен вкол иглы. Некоторые авторы рекомендуют производить этот вкол как раз по средней линии, другие же советуют брать для этого точку немного сбоку от последней, т. е. от *lig. interspinosum*.

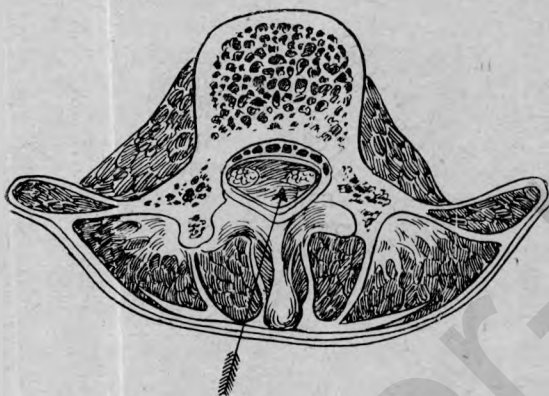


Рис. 240. Направление косвенного вкола иглы при люмбальной пункции (по Губареву).

Взяв иглу со вставленным в нее мандрином, врач вкалывает ее в этой точке, в несколько косвенном направлении (рис. 240), причем конец иглы проникает через кожу, подкожную клетчатку, апоневроз, длинные спинные мышцы, так называемую желтую связку (*lig. flavum*), слой жира и, наконец, твердую мозговую оболочку. Получив ощущение, что конец иглы не встречает больше сопротивления, врач вынимает мандрин, после чего через канал иглы начинает вытекать цереброспинальная жидкость. Выпустив ее столько, сколько предполагается впрыснуть анестезирующего раствора, врач вставляет в отверстие иглы конец шприца, наполненного последним, и медленным движением поршня вводит раствор в спинномозговой канал. После этого игла вынимается, ранка от укола заклеивается кусочком ваты, пропитанной коллодием, больная еще несколько минут оставляется в сидячем положении, затем кладется на спину. Через 10—20 минут у ней наступает анестезия нижней половины туловища, и можно бывает начать операцию. Продолжается обезболивание различное время — до 1—2 часов, в зависимости от того, какое вещество взято для анестезии и в каком количестве оно впрыснуто.

В первое время для люмбальной анестезии применялся обыкновенно кокаин, теперь же чаще всего употребляются тропококаин

(в 1%-ном растворе, в количестве 0,06—0,1), стоваин (в 2—10%-ном растворе, от 1 до 4 шприцев, смотря по крепости раствора) и особенно новокаин (в 2—5%-ном растворе, 1—3 см),—в чистом виде или с прибавкой адреналина. Растворы этих веществ должны употребляться совершенно стерильными (в стерильном виде, в герметических запаянных трубках, юни обыкновенно и имеются в продаже), да и вообще поясничная анестезия требует строгого соблюдения правил асептики, так как оболочки спинного мозга чрезвычайно восприимчивы к инфекции.

Какое из указанных сейчас средств надо считать наиболее пригодным для люмбальной анестезии,—на этот счет у авторов не существует единообразного мнения. Я в своей клинической практике имел случай применять все эти средства, но не мог подметить между ними существенной разницы. Некоторые авторы,—например, у нас Куковеров, Федоров и Томашевский,—высказываются за тропококаин, как за наименее ядовитое вещество, Скробанский, напротив, отдает предпочтение стоваину. Попов же и Петерсон, Софотеров, Атабеков, Соколов—новокаину (из 16 случаев, где Попов и Петерсон применяли тропококаин в количестве 0,1, в 1 они наблюдали спячку, в 2—психозы, в 2—клонические судороги, в 3—парезы, в 1 паралигию, в 3—herpes, в 2—отит и в 8—мучительную жажду).

Люмбальная анестезия бесспорно представляет известные выгоды пред обычно употребляемым в оперативной практике ингаляционным наркозом: при ней больные сохраняют во время операции полное сознание; для ведения наркоза здесь не требуется специальных лиц; во время и после операции сравнительно редко бывают рвота и другие неприятные последствия ингаляционного наркоза (поэтому я особенно охотно применяю ее при зашивании фистул, так как я убедился, что сильное повышение внутрибрюшного давления, являющееся неизбежным спутником рвоты, иногда ведет к прорезыванию наложенных на пузырную стенку швов и неблагоприятно влияет на результат операции); люмбальная анестезия, далее, может быть применяема там, где ингаляционный наркоз хлороформом или эфиром является противопоказанным, при ней имеют место идеальное расслабление брюшных стенок и отсутствие выпирания кишек, что делает люмбальную анестезию особенно пригодною для лапаротомий (Вачнадзе), и т. д.

Наряду с этими выгодными сторонами данного способа обезболивания ему свойственны и свои невыгоды. Прежде всего сохранение больными сознания во время операции зачастую вовсе не является практически выгодною стороною люмбальной анестезии, а напротив—отрицательною: многие из наших больных, согла-

шаясь на операцию, ставят непременно условием, чтобы во время ее ничего не слышать и не сознавать. Далее, при поясничном обезболивании иногда трудно бывает заранее определить, какое количество обезболивающего вещества должно быть введено, чтобы обеспечить анестезию на все время операции. Оттого при нем сравнительно нередко приходится прибегать к дополнительному наркозу при помощи эфира или хлороформа (Ва ч н а д з е, например, из своих 722 случаев люмбальной анестезии должен был прибегнуть к дополнительному ингаляционному наркозу в 206, в том числе из 578 случаев брюшностеночных или смешанных чревосечений — в 197, т. е. более, чем в 34%). Рвота, затем, при этой форме анестезии, хотя и наблюдается реже, чем после ингаляционного наркоза, но все же наблюдается; не так редко наблюдаются после нее и расстройства мочеиспускания (задержание и, наоборот, недержание мочи, парезы нижних конечностей, желтуха, шок), особенно же часто — сильные головные боли. Наконец, и самая безопасность для жизни, которую первоначально выдвигали в качестве главного преимущества люмбальной анестезии перед хлороформным и эфирным наркозом, по новейшим статистическим данным является сомнительною.

Хотя некоторые из современных русских гинекологов, как Сюфотеров, Хюхлов и др., и склонны считать этот вид обезбоживания более безопасным, чем ингаляционный наркоз, особенно хлороформный, но Белиц, например, на основании имеющихся в литературе данных утверждает, что смертность от люмбальной анестезии не меньше, чем от ингаляционного наркоза, а больше. По статистике, собранной Скробанским, — правда, относящейся к 1907 г., — на 10 825 случаев поясничной анестезии у разных авторов было 10 случаев смерти, большею частью от паралича дыхания.

Дабы уменьшить опасность люмбальной анестезии, некоторые авторы, — у нас, например, Драверт и Курамшина, — рекомендуют впрыскивать раствор обезболивающего вещества в самую нижнюю часть позвоночного канала, крестцовый канал через так называемый *hiatus sacralis*, притом эпидурально. Драверт применил этот способ у 215 чел., при 281 операции, — преимущественно гинекологической, — причем остался очень доволен полученными результатами. Худшие результаты получила Курамшина: из 30 случаев, где она применяла данный вид анестезии, удачными были лишь 15.

Несмотря на целый ряд предложенных в новейшее время разнообразных способов обезбоживания, большинством современных гинекологов, — по крайней мере для более серьезных видов оперативного вмешательства, — попрежнему употребляется ингаляционный наркоз, т. е. такой, при котором пары анестезирующих

веществ вдыхаются больными. В качестве таких средств обыкновенно применяются или хлороформ, или эфир.

И то и другое средство имеют как свои выгодные, так и невыгодные стороны. При помощи хлороформа можно быстрее достигнуть полного усыпления, и он менее, чем эфир, раздражает дыхательные пути; но зато хлороформ сильнее влияет на сердце, и потому смертельные случаи от него наблюдаются, повидимому, несколько чаще, чем от эфира.

В прежнее время смертность от хлороформа определяли обычно в 1 : 10 000—1 : 14 000, в настоящее же время — значительно выше. Тарлю, например, приводит статистику Гурльта, обнимающую 164 122 случая чистого хлороформного наркоза, где смертность определяется, как 1 : 2 694. Разница в этих цифрах отчасти объясняется тем, что некоторые авторы, определяя смертность от хлороформа, имеют в виду лишь те случаи, где летальный исход имел место во время самого наркоза, на операционном столе. Между тем хлороформная интоксикация может, повидимому, повести к смерти и несколько дней спустя после операции, причем такие случаи не составляют редкости. За всю свою клиническую деятельность мне не пришлось наблюдать летального исхода от хлороформа на операционном столе ни разу, в послеоперационном же периоде случаи смерти, причину которой можно объяснить ничем другим, как хлороформной интоксикацией, встретились мне за 15 лет (1900/1—1914/5 уч. гг.) 3 раза (на 2 216 случаев, где был применен хлороформ). Подобные же случаи позднего проявления хлороформной интоксикации описываются и другими авторами. В русской гинекологической литературе, например, 2 таких случая описаны Акимовым-Перетцом, причем последний характерными признаками отравления хлороформом считает помрачение сознания, буйный бред и легкие судороги.

Чтобы по возможности уменьшить опасность от данной формы наркоза, нужно, во-первых, брать для нее свободный от посторонних примесей хлороформ, а во-вторых, вести хлороформирование *lege artis*.

Химически чистый хлороформ может быть получен или из салицилового его соединения, помощью удаления из него салициловой кислоты, по способу Аншютца, или кристаллизацией при температуре от -75°C до -80°C , по способу Пикте. Сравнительно чистый хлороформ готовится и из хлорал-гидрата. Во всяком случае хороший хлороформ, если его капнуть на пропускную бумагу, не должен оставлять после себя пятна и после высыхания бумаги — давать запаха; не должен он также давать кислой реакции с лакмусом и мути при взбалтывании с дистиллированной водой.

Что касается техники хлороформирования, то, конечно, она должна быть такова, чтобы при наименьшей затрате хлороформа добиться наибольших результатов в смысле полной анестезии и наркоза на все время операции. Лучшее всего этому условию удовлетворяет так называемый капельный способ хлороформирования, при котором хлороформ непрерывно льется на маску каплями, в количестве, приблизительно, сначала 60—80 капель в минуту, а потом, когда наступит глубокий наркоз, и нужно бывает лишь поддерживать его,—от 30 до 40 капель.

Капельный способ представляет еще ту выгоду, что при нем хлороформ не может попасть на лицо больной и вызвать его ожоги, как это бывает иногда в тех случаях, где хлороформ выливается на маску целую струею. Впрочем тут много зависит и от самой маски, или, точнее, от той материи, которая употребляется

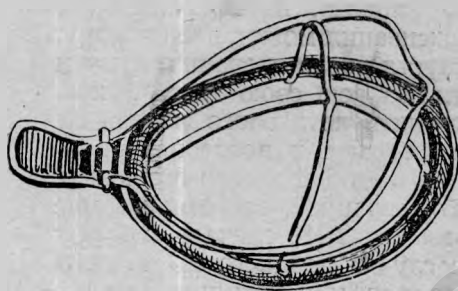


Рис. 241. Маска Шиммельбуша для хлороформного наркоза.

для последней. Практичнее всего пользоваться для хлороформирования маской Шиммельбуша (рис. 241), состоящей из металлического каркаса, на который натягивается фланель, или, еще лучше, чулочная материя, сменяемая по мере загрязнения. На случай, далее, попадания хлороформа на лицо, лучше перед хлороформированием смазать кожу около носа и рта вазелином; кроме того, так как к особенно опасным последствиям,—по некоторым авторам, до потери зрения включительно,—может повести попадание хлороформа в глаза, их надобно при хлороформировании закрывать полотенцем.

Чтобы хлороформный наркоз сопровождался возможно меньшею затратою хлороформа и, стало быть, меньшею опасностью для больных, хлороформирование комбинируется с применением других наркотических средств. Обыкновенно больным за 15—20 мин. до начала его вводится подкожно 0,01 морфия. Еще лучше, как я убедился, впрыскивать им за 1 час до начала наркоза смесь 0,03—0,04 пантопона с 0,0003—0,0004 скополамина, или вводить 3,0 гедонала через прямую кишку в растворе (в настоящее время, за неимением гедонала, в нашей клинике больным дается перед операцией веронал в дозе 0,5—вечером накануне операции и утром в день операции).

Введение гедонала вызывает у больных сон, введение же пантопон-скополамина приводит их в дремотное, апатическое состояние, причем у них исчезает страх перед операцией. Брандт рекомендует скополамин в сочетании с морфием, советуя за $1\frac{1}{2}$ —2 ч. до начала ингаляционного наркоза вводить отдельно 0,0003 скополамина и 0,01 морфия, а за $\frac{1}{2}$ -часа — лишь 0,0003 скополамина.

Для уменьшения опасности хлороформирования нужно, затем, чтобы пары хлороформа вдыхались при свободном доступе воздуха хорошо смешанными с ним, а еще лучше — в смеси с кислородом, для чего Рот-Дрэгером придуман особый аппарат (рис. 242),— правда, довольно сложный и громоздкий, но благодаря своему целесообразному устройству, нашедший себе довольно широкое распространение в современных клиниках и больницах. При помощи этого аппарата можно производить и смешанный эфирно-хлороформный наркоз, а также вводить пары одного эфира в смеси с кислородом. Подобный же прибор, приводимый в действие ногой, предложен у нас в последнее время О л ь ш а н е ц к и м.

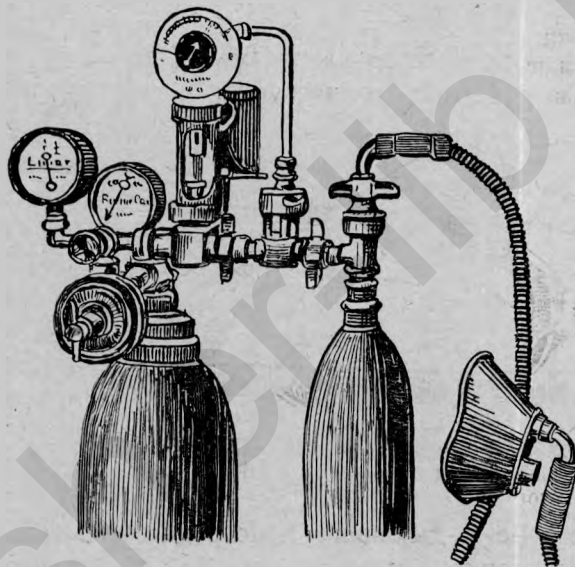


Рис. 242. Аппарат Рот-Дрэгера для наркоза хлороформом и эфиром в смеси с кислородом.

В хлороформном наркозе обыкновенно различают четыре стадии или периода.

Первый период — подготовительный, во время которого, под влиянием хлороформа, постепенно происходит потемнение сознания больных. Зачастую последние в этом периоде упреждают усилия, чтобы избавиться от вдыхания неприятных, сладких паров хлороформа, — отворачивают голову, стараются руками сорвать маску и пр.

Второй период, особенно резко выраженный у потаторов и нервных субъектов, — это период возбуждения. Во время его утратившие сознание больные оживленно разговаривают, поют, иногда впадают в буйный бред, причем пытаются вскакивать и вступать в борьбу с воображаемым противником. Зрачки в этом

периоде расширяются, но рефлексы,— в том числе и роговичный с зрачковым,— оказываются сохранившимися. Нередко в этом периоде наблюдается рвота, а также судорожные сокращения мышц.

Период возбуждения сменяется третьим периодом, во время которого больные начинают дышать глубоко и спокойно, пульс их становится реже и полнее, наблюдается полное расслабление скелетных мышц, чувствительность и все рефлексы исчезают, зрачки суживаются и остаются в таком суженном состоянии. На этой ступени и следует поддерживать наркоз все время, пока длится операция, подбавляя соответственное количество хлороформа.

Если количество хлороформа, данное больным, будет для них слишком велико, то наступает четвертая стадия, характеризую-

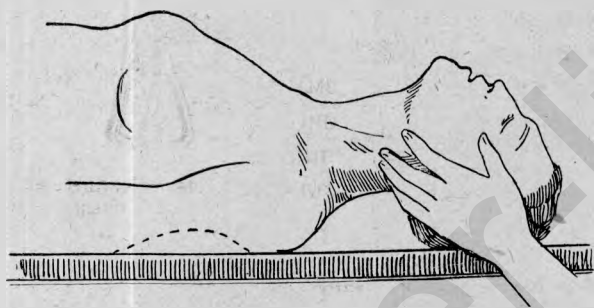


Рис. 243. Отодвигание нижней челюсти при ингаляционном наркозе по Губареву.

щаяся расширением зрачков при полном отсутствии рефлексов. Подметив этот грозный признак, наркотизатор должен немедленно прекратить дальнейшую дачу хлороформа, так как в противном случае у больных наступают

расстройства дыхания и непосредственно вслед за ними — симптомы, указывающие на поражение сердца: пульс делается малым, нитевидным, потом совершенно перестает прощупываться, наконец, наступает остановка сердца.

Впрочем и во время первых трех периодов хлороформного наркоза могут наблюдаться различные расстройства, нередко ведущие за собою серьезные опасности. К числу таких расстройств относится прежде всего рвота,— чаще всего, как уже было упомянуто выше, наблюдающаяся в периоде возбуждения, но бывающая также и в первом и в третьем периодах наркоза. При появлении ее надобно немедленно повернуть голову больной в сторону,— иначе рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и обусловить асфиксию, в отдельных случаях даже со смертельным исходом. В третьем периоде появление рвоты обычно указывает на пробуждение больных, и потому у последних нужно в это время повесить дачу хлороформа.

Следующим частым осложнением, встречающимся при хлороформном наркозе, является западение языка у больных, ведущие к расстройству дыхания вследствие сужения просвета гортани. Чтобы устранить его, надо запрокинуть голову больной так, как это показано на прилагаемом рисунке (рис. 243), и указательными пальцами обеих рук, положенными на углы нижней челюсти, стараться смещать ее кпереди. Если, несмотря на это, язык все-таки продолжает западать, то нужно захватить его или особым языкодержателем (рис. 244), или пулевыми щипцами с тонкими острями, и вытянуть наружу.

Нередко как смещение нижней челюсти у наркотизируемой, так и вытягивание языка встречают затруднения вследствие судорожного сокращения дыхательных мышц (тризм). В подобных случаях больной надо раздвинуть челюсти или обернутой в полотенце рукояткой обыкновенной столовой (металлической) ложки, или шнаделем, или особым роторасширителем (рис. 245), которые вводят-ся между стиснутыми зубами и оставляются до тех пор, пока тризм не пройдет (в противном случае, при возобновлении тризма, больная может откусить себе кончик вытянутого языка).

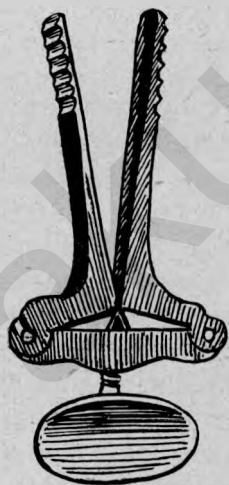


Рис. 245. Роторасширитель.



Рис. 244. Щипцы для вытягивания языка при наркозе.

Еще чаще затруднение дыхания во время наркоза обусловливается затеканием в дыхательные пути содержимого ротовой полости, причем дыхание больной приобретает обыкновенно хриплый, kloкочущий характер. В подобных случаях необходимо освободить гортань от попавших туда масс или комком марли, захваченным при помощи корнцанга, или, как это рекомендует Губарев, указательным пальцем, обернутым полотенцем.

Если, несмотря на проходимость дыхательных путей, дыхание у наркотизируемой все же останавливается или делается неправильным, развивается цианоз, вытекающая при разрезе кровь приобретает темный цвет и т. п., то следует немедленно приступить к искусственному дыханию, которое обыкновенно

делается или по способу Лабурда (ритмическое потягивание за язык), или, еще лучше, по способу Сильвестра (отведение и прижатие к грудной клетке верхних конечностей).

Дыхание это надо продолжать до тех пор, пока цианоз у больной совершенно не исчезнет и она не будет дышать правильно.

Иногда во время наркоза не вполне заснувшая или начинающая просыпаться больная, реагируя на боль, бессознательно хватается руками за то место, где она ощущает последнюю, и таким образом при лапаротомиях, например, может инфицировать операционную рану. Во избежание этого обе руки оперируемой обычно удерживаются в несколько отведенном от туловища и согнутом в локтевых суставах положении, а иногда — сильно запрокинутыми за голову, тем более, что в этих положениях ведущему наркоз лицу удобнее бывает следить за пульсом больных лучевой артерии. Необходимо, однако, иметь в виду, что значительное отведение рук, особенно же запрокидывание их, может вести к развитию в послеоперационном периоде так называемых наркозных параличей и парезов, зависящих от сдавливания плечевого сплетения (plexus brachialis) головками плечевых костей. Некоторые из современных гинекологов предпочитают поэтому, чтобы верхние конечности больных во время наркоза и операции оставались вытянутыми вдоль туловища, в каковом положении они и удерживаются при помощи особых приспособлений, пульс же больных проверяется при этом наркотизатором по биению височной или сонной артерий.

Самые грозные осложнения наблюдаются, во время хлороформного наркоза, со стороны сердца и заключаются в падении сердечной деятельности до полной остановки сердца включительно. Кроме прекращения дальнейшей дачи хлороформа при упадке сердечной деятельности прибегают к подкожным впрыскиваниям камфоры и эфира, подкожным вливаниям физиологического раствора, локтевой жидкости и т. п. При полной остановке сердца можно прибегать к электризации *nn. phrenicorum*, механическим раздражениям путем похлопывания по сердечной области, термическому раздражению последней теплом и холодом, а некоторыми авторами предложено было в таких случаях производить даже непосредственное массирование сердечной мышцы, вскрывая грудную полость и ритмически сдавливая сердце полною рукою. Наилучшие результаты в подобных случаях дает, однако, как показывают наблюдения современных хирургов, впрыскивание адреналина в сердце.

По исследованиям Лисицина, у молодых субъектов иглу шприца следует при этом вкладывать в IV межреберный промежуток, у пожилых — в V. Игла вводится по краю грудины справа у субъектов с длинно-узкой грудной клеткой и слева — при коротко-узкой, отступя на $\frac{1}{2}$ —1 см от края грудины; у субъектов с коротко-широкой и длинно-широкой грудной клеткой ее надо вводить, отступя на 1 см от края грудины справа. Во всех случаях вкалывать иглу обязательно в середину межреберного промежутка. При узких грудных клетках иглу надо вводить на глубину 5—6 см, при широких — на глубину 3,5 см в зависимости от упитанности больного. Направление иглы — перпендикулярно к сердцу при узкой грудной клетке, под небольшим углом к средней линии, тогда как при широкой игла направляется сверху вниз под острым углом. Количество вводимого адреналина в успешных случаях, приводимых Вартминским, колебалось от 0,7 (у грудного ребенка) до 10 см^3 $\frac{1}{1000}$ -ного раствора. Процент успеха Новиковым определяется в 56%; разумеется, он тем выше, чем меньше времени прошло от момента остановки сердца до момента впрыскивания адреналина; у Вартминского впрыскивание $1,5 \text{ см}^3$ официального раствора адреналина дало успех, хотя со времени остановки сердца прошло не менее 10 мин.

Из неприятных сторон посленаркозного периода при хлороформе (как и при эфире) следует особенно отметить тягостную и нередко долго не прекращающуюся рвоту.

Эфирный наркоз, по мнению большинства авторов, является гораздо более безопасным, чем хлороформный. К сожалению, кроме вызываемого эфиром раздражения дыхательных путей, он представляет еще ту невыгодную сторону, что при нем больные засыпают далеко не так скоро, как при употреблении хлороформа. В общем, однако, и при этой форме ингаляционного наркоза наблюдаются те же фазы, как и при хлороформировании. Давать эфир можно или при помощи той же маски, какая служит для хлороформирования, или при помощи специальных масок, из которых особенно в ходу маска Ваншера (рис. 246), имеющая вид довольно объемистого резинового мешка с воронкою. Внутри мешка наливают около 15 см^3 серного эфира и прикладывают воронку к лицу больной, через 5 мин. прибавляют



Рис. 246. Маска Ваншера для эфирного наркоза.

еще 15 см³, а затем, время от времени, подливают меньшие количества эфира.

Чтобы соединить выгодные стороны как хлороформного, так и эфирного наркоза, весьма целесообразно пользоваться обоими этими средствами — начинать наркоз хлороформом, а потом, когда больная заснет, переходить на эфир.

Некоторые хирурги предпочитают производить предварительное усыпление бромэтилом, после которого уже переходят на эфир. Другие применяют одновременно и хлороформ и эфир, для чего особенно удобным является уже упомянутый выше аппарат Рюд-Дрэгера. Можно также производить ингаляционный наркоз смесью из эфира (3 ч.), хлороформа (2 ч.) и алкоголя (1 ч.), а Шлейх предложил употреблять для этой цели смесь хлороформа, серного эфира и нефтяного эфира (aether petrolei) в разных пропорциях (3 : 12 : 1; 3 : 10 : 1; 2 : 5½ : 1); Соколов, испытавший у нас наркоз такими смесями, нашел, что при этом период возбуждения у наркотизируемых выпадает, сердце и легкие не страдают, последовательная рвота наблюдается реже и в меньшей степени.

Некоторые из отечественных гинекологов (Богуш) широко применяют в своей оперативной практике введение эфира, с целью наркоза, в прямую кишку. Обычно эфир вводится в последнюю, после ее опорожнения клизмами, в смеси с каким-нибудь растительным маслом (лучше прованским) — в пропорции на 180 см³ эфира 60 см³ масла (по Гуасмэю), причем на каждый фунт веса тела больной берется 1,0 смеси. Период возбуждения при таком наркозе в материале Богуша наблюдался не более, как в 15% случаев, причем был выражен слабо; спокойный сон наступал через 20—30 минут.

Одно время я широко применял в заведываемой мною клинике, при операциях, вместо ингаляционного внутривенный гедоналовый наркоз. Попытки вводить наркотизирующие вещества, в том числе и хлороформ, а также эфир, непосредственно в кровеносную систему известны в медицине уже с давних пор, причем особенно крупный шаг в этом направлении был сделан в 1909 г. Бурккхардтом, который, разработав сначала вопрос о внутривенном введении хлороформа и эфира, стал затем применять эту форму наркоза и на людях. При всех преимуществах ее внутривенное введение, с целью усыпления, таких веществ, как хлороформ, эфир и пр., оказалось представляющим и столько отрицательных сторон, что пример Бурккхардта нашел себе мало подражателей, и более широкое применение, по крайней мере среди русских хирургов и гинекологов, внутривенный наркоз получил лишь тогда, когда Кравков предложил пользоваться для него раствором гедонала.

Полученный впервые Дрезером в 1889 г. гедонал принадлежит к уретанам, т. е. к тем производным, мочевинам, в которых наряду со спиртовой группой заключается амидная группа; это,

по химической терминологии, — метил-пропил-карбинол-уретан. Как и другие наркотические жирного ряда, гедонал, благодаря своему действию на центральную нервную систему, является снотворным средством, но выгодно отличается от других, сродных с ним по существу, веществ, с одной стороны, тем, что снотворное действие его, благодаря присутствию метиловой и пропиловой групп, более энергично, чем у других уретанов, а с другой — тем, что он является, повидимому, более безопасным в смысле влияния на сердечную деятельность и дыхание, так как, наряду с парализующими группами метила и пропила, содержит возбуждающую амидную группу. Другими словами говоря, гедонал представляет собою счастливое сочетание сильного наркотического яда и противоядия.

Для внутривенного вливания берется обыкновенно $\frac{3}{4}$ %-ный раствор гедонала в физиологическом растворе или, еще лучше, в локковской жидкости, подогретый настолько, чтобы при поступлении в вену он имел температуру крови (до 39° C). Раствор этот вводится лучше в периферический, но можно и в центральный конец вены локтевого сгиба через посредство вставленной в него металлической канюли. Для введения его может служить обыкновенный прибор для подкожных вливаний с градуированною склянкою, помещаемою в банку с теплой водой, или, еще лучше, специальный прибор вроде предложенного, например, Сидоренко. Вводить раствор надо под таким давлением, чтобы скорость вливания не превышала 100 см^3 в минуту.

Самая операция под внутривенным гедоналовым наркозом начинается обычно тогда, когда наступит полное усыпление, а для этого, как показал опыт нашей клиники, в среднем нужно около 350 см^3 раствора. Когда больная засыпает настолько глубоко, что перестает реагировать на операционную травму, дальнейшее вливание гедонала на более или менее продолжительный промежуток времени приостанавливается, а затем, когда больная начинает реагировать, вливание вновь повторяется, причем, конечно, раствора требуется уже гораздо меньше, чем при первом вливании, и т. д. Таким образом общее количество раствора, по опыту нашей клиники, можно безопасно довести до 1640 см^3 , количество чистого же гедонала — до 204 мг на кило веса (среднее количество раствора, израсходованного в 1 час операции, равнялось в наших случаях $9,3 \text{ см}^3$ на кило веса, что соответствует 70 мг чистого гедонала).

Обычно при вливании гедоналового раствора больные без всякого возбуждения незаметно погружаются в глубокий сон (сильное возбуждение в начале наркоза имело у нас место лишь 2 раза на 250 случаев). Сравнительно нередко (у нас на 250 случаев 16 раз) при этой форме наркоза наблюдается, более или менее сильная асфиксия, но она здесь не имеет особенно серьезного значения и быстро проходит при искусственном дыхании. Вообще как клинические наблюдения, так и экспериментальные исследования, произведенные ассистентом нашей клиники Бюлундзем в фармакологической лаборатории Казанского уни-

верситета, свидетельствуют, что гедонал значительно раньше вызывает расстройства в дыхательной сфере, чем в сердечно-сосудистом аппарате, и даже при полной остановке дыхания можно еще спасти больных, применяя у них искусственное дыхание, так как сердечно-сосудистый аппарат остается при этом еще способным к правильной работе. Это, без сомнения, — самая выгодная сторона данной формы наркоза. При нем и после него не наблюдается, далее, тех расстройств, которые столь обычны при хлороформном и эфирном наркозе, и в частности рвоты. Словом, как справедливо заявил Кадьян на XIII съезде российских хирургов, это — самый приятный вид наркоза, с которым только приходится иметь дело хирургу.

При всем том после 4-летнего применения я все же должен был отказаться от внутривенного гедоналового наркоза, так как убедился, что после него гораздо чаще, нежели после ингаляционного наркоза эфиром и хлороформом, развиваются заболевания дыхательного аппарата, в частности пневмонии, да и заболевания эти имеют гораздо более опасный характер. Причина этого лежит, по моему убеждению, в той спячке, которая обычно имеет место после внутривенного гедоналового усыпления; — больные при нем по нескольку часов после операции продолжают спать с опущенною нижнею челюстью и открытым ртом, причем дыхание их имеет храпящий, иногда клокочущий характер. При одном взгляде на эту картину невольно возникает мысли или об отеке легких, или о затекании жидкого содержимого рта в бронхи.

Весьма возможно, что отсутствие рвоты у оперированных под гедоналом также играет известную роль в этиологии заболеваний дыхательной системы у них. Обычно отсутствие рвоты во время операции и особенно в послеоперационном периоде выставляется в качестве одного из преимуществ внутривенного гедоналового наркоза перед ингаляционным. Но очень вероятно, что это — не столько преимущество, сколько недостаток данной формы наркоза, и что больные, оперированные под эфирным или хлороформным наркозом, в значительной степени ограждаются от так называемой *Schuckpneumonie* именно благодаря экспираторному влиянию рвоты.

В связи с дурным влиянием внутривенного гедоналового наркоза на дыхательные органы следует поставить еще одно серьезное осложнение послеоперационного периода, — я разумею сквозное расхождение раны брюшных стенок после лапаротомий, которое наблюдается здесь гораздо чаще, чем после ингаляционного наркоза хлороформом и эфиром. Гораздо чаще имеет место у больных, оперированных под разбираемой формой наркоза, и разбитие так называемой *phlegmasiae albae dolentis*. Наконец, опыт нашей клиники заставляет думать, что внутривенный гедоналовый наркоз оказывает более вредное влияние на психику больных, чем общеупотребительные формы ингаляционного наркоза.

В конечном итоге я, повторяю, должен был отказаться от разбираемого вида наркоза, сохранив, однако, введение гедонала

в прямую кишку, как предварительную меру перед хлороформированием и этеризацией. Должен, однако, оговориться, что некоторые другие русские гинекологи, например, Какущкин в Саратове, до последнего времени сохранили эту форму наркоза, хотя и у Какущкина процент осложнений со стороны дыхательных органов после нее равняется 4,1, а процент расхождения брюшной раны — 0,69.

Заканчивая обзор методов обезболивания, находящихся себе применение при операциях у русских гинекологов, упомяну, в заключение, об удачных попытках пользоваться гипнотическим внушением, сообщаемых Платоновым, Николаевым и др.; подобные попытки, как уже сообщалось выше, имели место и в заведываемой мною клинике.

7. КЛАССИФИКАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И ОБЩИЕ ПРАВИЛА ИХ ТЕХНИКИ

С технической стороны все гинекологические операции делятся обычно на две группы: операции, не сопряженные со вскрытием брюшины, и операции, при которых имеет место вскрытие брюшной полости, или чревосечения (coeliotomiae); не совсем правильно последние известны также в практике под названием «больших» в противоположность первым, которые называются «малыми». Сопряженные со вскрытием брюшины операции могут быть далее выполняемы или через влагалище — влагалищные чревосечения или кольпотомии, или через брюшные стенки — брюшностеночные чревосечения или лапаротомии. Кроме того, существуют в гинекологии и такие операции, которые могут быть производимы то со вскрытием брюшины (через живот или через рукав), то без такового; сюда относятся, например, операция Александра-Адамса, вагинофиксация и пр.

К какой бы группе ни принадлежала гинекологическая операция, при выполнении ее надо придерживаться тех общих технических правил, какие известны из общей хирургии. Всякую операцию надо, во-первых, выполнять по возможности скоро, ибо чем дольше длится она, тем при прочих равных условиях, значительнее ее опасность; скорость эта, однако, не должна покупаться ценою тщательности выполнения различных оперативных приемов. Всякую операцию надо, затем, производить по возможности под контролем зрения, причем, чтобы достигнуть этого, в оперативной гинекологии могут быть применяемы такие приемы, как извлечение органов, служащих объектами оперативного вмешательства, наружу (например, стенок рукава через половую щель, труб, яичников и пр. через брюшную рану и т. п.), раскрытие

рукава при влагалищных операциях зеркалами, освещение брюшной полости при кольпотомиях электрическими лампочками, прикрепленными к ложкам зеркал, или лобными, раскрытие зеркалами брюшной раны при лапаротомиях, приподнятое положение таза больных при влагалищных и особенно брюшностеночных операциях (трэнделенбургское положение) и пр.

В эти же видах зачастую выгодно бывает оперировать с предварительным гэмостазом, т. е. принимать меры к тому, чтобы приток крови по приводящим (артериальным) сосудам к опера-

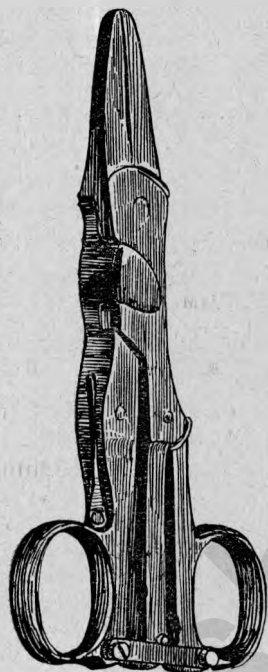


Рис. 247. Ангиотриб
Дуайена.

ционному полю был или временно, или стационарно прекращен. Стационарное прекращение доступа крови может быть достигнуто или путем массовой перевязки приводящих сосудов вместе с теми тканями, в которых они проходят (так, например, достигается гэмостаз при влагалищных экстирпациях матки по лигатурному способу, когда обе широких связки вместе с идущими в них к матке сосудами перевязываются в несколько пучков толстыми шелковыми лигатурами), или путем кратковременного наложения жомов, перерезки тканей между ними и изолированной перевязки зажатых сосудов, после которой жомы снимаются (так производится гэмостаз при удалении опухолей яичников и труб, при надвлагалищной ампутации и абдоминальной экстирпации матки и пр.), или путем наложения жомов на более продолжительный срок, именно, до тех пор, пока сдавленные сосуды стойко не затромбируются (такого рода гэмостаз применяется, например, при

влагалищном иссечении матки по пицетному способу), или путем, наконец, ангиотрипсии, т. е. раздавливания сосудов при помощи особых сильных жомов — так называемых ангиотрибов (рис. 247). Что касается временного гэмостаза, то в гинекологии и акушерстве он достигается обычно путем наложения на матку с ее связками резинового жгута, или просто резиновой трубки, которая на известное время операции затягивается, а по миновании его снимается. Такой жгут применяется, например, некоторыми операторами в акушерстве — при операции кесарского сечения, а в гинекологии — при энуклеации фибромиом матки.

По Отту наложение жгута на матку с целью профилактического гэмостаза было впервые предложено нашим соотечественником, д-ром Клейбером. О невыгодных сторонах этой меры, по крайней мере при кесарском сечении, нами уже было сказано в курсе акушерства.

Массовых лигатур, особенно погружных из нерассасывающегося материала, например, шелка, — при гинекологических, как и при всяких других, операциях следует избегать: при них получают объемистые культи из омертвевшей ткани, которые в дальнейшем могут служить источником различных расстройств, да и гэмостаз производится при них менее совершенным образом, чем при изолированной перевязке сосудов. Садовский описал в литературе 3 случая, где ему пришлось прибегнуть к повторным чревосечениям из-за невыносимых болей в культях после массовых лигатур.

Гэмостаз при помощи ангиотрипсии не нашел себе широкого применения в практике. Изучая этот метод экспериментально, Рачинский пришел к заключению, что, хотя его опыты и дали благоприятные для ангиотрипсии результаты, но все же применять ее по отношению к крупным сосудам рискованно.

Некоторые гинекологи находят более выгодным оперировать без предварительной перевязки сосудов. По Губареву такой способ оперирования представляет целый ряд преимуществ: при нем облегчается распознавание тканей и их топографии, отсутствуют венозные кровотечения, в дальнейшем обеспечивается вполне надежный гэмостаз, уменьшается возможность внесения инфекции с лигатурами, можно бывает легче подметить патолого-анатомические и топографические особенности, наконец, не бывает стягивания тканей. Большинство гинекологов, однако, предпочитает оперировать с предварительным гэмостазом, и не без основания: помимо того, что при этом кровь не заливает операционного поля, ее теряется при этом меньше, не тратится излишнего времени на захватывание брыжжущих сосудов и удаление излившейся крови и пр.

В видах бескровного оперирования Феноменов рекомендовал некоторые операции на влагалищной части матки, полипотомии и т. п. производить с предварительным смазыванием операционного поля раствором адреналина 1:1000, причем происходит сильное обескровливание тканей.

Перечисляя основные правила, касающиеся техники гинекологических операций, упомяну еще раз о необходимости для гинеколога оперировать по возможности асептически. Нередко источником инфекции при этих операциях являются не руки оперирующего и его помощников, не инструменты и т. п., а очаги

инфекции, находящиеся в самом организме больных. Очаги эти надо удалять по возможности таким образом, чтобы находящиеся в них заразные начала не попали на здоровые ткани и впоследствии не инфицировали всего организма, — сактосальпинксы, например, если в них можно подозревать наличие вирулентного гноя, следует по возможности иссекать без предварительного вскрытия, целиком; то же самое следует делать с нагноившимися кистами яичников и т. п. Если уж нет возможности избежать, во время операции, выступления инфекционных начал из тех очагов, где они сосредоточиваются, то надо принимать меры к тому, чтобы загрязнение здоровых тканей было при этом возможно меньшим: следует избирать соответствующий путь операции (те же, например, пиосальпинксы с вирулентным гноем лучше оперировать через рукав, чем путем лапаротомии), перед вскрытием инфекционного очага надо обособлять его от здоровых мест операционного поля марлевыми компрессами и пр. Вместе с тем оперирующий должен позаботиться о том, чтобы инфекционные начала были удалены как из очагов, так и с здоровых участков, на которые они попали при операции, возможно более совершенно. Достигнуто это может быть или «мокрым» путем, — путем промываний индифферентными, либо антисептическими, но возможно менее ядовитыми жидкостями (Губарева рекомендует, между прочим, пользоваться для промываний гнойных и гнилостных очагов 5—10%-ными растворами поваренной соли), или сухим, — путем вычерпывания гноя стерильными марлевыми компрессами.

При всех гинекологических операциях настоятельно необходимо, далее, по возможности беречь органы, имеющие важное жизненное значение (в половой сфере — особенно яичники у женщин, не достигших климактерия), а также избегать повреждения органов, ранение которых является опасным для жизни (кишки, особенно толстые, самые крупные кровеносные сосуды) или восстановление целостности которых сопряжено с значительными техническими затруднениями (мочеточники).

Выполняя всякую гинекологическую операцию, оперирующий должен, наконец, позаботиться о том, чтобы в каждом случае восстановить нормальные анатомические отношения, нарушенные как болезненным процессом, так и самой операцией. В этих видах при чревосечениях, например, ему следует заботиться о возможно тщательной перитонизации, т. е. зашивании ранений брюшины, при всех вообще операциях — о зашивании операционной раны наглухо и т. д. Лишь в тех случаях, где есть основания думать, что в операционном поле остались инфекционные начала

высокой вирулентности, нужно принять меры к возможности свободного выделения этих начал в послеоперационном периоде, т. е. применить дренаж — брюшной полости при чревосечениях, операционной раны — при других операциях. С этой целью рана брюшных стенок при лапаротомиях, рукава — при кольпотомиях и пр. или совершенно не зашивается, или зашивается только частью, и в нее вставляется либо резиновая, стеклянная и т. п. трубка, либо полоса стерильной (или иодоформированной, ксероформированной и пр.) марли (капиллярный дренаж).

Губарев в новейшее время, имея в виду опыт минувшей войны, категорически высказывается против марлевых дренажей в пользу трубчатых. С этим, однако, нельзя вполне согласиться. Марлевые дренажи в гинекологической практике, особенно в инфицированных случаях чревосечений, безусловно заслуживают применения, и не столько потому, что они высасывают инфекционное содержимое брюшной полости, — опыт и наблюдение свидетельствуют, что дренирующее, высасывающее действие их по отношению к брюшной полости длится очень короткое время, а затем брюшина обособляется от дренажа, как от инородного тела, — сколько потому, что при помощи их мы в состоянии отграничить свободные от инфекции отделы брюшины от инфицированных и таким образом спасти больную от общего перитонита. Кроме того, марлевые дренажи применяются не ради одной инфекции, — их можно с пользой применять, например, там, где гемостаз при операции не удалось провести достаточно надежно, и есть основания опасаться последовательного кровотечения, а также и в некоторых других случаях.

Одно время я широко пользовался, в качестве материала для дренажей, иодоформированною марлей, а некоторые видные гинекологи и до сих пор употребляют ее с данною целью в своей практике. Однако несколько наблюдавшихся мною случаев отравления иодоформом, — правда, с благоприятным исходом, — заставили меня отказаться от нее, и теперь я исключительно пользуюсь для дренажей стерильною марлей — тем более, что и дренирующие свойства ее гораздо сильнее, чем марли, пропитанной иодоформом.

Ограничиваясь этими краткими замечаниями относительно основных принципов, которым должна подчиняться техника гинекологических операций вообще, коснусь еще здесь в отдельности техники чревосечений, как влагалищных, так и абдоминальных, а равно главных правил послеоперационного ухода.

8. ВЛАГАЛИЩНЫЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ (КОЛЬПОТОМИИ)

Так как наиболее важные в физиологическом отношении и весьма часто поражаемые различными болезненными процессами части женского полового аппарата, именно, тело матки и яич-

ники, располагаются в брюшной полости, то естественно, что среди различных видов оперативного вмешательства в гинекологии чревосечения, по своей частоте, занимают весьма видное место.

Из 6 076 стационарных больных, находившихся в гинекологическом отделении Казанской клиники за 27 лет, с 1900/1 по 1926/7 уч. гг., были польованы оперативно 5 359, в том числе чревосечения были сделаны у 2 441 больной, что составляет почти 40% общего числа стационарных больных клиники и 45,5% — оперативных больных.

Чтобы достигнуть указанных внутренних частей женского полового аппарата с оперативными целями, мы можем проникнуть в брюшную полость главным образом двумя путями: или через влагалище, или через переднюю брюшную стенку (возможен еще при этом третий путь — сакральный, при котором мы проникаем в полость брюшины сзади, после предварительной резекции крестца, но этот путь, по понятным причинам, весьма редко избирается гинекологами). Отсюда в гинекологической практике известны два вида или способа чревосечений: влагалищный — *colpocoeliotomia* или кольпотомия и абдоминальный — *laparocoeliotomia* или лапаротомия. Каждый из этих способов имеет свои достоинства и недостатки, делающие как кольпотомию, так и лапаротомию выгодными для одного рода случаев и невыгодными — для другого. Отсюда уже а priori можно заключить, что оба эти способа должны иметь права гражданства в гинекологии. Так это и есть в действительности: всякий современный гинеколог в своей оперативной практике пользуется и влагалищным и абдоминальным путем для чревосечения. Но одни из гинекологов, относительно высоко оценивая достоинства кольпотомии и ставя показания к ней, сравнительно часто оперируют через влагалище, другие же, наоборот, предпочитают абдоминальный путь.

Так, Отт, являющийся горячим сторонником кольпотомии, уже в период времени с 1898 по 1900 гг. на 210 лапаротомию сделал 249 влагалищных чревосечений, что дает отношение 4 : 5, а за следующий период, с 1901 по 1907 гг., отношение лапаротомий к кольпотомиям у него изменилось еще более в пользу последних, именно, на 371 брюшностеночное чревосечение он сделал 761 кольпотомию (1 : 2).

Проводя параллель между кольпотомией и лапаротомией, Отт находит, что: 1) по отношению к инфекции при кольпотомиях создаются гораздо более благоприятные для больных условия, чем

при лапаротомиях, ибо: а) микроорганизмам при них гораздо труднее попасть в брюшную полость, чем при лапаротомиях; б) путь к подлежащим удалению органам или опухолям при них гораздо короче, чем при этих последних; в) при кольпотомиях приходится работать главным образом инструментами, при лапаротомиях же — руками, что гораздо опаснее в смысле инфекции; г) при кольпотомиях не приходится прибегать к такой несовершенной мере, как применяемая при абдоминальных чревосечениях защита брюшной полости компрессами; д) уже тот факт, что при влагалищных чревосечениях рукавная рана может быть не зашиваема, показывает, что она должна быть признаваема за *locus electionis*; е) стенки рукава при кольпотомиях могут быть продезинфицированы более совершенно, чем стенки живота при лапаротомиях; ж) гнойные фокусы и т. п. при кольпотомиях опоражниваются при более благоприятных условиях, чем это имеет место при лапаротомиях; з) дренирование и изоляция зараженных частей при первых выполняются лучше и удобнее, чем при вторых. Кроме того, 2) Отт находит, что надежного гемостаза при кольпотомиях можно достигнуть так же легко, как и при абдоминальных чревосечениях, а вторичное кровотечение при них открыть легче, чем при этих последних, так как при кольпотомиях рана обычно оставляется открытой, при лапаротомиях же зашивается наглухо; 3) операционная травма при влагалищных чревосечениях гораздо меньше, чем при абдоминальных; 4) наконец, после кольпотомий больные скорее и легче направляются, не бывает грыж в операционном рубце и пр.

По поводу некоторых из этих выгодных сторон кольпотомии, выставляемых Оттом, можно, однако, серьезно спорить. Так, например, обстоятельству, что при кольпотомиях приходится больше работать инструментами, чем руками, составляет скорее крупную невыгоду этого вида чревосечений, чем его выгодную сторону, ибо рука, конечно, — наиболее совершенный инструмент; с другой стороны, употребляя, например, стерильные резиновые перчатки, можно сделать руки почти столь же безопасными в смысле инфекции, как и инструменты. При влагалищных чревосечениях, далее, иногда так же, как и при брюшностеночных, приходится прибегать к защите кишок — если не компрессами, то тампонами. Сомнительным представляется и факт, чтобы стенки рукава было легче привести в возможно асептическое состояние, чем кожу передней брюшной стенки. Затем, гемостаз при кольпотомиях, — особенно в идеальной его форме, т. е. в форме изолированной перевязки сосудов, — конечно, выполнить бывает большею частью гораздо

труднее, чем при лапаротомиях. Обстоятельство, что при кольпотомиях операционная рана большею частью оставляется открытой, также представляет скорее невыгодную сторону этого вида чревосечений, чем их преимущество. Главное, однако, — при них доступ в брюшную полость является гораздо более тесным и узким, чем при брюшностеночных чревосечениях; поэтому более или менее объемистые опухоли яичников, матки и пр. не могут быть удаляемы этим путем иначе, как после предварительного уменьшения их объема, а это уменьшение далеко не всегда является и возможным и желательным. Правда, чтобы сделать путь через рукав при кольпотомиях более широким, предложены некоторые технические приемы, — Шухардт, например, предложил для этой цели внесрединный разрез рукава и тазового дна, проводимый обычно слева на одинаковом расстоянии от седалищного бугра и копчика, а сам Отт рекомендует проводить срединный промежностный разрез; но эти приемы лишь отчасти помогают горю, не говоря уже о том, что имеющее при них место нарушение целостности тазового дна может оказаться далеко безразличным для последующего состояния больных. Благодаря сравнительной узкости доступа в брюшную полость через рукав, оперирующий при кольпотомиях с гораздо большим трудом может, затем, разобраться в существующих здесь отношениях: различные патологические изменения, особенно локализирующиеся в верхних отделах брюшной полости, легко могут ускользнуть от его глаза — тем более, что освещается брюшная полость при кольпотомиях значительно хуже, чем при лапаротомиях. Предложенные Оттом зеркала с электрическими лампочками, о которых было уже говорено выше, а равно освещение при помощи лобных лампочек с рефлекторами, правда, несколько помогают в данном отношении, но опять-таки только в известной мере; при том же этим приспособлениям присущи свои невыгоды (необходимость для гинеколога иметь под рукою источник электрической энергии, дороговизна, трудность стерилизовать зеркала с лампочками и пр.). Да и увидеть что-нибудь при кольпотомии, — это еще не значит достать до известного места или органа руками, для выполнения тех или других оперативных манипуляций. Именно здесь оперирующий легко может очутиться в положении крыловской лисицы: «хоть видит око, да зуб неймет».

Говоря о невыгодных сторонах кольпотомии, считаю необходимым упомянуть еще о том, что она требует значительно более высокой техники (включая сюда и искусство оперирующего, и возможность для него располагать различными вспомога-

ными приспособлениями и пр.), чем лапаротомия, которая с технической стороны является более доступною рядовому врачу-гинекологу. Именно этим обстоятельством я в значительной мере объясняю тот крайне низкий % смертности после кольпотомий, который указывается Оттом в его руководстве (0,57% на 1739 кольпотомий). Впрочем тут многое зависит и от того, какой трудности случаи гинеколог оперирует через рукав, и какой — оставляет на долю лапаротомий. Если судить по цифровым данным, имеющимся в отчете СПб. Клинического повивального-гинекологического института за 1904—1907 гг., то между тем как 172 кольпотомии дали Отту 1,74% смертности, смертность после лапаротомий (221) равнялась у него 11,31%, — процент, очевидно, слишком высокий, особенно если принять в расчет, что в число лапаротомий здесь не входят расширенные абдоминальные экстирпации матки при раке ее шейки, столь омрачающие у современных гинекологов их статистику смертности после брюшностеночных чревосечений. При определении процента смертности после влагалищных чревосечений весьма важно также, вычисляется ли этот процент только для одних кольпотомий в тесном смысле этого слова, или же сюда относятся и влагалищные экстирпации матки, дающие гораздо более высокую смертность (в Клиническом институте, например, за тот же период времени влагалищные экстирпации матки дали 8 смертей на 218 случаев, т. е. смертность после них (3,67%) была более, чем вдвое, выше, чем при кольпотомиях в узком смысле слова).

Так или иначе, во всяком случае у большинства авторов разница в проценте смертности после влагалищных чревосечений, с одной стороны, и абдоминальных — с другой, значительно меньше, чем указываемая Оттом. Холодковский, например, получив на 565 лапаротомий 7,8% смертности, на 435 рукавных чревосечений имел, за то же время, смертность в 4,35%. В заведомую мною клинику, где за 27 лет (1900/1—1926/7 уч. гг.) из 2441 перенесших чревосечения больных лишь 362 (14,8%) были оперированы через рукав, а 2009 (82,3%) — путем лапаротомии (остальные 70 случаев были оперированы и через влагалище, и через живот), в первой группе процент смертности в зависимости от операции оказался равным 5,5, во второй же — 6,1 (а если присоединить сюда и смертность, имевшую у меня место и в 34 исключительно трудных случаях, оперированных по сочетанному способу, то % этот поднимается до 6,5). Надо при этом заметить, что из общего числа больных моего материала, которые были оперированы или исключительно через живот, или по сочетанному способу, у очень большого процента операция была предпринята по поводу злокачественных опухолей, и эти случаи дали, конечно, гораздо более высокую смертность. Впрочем и среди влагалищных чревосечений собственно кольпотомии дали мне лишь 1,8% смертности, экстирпации же матки — 8,3%, причем экстирпации, произведенные по поводу злокачественных опухолей (преимущественно раков), дали 11,2% смертности, произведенные же по поводу доброкачественных заболеваний — лишь 2,8%.

Принимая во внимание все, сказанное, придется несколько ниже оценить преимущества кольпотомии перед лапаротомией, чем это делает Отт. Скорее можно примкнуть к мнению Губарева, который видит выгодные стороны влагалищных чревосечений перед абдоминальными в том, что: 1) они переносятся легче, чем эти последние, шок после них наблюдается реже, самочувствие больных лучше, и больные ранее оправляются; 2) брюшина при них не сохнет, не охлаждается и не инфицируется так, как при лапаротомиях; 3) задний дугласов карман при задней кольпотомии и рана после удаления матки представляют все условия для идеального дренажа; 4) после влагалищных чревосечений не бывает послеоперационных грыж. Влагалищный путь,— добавляет к этому Губарев,— это путь, выносливость которого указывается самую природою, приспособившею его к такому сложному и во многих отношениях близкому к операциям процессу, как акт родов.

Даже и в этом редуцированном виде выгоды, представляемые кольпотомией, могут быть приняты, однако, не без некоторых оговорок. Так, например, некоторые авторы (у нас, например, Гаусман) утверждают, что образование послеоперационных грыж и при этой форме чревосечений не исключается,— заявление, вполне согласующееся с тем, что выше было сказано о происхождении так называемого *enterocele vaginalis posterior*.

На III съезде российских акушеров и гинекологов, определяя границы для лапаротомий с различными разрезами (продольным и поперечным) и кольпотомий, я указал, что последние заслуживают безусловного предпочтения, прежде всего, при гнойных и гнилостных скоплениях в нижних отделах брюшной полости, оперируя которые путем лапаротомии, мы рискуем инфицировать всю брюшину. Далее, этим путем можно пользоваться при небольших (до кулака величиной), малосращенных опухолях придатков, как плотных, так и кистовидных, более же объёмистые опухоли придатков могут быть удаляемы этим путем лишь в тех случаях, где они, во-первых, свободны от сращений, во-вторых, допускают предварительное уменьшение их объема. Рукавный путь чревосечения является местным, затем, при начинающихся или недалеко ушедших вперед злокачественных поражениях матки, где можно ограничиться влагалищной экстирпацией этого органа, а также при разлитых воспалительных заболеваниях половой сферы, не поддающихся консервативному лечению и требующих радикальной влагалищной операции. Миомы матки также иногда могут

быть оперируемы рукавным путем, если объем миоматозной матки настолько невелик, что ее можно удалить через рукав или целиком, или после предварительного рассечения надвое, а также — если миоматозные узлы расположены таким образом, что являются доступными для кускования со стороны рукава. Наконец, кольпотомия должна быть применяема при таких операциях, как ампутация маточного тела по Рикку, операция вправления застарелых выворотов матки по Пикколи и др., операция имплантации маток при юбириных влагалищно-пузырных свищах по Фрейнду, такая же операция при проляпсе по Шаута-Вертгейму.

С технической стороны среди влагалищных чревосечений можно различать, во-первых, кольпотомии в тесном смысле этого слова, во-вторых, рукавные иссечения матки. Кольпотомии в узком смысле слова могут быть, далее, производимы или через передний свод — передняя кольпотомия, или через задний — задняя кольпотомия.

В свое время в среде гинекологов было немало споров о сравнительных достоинствах и недостатках того и другого вида кольпотомии. Выгодную сторону передней кольпотомии представляет то обстоятельство, что при ней разрез рукава находится ближе, чем при задней кольпотомии, к половой щели, да и матка с придатками представляется во время операции в привычном для оперирующего положении; невыгодную — то, что в области переднего свода брюшина находится дальше от рукава, чем в области заднего свода: как известно, дно маточно-пузырной впадины лежит значительно выше, чем дно заднего дугласова кармана, и, чтобы достигнуть его, надо сначала отделить мочевой пузырь, — рискуя повредить как его, так и мочеточники, — от маточной шейки; оттого операционная рана является при передней кольпотомии более узкой и глубокой, а потому и дающей меньший простор оперирующему. Напротив, сзади достаточно рассечь стенку рукава, чтобы тотчас же попасть в полость брюшины, ибо сзади последняя выстилает не только стенку матки (тела ее и надвлагалищной части шейки), но и верхний отдел задней стенки рукава; поэтому при задней кольпотомии оперирующий имеет больший простор, чем при передней. Далее, благодаря глубокому положению заднего дугласова кармана, именно при задней кольпотомии получаются наилучшие условия для последовательного применения дренажа. Невыгодные стороны задней кольпотомии — большая отдаленность заднего свода от половой щели, большая его кровоточивость, возможность повреждения прямой кишки и то, что матку при этом виде кольпотомии приходится выводить в операционную рану в запрокинутом виде.

Обращая внимание то на положительные, то на отрицательные стороны обеих форм кольпотомии, некоторые гинекологи выступили защитниками исключительного применения в гинекологической практике передней кольпотомии, другие же — задней. На самом деле, однако и передняя и задняя кольпотомии должны иметь права гражданства в гинекологии, каждая для определенного круга случаев. Переднюю кольпотомию следует применять при интерстициальных и субсерозных миомах, особенно сидящих в передней стенке тела матки и дне ее (или исходящих отсюда), при опухолях придатков, располагающихся в пузырно-маточной впадине (дермоиды), при таких операциях, как вагинофиксация по Дюрссену, ампутация тела матки по Рикку, имплантация матки в рукав по Шаута-Вертгейму, внутрибрюшинное укорочение круглых связок через рукав и пр. К задней кольпотомии надо прибегать при гнойных и кровяных (haematocoele) скоплениях в заднем дугласовом кармане, при воспалительных опухолях придатков, располагающихся обыкновенно здесь же, при новообразованиях, особенно яичниковых, как плотных, так и кистовидных, которые могут быть или удалены целиком через разрез в заднем своде, или после предварительного уменьшения, при внематочной беременности и т. д. Короче говоря, выбирая между передней и задней кольпотомией, надо иметь в виду, с одной стороны, локализацию имеющегося заболевания и его характер, с другой — ту операцию, которую в данном случае предполагается выполнить. Так как, однако, и воспалительные процессы и новообразования женской половой сферы чаще локализируются в заднем дугласовом кармане, чем спереди от матки, то естественно, что задняя кольпотомия применяется в практике значительно чаще, чем *colpotomia anterior*.

Из 157 больных, оперированных *per colpotomiam* в заведомой мною клинике за 1900/1—1926/7 уч. гг., у 117 была произведена *colpotomia posterior* и лишь у 40 — *colpotomia anterior*.

Переходя теперь к технике кольпотомии, остановлюсь сначала на выполнении передней кольпотомии. После того, как больная будет уложена в спинно-крестцовом положении на край стола, вульва и рукав у ней продезинфицированы и больная занаркотизирована, оперирующий раскрывает у ней рукав ложкообразными зеркалами, смазывает переднюю рукавную стенку и влагалищную часть одной настойкой и, захвативши переднюю губу влагалищной части двумя пулевыми щипцами, левой рукой низводит за них матку, а правой проводит разрез в переднем своде

при помощи скальпеля. В некоторых случаях я довольствуюсь поперечным разрезом, проводимым на несколько миллиметров ниже нижней границы мочевого пузыря с маточной шейкой (см. рис. 52), в других провожу срединный продольный разрез по передней стенке рукава, начинающийся *см* на 2 ниже наружного отверстия мочеиспускательного протока и немного не доходящий до верхушки влагалищной части (рис. 248). Можно, наконец, комбинировать оба разреза так, что в итоге получится \perp -образный разрез. Разрез должен проникать до клетчатки, расположенной

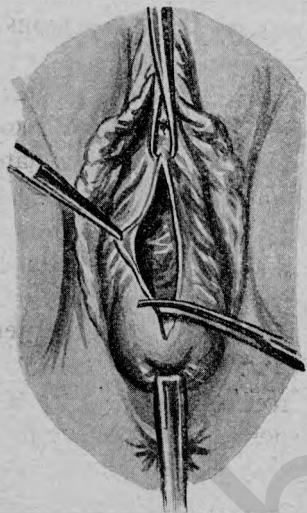


Рис. 248. Продольный разрез передней стенки рукава при передней кольпотомии (по Дёдерлейну-Крёнигу). Положение ножниц показывает, в каком месте к продольному разрезу рукавной стенки можно добавить поперечный.

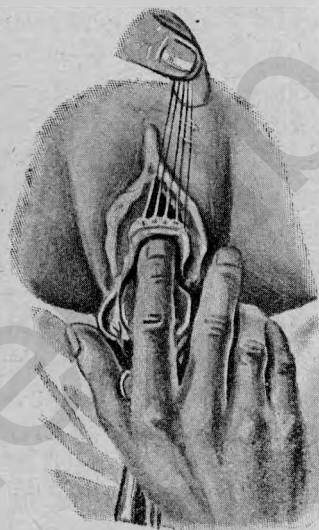


Рис. 249. Отделение мочевого пузыря от маточной шейки, при передней кольпотомии, пальцем (по Отту).

между мочевым пузырем, с одной стороны, и маточной шейкой, а также рукавом, — с другой. Через этот разрез оперирующей частью указательным пальцем (рис. 249), частью рукояткой скальпеля отделяет мочевой пузырь от шейки матки до тех пор, пока не достигнет тазовой фасции (*fascia pelvis*), над которою тотчас лежит брюшина. Последняя вскрывается ножницами в поперечном направлении, после чего передний листок ее, т. е. покрывающий пузырь, лучше прихватить тремя узловатыми шелковыми швами к передней губе влагалищного разреза — в виде защиты мочевого пузыря. Дальнейший образ действий оперирующего является различным в зависимости главным образом от того, оставляется матка на месте или она вывихивается через операционную рану в рукав. Если,

например, оперирующий имеет дело с кистовидною опухолью яичника, сидящую на ножке и расположенную в пузырно-маточном кармане, то, оставив матку в покое, он раскрывает брюшинную рану ложкообразными зеркалами с достаточно длинными ножками, захватывает опухоль пулевыми щипцами,— причем оболочка кисты частью рвется, и содержимое ее вытекает, а в случае нужды ее можно проколоть скальпелем,— и вытягивает ее в рукав или даже через половую щель наружу, после чего приступает к удалению опухоли. Сращенные опухоли при этом могут быть освобождены от сращений, плотные, не могущие, благодаря своему объему, быть выведенными через операционный разрез,— уменьшены путем кускования. Отделение опухоли от полового аппарата должно быть по возможности производимо *lege artis*, т. е. на ножку опухоли должен быть наложен зажим, ножка перерезывается, отдельные сосуды в ней изолированно перевязываются тонким кэтгуттом, и целость брюшины восстанавливается при помощи непрерывного шва также из тонкого кэтгута.

В других случаях,— большею частью при операциях на матке, но иногда и при операциях на маточных придатках,— выгоднее бывает вывихнуть матку через операционную рану. Для этого матка сначала сильно антивертируется,— щипцы с влагалищной части снимаются, и влагалищная часть отталкивается кзади, после чего тело матки, по закону рычага, отклоняется кпереди, в каком положении передняя стенка ее захватывается пулевыми щипцами, и матка выводится в рукав или даже, через половую щель, наружу. Разумеется, делать это надо по возможности осторожно, чтобы не произвести щипцами разрывов маточной стенки; в этих же видах лучше захватывать матку тупым способом, например, зацепив дно ее каким-либо крючкообразно изогнутым тупым инструментом, или захватив места отхождения круглых связок от матки зажимами. Когда тело матки будет, таким образом, доступно глазу и рукам оперирующего, над ним производится та или другая операция, например, вылуцается сидящий в нем фиброматозный узел, после чего целость органа тщательно восстанавливается, а затем он заправляется на свое место.

Если брюшина при передней кольпотомии не была инфицирована вирулентными микробами и гемостаз выполнен надежно, то в заключение операции брюшинно-влагалищный разрез зашивается наглухо, причем сначала зашивается, непрерывным кэтгutowым швом, брюшина (шелковые швы, защищавшие при операции пузырь, должны быть, конечно, перед этим сняты), а затем узловатыми съемными швами из силькворма, шелка, ниток и т. п.—

влагалищная стенка вместе с клетчаткой. В противном случае рукавно-брюшная рана оставляется, целиком или отчасти, открытой, и в нее вводится дренаж в виде полосы стерильной марли.

Техника задней кольпотомии в общем такова: раскрыв влагалище большой зеркалами, оперирующий захватывает двумя пулевыми щипцами заднюю губу влагалищной части и сильно оттягивает ее по направлению к симфизу, т. е. кверху, причем задний свод напрягается и может быть разрезан в поперечном направлении или скальпелем, или ножницами, причем предварительно его также не мешает захватить двумя пулевыми щипцами, между которыми и производится разрез — одновременно и стенки влагалища и покрывающей ее здесь брюшины (рис. 250). Другие авторы и при задней кольпотомии рекомен-

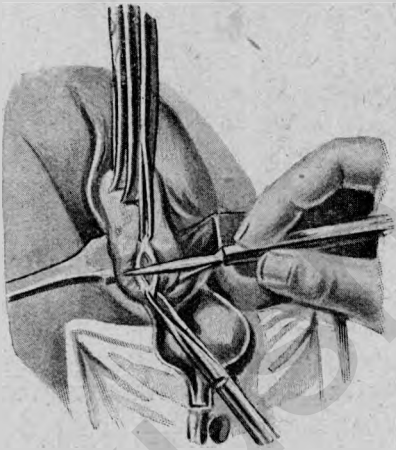


Рис. 250. Вскрытие заднего свода при задней кольпотомии (по Отту).

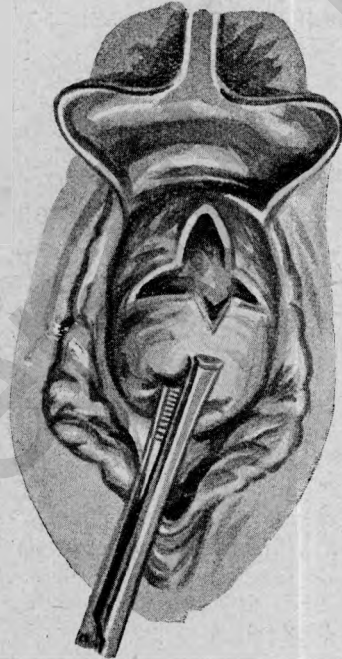


Рис. 251. Крестообразный разрез заднего свода рукава при задней кольпотомии (по Дёдерлеину-Крёнигу).

дуют сначала проводить продольный разрез, около 5 см длиною, а затем, уже когда брюшина будет вскрыта, присоединять к нему поперечный — так, что в общем получается крестообразный разрез (рис. 251). Так как разрез заднего свода обыкновенно оказывается довольно сильно кровоточивым, то я при поперечном разрезе большею частью обшиваю его заднюю губу тремя матрацными шелковыми швами, причем, как и при передней кольпотомии, швы эти не следует обрезать коротко, а надо оставлять концы их длинными, чтобы, потягивая за них, можно было раскрывать рану.

Дальнейшее выполнение операции при задней кольпотомии в общем таково же, как и при передней кольпотомии: и здесь, для лучшего обзора операционного поля, можно раскрывать рану ложкообразными зеркалами; и здесь операцию можно производить, или оставляя матку на месте, или вывихивая ее через влагалищный разрез в рукав и даже через половую щель наружу (рис. 252). В заключение операции здесь чаще, чем при передней кольпотомии, приходится оставлять рану открытою, вставляя дренаж: во-первых, потому, что к задней кольпотомии относительно часто приходится, как уже было упомянуто выше, прибегать в инфицированных случаях; во-вторых, именно задняя кольпотомия,

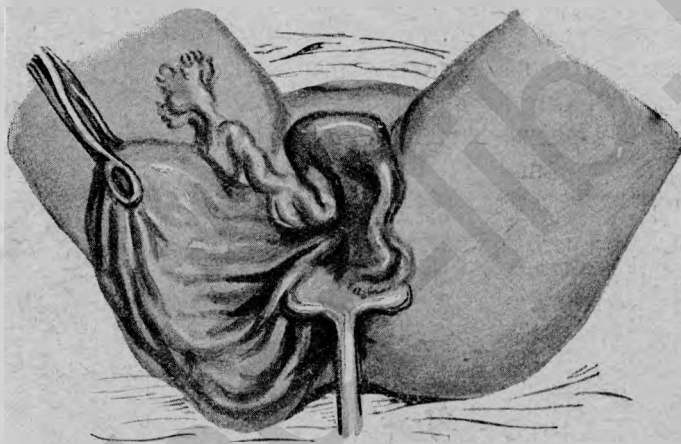


Рис. 252. Выведение опорожненной яичниковой кисты и матки при задней кольпотомии (по Дёдерлейну - Крёнигу).

как совершенно верно отмечает Губарев, представляет наилучшие условия для дренирования брюшной полости.

Влагалищная экстирпация матки находит себе в современной гинекологии широкое применение как при злокачественных (раках, саркомах и др. злокачественных новообразованиях маточного тела и начальных формах рака шейки), так и при доброкачественных опухолях (особенно фибромиомах) этого органа, при туберкулезе матки, иногда при застарелых воспалительных процессах и смещениях ее (особенно сопровождающихся сильными кровотечениями, не поддающимися другим лечебным мерам), при гнойных воспалениях маточных придатков с обеих сторон и тазовой брюшины и пр. Матка при этом иногда иссекается вместе с трубами и яичниками, иногда же последние оставляются. Иногда, далее — именно, при так называемой расширенной влагалищной экстир-

пации,—она удаляется вместе со значительной частью рукава. В одних случаях, наконец, она иссекается целиком, в других же—после предварительного уменьшения ее объема, которое производится или путем так называемого кускования (*morcellement*), или путем продольного рассечения ее на две половины, удаляемых порознь.

С технической стороны в операции рукавного иссечения матки можно различать следующие моменты: 1) отделение маточной шейки от рукава, 2) отделение ее от пузыря и вскрытие пузырно-маточного кармана (передняя кольпотомия), 3) вскрытие заднего дугласова кармана (задняя кольпотомия), 4) отделение матки с придатками, или без них, по бокам от широких связок, 5) закрытие влагалищно-брюшинной раны. Как последовательность, в которой выполняются эти приемы, так и способ их выполнения у различных гинекологов являются различными.

Так, что касается первого момента, то Отт, например, сразу делает циркулярный разрез кругом маточной шейки (рис. 253), проникающий до паравагинальной клетчатки, после чего приступает к отсепаровке шейки и вскрытию брюшины. Другие гинекологи,—и я в том числе,—находят более удобным сначала делать одну за другой кольпотомии (или сперва переднюю, потом заднюю, или наоборот) и лишь затем соединять разрезы

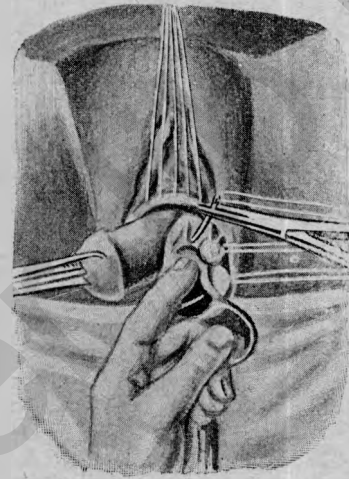


Рис. 253. Перевязка оснований широких маточных связок при влагалищной экстирпации матки по лигатурному способу (по Отту).

в переднем и заднем сводах боковыми разрезами рукавной стенки. Обычно разрез в переднем своде проводится, как это указано выше, при описании передней кольпотомии, немного ниже нижней границы пузыря, в заднем—выше дна заднего дугласова кармана; боковые разрезы занимают соответственное положение. Иногда, однако,—например при расширенной рукавной экстирпации раковой матки,—разрез влагалищных стенок делается значительно ниже сводов, например на границе верхней трети рукава со средней, и верхняя часть рукавной трубки сначала тупо отделяется от соседних органов вплоть до места перехода ее в маточную шейку—так, что она образует нечто вроде манжетки. В некоторых случаях, например при распадающихся раках влагалищной части, выгодно

бывает эту манжетку наглухо зашить,— тогда оперирующий получает возможность производить иссечение матки с меньшим риском загрязнить клетчатку раковым распадом. При образовании такой манжетки из верхнего отдела рукавной трубки становятся затем видны ближайшие к пузырю части мочеточников; последние могут быть изолированы, и перевязка широких связок с их последующей перерезкой может быть произведена латеральнее места перекрещивания с мочеточниками маточных артерий, что является крайне важным при раке шейки, ибо чем более значительные части широких связок будут удалены вместе с маткой, тем надежнее, при раке матки, является результат операции в смысле отсутствия последовательных рецидивов.

Второй и третий моменты влагалищной экстирпации у различных гинекологов следуют в различном порядке: большинство вскрывает сначала передний дугласов карман (маточно-пузырную впадину) и потом уже — задний; некоторые, однако, предпочитают сначала проникать в задний дугласов карман, а затем или вводят, через рану заднего свода, в маточно-пузырную впадину особый крючок (как то делал, по Столыпинскому, Феноменов) и под контролем его производят переднюю кольпотомию, или запрокидывают матку кзади и вскрывают дно маточно-пузырной впадины под контролем глаза. При таком образе действий бывает меньше шансов поранить, при передней кольпотомии, мочевой пузырь, но запрокидывание матки, как о том будет сказано ниже, имеет и свои невыгодные стороны.

Четвертый момент операции, обособление матки с боков, представляет наибольшее разнообразие в техническом отношении. Широкие маточные связки большею частью перевязываются массовыми лигатурами из толстого шелка, — «лигатурный способ влагалищной экстирпации», — накладываемыми или при помощи игл Дешампа, или при помощи обыкновенных тупокопечных игл и иглодержателя (рис. 253). На каждую связку накладывается минимум по 2 лигатуры: одна захватывает основание связки (lig. cardinale) с проходящими здесь маточными сосудами, другая — верхнюю ее часть с внутренними семенными сосудами (обыкновенно, впрочем, на широкую связку приходится накладывать больше двух лигатур). Первая лигатура накладывается или медиально от места перекрещивания маточной артерии с мочеточником, т. е. на расстоянии $1-1\frac{1}{4}$ см от маточной шейки, — при обыкновенной влагалищной экстирпации, или латерально от него — при расширенной экстирпации; вторая накладывается либо на маточную часть трубы и собственную связку яичника, — если

придатки у больной оставляются, либо сбоку от бахромчатого конца трубы, на воронково-тазовую связку,—если они удаляются вместе с маткой. перевязка широких связок обычно производится по направлению снизу вверх, причем матка остается при этом на месте. Некоторые гинекологи, однако, предпочитают после того, как нижние части связок будут перевязаны,—а иногда еще и до того,—вывихивать матку через рану или переднего, или заднего свода и перевязывать затем широкие связки (или лишь верхние их отделы) по направлению сверху вниз. При раке маточной шейки, по поводу которого чаще всего предпринимается влагалищная экстирпация матки, такое запрокидывание, однако, не может быть рекомендовано, ибо при этом покрытая раковыми разрастаниями или язвами влагалищная часть, отклоняясь в противоположную сторону по закону рычага, загрязняет раковым распадом операционную рану в том или другом своде.

После перевязки широкие связки перерезываются между лигатурами и маткой, причем перерезка эта производится обычно в несколько приемов: сначала,—после того, как перевязаны основания связок,—перерезываются, с той и другой стороны, нижние части последних, и концы лигатур, во избежание соскальзывания при протягивании за них, более или менее коротко обрезаются. После того матка низводится (или запрокидывается), накладываются лигатуры на верхние части той и другой связки, и матка совершенно обособляется от окружающих мягких частей. В отдельных случаях выгоднее бывает, впрочем, сначала перевязать и целиком перерезать одну из широких связок, именно более растяжимую, а затем заняться перевязкой и перерезкой другой связки, более трудной для этих манипуляций.

Наложённые на широкие связки лигатуры оставляются до тех пор, пока перевязанные ими культы не омертвеют и не отойдут вместе с лигатурами в послеоперационном периоде.

Кроме лигатурного способа влагалищная экстирпация матки может быть производима по так называемому пинцетному способу. При этом способе широкие связки не перевязываются, а на них накладываются крепкие жомы или пинцеты (рис. 254),—большою частью по 2 на каждую связку: один жом на нижнюю, другой на верхнюю ее часть,—и эти жомы оставляются на связках до тех пор, пока проходящие в них сосуды прочно не затромбируются, после чего—самое меньшее через 48 часов—они снимаются. По этому способу влагалищная экстирпация матки производится значительно быстрее, чем при перевязке широких связок, но ему не чужды и свои невыгоды: прежде всего при нем

даже и в тех случаях, где жомы лежали на связках достаточно продолжительное время, т. е. не менее 2 суток, после снятия их иногда получается кровотечение; далее, при этом способе относительно часто развиваются мочевые и кишечные свищи вследствие давления, производимого концами жомов на стенку мочевого пузыря, мочеточников и кишок, а иногда — и вследствие захватывания жомами этих органов; пролежни получают при пинцетном способе также в окружности половой щели, на вульве и стенках рукава; наконец, при этом способе пинцеты быстро портятся, а иногда и ломаются.



Рис. 254. Жом Дюайена для накладывания на широкие связки при влагалищной экстирпации матки по пинцетному способу.

Во избежание последовательных кровотечений мало того, что жомы надо держать на связках достаточно продолжительное время, — нужно еще снимать их медленно и осторожно, постепенно расстегивая их с тем, чтобы, при первых признаках кровотечения, немедленно опять зажать пинцет. В этих же видах снятие жомов надо производить отнюдь не в палате, а в операционной или перевязочной, где все должно быть готово для того, чтобы, в случае появления последовательного кровотечения, можно было немедленно взять большую на стол, осмотреть при помощи зеркал культи связок и вновь зажать кровоточащее место.

Чтобы избежать, далее, образования свищей, надобно при экстирпации матки по пинцетному способу тампонировать рану полосой марли так, чтобы обращенные в брюшную полость концы жомов были окружены сверху марлей, а для устранения пролежней рукава и вульвы нужно обмотать жомы в области половой щели и нижнего отрезка рукава особой марлевой полоской.

В отдельных случаях выгодно бывает комбинировать лигатурный способ с пинцетным, перевязывая более доступные для этого части связок и захватывая в жомы — менее доступные.

Из 205 влагалищных экстирпаций матки, произведенных в заведываемой мною клинике за время с 1900/01 по 1926/27 уч. гг., в 151 случае операция была выполнена с лигатурами, в 40 — по пинцетному способу и в 14 — по смешанному, т. е. с зажимами и лигатурами одновременно.

Одно время при разбираемой операции рекомендовалось производить гэмостаз, раздавливая широкие связки ангиотрибами Тюффье, Дуайена и др. Из русских гинекологов по этому способу оперировал, между прочим, Штраух. Однако пример последнего не нашел себе у нас подражателей, и это вполне понятно: ангиотриб (рис. 247) — слишком громоздкий и грубый инструмент, применение которого сопряжено с опасностью значительной травмы соседних с маткою органов, а получающийся при этом гэмостаз является малонадежным.

Тот же Штраух рекомендовал, взамен шелковых лигатур и пинцетов *à demeure*, накладывать, при рукавном иссечении матки, на широкие связки эластические лигатуры из резиновых трубок, снимаемые на 15-й день после операции.

Наконец, Губарев советовал экстирпировать матку через рукав без предварительного гэмостаза, захватывая брыжжущие сосуды по мере их перерезки и отдельно перевязывая. Такой способ оперирования, несомненно, имеет свои преимущества, но именно при влагалищной экстирпации он сопряжен со значительной опасностью кровотечения, так как после перерезки широких связок может пройти много времени, прежде чем оперирующему удастся захватить кровоточащие сосуды и перевязать их.

Пятый, заключительный момент влагалищной экстирпации матки состоит в уходе за рукавно-брюшной раной. Если операция была выполнена по лигатурному способу, то культы широких связок лучше подшить к рукавной стенке так, чтобы они, вместе с лигатурами, смотрели в просвет влагалища. В тех случаях, где можно быть уверенным, что брюшина не была загрязнена во время операции, — например при влагалищных экстирпациях миоматозной матки, — ее можно, как и при кольпотомии в узком смысле слова, зашить наглухо непрерывным кэтгутовым швом, а иногда наглухо можно бывает зашить, — кроме, конечно, углов, в которых расположены культы широких связок, — и рукавную стенку с прилегающей к ней клетчаткой. В большинстве случаев, однако, — и, в частности, почти всегда при раках, где об асептическом выполнении операции не может быть и речи, — после удаления матки приходится довольствоваться самое большее частичным сужением рукавно-брюшного отверстия, через остающуюся же часть его или, еще чаще, через все это отверстие вводить в брюшину дренаж из марлевой полосы в 4—5 пальцев шириною. В первое время своей клинической деятельности, как уже упоминалось выше, я пользовался для этой цели иодоформированной марлей, но несколько случаев интоксикации иодоформом, бывших в моей практике, заставили меня перейти на стерильную марлю. Полосу эту я начинаю извлекать понемногу, начиная с 4-го или 5-го дня

после операции, окончательно же она удаляется на 8-й день, будучи заменяема новою. Обыкновенно к этому времени пропитывающее марлю раневое отделимое гнилостно разлагается, и полоса при извлечении издает отвратительный запах,—в этом отношении иодоформированная марля имеет свои преимущества,—но более или менее серьезных признаков гнилостной интоксикации у больных обычно не бывает. При экстирпациях, производимых по пинцетному способу, дренирование марлей производится, конечно, всегда.

9. БРЮШНОСТЕНОЧНЫЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ (ЛАПАРОТОМИИ)

Обращаясь к технике брюшностеночных чревосечений, остановимся прежде всего на различных разрезах брюшной стенки при операциях этого рода.

Уже издавна наиболее общепринятым из этих разрезов является продольный разрез по *linea alba*. В зависимости от особенностей каждого данного случая разрез может иметь различную длину и положение: для таких операций, как, например, вентрофиксация, иногда достаточно бывает очень небольшого разреза, в 4—5 см длиной, проводимого несколько выше лобка; в очень многих случаях разрез имеет протяжение от пупка до точки на 2 см выше лобка, а иногда,—где приходится удалять опухоли большого объема,—его приходится продолжать и выше пупка, в отдельных случаях до самого мечевидного отростка, причем пупок обыкновенно обходится слева (справа проходит *lig. rotundum hepatis*, ранение которой является нежелательным).

При грыжевидных выпячиваниях пупка разрез лучше проводить через самый пупок, как то рекомендовал, в свое время, Соловьев.

Проводя срединный разрез, оперирующий сначала рассекает скальпелем кожу с подкожной клетчаткой, затем — белую линию, т. е. ту сухожильную полоску, которая образуется благодаря слиянию сухожильных влагалищ обеих прямых мышц живота,—далее—предбрюшинную клетчатку и наконец брюшину (рис. 255). При вскрытии последней нужно остерегаться, чтобы не поранить вместе с нею кишек; для этого брюшина захватывается оперирующим и его ассистентом концами пинцетов, приподнимается в складку, и эта складка осторожно надрезывается так, чтобы образовалось отверстие, в которое можно было бы ввести 1—2 пальца. Края этого отверстия захватываются торсионными пин-

цетами, — например псановскими, — после чего оперирующий вводит в него или один указательный палец левой руки, или указательный и средний, и по этим пальцам разрезывает брюшину вверх и вниз на желаемое расстояние, ножницами, изогнутыми под углом, например ольсгаузеновскими (рис. 256).

Проникнуть в свободную полость брюшины путем продольного разреза по белой линии не всегда оказывается легко даже для опытного лапаротомиста: в некоторых случаях поверхность имеющейся в животе опухоли, например, кистомы яичника, бывает настолько интимно сращена с париетальной брюшиной, что оперирующий, думая, что он вскрывает брюшину, на самом деле проникает в полость кистомы (а это зачастую нежелательным образом осложняет дальнейшее удаление последней); в других, напротив, брюшина бывает настолько утолщена под влиянием воспалительных процессов, туберкулеза и т. п., что оперирующий прини-

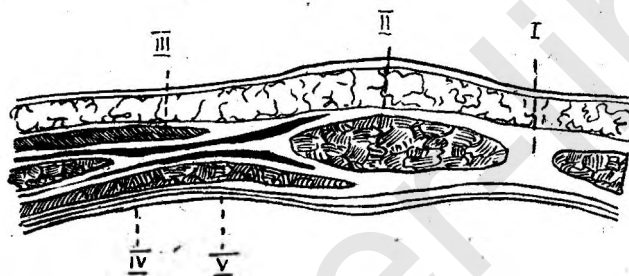


Рис. 255. Поперечный разрез через переднюю брюшную стенку (по Келли). I — белая линия; II — прямая мышца живота; III — наружная косая мышца живота; IV — внутренняя косая мышца живота; V — поперечная мышца живота.

мает ее за стенку опухоли и на значительном протяжении отслаивает ее, пока для него не выяснится дело. Последнего рода случай, бывший в практике Лазаревича, описан в литературе Лямблема, причем оператор здесь, думая, что отделяет сращение кисты, отслоил париетальную брюшину до самой подвздошной ямки.

У нерожавших женщин, где белая линия очень узка, зачастую бывает очень трудно провести разрез как раз по ней, и оперирующий вскрывает влагалище одной из прямых мышц. Большого значения, впрочем, это не имеет. Некоторые авторы даже принципиально советуют всегда вести разрез брюшных стенок, вскрывая сухожильное влагалище одной из прямых мышц живота по желобоватому зонду, но такой совет едва ли заслуживает выполнения, как и совет Богоявленского иссекать белую линию.

Как уже было сказано выше, продольный разрез по белой линии при лапаротомиях с давних пор пользуется широким распространением. Объясняется это теми выгодами, которые он представляет: он может иметь любую длину, почему этим путем

можно удалить опухоль какой угодно величины; при нем не повреждаются ни нервы, ни крупные сосуды; благодаря своему симметрическому положению, рубец после него не обезображивает значительно живота больших, а исследования Минкевича показали, что при нем лучше всего восстанавливаются потом нормальные анатомические отношения брюшной стенки.

Наряду, однако, с этими выгодными сторонами данного разреза ему присущи и известные невыгоды. По мнению Волковича его нельзя считать нормальным, ибо он разъединяет мышечно-

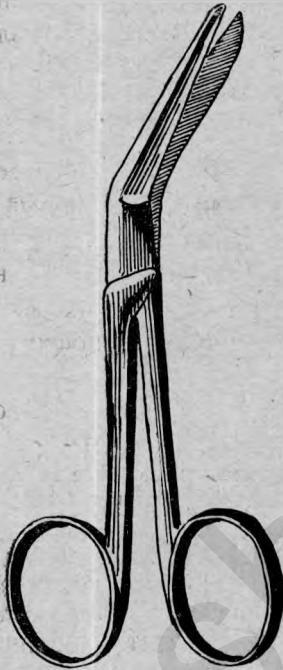


Рис. 256. Ножницы Ольсгаузена для разреза брюшной стенки при лапаротомиях.

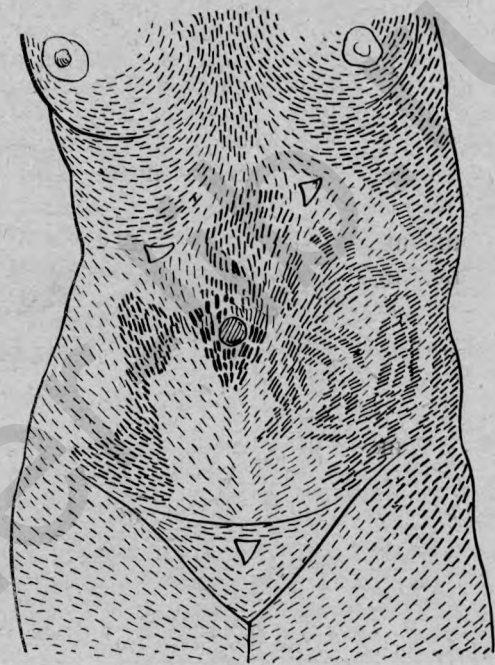


Рис. 257. Расположение лангеровских линий на коже передней брюшной стенки (по Губареву).

сухожильные системы обеих половин живота, проходя поперечно к направлению действия мышц брюшной стенки. Соединительнотканый рубец, который после него получается, не отличается такую прочностью, какая, например, имеет место после заживления мышечных разрезов, и потому после срединного разреза по l. alba нередко (в 8,9% по А белю) развиваются послеоперационные грыжи — даже и в тех случаях, где они зажил первичным натяжением. При рвоте, кашле и т. п. рубец этот иногда лопается. Наконец, направление этого разреза не совпадает с направлением

так называемых лангеровских линий, т. е. направлением, в котором действуют кожные мышечные пучки данной области (рис. 257), отчего рубец после этого разреза получается сравнительно широкий, выпуклый, невыгодный в косметическом отношении.

Ввиду всего этого хирурги и гинекологи как у нас, так и за границей давно уже стремились придумать такой способ разреза передней брюшной стенки при лапаротомиях, который был бы свободен от перечисленных сейчас отрицательных сторон. Так как экспериментальные исследования Богоявленского, Букоемского и др. показали, что после разреза, проведенного через мышцы, получается гораздо более прочное восстановление целостности передней брюшной стенки, чем после разреза по белой линии, то некоторые авторы, например Вюлкович, рекомендовали разрезать брюшную стенку не по белой линии, а в стороне от нее, в области той или другой из прямых мышц, рассекая притом последние в продольном направлении. Подобный мышечный разрез представляет, однако, ту невыгоду, что при нем перерезываются идущие в поперечном направлении нервы, иннервирующие прямые мышцы, и потому та часть последних, которая лежит кнутри от разреза, впоследствии неминуемо атрофируется. Поэтому другие авторы советовали иссекать белую линию и сшивать внутренние края прямых мышц, — прием, значительно усложняющий технику лапаротомии. Третьи, как Леннандер, а у нас Никонов, Губарев и др., предлагают разрезать кожу с подкожной клетчаткой и переднюю пластинку влагалища прямой мышцы на 2—2½ см сбоку от белой линии, но не рассекать затем мышцы, а отодвигать ее в сторону, затем разрезать заднюю пластинку апоневроза, предбрюшинную клетчатку и брюшину соответственно кожному разрезу; при закрытии брюшной раны сначала зашивается брюшина, потом задняя пластинка влагалища прямой мышцы, мышца эта помещается на свое место, затем зашиваются передняя пластинка апоневроза и кожа с подкожной клетчаткой. Разрез этот, известный под названием леннандеровского, по отзывам применявших его лапаротомистов, надежно гарантирует от послеоперационных грыж; но, во-первых, асимметрическое положение и ширина образующегося после него рубца, зависящая от несоответствия между направлением разреза и таковым же лангеровских линий, являются очень невыгодными с косметической точки зрения, а, во-вторых, и проведение и зашивание леннандеровского разреза требуют большего труда и времени для оперирующего, чем проведение и зашивание разреза по белой линии.

Говоря о тех мерах, которые были предложены различными авторами для того, чтобы гарантировать больных, перенесших лапаротомию с продольным разрезом, от образования грыж в рубце, упомянем еще о предложении Валяшко и Лебедева производить пересадку и вшивание в брюшную рану апоневроза широкой фасции бедра.

Имея в виду главным образом косметические цели, Рапен и Кюстнер предложили при лапаротомиях разрезать кожу и подкожную клетчатку брюшной стенки не в продольном, а в поперечном направлении, проводя этот разрез слегка дугообразно в той складке, которая у более или менее полных женщин находится над лобком, немного выше верхней границы роста лобковых волос. Так как направление этого разреза совпадает с направлением лангеровских линий в данной области, то после него получается тонкий, линейный, едва заметный рубец, который к тому же иногда закрывается волосами и в значительной степени маскируется упомянутой выше складкой. В смысле гарантии против послеоперационных грыж разрез Рапена-Кюстнера не представляет, однако, никаких преимуществ перед обыкновенным продольным, так как все остальные слои брюшной стенки, кроме кожи с подкожной клетчаткой, а в частности апоневроз—режутся при нем продольно. Чтобы устранить этот недостаток, Пфанненштиль внес в надлобковый разрез существенное усовершенствование, предложив рассекать при нем поперечно не только кожу с подкожной клетчаткой, но и апоневроз, и сохранив продольный разрез лишь для самых глубоких слоев брюшной стенки.

В этом виде надлобковый разрез быстро получил широкое распространение в гинекологической практике. В Казанской акушерско-гинекологической клинике, например, со второй половины 1907/8 уч. г. разрез этот стал применяться настолько часто, что из 636 лапаротомий, произведенных здесь за время с 1908/09 по 1914/15 уч. гг.,—289, т. е. 45,4%, были выполнены с разрезом брюшных стенок по Пфанненштилю, и лишь за последние годы, когда строгое проведение правил асептики сделалось для меня, по независящим обстоятельствам, невозможным, я стал применять пфанненштилевский разрез несколько реже (35,5% за годы 1915/16—1926/27). Из русских гинекологов широко стали пользоваться этим разрезом, кроме меня, Феноменов, Гиммельфарб, Калмыков, Богаевский, Клейнман, Гаусман, Китнер, Яхонтов и мн. др. Лишь очень немногие из представителей русской гинекологии, как Отт и Драницы, испытав этот разрез, вынесли от него неблагоприятное впечатление.

Столь широкое распространение пфанненштилевского разреза объясняется тем, что лапаротомия с этим разрезом, как о том мною было заявлено на III Съезде российских акушеров и гинекологов, счастливо соединяет в себе выгодные стороны лапаротомии с продольным разрезом и кольпотомии. Подобно кольпотомии она в значительной мере гарантирует оперированных от грыж в послеоперационном рубце. Правда, как совершенно справедливо отмечает Хюлоджовский, разрез Пфанненштиля не дает в этом отношении абсолютных гарантий (а некоторые гинекологи, например у нас Дубинчик, наблюдали после него и расхождение брюшной раны с выступанием наружу кишек), но, во всяком случае, процент последовательных грыж после лапаротомий с надлобковым поперечным разрезом по Пфанненштилю несравненно меньше, чем после лапаротомий с продольным разрезом.

Платонов, например, на 250 случаев брюшностеночного чревосечения с пфанненштилевским разрезом наблюдал развитие послеоперационной грыжи в рубце лишь однажды.

Помимо этого, а также косметических преимуществ, лапаротомии с поперечным разрезом по Пфанненштилю присущи, в известной мере, и другие выгодные стороны кольпотомии. Так как операционное поле при ней ограничивается главным образом полостью малого таза, то при ней меньше бывает, чем при лапаротомии с продольным разрезом, опасность инфицировать всю брюшную полость. Так как, затем, при ней кишечные петли, — конечно, если оперируемая находится в тренделенбургском положении, — лежат вне операционного поля, под защиту брюшной стенки, то они меньше подвергаются внешним неблагоприятным влияниям — охлаждению, травме, и т. п. Оттого эта форма чревосечений легче переносится больными, чем лапаротомия с продольным разрезом. За 15 лет, с 1900/01 по 1914/15 уч. гг., в заведомой мною клинике, например, последняя дала 5,8% смертности, тогда как смертность после лапаротомий с пфанненштилевским разрезом равнялась лишь 3%, т. е. была почти вдвое меньше. Конечно, в значительной степени эта разница объясняется тем, что с помощью продольного разреза оперируются более тяжелые случаи; однако, весьма вероятно, что некоторая доля ее должна быть отнесена и на счет указанных моментов.

Обладая в значительной мере достоинствами рукавного чревосечения, лапаротомия с разрезом по Пфанненштилю в еще большей мере обладает и преимуществами лапаротомии с продольным разрезом. Органы малого таза являются при ней вполне доступными глазу, рукам и инструментам оператора, — если, разу-

меется наркоз хорош и большой придано тренделенбургское положение. Оперирующий при этой форме чревосечения в состоянии бывает столь же хорошо ориентироваться в анатомических отношениях, и столь же совершенно выполнить все оперативные приемы, как и при лапаротомии с продольным разрезом.

Нельзя, однако, сказать, чтобы разбираемая форма чревосечения не имела и своих темных сторон. Во-первых, доступность операционного поля при ней все же является ограниченной, так что этим путем нельзя бывает удалять, без предварительного уменьшения, — проколом или кускованием, — более объемистых опухолей. Обычно принято думать, что этим путем можно оперировать лишь опухоли, верхняя граница которых лежит не выше пупка, при опухолях же более значительных размеров можно прибегать к поперечному разрезу только тогда, когда мы имеем дело с несращенными кистами, заведомо притом доступными для уменьшения при помощи пункции. Во-вторых, чревосечение с пфанненштилевским разрезом требует более строгого соблюдения правил асептики, чем остальные формы чревосечения. Как выражается сам Пфанненштиль, «это — пробный камень для оценки примененной асептики, ибо при нем рана представляет более сложные отношения, чем при продольном разрезе, и отсюда все недостатки и несовершенства асептики сказываются на ней особенно резко». Оттого к пфанненштилевскому разрезу не следует прибегать при инфицированных опухолях, скоплениях вирулентного гноя, распадающихся раках и т. п., — тем более, что для применения дренажа, например по Микulichу, разрез этот является гораздо менее удобным, чем обыкновенный продольный разрез. Столь же совершенною должна быть при данном разрезе и остановка кровотечения, — в противном случае оперирующий рискует получить в области его более или менее значительную гематому. Оба эти осложнения, — инфекция и образование гематом, — делают первичное заживление брюшной раны при пфанненштилевском разрезе менее частым, чем при продольном разрезе. В-третьих, наконец, к числу невыгодных сторон чревосечения с разрезом по Пфанненштилю нельзя не отнести того обстоятельства, что при нем как вскрытие брюшной полости, так и последовательное зашивание разреза требует несколько более продолжительного времени, чем это нужно при продольном разрезе. Оттого к нему иногда невыгодно бывает прибегать в случаях, требующих большой поспешности с оперативным вмешательством, например в случаях сильного внутреннего кровотечения при внематочной беременности.

Таким образом, чревосечения с надлобковым поперечным разрезом брюшной стенки по Пфанненштилю должны иметь свой особый круг применения, иной, чем влагалищное чревосечение и лапаротомии с продольным разрезом. Что касается техники этого разреза, то, как уже было сказано выше, разрез этот имеет более или менее выраженную форму дуги, выпуклостью обращенной книзу (рис. 258). Проводится он несколько, — большею частью пальца на 2, — выше лобка и имеет различную длину в зависимости от особенностей случая, где применяется. Разрезав кожу с подкожной клетчаткой и наложив пинцеты на кровоточащие сосуды, которых здесь оказывается больше, чем при продольном разрезе той же длины, оперирующий доходит до апоневроза, приподнимает его пинцетом в складку, надрезывает ножницами, затем вводит одну ветвь последних между апоневрозом и мышцами, стараясь не повредить последних, и рассекает апоневроз соответственно кожному разрезу (рис. 259). Затем апоневроз тупо, — пальцами или комком марли, — отделяется от мышц кверху и книзу, причем прочные соединения его с белой линией подрезываются концами ножниц (рис. 260). Иногда при этом встречаются сосуды, идущие из апоневроза в прямые мышцы; сосуды эти должны быть перевязаны. После того вскрываются в продольном направлении по средней линии подбрюшинная клетчатка и брюшина (рис. 261).

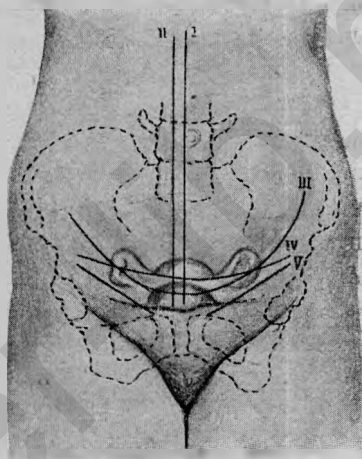


Рис. 258. Различные разрезы брюшной стенки при лапаротомиях. I — обыкновенный разрез по белой линии; II — экстрамедиальный продольный разрез (леннадеровский); III — разрез Барденгейера; IV — надлобковый поперечный разрез Кюстнера - Рапена - Пфанненштиля; V — разрезы при операции Александра - Адамса и паховом чревосечении.

Помимо продольных и поперечных надлобковых разрезов брюшной стенки, при некоторых видах чревосечений применяются и другие разрезы различной формы и местоположения. Так, для случаев, где у женщины нужно бывает одновременно удалить и червеобразный отросток и правый яичник, — воспалительные заболевания которых, как уже говорилось выше, нередко встречаются одновременно, находясь во взаимной этиологической связи, — Федоровым был предложен специальный разрез, несколько

напоминающий букву S или цифру 4. У больных с подвижной ретроверзией - флексией матки, нуждающихся в операции Александра-Адамса, ино-

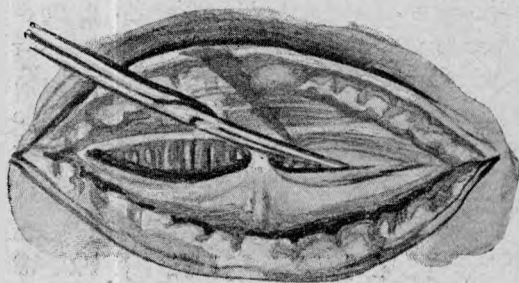


Рис. 259. Рассечение апоневроза при пфанненштилевском разрезе.

гда выгодно бывает, по предложению Гольдспона, воспользоваться паховыми каналами для некоторых операций на маточных придатках, как-то: подбрюшинная резекция труб в целях стерилизации женщины, подбрюшинное вшивание бахромчатых концов труб с той же целью, резекция яичников и т. п.; при такой «паховой лапаротомии», которую я охотно

произвожу в подходящих случаях и которая анатомически была изучена, по моему предложению, Соколовым, разрезы брюшной стенки делаются так же, как и при обыкновенной операции Александра-Адамса, т. е. они проводятся вдоль пупартовой связки, начиная от подвздошно-лонного бугорка. Губарев рекомендует для так называемой наружной или внебрюшинной лапаротомии разрез, начинающийся на палец выше передне-верхней юсти подвздошной кости и идущий к наружному краю прямой мышцы живота параллельно пупартовой связке.

После того, как оперирующий при помощи того или другого разреза брюшной стенки проник в брюшную полость, он должен глазом и осязанием ориентироваться в существующих анатомических отношениях и окончательно составить себе план операции. Как ни разработаны в настоящее время методы гинекологической диагностики, но именно при заболеваниях, локализующихся во внутреннем отделе женского полового аппарата, многое остается нередко до самой операции невыясненным, и лишь вскрыв полость брюшины, гинеколог получает ясное представление о характере имеющегося в данном случае болезненного процесса, об его распространении и пр. Для этой цели оперирующему зачастую необходимо бывает после

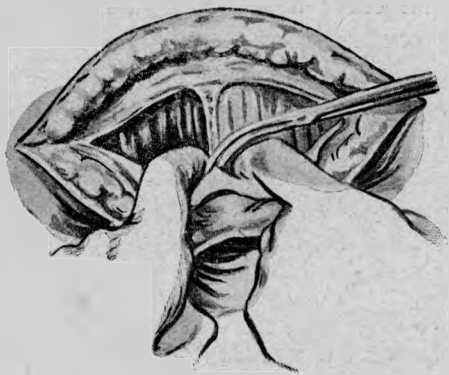


Рис. 260. Отслойка апоневроза от прямых мышц при разрезе Пфаннестилля.

вскрытия брюшины освидетельствовать состояние не только матки, яичников и др. частей полового аппарата, но и всех других брюшных органов. Главным образом, однако, гинекологическому лапаротомисту нужно бывает в деталях выяснить состояние органов малого таза, для чего больной тотчас после вскрытия передней брюшной стенки обыкновенно придается тренделенбургское положение, кишечные петли защищаются большим компрессом из стерильной марли, и брюшная рана раскрывается при помощи зеркал или подъемников различного устройства (рис. 262 и 263).

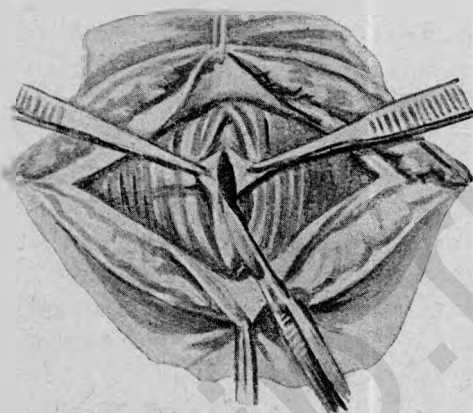


Рис. 261. Вскрытие брюшины при разрезе Пфанненштиля.

Обследовав состояние брюшной полости, оперирующий окончательно устанавливает, достижима ли та цель, ради которой предпринята лапаротомия, или же случай является неопера-



Рис. 262. Зеркало Дуайена для брюшной раны при лапаротомиях.

бельным, т. е. намеченная цель или почему-либо вовсе не может быть достигнута, или попытки достигнуть ее сопряжены с слишком большою опасностью для жизни больной. В большинстве случаев,— хотя далеко не исключительно,— недоступными для оперативного вмешательства оказываются злокачественные опухоли, исходящие из матки, яичников и др. отделов женской половой сферы и распространившиеся на соседние органы или давшие метастазы в отдаленные части организма.

Раз такая недоступность болезни для оперативного вмешательства констатирована,— оперирующему иногда не остается ничего другого, как зашить брюшную рану, вырезав разве лишь небольшой кусочек опухоли для микроскопического исследования.

Некоторые авторы думают даже, что в подобных случаях никогда не следует трогать опухоли, как бы ни легко казалось ее удалить. Я лично, однако, не согласен с таким взглядом: если злокачественная опухоль, давшая даже метастазы, не сращена, сидит на ножке и вообще может быть удалена без большой травмы, то, по моему мнению, лучше ее удалить; конечно, этим мы не спасем больной, но все же выгода, хотя бы и временная, которую получит организм, освободившись от злокачественного новообразования, значительно превысит опасность от сравнительно-небольшой добавочной операционной травмы; кроме того мы знаем, что при некоторых опухолях, например сосочковых цистокарциномах, удаление первичного очага новообразования весьма благотворно отражается на прогрессировании вторичных разрастаний, уже имеющих, например, на поверхности брюшины. Другое

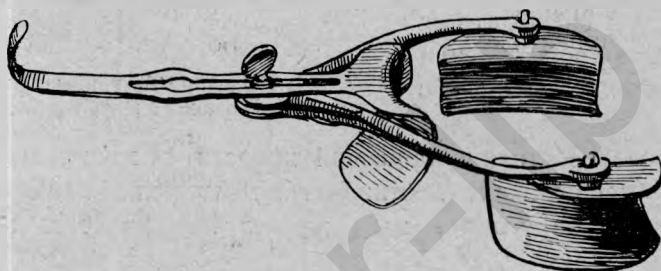


Рис. 263. Трехстворчатое зеркало Р и к р а для брюшной раны при лапаротомиях.

дело, если удаление первичной опухоли сопряжено с значительной травмой, большой кровопотерей и пр.,— тогда опухоль действительно лучше оставить в покое.

Если же после вскрытия брюшины окажется, что намеченная оперирующим цель может быть достигнута без большого риска, то лапаротомист приступает к выполнению операции, причем руководится теми основными правилами, которые уже были указаны выше. В частности и здесь прежде всего он должен иметь в виду то требование, которому должна подчиняться всякая врачебная деятельность и которое формулируется в словах «не посеге», не должен без крайней необходимости удалять или повреждать органов, иссечение или нарушение целостности которых может превзойти благодетельный эффект операции.

К органам первого рода в женской половой сфере относятся главным образом яичники, особенно у молодых женщин; поэтому при поражении их, например, доброкачественными опухолями надо заботиться о том, нельзя ли, удалив опухоль, оставить хотя бы часть здоровой яичниковой ткани. Хотя удаление матки и не от-

ражается, повидимому, так неблагоприятно на общем состоянии женского организма, как удаление яичников, но и этот орган надо по возможности щадить, и потому, например, при поражении его фибромиомами надо стараться, нельзя ли удалить последние, матку же сохранить.

Из органов второго рода, т. е. таких, повреждения которых надо особенно опасаться при лапаротомиях, назовем прежде всего кишки и мочевые органы — мочевой пузырь и мочеточники. Нарушения целостности кишек нежелательны уже потому, что выхождение в полость брюшины их содержимого, особенно содержимого толстых кишек, с его микробной флорой, грозит серьезной опасностью инфекции брюшины. Ввиду этого сознательно к разбираемым нарушениям лапаротомист-гинеколог должен прибегать лишь в случаях крайней необходимости, — например при поражении кишечной стенки злокачественными новообразованиями, — притом предварительно приняв все меры предосторожности против загрязнения брюшины кишечным содержимым: кишечная петля должна быть вытянута наружу и окружена стерильными марлевыми компрессами, после чего, положив кишечные жомы на здоровые части кишки, резецируют между ними пораженный участок последней и затем восстанавливают непрерывность кишечного канала, сшивая проксимальную часть его с дистальной, или конец к концу, или бок о бок; в первом случае просвет одной части прилаживается к просвету другой, и обе части сшиваются сначала круговым рядом узловатых швов, — лучше из тонкого шелка, — захватывающих лишь мышечную оболочку кишки, причем слизистая последней не должна быть прокалываема (лембертовский шов), а потом вторым таким же рядом швов, захватывающих брюшину; во втором просветы проксимального и дистального участков кишечной трубки зашиваются таким же образом наглухо, обе петли кишки прикладываются друг к другу своими боковыми сторонами, сшиваются по длине швами, захватывающими лишь брюшинный покров кишки, в каждой из них делается по продольному сквозному разрезу одинаковой длины, края этих разрезов соединяются швами, накладываемыми на мышечную оболочку, — так, чтобы одно отверстие точно совпадало с другим, и, наконец, анастомоз обшивается брюшинными швами с той стороны, где брюшина не сшита. При опухолях доброкачественных, например кистах, если стенки последних настолько интимно и прочно соединены с кишками, что сращения эти нельзя отделить без риска вызвать сквозной разрыв кишки, — лучше бывает иногда резецировать часть опухолевой стенки и оставить ее на кишке. При

случайных ранениях кишечника вышедшее содержимое его должно быть тщательно удалено из брюшной полости стерильными марлевыми компрессами, и целостность кишечной трубки восстановлена при помощи лембертовского шва, притом, так, чтобы потом не получилось стриктуры.

Излияния в брюшину содержимого мочевых путей в общем менее опасно, чем попадание сюда кишечного содержимого, но, разумеется, и повреждений мочевого пузыря, особенно же мочеточниковых, при лапаротомиях следует тщательно избегать, так как восстановить целостность поврежденного мочеточника зачастую бывает очень нелегко. При небольших надрезах его иногда, правда, удается сравнительно без труда зашить надрез узловатыми швами из тонкого шелка, окружив затем, по совету Садовского, пораненный участок муфточкой из брюшины; но если мочеточник перерезан вполне или почти вполне,—тогда приходится прибегать к более сложным операциям. Если перерезан нижний конец мочеточника, то последний лучше всего вшить в пузырь, позаботившись о том, чтобы не было излишнего натяжения и ограничиваясь небольшим количеством швов (Тавилдаров). При высоких повреждениях мочеточника можно прибегнуть или к сшиванию его, или к перевязке почечного конца, или к удалению почки.

Предлагаемое в подобных случаях некоторыми авторами вшивание мочеточника в кишку или в червеобразный отросток, по мнению Тавилдарова, слишком опасно, а вшивание в другой мочеточник — еще опаснее. При сшивании перерезанного мочеточника можно пользоваться теми же способами, какие выше были описаны для восстановления непрерывности кишки, т. е. сшивать его или конец в конец (способ Поджи), или бок о бок (способ Морари). Применив в одном случае первый из этих способов, Тавилдаров получил в результате непроходимость мочеточника, способ же Морари дал ему в двух случаях отличные результаты. Добиться стойкого закрытия почечного конца перерезанного мочеточника лучше всего, по опытам Шварцмана, завязывая его два раза узлом. К удалению соответствующей почки можно прибегать, конечно, лишь убедившись опытным путем, что другая почка имеется налицо и не представляет заметных патологических изменений.

Всякую лапаротомию следует, далее, производить со строжайшим соблюдением правил асептики. Требование это является обязательным при всякой операции, но брюшностеночные чревосечения особенно нуждаются в его соблюдении, так как при них мы имеем налицо особенно благоприятные условия для внед-

рения инфекции, да и внедрение это ведет к особенно печальным последствиям.

Благодаря именно этим обстоятельствам некоторыми гинекологами был введен в практику бактериологический контроль асептики при лапаротомиях, состоящий в бактериологическом исследовании полости брюшины тотчас после разреза брюшной стенки и непосредственно перед зашиванием брюшностеночной раны. Применялся такой контроль и мною в начале моей клинической деятельности, пока я не выработал определенного кодекса правил, обеспечивающих асептическое выполнение лапаротомий. Подушко, проведя подобный контроль в ряде чревосечений, убедился, что особенно сильно инфицируется брюшина при операциях, производимых по поводу заболеваний труб и расширенных абдоминальных экстирпациях пораженной раком матки по Вертгейму. Поэтому при гнилостно распадающихся, инфицированных раках шейки я производжу эту последнюю операцию в модификации Цвейфеля: отделив матку, через разрез живота, от окружающих органов, я оставляю ее в соединении с нескрытым рукавом, затем соединяю пузырную брюшину с брюшинным покровом прямой кишки непрерывным кэтгутовым швом так, что полость брюшины оказывается разделенною на два обособленных отдела, — нижний, тазовый — меньший и верхний — больший, после этого зашиваю разрез брюшной стенки, перехожу на влажлищную операцию, вскрываю своды, удаляю матку через рукав и тампонирую нижний отдел брюшины полосой стерильной марли.

При тех асептических предосторожностях, какие принимаются современными лапаротомистами по отношению к перевязочному материалу, лигатурам, инструментам и т. п., в настоящее время инфекция попадает в брюшину при лапаротомиях обыкновенно не извне, а из фокусов, имеющихсся в самом организме больных. Чтобы избежать этого, лучше удалять полостные образования с инфицированным содержимым, например пиосальпинксы, нагноившиеся кисты яичников и т. п., нескрытыми. Выгоднее удалять их, далее, в конце операции: если гинекологу приходится, например, ампутировать матку с придатками, причем с одной стороны в последних имеется нагноение, то лучше сначала отделить придатки, свободные от гноя, и срезать матку, а затем уже отделять и удалять придатки с той стороны, где имеется нагноение. Разумеется, при этом всегда может случиться, что стенка гнойника разорвется, и гной выльется на операционное поле; для защиты брюшины в подобных случаях от сильного загрязнения необходимо предварительно принять такие меры, как обособление гнойного фокуса при помощи сухих марлевых компрессов, соответствующее

положение тела больной (гарантирующее от затекания излившегося гноя на далекое расстояние от операционного поля) и т. п.

Как и другие операции, лапаротомии нужно выполнять с возможно наименьшими кровопотерями, что достигается сначала при помощи так называемого провизорного гемостаза, о котором уже была речь выше, а затем уже — окончательного гемостаза. Последний именно здесь важно выполнять путем изолированной перевязки отдельных сосудов, избегая массовых лигатур и объемистых культей, которые при чревосечениях ведут к реактивному перитониту и образованию брюшинных сращений.

Когда цель, для которой была предпринята лапаротомия, выполнена, — например существовавшая у больной опухоль матки или яичника удалена, — оперирующий должен тщательно позаботиться об аутопластике брюшины или так называемой перитонизации. Все нарушения целостности брюшины должны быть защищены, — лучше всего непрерывным швом из тонкого кэтгута, — так, чтобы после операции подбрюшинная клетчатка, мышечная ткань и пр. нигде не смотрели в полость брюшины, ибо эти участки: 1) служат местами излияния в брюшину крови и лимфы, являющихся питательной средой для попавших сюда микробов, 2) если эти, лишенные брюшины, места находятся на стенках толстых кишек, то они служат воротами, через которые микробы, являющиеся обычными обитателями последних, легко эмигрируют в брюшную полость. Правда, брюшина впоследствии сама стремится закрыть эти дефекты путем пластического воспалительного процесса, но тогда они становятся источниками брюшинных спаек, ведущих к таким последствиям, как ileus, неправильные положения различных органов и пр. Если дефекты в брюшине слишком велики, чтобы их удалось закрыть париетальной или висцеральной брюшиной, то для закрытия их можно воспользоваться салником, притом даже изолированными его кусками.

Экспериментальные исследования Гирколава и Судакова показали, 1) что пересаженные изолированные куски салника остаются живыми и жизнеспособными, 2) что они в значительной степени предохраняют поврежденные стенки полых органов брюшной полости от последовательных перфораций и сращений, и 3) что они обладают способностью останавливать паренхиматозное кровотечение. Основываясь на этих данных, Финкель, Кутуасов и др. с успехом применяли пересадку изолированных кусков салника (до 7—8 см² в случае Финкеля) при глубоких повреждениях серозного и мышечного слоев кишечных стенок. К поврежденному месту куски эти пристегивались несколькими узловатыми швами из кэтгута.

Закончив перитонизацию, оперирующий переходит к так называемому туалету брюшины, т. е. очищает последнюю от попавших туда при операции, или еще до нее, крови— как жидкой, так и свернувшейся,— обрывков тканей, жидкого содержимого кистовидных опухолей, мочи, кишечного содержимого и т. п. Освобождение брюшины от этих веществ имеет громадное значение для последующего состояния оперированных, так как кровь, содержимое кист и пр. являются прекрасными питательными средствами для размножения попавших в брюшину при операции микробов: кровь кроме того, оставаясь в брюшной полости, иногда может, повидимому, подвергаться таким изменениям, благодаря которым приобретает токсические свойства; кровяные сгустки могут являться инородными телами, вызывающими в брюшине реактивное воспаление с образованием сращений; содержимое псевдомуциозных кистом, попав в брюшную полость, может вести к развитию так называемого ложного слизевика брюшины; кусочки опухоли могут дать на брюшине прививочные метастазы новообразований; наконец микробы, содержащиеся в гное и вообще инфицированном содержимом опухолей женской половой сферы, могут обусловить развитие смертельного перитонита, септического или гнилостного.

Освободить брюшину от всех этих веществ, особенно жидких, можно или сухим, или влажным путем. В первом случае мы очищаем брюшину сухими шариками или компрессами из стерильной марли (а в прежнее время для этой цели употреблялись губки), во втором — промываем брюшину значительным количеством теплых стерильных индифферентных жидкостей: физиологического раствора хлористого натрия, жидкостей Хайема, Рингера, Люкка (искусственной кровяной сыворотки) и т. п.; средину между этими двумя способами занимает, тот, когда для очищения брюшины употребляются шарики или компрессы из марли, но не сухие, а смоченные в каком-либо стерильном индифферентном растворе и потом более или менее отжатые.

Как сухой, так и влажный способы туалета брюшины при лапаротомиях имеют своих сторонников, и противников в среде хирургов и гинекологов, так как у каждого из них имеются свои достоинства и свои недостатки. При очищении брюшины сухой марлею сильнее, повидимому, травмируется нежный брюшинный эндотелий, и самое удаление загрязняющих веществ производится менее совершенно,— вещества эти в значительном количестве остаются на месте своего первоначального нахождения, вызывая здесь резкие воспалительные изменения в виде экссудатов и брюшинных сращений. Путем промываний загрязняющие брю-

шину вещества удаляются более совершенно; в частности, как я убедился путем бактериологических наблюдений, этим путем можно значительно уменьшить содержание в полости брюшины микробов, попавших туда при операции. Брюшина, далее, хорошо переносит промывания индифферентными растворами. Наконец, всасываясь, последние благотворно действуют на общее состояние оперируемых: кровяное давление у них поднимается, сердечная деятельность улучшается, пульс становится полнее и реже. Наряду с этими выгодными сторонами данному способу туалета брюшины присущи, однако, и крупные невыгоды: промывания значительно затягивают продолжительность лапаротомии, они требуют особенно пунктуального соблюдения правил асептики, при них поверхность тела больной увлажняется, что ведет к его охлаждению, а главное — при этом инфекционные начала разносятся по всей брюшной полости и благодаря энергичному всасыванию из последней — по всему организму.

Имея в виду благотворный эффект промываний брюшной полости, я одно время систематически применял их при всех без исключения брюшностеночных чревосечениях, но затем как клинические наблюдения, так и экспериментальные данные, полученные в лаборатории заведомой мною клиники мною самим, Перимовым и особенно Нагевичем, убедили меня, что этот способ ухода за брюшиной заслуживает применения, — как впрочем, и все другие медицинские средства, — лишь в определенном круге случаев, именно там, где брюшная полость загрязнена или кровью, содержимым кист и т. п., или инфекционными веществами (гноем), содержащими микробов невысокой вирулентности. Если в подобных случаях прибегать к сухому способу очищения брюшины, то значительная часть этих веществ остается в брюшине и вызывает местный перитонит с последующим развитием сращений, если, напротив, прибегать здесь к промываниям, то загрязняющие вещества большей частью удаляются, оставшаяся же небольшая часть их распределяется по всей брюшной полости и, всасываясь вместе с промывной жидкостью, поступает в кровь, причем никаких местных изменений в брюшине не получается, в крови же инфекционные начала, имея невысокую вирулентность, быстро уничтожаются, благодаря имеющимся здесь защитительным приспособлениям организма. В конечном итоге для таких случаев промывания брюшины являются более выгодными, чем сухой способ ухода за нею, — после них не получается ни местных изменений в брюшине, ни общего заражения организма. Другое дело, если мы имеем дело с инфекционным началом высокой

вирулентности,—здесь промывания являются безусловно невыгодными, ибо они распространяют инфекцию по всей брюшной полости и всему организму, который не в состоянии бывает справиться с ними ввиду их вирулентности.— В таких случаях выгоднее, чтобы участок брюшины, загрязненный sub operatione, например гноем, содержащим микробы высокой вирулентности, оставался изолированным от остальной брюшной полости, и микробы из него поступали не в кровь, а наружу; достигнуть этого можно, выполняя данный участок тампоном Микулича, причем предварительно гной по возможности удаляется отсюда сухими компрессами.

В конце концов я выработал следующий способ ухода за брюшиной при чревосечениях: если она загрязнена неинфекционными веществами, например кровью, содержимым кистом и т. п., то ее выгоднее всего промывать; если, напротив, во время операции (или до нее), в нее попал гной (и другие инфекционные вещества), то дальнейший образ действий оперирующего должен зависеть от того, содержит ли этот гной микробы или нет, и если содержит, то какие именно,—при загрязнении брюшины старым асептическим гноем и гноем, содержащим микробы невысокой вирулентности, лучше всего опять-таки применять промывание брюшной полости, при попадании же на операционное поле гноя с микробами высокой вирулентности (например стрептококками) лучше обособить незагрязненные участки брюшины сухими компрессами, по возможности удалить гной шариками из сухой марли, и наконец ввести в брюшную полость дренаж Микулича (или микуличевский и влагалищный одновременно). Конечно, необходимое условие проведения такого образа действий — немедленное, еще во время операции исследование гноя, хотя бы на мазках, производимое одним из присутствующих при лапаротомии врачей. Само собою разумеется также, что если при лапаротомии брюшная полость ничем не будет загрязнена, то и никакого очищения ее,—ни сухого, ни путем промываний,—не нужно.

Заслуживают внимания результаты, которые мною были получены при лапаротомиях, проведенных с промыванием брюшины и без такового. Из 1151 лапаротомии, сделанной в заведомой мною клинике за 15 лет (1900/01—1914/15 уч. гг.), с промываниями была проведена 531 (46,1%), по сухому же способу — 620 (53,9%). При этом в первой группе лапаротомий смертельный исход в зависимости от операции имел место у 15 больных, что дает смертность в 2,8%, во второй же — у 44, т. е. здесь смертность равнялась 7,1%.

Широко пользовались промываниями брюшной полости и другие русские гинекологи: Снегирев, из 1000 лапаротомий применивший промывания в 215, Холодковский, Львов, видевшие особенно хорошие результаты от них при внематочной беременности, и др., а в новейшее время в пользу этого способа высказываются и многие видные иностранные гинекологи и хирурги.

Для промываний в прежнее время обыкновенно пользовались физиологическим раствором поваренной соли, я же ввел в практику применение для этой цели локковской жидкости, видоизмененной соответственно содержанию неорганических солей в плазме человеческой крови (на 1 литр воды хлористого калия — 0,359 г, сернистого калия — 0,281 г, фосфорнокислого натрия — 0,271 г, фосфорнокислого кальция — 0,298 г, фосфорнокислого магния — 0,218 г, хлористого натрия — 5,546 г, и соды — 1,546 г). Жидкость эта стерилизуется в аппаратах Фрича и вливается в брюшную полость из кувшинов нагретую до температуры человеческой крови. Влив возможно большое количество ее, я тщательно прополаскиваю в ней брюшные органы, особенно кишки и сальники, затем удаляю раствор при помощи стерильных марлевых компрессов, вновь повторяю вливание и делаю так 3—5 раз. В заключение я оставляю последнюю порцию жидкости невычерпанною, а иногда ограничиваюсь и просто однократным вливанием раствора в брюшную полость. Другие гинекологи производят промывание брюшины при чревосечениях при помощи кружки Эсмарха, причем излишек жидкости сам выливается через брюшной разрез или выжимается путем надавливания на брюшные стенки.

Одно время и у нас и за границей получили широкое применение при лапаротомиях вливания в полость брюшины, перед закрытием брюшной раны, серного эфира как с профилактической целью — в случаях, где брюшина была во время операции загрязнена гноем и т. п., так и с лечебной — при уже имеющемся перитоните. По Гурланду такие вливания являются показанными в тех случаях, где: 1) брюшина была при операции загрязнена гноем, 2) где имело место излияние в нее больших количеств крови, и 3) где при лапаротомии пришлось разделять крепкие сращения. Дмитриев, рекомендуя эту меру, отмечает, что эфир оказывает бактерицидное действие и повышает защитительные силы брюшины. Экспериментальные исследования Ходецкого показали, что эфир действительно обладает бактерицидными свойствами, особенно в парообразном состоянии. Мандельштам из 67 лапаротомий, произведенных по поводу гнойных опухолей, при употреблении эфира имел лишь в 2 смертельный исход (он же, применив вливания эфира в 6 случаях уже развившегося перитонита, получил благоприятный исход в 3 из них). По моим наблюдениям вливания эфира предохраняют от послеоперационного пареза кишек. Должен однако заметить, что иногда я наблюдал при этих вливаниях и довольно резко выраженные явления шока, как на это указывает и Дмитриев. Доза вливаемого

эфира различными авторами определяется различно: Дмитриев определяет ее в 10—90 см³, Гурланд — в 20—50, Мандельштам в одной работе говорит, что эфира можно вливать от 40 до 200 см³, но впоследствии он стал применять, как и Гурланд, не более 20—50 см³.

Разбирая вопрос о туалете брюшины при брюшностеночных чревосечениях, мы должны попутно остановиться и на том вопросе, который уже был затронут выше, именно на вопросе о дренировании брюшины. Еще не так давно дренирование широко применялось гинекологами не только при кольпотомиях, но и при лапаротомиях, а некоторыми широко применяется и до сих пор.

Так, Снегирев из первой тысячи своих чревосечений, произведенных per abdomen, применил дренаж брюшной полости в 545, причем в 185 случаях это был трубчатый дренаж, в 110 — тампон по Микучичу, и в 250 — полоска иодоформированной марли. По данным Преображенского, относящимся к 1909 г., из 600 лапаротомий, произведенных в СПб повивальном институте (Отт), 432 были проведены с дренажем и лишь 168 — без него.

В новейшее время, однако, среди гинекологов замечается явная тенденция ограничить применение дренажа брюшной полости при лапаротомиях. С одной стороны, как клинические, так и экспериментальные данные (у нас, например, Фишера) свидетельствуют, что дренирование брюшной полости после чревосечений в общем не оправдывает тех надежд, которые на него возлагались прежде, — вероятно, потому, что дренирующий эффект всяких дренажей брюшной полости является весьма кратковременным (опыты Отта и др. показали, что уже спустя несколько часов находящийся в брюшине конец дренажа окружается пластическим выпотом и обособляется от остальной брюшины); с другой — дренажу присущи многие отрицательные стороны: выздоровление оперированных при этом затягивается, смена дренажа нередко является сильно болезненной, больные с дренажами часто лихорадят, инфильтраты в брюшной полости наблюдаются после лапаротомий, проведенных с дренажем, значительно чаще (почти вдвое — по Преображенскому), чем после лапаротомий без дренажа, при дренажах, выведенных в брюшную рану, обычно развиваются впоследствии послеоперационные грыжи в рубце, субперитонеальные дренажи дают большой процент кишечных и мочевых свищей и т. д.

Ввиду всего этого дренирования брюшной полости при лапаротомиях действительно следует избегать, особенно там, где оперирующему удалось провести перитонизацию операционного

поля и надежно выполнить гэмостаз, а брюшина при операции не была сильно инфицирована. Однако и совершенно отказываться от применения дренирования брюшной полости после брюшностеночных чревосечений будет едва ли рационально. Только этим путем и можно, например, спасти больных, у которых во время операции брюшина была загрязнена сильно вирулентным гноем, причем благодетельный эффект разбираемой меры здесь обуславливается не удалением инфекционных начал из всей брюшной полости, а обособлением инфицированных ее отделов от неинфицированных и выведением инфекционных начал лишь из первых. Показуется дренаж также в тех случаях, где после разделения сращений, вылуцения межсвязочных опухолей, удаления заматочных кровяных опухолей и пр. лапаротомисту не удалось достаточно совершенно провести перитонизацию операционного поля, а равно, где ему пришлось отказаться от полного удаления яичниковых кистом, эхинококковых кист, плодных мешков при внематочной беременности и т. п., ограничившись или вскрытием и опорожнением их, или частичной их резекцией, с последующим вшиванием либо всего мешка, либо части его в брюшную рану (марсупиализация). Наконец, дренаж является показанным там, где оперирующему не удалось надежно провести стойкого гэмостаза или где ему пришлось прибегнуть к наложению, вместо лигатур, пинцетов à demeure на кровоточащие сосуды брюшной полости.

В некоторых случаях подобного рода можно прибегать к трубчатым дренажам — или из резиновых, достаточно толстых трубок с вырезанными в их стенках окошечками, или стеклянным. Наилучшею формою дренажа брюшной полости при лапаротомиях является, однако, по-моему, марлевый дренаж, для которого многие гинекологи пользуются иодоформированной марлей, я же предпочитаю стерильную марлю: во-первых, при этом устраняется опасность отравления больных иодоформом, во-вторых, простая стерильная марля дренирует гораздо лучше, чем пропитанная иодоформом и применяемая при иодоформировании ее смолистыми веществами (канифоль), в силу своей большей гигроскопичности.

Марлевые дренажи, заложенные в брюшную полость, могут быть выводимы или в брюшную рану (обыкновенно в нижний угол ее, обшиваемый узловатыми швами, тогда как остальная часть раны зашивается наглухо), или в рукав (через отверстие, оставшееся после удаления матки, или специально для дренажа проделанное в заднем своде); в некоторых случаях особенно сильного загрязнения брюшины инфекционными началами, — например

при расширенной абдоминальной экстирпации матки, шейка которой поражена распадающимся раком,— рационально применять и те и другие дренажи одновременно. В брюшной полости марлевые дренажи могут располагаться или интраперитонеально, или экстраперитонеально (дренажи последнего вида обыкновенно выводятся в рукав после удаления матки, причем брюшина наглухо зашивается над верхней частью их при помощи непрерывного кэтутового шва). Что касается, наконец, формы марлевых дренажей, то при лапаротомиях применяются обычно дренажи либо в виде марлевой полосы, в 4—5 пальцев шириною, вводимой интраперитонеально или экстраперитонеально и выводимой или в рукав, или в брюшную рану,— либо в виде мешка из марли (resp, квадратного куска последней), выполняемого внутри марлевой полосы и выводимого в брюшную рану (так называемый дренаж Микулича, который я считаю особенно пригодным для лапаротомий).

Срок, на который вводится марлевый дренаж, в практике различных гинекологов является различным. Я большею частью окончательно извлекаю дренаж,— как Микулича, так³ и в виде полосы,— на 8-й день, но понемногу начинаю извлекать его уже с 5-го или 6-го дня. Другие оставляют его до 9-го — 10-го дня (Преображенский), а некоторые предпочитают извлекать его гораздо раньше,— Муратов, например, на 2-е или 3-и сутки. Губарев, если пропитывающая марлю жидкость оказывается бесцветной и нет угрожающих признаков со стороны общего состояния больной, советует удалять дренаж Микулича через 24 часа, затягивая провизорно наложенные на нижний угол раны швы и таким образом закрывая ее наглухо; при этом края раны сростаются, и у больных не получается грыжи, но беда в том, что ограничивающие дренаж свежие брюшинные спайки при этом легко могут разорваться и свободные от инфекции верхние отделы брюшной полости могут последовательно инфицироваться из нижнего отдела, куда был вставлен тампон. Во всяком случае не подлежит сомнению, что при выборе времени для извлечения дренажа надо считаться с тем, в каких видах был применен дренаж, а также с течением послеоперационного периода у лапаротомированной.

Когда туалет брюшины окончен, лапаротомист приступает к закрытию брюшной раны. Предварительно, однако, он должен убедиться, что из брюшной полости удалены все предметы, введенные туда во время операции. Как уже было упомянуто в своем месте, при брюшностеночных чревосечениях не так редко забываются в полости брюшины компрессы, кровоостанавливающие пинцеты и др. инструменты, причем, конечно, оставление их

иногда ведет к очень печальным последствиям. Если даже забытые предметы попали туда в совершенно асептическом состоянии, они вызывают и поддерживают в брюшине реактивный воспалительный процесс, так наз. Fremdekörperperitonitis немецких авторов, со всеми, присущими этому заболеванию, припадками. Они могут, далее, обусловить перфорацию таких органов, нарушение целостности которых грозит серьезною опасностью для самой жизни больных: в литературе описаны, например, случаи, где забытые при операции пинцеты пробурывали стенку крупных артерий, результатом чего было смертельное кровотечение. Стремясь элиминироваться через кожу путем нагноения, они могут, далее, вызвать образование гнойных свищевых ходов. Еще чаще предметы эти элиминируются, — зачастую после долговременного пребывания в брюшной полости, — в полые органы последней: кишки, мочевого пузыря и пр., причем если забытый предмет одновременно прободает и кожу, — на этой почве могут возникнуть мочевые и каловые свищи.

Ввиду всего этого лапаротомисты издавна уже стремились выработать предупредительные меры, которые бы гарантировали от забывания в брюшной полости вводимых туда при операциях предметов. Небольшие куски марли, в большом количестве употребляемые при чревосечениях для вытирания крови и пр., оперирующему и его ассистентам лучше всего совершенно не выпускать из рук, приняв за правило — никогда не оставлять их в брюшине, во время операции, на более или менее продолжительное время. Компрессы более значительной величины, вводимые для защиты кишек и т. п., должны быть на счету, причем перед операцией лицо, заведующее их подачею, должно точно сосчитать их (а еще лучше для каждой лапаротомии заготавливать определенное, раз навсегда принятое, число их, например, 10 штук), в конце же операции, перед закрытием брюшной раны, — убедиться, что все они, как бывшие, так и не бывшие в употреблении, находятся налицо. То же самое надо сделать и по отношению к инструментам, — особенно употребляемым при чревосечениях в большом числе, — которые оставляются в брюшной полости во время операции на более или менее продолжительное время и притом имеют сравнительно небольшие размеры, позволяющие им оставаться незаметными среди кишек (пинцеты Пеана, Кохера и др.).

Не довольствуясь этим, некоторые гинекологи и хирурги придумали особые меры для предупреждения забывания в брюшной полости инструментов и компрессов. Так, одни рекомендуют

вводить туда компрессы не иначе, как захваченными в зажимы, длинные рукоятки которых остаются вне брюшной раны. Другие советуют к каждому компрессу, вводимому при лапаротомии в брюшную полость на более или менее продолжительное время, прикреплять особый груз, в виде небольшой гирьки или металлической пластинке на нитке, причем в то время как компресс лежит в полости брюшины, груз этот остается снаружи (мера, одно время применявшаяся в нашей клинике). Келли придумал для компрессов, пинцетов и пр. особые станки с определенным числом гнезд, взглянув на которые, лапаротомист сразу может видеть, скольких предметов у него нехватает. Гусев полагает, что

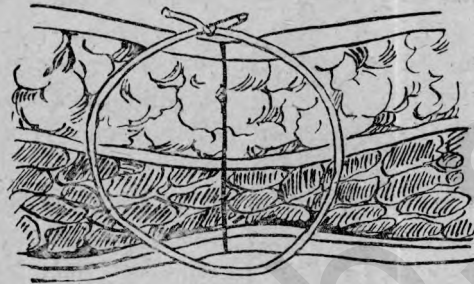


Рис. 264 Правильно наложенный на брюшную рану при лапаротомии массовый узловатый шов (по Губареву).

лучшею мерою против оставления инородных тел в брюшной полости при чревосечениях будет, если лапаротомист станет оперировать лишь с одним помощником, причем сам будет брать инструменты. При всем том, если при операции встретятся осложнения, заставляющие оператора торопиться, — случаи оставления в брюшной полости инструментов и т. п. даже у опытных, хладнокровных лапаротомистов и при высокодисциплинированном вспомогательном персонале не исключаются, и на них нельзя смотреть иначе, как на несчастную случайность, а вовсе не как на проявление преступной небрежности (к чему столь склонна плохо представляющая себе положение дела широкая публика).

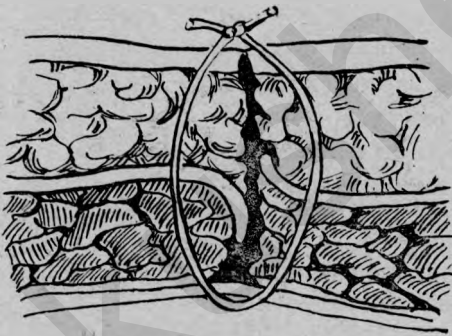


Рис. 265. Неправильное наложение массового узловатого шва на брюшную рану при лапаротомии (по Губареву).

Что касается зашивания брюшного разреза, то в прежнее время гинекологи сбыкновенно довольствовались для этой цели массовыми узловатыми швами (рис. 264) из нерассасывающегося материала (шелка, проволоки и т. п.), удаляемыми после того, как рана зарастет достаточно прочно (на 12-й—14-й день). Способ этот, которым и я пользовался в самом начале своей клинической деятельности, представляет то преимущество, что

при нем на закрытие брюшной полости требуется очень мало времени; кроме того шелк, проволоку и др. материалы для съемных швов без труда можно простерилизовать кипячением, и по удалении их в тканях не остается никаких инородных тел. Опыт и наблюдение показали, однако, что при подобном способе отдельные слои брюшной

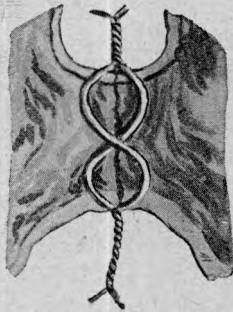


Рис. 266. Восьмиобразный шов Гепнера.

стенки зачастую кооптируются неправильно (рис. 265), — брюшина и клетчатка, например, попадают между краями апоневроза, и в последнем остаются отверстия, служащие впоследствии грыжевыми воротами. Особенно плохо кооптируются слои брюшной стенки, если оперирующий при наложении массовых швов прокалывает различные слои на одинаковом расстоянии от плоскости брюшного разреза. Если брюшные стенки толсты, то при этом способе зашивания брюшной раны легко получаются, далее, между швами мертвые пространства, где скопляются кровь, раневой секрет и пр. При прокалывании кожи, вообще очень трудно освобождаемой от микробов, можно захватить их, затем и занести по уколу вглубь, вследствие чего при массовых швах нередко наблюдаются нагноения в уколах. Если для швов этих берется шелк, то микробы могут, повидимому, и впоследствии распространяться с кожи по уколам, вследствие дренирующих свойств этого материала, а если брать для массовых швов проволоку, то она сравнительно легко может прорезать апоневроз и образовать в нем отверстия, создающие почву опять-таки для образования грыж.

Чтобы достигнуть, при массовых швах брюшной стенки, лучшего прилаживания отдельных слоев ее друг к другу, можно воспользоваться, восьмиобразными швами (рис. 266) из проволоки предложенными Гепнером и с успехом применявшимися им для зашивания разрывов промежности.

Так как массовые швы при лапаротомиях дают плохую кооптацию отдельных слоев брюшной стенки, то современные гинекологи перешли на послойное, ярусное зашивание брюшной раны, частью удержав для него узловатые швы, как дающие наилучшее соединение тканей, частью

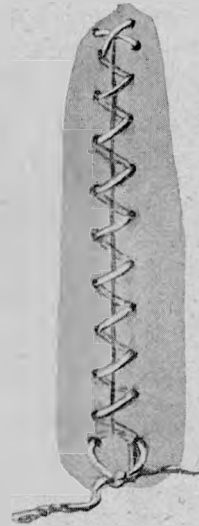


Рис. 267. Обвивной (скорняжный) шов (по Отту).

заменяя их непрерывными — обвивным или скорняжным (рис. 267), реверденовским (рис. 268) и матрацным (рис. 269), частью, наконец, употребляя одновременно швы того или другого типа.

Я, например, испробовав много различных модификаций зашивания брюшной раны после чревосечений, остановился наконец на следующей: сначала я накладываю небольшое число массовых узловатых швов из силькворма, шелка или ниток, потом, не затягивая их, шью непрерывным реверденовским швом из тонкого кэтгута брюшину, затем таким же швом, но из более толстого кэтгута, тщательно соединяю края апоневроза, после чего затягиваю массовые швы и наконец в промежутках между ними

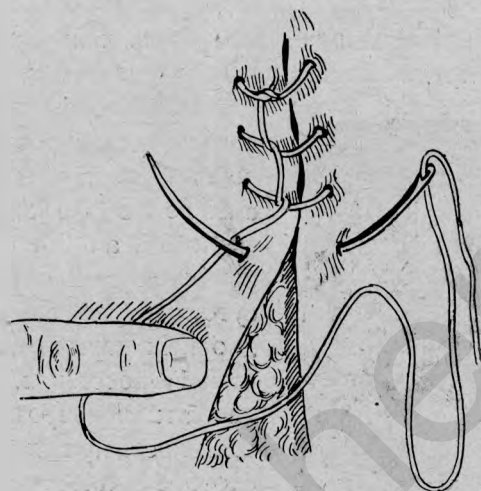


Рис. 268. Наложение реверденовского шва (по Губареву).

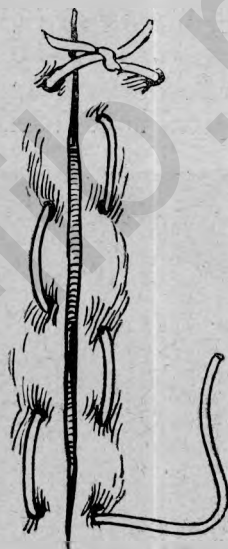


Рис. 269. Матрацный шов (по Губареву).

накладываю на кожу скобки М и ш е л я. Другие гинекологи считают излишним отдельно зашивать брюшину и шьют ее вместе с апоневрозом, третьи же совсем не соединяют непосредственно кожной раны, а сшивают непрерывным швом подкожную клетчатку, что является выгодным в косметическом отношении: кожный рубец получается при этом очень тонкий, линейный. Впрочем и соединение краев кожного разреза серфинами дает в этом отношении прекрасные результаты; вообще же вид кожного рубца зависит не столько от способа зашивания кожной раны, сколько от того, совпадает ли направление ее с направлением уже упоминавшихся выше лангеровских линий или нет.

Большинство современных лапаротомистов сшивает глубокие слои брюшной стенки при помощи погружных швов, употребляя для них рассасывающийся материал — обыкновенно кэтгут, реже олени и кенгуровые сухожилия и т. п. Некоторые, однако, и для

погружных швов употребляют нерассасывающийся материал, например шелк. Другие, применяя для глубоких слоев брюшной стенки нерассасывающийся материал, делают эти швы съёмными: Лебедев, сшивая апоневроз вместе с брюшиной при помощи матрацного шелкового шва, выводил концы шелковой нити в углы кожной раны и вытягивал нить на 11-й день после операции; Бухман сшивает апоневроз проволокой из алюминиевой бронзы, концы которой также выводятся наружу, причем за один из этих концов проволока впоследствии вытягивается, когда произойдет достаточно прочное сращение тканей; Судakov, зашивая брюшину и апоневроз непрерывным кэтгутовым швом, на апоневроз и кожу кладет, — разумеется, до сшивания апоневроза кэтгутом, — проволочные узловыи швы; съёмный шов на апоневроз предлагает и Эберлин.

Вообще техника зашивания брюшной раны после лапаротомии у различных гинекологов представляет массу вариаций, причем

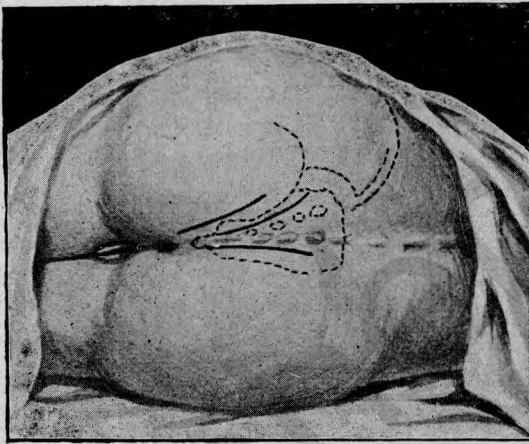


Рис. 270. Положение больной и направление различных разрезов, предложенных для экстирпации матки по сакральному способу (по Снегиреву).

обыкновенно смазывается иодной настойкой, либо присыпается каким-нибудь дезинфицирующим порошком (дерматолом, ксероформом, виоформом и т. п.), на живот оперированной накладывается асептическая повязка, удерживаемая полотняным или вязаным бинтом, и пациентка из операционной транспортируется в палату.

10. САКРАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЧРЕВОСЕЧЕНИЙ

Кроме влагалища и передней брюшной стенки, в полость брюшины можно проникнуть, т. е. произвести чревосечение,

разные способы могут давать одинаково хорошие результаты, в смысле возможного *restitutio ad integrum* брюшной стенки и отсутствия послеоперационных грыж, лишь бы: 1) восстановление целостности апоневроза достигалось при данном способе полное и 2) не было последовательного нагноения в брюшной ране.

После закрытия брюшной полости брюшная рана

и сзади, резецировав — временно или стационарно — копчик и часть крестца. Способ этот, впервые предложенный Краске для удаления пораженной раком прямой кишки, а затем нашедший себе применение и в гинекологической практике, особенно при раке матки, приобрел себе некоторых сторонников и у нас (Модлинский и др.), но в общем технические трудности его по сравнению с кольпотомией и чревосечением через переднюю брюшную стенку настолько очевидны для всякого, что о более или менее широком распространении его в гинекологии не может быть и речи. Не останавливаясь поэтому подробно на технике данного способа, упомяну лишь, что операция при нем производится обычно в боковом положении больной, разрез мягких частей делается в одном из направлений, указанных на прилагаемом рисунке (рис. 270), затем производится резекция копчика и части крестца, прямая кишка отодвигается, и оперирующий проникает в клетчатку, лежащую под дном заднего дугласова кармана, после чего вскрывает брюшину последнего.

11. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ

Уход за больными после гинекологических операций представляет большое разнообразие в зависимости прежде всего от

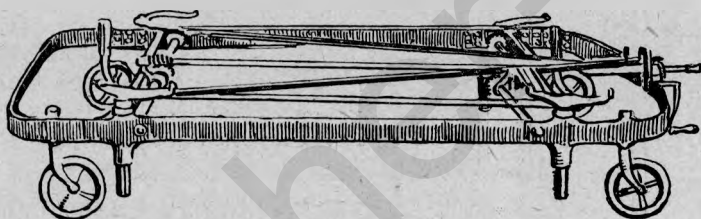


Рис. 271. Тележка для перекатывания кроватей (модель Виндлера).

характера перенесенной больною операции, а затем — в зависимости от тех осложнений, какие имеют место в послеоперационном периоде. Некоторые гинекологические операции могут быть производимы даже амбулаторно, и больные после них почти не нуждаются ни в каком специальном уходе. В дальнейшем мы коснемся лишь главнейших правил послеоперационного ухода, причем будем иметь в виду преимущественно больных, перенесших так называемые «большие» гинекологические операции, т. е. операции, сопряженные со вскрытием брюшины (чревосечение) и потребовавшие общего наркоза.

После того, как операция кончена, больная переносится с операционного стола на доставленную в операционную комнату кровать, для чего ножки последней должны быть снабжены колесцами; можно, впрочем, при этом пользоваться и обыкновенною

кроватью, но тогда она или ставится на особую тележку (рис. 271), или к головному и ножному концам ее временно прикрепляются особые рамки с колесами (рис. 272), позволяющие перекачивать ее. На кровати оперированная транспортируется — лучше не прямо в палату, где ей придется лежать впоследствии, а сначала в особое помещение, находящееся поблизости от операционной, где она и остается в течение хотя бы первых суток после операции под постоянным врачебным наблюдением, пользуясь особенно тщательным уходом со стороны опытной сиделки, сестры милосердия или фельдшерицы.

Весьма нередко у больных, перенесших тяжелые операции, в первое время по окончании их наблюдаются явления коллапса, —

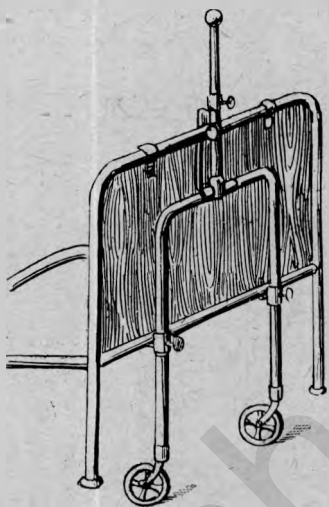


Рис. 272. Приспособление для перекачивания кроватей.

сердечная деятельность представляется слабою, градусник обнаруживает ненормально низкую температуру тела и пр. Чтобы больная поскорее оправилась от этого состояния, следует позаботиться прежде всего о согревании ее тела: постель, в которую перекладывают больную с операционного стола, предварительно должна быть нагрета, к ногам больной и ее туловищу прикладывают бутылки с горячей водой или грелки (остерегаясь при этом, чтобы не причинить ожогов), все тело до головы закутывают в теплое одеяло, а при особенно сильном коллапсе впрыскивают под кожу возбуждающие (камфо-

ру и т. п.), придают больной, подкладывая под ножной конец кровати деревянные подставки, такое положение, чтобы голова ее оказалась ниже ног (кларковское), вводят подкожно или прямо в вену достаточное количество (литр и больше) стерильного теплого физиологического раствора или, еще лучше, локковской жидкости (с прибавкой нескольких капель раствора адреналина 1 : 1 000), ставят горячую клизму из 3—4 стаканов того же раствора с 1—2 столовыми ложками коньяку или спирту и пр.

В отдельных случаях прогрессирующее падение пульса с увеличением его частоты, возрастающая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек у недавно оперированных, понижение температуры тела и пр. указывают на начавшееся внутреннее

кровотечение. Сняв повязку, гинеколог, при помощи главным образом перкуссии, иногда может в таких случаях констатировать присутствие свободной жидкости в брюшной полости. Лучше всего тогда немедленно опять взять больную в операционную, раскрыть ей брюшную рану и, найдя источник кровотечения, произвести надежный гемостаз.

Вторичные лапаротомии по поводу внутреннего кровотечения у оперированных через живот в практике лапаротомистов не составляют исключительной редкости. По данным Нольчини на 654 первичных брюшностеночных чревосечений, произведенных за 1890—1896 гг. в Московской клинике проф. Снегирева, вторичные лапаротомии были сделаны по разным поводам 15 раз, т. е. в 2,3%, но, присоединяя сюда данные, найденные им в литературе, Нольчини общий процент релапаротомий определяет лишь в 0,4, причем на внутренние кровотечения приходится у него 21,4% общего числа вторичных чревосечений с 54,1% смертности. В Казанской клинике за 1900/01—1926/27 уч. гг. вторичные брюшностеночные чревосечения были произведены мною 16 раз на 2441 первичную лапаротомию (0,65%), в том числе 8 раз — по поводу внутреннего кровотечения; шестерых из этих 8 больных удалось спасти, 2 же погибли — одна от шока, другая от продолжавшегося, несмотря на операцию, кровотечения (повидимому, в последнем случае я имел дело с конституциональною кровоточивостью, или гемофилией).

Разумеется, нужда во вторичных лапаротомиях при внутренних кровотечениях тем меньше, чем надежнее производится гемостаз при первичных операциях, результаты же их тем благоприятнее, чем, во-первых, раньше диагностирована внутренняя геморрагия и чем раньше сделано вторичное чревосечение, во-вторых, чем строже проведены при последнем правила асептики. Для распознавания внутреннего кровотечения у лапаротомированных Губарева рекомендует прием Дёдлея, состоящий во введении катетера через нижний конец брюшной раны в задний дугласов карман. Но, с одной стороны, прием этот, технически легко выполнимый при зашивании брюшной раны массовыми узловатыми швами, является затруднительным для выполнения при послойном зашивании ее непрерывными швами, а с другой, — внутреннее кровотечение не так трудно обнаружить и путем тщательного наблюдения за больной с обследованием ее живота при помощи перкуссии.

Гораздо реже кровотечений в брюшную полость наблюдаются после операций желудочно-кишечные кровотечения: В амбергский наблюдал такое кровотечение лишь однажды на 3000 лапаротомий, а из литературы мог собрать лишь 193 случая подобного рода. Обыкновенно кровотечения эти, сказывающиеся кровавой рвотой и кровавым стулом, появляются в первый же день после операции, или в первые 3 дня. Прогностика их весьма серьезна: смертность равняется 65,2%, причем на вскрытии находят обыкновенно язвы желудка или 12-перстной кишки («острая круглая язва» Винивартера). Наиболее вероятным объясне-

нием этого осложнения В ам б е р с к и й считает высказанное Эй-зельсбергом мнение, что причина этих язв лежит в ретроградной эмболии из салника. Из лечебных мер при послеоперационных желудочно-кишечных кровотечениях рекомендуются введение адреналина и желатины внутрь и промывание желудка 1% раствором ляписа.

Наиболее частым припадком, имеющим место после гинекологических операций, сделанных под ингаляционным наркозом, является рвота. Если последняя имеет чисто наркозное происхождение и, в соответствии с этим, наблюдается лишь в первое время после операции, — большую часть лишь в течение первых суток, редко далее, — то особенно тревожиться по поводу ее нет оснований. Напротив, как уже упоминалось выше, в главе о наркозе при гинекологических операциях, рвота при наркозе и после него имеет свои хорошие стороны, — она предохраняет больных от так называемой Schluckpneumonie. Чтобы ограничить ее приступы, больной рекомендуется первое время после операции лежать спокойно, с опущенною головою, без подушек. В прежнее время в ходу было, в качестве средств против рвоты, глотание оперированными кусочков льда; опыт учит, однако, что это средство не достигает цели, — напротив, оперированным лучше до тех пор, пока не прекратится рвота, не давать ничего внутрь и в частности — никакого питья; единственное, что им можно разрешить, — это полоскать рот холодной водой с прибавкой мятных капель и т. п. Хорошо также, пока у оперированной имеется рвота, держать у ней на верхней губе, пред ноздрями, кусок ваты («ватные усы»), смоченный в обыкновенном уксусе. В самое первое время после операции, когда больная еще не пришла в сознание после наркоза, в случае приступов рвоты у нее надо, конечно, заботиться о том, чтобы рвотные массы не попали в дыхательное горло; для этого при начале рвотных движений ухаживающее за оперированною лицо поворачивает ей голову в бок, а по окончании приступа рвоты очищает рот и глотку пальцем, обернутым полотенцем или куском марли на корнцанге. В дальнейшем на постель больной, около ее головы, ставится почкообразный тазик, и при появлении позывов к рвоте пациентка сама поворачивает голову и извергает рвотные массы в этот тазик, а по окончании приступа полощет себе рот хоть тою же водою, с мятными каплями.

Другое дело, если рвота продолжается и в дальнейшие дни после операции, или, прекратившись после первых суток, вновь появляется на 3-й и следующие дни, — если рвотные массы приобретают характер кофейной гущи (вследствие примеси крови), —

если рвота перемежается весьма мучительной иногда икотой и сопровождается сухостью и обложенностью языка, вздутием живота, повышением температуры и ослаблением пульса и пр. Таковая рвота представляет собою весьма грозный симптом, зависящий от раздражения брюшины и указывающий на развитие перитонита. Некоторые авторы (Губарев) рекомендуют при этом прежде всего прибегать к промываниям желудка большими количествами теплых щелочных растворов (например раствора соды) и действительно, как я убедился на опыте, подобные промывания иногда замечательно облегчают больных. Однако, если перитонит будет прогрессировать, такое облегчение является лишь временным, — после некоторого перерыва рвота с икотой и отрыжкой вновь возобновляется, продолжаясь до летального конца. Кроме промываний желудка на рвоту, зависящую от раздражения брюшины, иногда замечательно хороший эффект оказывает, как я убедился, применение наркотиков, например морфия, подкожно, хотя и этот эффект, к сожалению, зачастую оказывается временным. Далее, при этом нужно добиваться уменьшения вздутия живота (или отхождения газов) при помощи клизм — обыкновенных и высоких, применения питуитрина подкожно (вызывающего сокращения кишечной мускулатуры), атропина в дозе 0,0005—0,001 и т. п. средств.

Когда зависящая от хлороформа или других употребленных для наркоза средств рвота прекратится, голову оперированной можно положить на подушку и позволить ей утолять жажду. Зачастую больные из всех видов диття предпочитают тогда простую холодную воду, но гораздо лучше предлагать им пить горячий чай или кофе, иногда с примесью коньяка или вина, — сначала чайными ложками, а потом, если рвота не будет возобновляться, — и в больших количествах. В некоторых случаях, впрочем, — там именно, где рвота у оперированных продолжалась долгое время и слизистые оболочки верхнего отдела пищевого тракта сильно раздражены, — я предпочитаю давать больным какую-нибудь щелочную минеральную воду с кусочками льда и небольшою примесью красного вина. С 3-го дня после операции оперированную можно начать кормить, сначала давая ей жидкую пищу (бульон, молоко, яйца всмятку), а затем и твердую.

Очнувшись от наркоза, перенесшие большие гинекологические операции больные зачастую начинают жаловаться на сильные боли в животе. Для облегчения этих болей принято тотчас после операции класть на нижнюю часть живота оперированным пузырь со льдом, который при нормальном течении послеоперационного периода снимается на 3-й день. Если, несмотря на лед, боли все же продолжают быть очень сильными, — можно прибегнуть к применению наркотиков, лучше всего к подкожным впрыскиваниям морфия в количестве 0,01 на прием. Особенно уместно бывает

делать эти впрыскивания в первую ночь после операции: морфий не только успокаивает боли, но и позволяет больным хотя бы на короткое время уснуть, что весьма благотворно отражается на общем состоянии больных. В этих же видах к впрыскиваниям морфия зачастую приходится прибегать и на 2-ю ночь после операции, а затем они большею частью становятся излишними.

Губарев не советует применять у оперированных морфия, так как он парализует кишечную перистальтику и маскирует симптомы перитонита, а рекомендует заменять его белладонной в суппозиториях (по 0,03 экстракта белладонны на прием).

Обычно больные после чревосечения жалуются также на боли под ложечкой. Против этих болей лучше всего прибегать к отвлекающим, например к смазыванию подложечной области иодной настойкой.

В первые 2 дня у перенесших чревосечение больных кишечник обыкновенно не работает, и прибегать к опорожнению его не бывает нужно. На третий день начинается более энергичная перистальтика его, и оперированные начинают жаловаться на урчание и переливание в кишках, иногда болезненное; вместе с тем живот к этому дню зачастую вздувается, подложечная ямка изглаживается, появляется чувство тяжести в животе, несколько затрудняется дыхание и пр. Ввиду всего этого мною принято за правило — на 3-й день после операции обязательно опорожнять кишечник оперированных при помощи клизмы, причем для этой последней я советую взбивать в 3—4 стаканах воды желток яйца и прибавлять туда каплю 20 скипидару. В большинстве случаев клизма сопровождается значительным отхождением газов, после чего живот больной опадает и становится мягче, тяжесть и болезненность в нем исчезают, перистальтика успокаивается. Если клизма, сделанная утром 3-го дня после операции, не даст желаемого эффекта, ее следует в тот же день, несколько позже, повторить; в случае нужды — предварительно впрыснув больной какой-либо экстракт из мозгового придатка (питуитрин, питугландол и т. п.), или сделав, вместо обыкновенной, высокую клизму при помощи желудочного зонда, или, наконец, как советует Губарев, дать больной per os какое-либо слабительное, например 0,3 каломеля, 2 столовых ложки касторового масла и т. п., и вставить ей в прямую кишку резиновую трубку.

Если все попытки добиться у оперированных хотя бы отхождения газов остаются безрезультатными, вздутие живота возрастает, перистальтика кишек прекращается, появляются отрыжка, икота, тошнота и рвота, одновременно с этим пульс учащается

и становится менее полным и пр.,— тогда положение становится серьезным: у больной, очевидно, развивается септический перитонит, в большинстве случаев ведущий к смертельному исходу.

В подобных случаях лучшим средством спасти больную является повторение оперативного вмешательства: живот больной широко раскрывается, полость брюшины промывается обильным количеством теплого физиологического раствора (Зыков) и дренируется — по Миронову полосой стерильной марли, которая вводится в пузырьно-маточную впадину, задний дугласов карман и между кишками и передней стенкой живота. Зельдович, применив лапаротомию с последующей тампонацией брюшины в 31 случае разлитого гнойного перитонита, исходившего из женской половой сферы, получил выздоровление в 9 случаях (29%), тогда как 24 случая, леченных терапевтически, все без исключения имели смертельный исход. О применении в подобных случаях вливаний серного эфира в брюшную полость нами уже было сказано выше.

В некоторых случаях кишечник у больной в первое время после операции работает хорошо, и вообще послеоперационный период протекает, по видимому, совершенно нормально, но затем, спустя некоторое время, отхождение газов и кала или постепенно или сразу прекращается, больная начинает жаловаться на тяжесть в животе, у нее развиваются отрыжка и рвота — сначала содержимым желудка и желчью, потом фекальными массами; живот сильно и притом неравномерно вздувается; общее состояние, до тех пор хорошее, начинает быстро ухудшаться. Подобная картина указывает на то, что у оперированной развивается непроходимость кишек — ileus, в происхождении которого здесь главную роль играют образовавшиеся после операции брюшинные сращения, обуславливающие или перегиб кишечной трубки, или внутреннее ее ущемление. При наличии его надо сначала попытаться добиться проходимости кишек путем высокой клизмы с предварительным впрыскиванием экстракта из мозгового придатка, — мера, которая дала мне блестящие результаты в одном наблюдавшемся в клинике случае с резко выраженными явлениями ileus'a после чревосечения, при безуспешности же указанной меры следует прибегнуть к вторичному чревосечению и этим путем устранить механические препятствия для проходимости кишечного тракта.

Из собранных Нольчини 112 случаев вторичных чревосечений последние почти в $\frac{2}{3}$ были произведены по поводу послеоперационного ileus'a. Цейдлер, оперировавший 64 случая острого ileus'a, нашел, что в 16 из них непроходимость кишек развилась

в зависимости от патологических изменений женского полового аппарата, в том числе у 3 больных — после чревосечения, причем у 2 из этих больных при первичных чревосечениях были применены толстые шелковые лигатуры en masse на культю. Александров также думает, что в большинстве случаев послеоперационный ileus зависит от приращения кишок к культе. Отсюда — изолированная перевязка сосудов и тщательная перитонизация являются лучшими предохранительными средствами против этого тяжелого осложнения. Некоторые авторы, далее, усматривают причину ileus'a в сухом туалете брюшины при чревосечениях, благодаря которому повреждается, при вытирании сухими компрессами, нежный брюшинный эндотелий, и это ведет впоследствии к развитию сращений. Уже упомянутые выше экспериментальные исследования Нагевича и др. делают это предположение весьма вероятным, устанавливая вместе с тем важное профилактическое значение, в данном отношении, влажной асептики при лапаротомиях и в частности промываний брюшной полости. Что касается собственно лечения послеоперационного ileus'a оперативным путем, то собранный Нольчини материал свидетельствует, что этим путем удается спасти более трети больных, иначе почти неминуемо обреченных на гибель: смертность после вторичных чревосечений, произведенных по поводу ileus'a, равняется по этому автору 65,1%. Можно думать, однако, что, прибегая к оперативной помощи возможно раньше, удастся значительно понизить этот процент. У Цейдлера среди 16 больных, оперированных по поводу острого ileus'a, развившегося в связи с патологическими изменениями женской половой сферы, погибли лишь 5 (31,25%).

Здесь кстати упомяну, что за время с 1900/01 по 1926/27 уч. гг. в Казанской клинике пришлось прибегнуть к оперативной помощи у 5 больных с послеоперационным ileus'ом, причем у 3 больных последний развился после брюшностеночных чревосечений (у одной — после овариотомии по поводу железистой кисты яичника, осложненной псевдомиксомой брюшины, петля тонкой кишки оказалась притянутой к сальнику; у другой, после вентрофиксации с удалением воспаленных придатков, она ущемилась между маткой и передней брюшной стенкой; у третьей — после лапаротомии по поводу внематочной беременности имела место перетяжка тонкой кишки сальниковыми сращениями); и у 2 — после влагалищной экстирпации раковой матки (в одном из этих случаев тонкая кишка перекрутилась около брыжейки и приросла к культе широкой связки, в другом также имело место перекручивание тонкой кишки, приросшей к культе широкой связки). Вторичные лапаротомии были сделаны в 2 случаях на 6-й день, в 2 — на 8-й день и в 1 — на 12-й день после первой операции. Одна из больных погибла через несколько часов после вторичной операции от шока, у 3 других проходимость кишок восстановилась, но одна из них погибла на 7-й день после вторичной операции от перитонита, другая на 9-й день — от крупозной пневмонии, третья — на 2-й день от паралича сердца, и одна больная после второй операции выздоровела.

Весьма нередко больные, перенесшие гинекологические операции, особенно такие, которые сопровождались сильною травмою мочевого пузыря, не в состоянии бывают, в первое время после операции, произвольно мочиться. У таких больных волеяневолей приходится прибегать к периодическому выпусканью мочи катетером, а там, где повреждения мочевого пузыря при операции были особенно значительны, следует держать их более или менее продолжительное время даже с постоянным катетером. Применяя катетеризацию, следует, однако, помнить то, о чем нами неоднократно говорилось в курсе акушерства,— что при введении катетера весьма легко занести в пузырь инфекцию, служащую причиною цистита, и что поэтому катетеризацию мочевого пузыря необходимо производить строго асептически.

Так как, однако, и при строгом соблюдении правил асептики применение катетера может вести к развитию цистита, то отсюда имеют свои *raison d'être* меры, предложенные различными авторами для того, чтобы добиться у оперированных произвольного мочеиспускания. Кватер и Хесин советуют, в качестве профилактической меры против послеоперационной задержки мочи, впрыскивать больным за час до операции 5 см³ 25⁰/₀-ного раствора сернокислой магнезии под кожу. Другие авторы с этой целью рекомендуют применять раннее вставание оперированных. Из лекарственных веществ при послеоперационной задержке мочи приносят пользу вытяжки из мозгового придатка, вводимые под кожу, уротропин (раствор которого впрыскивается в вену), уже упомянутая выше сернокислая магнезия и др. Рыбак рекомендует, чтобы добиться у оперированных произвольного мочеиспускания, впрыскивать в уретру 20—30 см³ 2—5⁰/₀-ного бороглицерина, а Кватер советует, опорожнив мочевой пузырь катетером, затем ввести в него жидкости на 150—200 см³ больше выпущенного.

В тех случаях, где катетеризация оказывается неизбежной, во избежание цистита полезно, помимо строгого проведения мер асептики (предварительное кипячение катетера и дезинфекция окружающей наружного отверстия уретры), после каждого выпуска мочи катетером производить через последний промывание мочевого пузыря борным раствором или очень слабым (1 : 3 000—4 000) раствором ляписа.

Выпущенную оперированными произвольно или через катетер мочу следует измерять, а в случае нужды и подвергать химическому и микроскопическому исследованию, так как по суточному количеству мочи и ее составу мы можем судить как о нормальном течении послеоперационного периода, так и о некоторых осложнениях его.

Помимо перечисленных выше мер ухода, после больших гинекологических операций, как и после всякого оперативного вмеша-

тельности вообще, надо, разумеется, тщательно следить за t° и пульсом у больных. Нормальным течением послеоперационного периода, как и пуэрпериального периода, является такое, при котором t° тела не поднимается выше 38°C , а пульс не учащается свыше 80—90

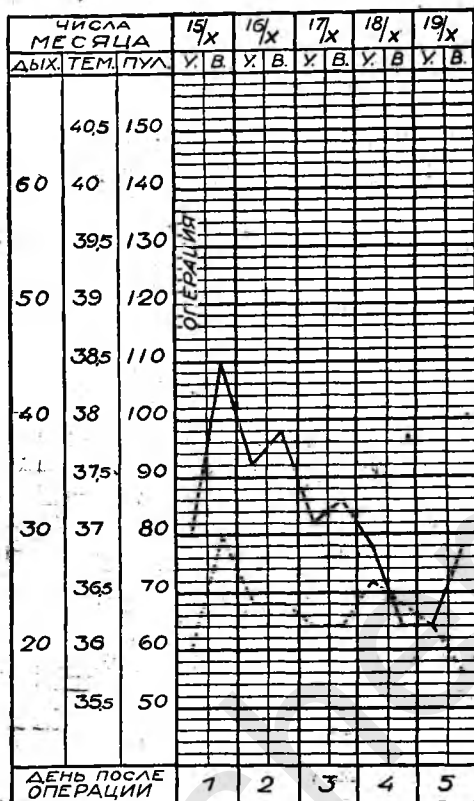


Рис. 273. Температурная кривая в первые дни после операции у больной, перенесшей лапаротомию с промыванием брюшной полости. У больной 15/X 1907 г. была удалена, путем лапаротомии, паровариальная киста величиною с матку в конце беременности. Перед закрытием брюшной раны брюшная полость была промыта значительным количеством локковской жидкости. Кроме повышения t° до $38,4^{\circ}$, начавшегося через 6 ч. по окончании операции и быстро прошедшего, послеоперационный период протек идеально. Как на этой диаграмме, так и на следующих сплошной линией обозначена t° , пунктиром — частота пульса.

ными явлениями, мы в состоянии довольно точно определить, грозит ли больной какая-либо опасность, — и какая именно, — от

ударов в минуту. Однако, если у больной, перенесшей чревосечение, особенно с промыванием брюшной полости, t° вскоре после операции поднимается даже и до высоких цифр (39°C и выше), а пульс значительно учащается, сохраняя хорошее наполнение, — пугаться этого еще нет оснований: зачастую мы имеем здесь дело с резорбционной лихорадкой, которая затем быстро спадает, не отражаясь на состоянии больного (рис. 273). С другой стороны, бывают случаи тяжелого гнилостного перитонита, когда лихорадка может совершенно отсутствовать или быть очень незначительной, и лишь прогрессивно учащающийся и ослабевающий пульс (рис. 274), постоянная рвота, прекращение деятельности кишечника и быстро ухудшающееся общее состояние больной показывают, что мы имеем дело с крайне тяжелым заболеванием.

В большинстве случаев, однако, по температурной кривой, особенно в связи с состоянием пульса и дру-

сепсиса, главного врага оперированных, так же как и родильниц. В общем сепсис в послеоперационном периоде может представлять все те же формы, какие в курсе акушерства нами были

описаны для пуэрперального периода. Наблюдаются здесь, после операций на вульве и рукаве, и септические язвы этих органов, и септические эндометрит и метрит — обыкновенно после операций, полем которых была полость матки, и септический сальпинго-оофорит — большую часть после таких же операций, и септический периметрит, общий перитонит и параметрит — чаще после чревосечений и, наконец, общие формы септической инфекции — септицемия и пиэмия. Клиническая картина, распознавание и лечение всех этих заболеваний — таковы же, как и соответствующих пуэрперальных форм. Не останавливаясь поэтому подробно на их разборе, мы коснемся здесь некоторых других осложнений послеоперационного периода, требующих специального ухода и лечения.

К числу таковых относятся прежде всего различные заболевания дыхательного аппарата у оперированных — бронхиты, пневмонии, плевриты и т. п. Иногда они являются лишь обострениями соответствующих процессов, существовавших у больных раньше,

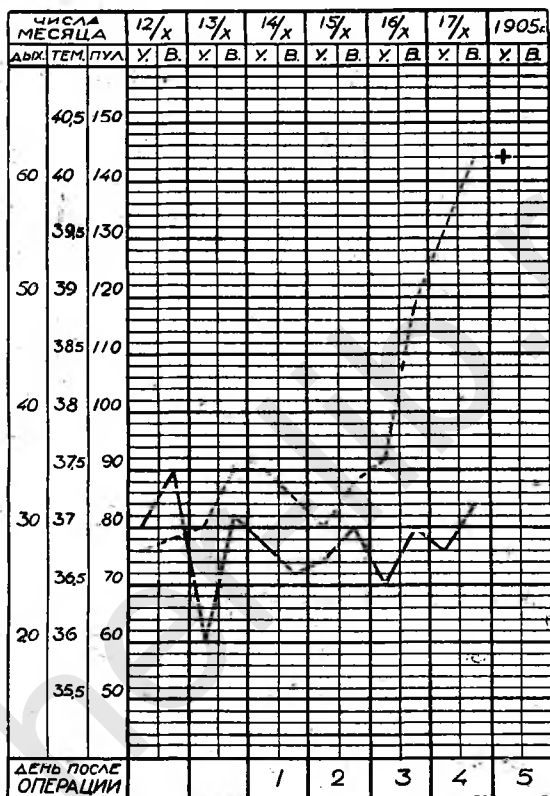


Рис. 274. Температурная кривая при остром септическом перитоните. Больная 46 лет была оперирована 4/X 1905 г. по поводу запущенного рака маточной шейки, — сначала у нее была сделана лапаротомия с целью произвести расширенную абдоминальную экстирпацию матки по Вертгейму; так как, однако, процесс оказался зашедшим слишком далеко, то брюшная рана была закрыта, и оперативное вмешательство было ограничено выжиганием опухоли, *per vaginam*, термокаутером и выскабливанием острой ложечкой. Первые сутки после операции больная провела хорошо, затем быстро развился общий перитонит, протекавший при нормальной t° , но уже через три дня поведший к смерти.

еще до операции, но нередко лишь впервые возникают в послеоперационном периоде, причем в общем, чем тяжелее и длительнее операция, тем больше шансов для больной получить после нее легочное заболевание; поэтому бронхиты, пневмонии и пр. гораздо чаще наблюдаются в гинекологической практике, после чревосечений, чем после «малых» операций. Несомненное значение в происхождении их имеет и наркоз: выше уже было отмечено, что из всех видов наркоза, применяемых в гинекологии, особенно предрасполагает к легочным заболеваниям внутривенный гедоналовый наркоз, из различных же видов ингаляционного наркоза эфирный дает гораздо больший процент их, чем хлороформный. Проявляются заболевания дыхательного аппарата обыкновенно в первые же дни послеоперационного периода, реже — в позднейшие дни, причем дают обычную для них клиническую картину. В частности бронхит, протекающий иногда с лихорадочными повышениями t° , иногда же — при нормальной t° , проявляется обычно сильным кашлем со значительным отделением мокроты. Из различных видов пневмонии у оперированных могут иметь место как крупозная пневмония с ее типичной температурной кривой, ржавой мокротой и пр., так и бронхопневмония и плевропневмония. Плеврит сравнительно чаще проявляется в послеоперационном периоде, по видимому в сухой форме (pleuritis sicca), хотя бывает и в экссудативной. Что касается ухода за больными указанных категорий, то важно иметь в виду, что им выгодно бывает придавать положение с приподнятою верхнею частью туловища, высоко укладывая последнюю на подушки, а также иногда, для облегчения дыхания, нужно бывает уже вскоре после операции класть на тот или другой бок; кроме того существующий у подобных больных кашель может мешать правильному заживлению разреза брюшной стенки после чревосечений, особенно продольного, может даже вызвать сквозное расхождение брюшностеночной раны с выступлением кишечных петель наружу, почему у них надо заботиться о том, чтобы живот был хорошо стянут бинтом, а во время приступов кашля надо советовать больным поддерживать живот руками; не мешает также у подобных больных подольше держать массовые швы, соединяющие брюшную рану, не снятыми. Лечение заболеваний дыхательных органов у оперированных не представляет ничего особенного: при бронхите надо прибегать к отхаркивающим (сенег, liq. ammonii anisati и т. п.) и наркотикам (кодеин, доверов порошок и пр.), при пневмониях — к согревающим компрессам, сухим банкам, мушкам, сердечным и т. д., при плевритах — к отвлекающим (горчичники,

мушки, смазывания иодной настойкой), также согревающим компрессам и т. п.

В заведомой мною клинике с 1900/01 по 1917/18 уч. г. бронхит в послеоперационном периоде наблюдался 52 раза, пневмония — в 84 случаях (в том числе 15 раз у больных, имевших и до операции процесс в легких, и 69 раз — у больных, имевших ранее вполне здоровый дыхательный аппарат), плеврит — в 10; в общей сложности названные заболевания дыхательного аппарата встретились у 146 больных, что на общее число оперированных (3144) дает около 4,6% заболеваемости. В частности у больных, перенесших операции, не сопряженные со вскрытием брюшины, указанные заболевания наблюдались лишь 11 раз, все же остальные случаи пришлось на долю женщин, подвергшихся чревосечениям (135 на 1710, т. е. 7,9%). Из всех 146 случаев этих заболеваний в 141 последние имели место у оперированных под общим наркозом (внутривенным гедоналовым, эфирным, хлороформно-эфирным и хлороформным), в 3 — после применения люмбальной анестезии, и в 2 характер примененной анестезии остался неизвестным. При этом на долю оперированных под внутривенным гедоналовым наркозом (250 случаев) падает 47 случаев бронхитов, плевритов и пневмоний, на долю оперированных под эфиром и хлороформно-эфиром (579 случаев) — 45 случаев и на долю оперированных под хлороформом (2151 случай) — 49; таким образом по данным нашего материала заболеваемость названными болезнями для внутривенного гедоналового наркоза может быть определена в 18,8% (с 6 смертельными исходами от пневмонии), для эфирного и хлороформно-эфирного ингаляционного наркоза — в 7,7% (с 4 смертельными исходами от пневмонии), и для чисто хлороформного наркоза — в 2,3% (с 2 смертельными исходами). Надо, впрочем, заметить, что внутривенный гедоналовый, эфирный и хлороформно-эфирный наркозы применялись в клинике в общем в более тяжелых случаях, чем чисто хлороформный наркоз. Если брать только операции, сопряженные со вскрытием брюшной полости, а из заболеваний дыхательного аппарата — только пневмонии, как наиболее тяжелые из них, то мы получим несколько иные отношения между заболеваемостью и смертностью при различных видах наркоза: на 236 случаев внутривенного гедоналового наркоза придется 24 пневмонии (10,1%) с 6 смертями (2,0%), на 356 случаев эфирного и хлороформно-эфирного наркоза — 27 пневмоний (5%) с 4 смертельными исходами (0,7%), на 927 чревосечений, проведенных под хлороформным наркозом, — 26 пневмоний (2,8%) с 2 смертями (0,2%).

С. этими данными небезынтересно сопоставить аналогичные данные, сообщаемые Протопоповым и касающиеся послеоперационных пневмоний, наблюдавшихся за 20½ лет в Московской факультетской хирургической клинике: 2213 случаев, проведенных под хлороформным наркозом, дали чревосечения — 7,4% пневмоний, а операции без вскрытия брюшины — 1,4%; операции, сделанные под эфирным наркозом, в числе 323, дали: чревосече-

ния — 15,06% пневмоний, другие операции — 2,4%; в случаях, проведенных под эфирно-хлороформным наркозом, число которых в материале Протопова равняется лишь 37, чревосечения дали 3,4% пневмоний, другие операции — 1,4%; наконец, на 1326 случаев операций, сделанных под местной анестезией, послеоперационные пневмонии наблюдались — после чревосечений в 88,4%, после других операций в 13%. Общую смертность от послеоперационных пневмоний автор определяет в 22,9%.

Говоря о заболеваниях дыхательного аппарата после гинекологических операций, нельзя обойти молчанием еще одного тяжелого осложнения послеоперационного периода, локализирующегося также в дыхательной сфере, — мы разумеем закупорку легочной артерии и ее ветвей. Как и в пуэрперальном периоде, закупорка эта здесь бывает большею частью результатом занесения оторвавшихся частей тромбов из тазовых вен, причем тромбы могут возникнуть в последних или на почве септического тромбофлебита, или независимо от септической инфекции. В соответствии с этим и клиническая картина разбираемого осложнения является различною: если закупорка возникает на почве септического тромбофлебита, то эмболия легочной артерии выступает в виде одного из частичных проявлений пиэмии; если же она происходит независимо от сепсиса, — она или проявляется в виде совершенно самостоятельного заболевания, или сопутствует асептическому тромбозу вен нижних конечностей (*phlegmasia alba dolens*), о котором речь будет ниже. Резко различается клиническая картина и в зависимости от того, закупоривается ли главный ствол легочной артерии или только одна из ее второстепенных ветвей. В первом случае заболевание большею частью отличается молниеносным течением: оперированная, зачастую ранее чувствовавшая себя прекрасно, вдруг испытывает чувство стеснения в груди и одышку, у нее выступает холодный пот, зрачки расширяются, сознание теряется, пульс пропадает, и быстро наступает смерть. Иногда, впрочем, летальный исход наступает при этом не столь быстро, — больная несколько оправляется от первого приступа, а затем, через некоторое время, в течение которого она иногда продолжает оставаться в бессознательном состоянии, расстройства дыхательной и сердечной деятельности у нее вновь усиливаются, и она погибает. Если закупоривается лишь одна из второстепенных ветвей легочной артерии, то заболевание протекает при менее грозной картине: опять-таки внезапно у больной наряду с одышкой и колющим в груди развивается кашель и — иногда — кровохарканье, пульс учащается, перкуссия и аускультация позволяют опре-

делить в легких развитие более или менее значительного, смотря по калибру закупоренного сосуда, инфаркта; но до летального исхода дела обычно не доходит, и пациентка постепенно оправляется. Чтобы предупредить развитие эмболической закупорки легочной артерии в послеоперационном периоде, надо заботиться о строгом покое тех оперированных, у которых можно предполагать наличие распространенных тромбозов вен, например имеется *phlegmasia alba dolens*. При происшедшей уже закупорке главного ствола легочной артерии всякая терапия является обыкновенно бесполезною, и даже такое героическое средство, как операция Тренделенбурга (вскрытие грудной клетки, разрез легочной артерии, извлечение закупоривающей ее пробки и зашивание стенки), не спасает больных. Если же дело ограничивается образованием легочного инфаркта, то последний лечится по тем же правилам, по каким лечится и всякий пневмонический фокус (согревающий компресс на соответствующую часть грудной клетки и т. п.).

В Казанской акушерско-гинекологической клинике за 1900/01—1926/27 уч. гг. наблюдалось 3 случая заносного тромбоза отдельных ветвей легочной артерии с образованием инфаркта в легких и 3 же случая закупорки главного ее ствола в послеоперационном периоде. Среди последних случаев в одном деле шло о больной 54 лет, страдавшей междуточной миомой матки и раком маточной полости, а также миокардитом и аппендицитом, и перенесшей операцию удаления матки с придатками через живот, причем попутно был удален также червеобразный отросток; послеоперационный период в первую неделю после операции протекал совершенно нормально, но на 8-й день пациентка вдруг почувствовала себя дурно, у нее появился липкий холодный пот, t° поднялась до 38° , пульс пропал и сознание утратилось; на следующий день наблюдалось повышение t° до $39,9^{\circ}$, и больная, не приходя в сознание, скончалась; вскрытие обнаружило закупорку главного ствола правой легочной артерии, также наличие миокардита, жировое перерождение и гипертрофию сердца, незаросшее овальное отверстие, расширение аорты, сильный артериосклероз, аденому надпочечника, фокус размягчения в мозгу (старый), камни в печени, интерстициальный нефрит и катаральный пиелит. В другом случае больная 47 лет, страдавшая лимфангиэктатической междуточной фибромиомой матки, полипозным эндометритом и двусторонним пиосальпинксом, у которой еще до операции было констатировано расширение сердца и аорты, была оперирована также через живот (сделана надвлагалищная ампутация матки с придатками), причем, так как во время операции брюшина была сильно инфицирована излившимся из пиосальпинксов гноем, был применен дренаж по Микеличу; послеоперационный период в первые 12 дней протекал совершенно правильно, при нормальной t° ; на

13-й, 14-й и 16-й дни наблюдались повышением t° до $38,1^{\circ}$, $38,6^{\circ}$ и $39,1^{\circ}$, но с 17-го дня t° опять понизилась до нормы; самочувствие больной было отличное, и ей разрешено было сидеть в постели; в ночь на 20-й день, однако, пациентка внезапно почувствовала себя дурно и, несмотря на все принятые меры, через час скончалась; вскрытие констатировало свежую закупорку обеих легочных артерий. В третьем случае эмболия легочной артерии с быстрым смертельным исходом на 4-й день, к сожалению, не проверенная вскрытием, имела место у 63-летней старухи с мочеточниково-рукавным свищом, образовавшимся после влагалищной экстирпации матки, произведенной по поводу рака маточной шейки; больной была сделана лапаротомия с целью вшивания мочеточника в пузырь, но так как это оказалось технически невозможным, то пришлось ограничиться перевязкой мочеточника.

Обращаясь затем к только что упомянутому тромбозу вен нижних конечностей, заметим прежде всего, что при гинекологических операциях он представляет собою довольно нередкое осложнение послеоперационного периода, особенно у больных, перенесших чревосечения. Помимо характера оперативного вмешательства, в возникновении этого осложнения значительную роль играет также наркоз: как уже указано было выше, особенно часто наблюдается оно после внутривенного гедоналового наркоза, что стоит, по видимому, в прямой связи с техникой последнего.

В Казанской клинике за 27 лет тромбоз вен нижних конечностей в послеоперационном периоде наблюдался 42 раза, причем лишь в 2 случаях имело место у больных, перенесших «малые» операции, в остальных же 40 наблюдался после чревосечений, т. е. процент заболеваемости им после этих последних может быть определен в 1,6. В частности после чревосечений, сделанных под внутривенным гедоналовым наркозом, тромбоз наблюдался 11 раз (в $4,7\%$), после чревосечений же, произведенных под ингаляционным наркозом (эфирным, хлороформным и хлороформно-эфирным), — 29 раз (в $1,2\%$).

В соответствующей главе курса акушерства нами было, далее, отмечено, что патогенез данного осложнения до сих пор является спорным. Одни исследователи убеждены, что для возникновения тромбоза вен необходимо предварительное воспаление стенки этих сосудов микробного происхождения, причем оно может быть вызвано или септическими, патогенными микробами (пиемия), или непатогенными, сапрофитными микроорганизмами, находящимися в интимах вен; другие полагают, что, наряду с тромбозом микробного происхождения, имеющим в основе своей инфекционный

тромбофлебит, существуют и случаи асептического тромбоза вен, возникающего без всякого участия микробов под влиянием таких этиологических моментов, как замедление тока крови, повышенная свертываемость ее и т. п. Клинические наблюдения говорят скорее в пользу этого второго взгляда: они свидетельствуют, во-первых, что тромбоз вен нижних конечностей зачастую протекает безлихорадочно (рис. 250) (из наших 39 случаев такое безлихорадочное течение наблюдалось в 10, в 10 других лихорадка впервые появлялась лишь с возникновением тромбоза, а в 19 лихорадочные движения предшествовали последнему); во-вторых, самый факт образования тромбов исключительно в венах той или другой нижней конечности может быть проще всего истолкован именно с точки зрения возможности происхождения тромбов без всякого участия микробов; в-третьих, наконец, именно с этой точки зрения может быть истолкован и тот факт, что закупорка вен гораздо чаще наблюдается в левой нижней конечности, чем в правой (из наших 39 случаев лишь в 2 она имела место в правой ноге, в остальных же 37 — в левой): известно из анатомии, что левая общая подвздошная вена впадает в нижнюю полую вену под более тупым углом, чем соответствующая вена правой стороны, и потому ток крови в первой встречает более значительные препятствия, чем во второй.

Как и у родильниц, обнаруживается закупорка вен нижних конечностей у оперированных большею частью не ранее второй и не позднее третьей недели после операции (из наших случаев лишь в одном это осложнение возникло на первой неделе, именно на 7-й день после операции, и в 3 — позднее 3-й недели, в остальных же случаях — или на 2-й, или на 3-й неделе). Первым симптомом ее является болезненность в области бедренного треугольника, ощущаемая оперированными при движениях ноги, а также при надавливании по ходу бедренных сосудов; иногда, впрочем, болезненность впервые ощущается в лодыжках. В дальнейшем боли могут усиливаться, и появляется отек ноги, начинающийся с лодыжек и постепенно поднимающийся все выше, так что в конце концов вся конечность обычно сильно опухает, а покровы ее делаются напряженными и бледными, как мрамор (отсюда название *phlegmasia alba dolens*, присвоенное данному заболеванию), причем на этой мраморной белизне особенно резко вырисовываются синие полосы застойных вен. Температура тела больной, как уже упоминалось, во время появления флегмазии иногда более или менее значительно повышается, иногда же остается безлихорадочной, хотя и в этих случаях пульс обычно представляется учащенным.

Раз возникши, phlegmasia alba dolens имеет довольно медленное течение,—иногда проходят недели, прежде чем боли и отек начнут уменьшаться, причем даже и тогда, когда они совершенно исчезнут, и больная будет в состоянии пользоваться пораженной конечностью, явления отека могут возвращаться, если женщина много ходит, слишком долго останется в стоячем положении и пр.

В тех случаях, где phlegmasia alba dolens является одним из проявлений пиэмии,—прогностика ее, конечно, очень серьезна, при асептическом же и вообще изолированном тромбозе предсказание, при рациональной терапии, можно назвать благоприятным. Опасность кроется здесь в том, что части тромба, под влиянием чисто механических причин, могут оторваться и, попав в поток кровообращения, вызвать эмболическую закупорку сосудов важных жизненных органов, например, легочной артерии. Ввиду этого главным правилом, которое должно быть строго соблюдаемо при флегмазии, является покой пораженной конечности: последняя во всю длину обертывается в согревающий компресс и неподвижно укладывается, в приподнятом положении, на подушку. Лишь по истечении известного времени, когда отек ноги совершенно исчезнет и боли в ней пройдут, пациентке можно разрешить, в строгой постепенности, сначала сгибать больную ногу и двигать ею, потом спускать ее, предварительно туго забинтовав, и, наконец, ходить. Однако и потом больная долгое время должна беречь эту ногу, не должна слишком долго ходить или стоять, при сидении должна держать ее в горизонтальном положении или полуспущенною на скамейку, а главное—должна продолжать бинтовать ее или носить резиновый чулок. Массаж ноги в подобных случаях разрешается применять только тогда, когда можно быть уверенным, что тромб прочно организовался и всякая опасность отрыва кусков его исчезла.

К числу более редких осложнений послеоперационного периода при гинекологических операциях относится паротит (или перипаротит, как определяют его некоторые авторы),—воспаление околоушной железы.

Это осложнение наблюдалось в заведомой мною клинике за 27 лет у 14 оперированных гинекологических больных. Как можно судить по этому казуистическому материалу, данное заболевание в большинстве случаев бывает одним из проявлений послеоперационного сепсиса и наблюдается у тех больных, у которых послеоперационный период протекает лихорадочно, с другими местными проявлениями септической инфекции; иногда однако паротит является совершенно изолированным заболеванием, возникающим

при совершенно нормальном во всех прочих отношениях течении послеоперационного периода. Как и phlegmasla alba-dolens, он наблюдается затем гораздо чаще у больных, перенесших чревосечения, чем после более легких операций (из наших 14 случаев лишь в одном это заболевание возникло после операции, не сопряженной со вскрытием брюшной полости, именно после зашивания пузырно-шеечного свища, в остальных же 13—или после лапаротомий, или после рукавных иссечений матки). При этом данное заболевание может обнаружиться как в первые дни послеоперационного периода (на 3-й или 4-й день), так и в более поздние сроки (через 2—2½ недели после операции).

Клиническая картина паротита слишком общеизвестна и типична, чтобы на ней нужно было подробно останавливаться. Иногда тянущие, иногда ноющие боли в области околушных желез, быстрое опухание этой области, затрудненное открывание рта и жевание и пр.—все это такие признаки, по которым врач сразу может определить, с чем он имеет дело. Заметим лишь, что в большинстве случаев у оперированных заболевание ограничивается лишь одной железой,—или правой, или левой,—но иногда поражаются и обе, вскоре друг за другом. Течение паротита обыкновенно представляется благоприятным, и дело не доходит до нагноения, причем лечение ограничивается прикладыванием к пораженной области марлевых компрессов, смоченных в камфорном масле или 10%-ном растворе ихтиола в глицерине; поверх компресса кладется слой ваты, и все укрепляется на месте при помощи повязки или просто голозного платка. Иногда, однако, воспаленная железа нагнаивается, и тогда выступает нужда в хирургическом вмешательстве в форме вскрытия образовавшегося абсцесса.

Еще более, к счастью, редким осложнением послеоперационного периода при современном строгом проведении правил асептики является травматический столбняк.

За все время моего заведывания Казанскою акушерско-гинекологическою клинкою в последней имел место лишь один несомненный случай этой тяжелой болезни. Случай этот наблюдался у 48-летней женщины с железистой кистокарциномой правого яичника, сидевшей межсвязочно и выполнявшей весь малый таз и нижнюю часть большого (верхняя граница опухоли пальца на 2 не достигала пупка). Первоначально мною была сделана попытка подойти к опухоли через рукав—сначала через передний, потом через задний свод. Когда, однако, выяснилось, что этим путем удалить опухоль невозможно, я перешел на лапаротомию. При вскрытии брюшной полости оказалось, что она содержит некоторое количество кровянистого выпота и что новообразование представляет собою кисту, выполненную внутри хрупкими массами, частью омертвевшими и рассыпавшимися, проросшими капсулу и распространившимися на соседние органы—кишки и тазовую брюшину. Ввиду невозможности радикального удаления опухоли, массы эти, насколько возможно, были извлечены и в образовавшуюся

раневую полость был заложен дренаж по Микуличу. Состояние больной в первые 7 дней послеоперационного периода не оставляло желать ничего лучшего, температура и пульс были нормальны. На 8-й день появились первые признаки столбняка в виде легкого тризма и затруднения глотания; к вечеру тризм усилился, и появилось ясное сведение мышц задней части шеи. Больной вприснуто 100 см³ противостолбнячной сыворотки, но без малейшего результата, — судороги тетанического характера распространились на мышцы туловища, t° поднялась до 40,2°, и на 9-й день после операции больная погибла.

Хотя как в этом, так и в громадном большинстве других случаев столбняка уже одной клинической картины бывает достаточно, чтобы правильно поставить диагноз, однако в хирургической и гинекологической практике попадаются иногда и такие случаи, где распознавание столбняка может представлять немалые затруднения. Один подобный случай имел место и в моей клинической практике. Больная 33 лет, сильно ожирелая особа, девица, была осенью 1901 г. оперирована по поводу опухолей обоих яичников с дренажем по Микуличу. Через ¼ года после операции в послеоперационном рубце образовалась грыжа, быстро начавшая увеличиваться. Весной 1912 г. пациентке была сделана операция под внутривенным гедоналовым наркозом, — грыжевой мешок высепарован и вскрыт, находившийся в нем салыник отделен от стенок мешка и опущен в брюшную полость, брюшина зашита, апоневроз прямых мышц рассечен в поперечном направлении, и мышцы в области грыжевого отверстия сшиты продольно, апоневроз же — поперечно (кэтгут для зашивания апоневроза употреблен хромовый, фабричного приготовления); в заключение наложены ряд узловатых кэтгутовых швов на подкожную жировую клетчатку и скобки Мишеля на кожу. T° на 2-й день после операции поднялась до 38°, в остальные же дни была нормальна; самочувствие больной было хорошее; кожная рана зажила первичным натяжением. С 16-го дня больная стала жаловаться на затруднение при открывании рта и глотании, а на следующий день глотание сделалась до 38°, в остальные же дни была нормальна; самочувствие у нее нельзя было обнаружить; t° и пульс оставались нормальны; введена противостолбнячная сыворотка. На 12-й день невозможность глотания продолжалась при нормальных t°, пульсе и рефлексах; сделано подкожное вливание локтевой жидкости; на совещании с хирургами и невропатологами мнения разделились; между тем как первые склонялись в пользу диагноза столбняка, невропатологи отрицали последний. На 13-й день t° поднялась к вечеру до 38,1°, и появились припадки, похожие на экламптические с клоническими судорогами и потерей сознания. На 14-й день сделано обильное кровопускание из вены; припадки, однако, продолжались, и во время одного из них, при t° в 38,3°, больная скончалась от асфиксии. Вскрытие обнаружило крайнее ожирение и расширение сердца, венозную гиперэмию мозговых оболочек, паренхиматозные изменения в селезенке, печени и почках; в толще брюшной стенки, около швов, найдено несколько небольших

полостей, наполненных гноевидною жидкостью, бактериологическое исследование которой показало наличие в ней разнообразных микробов, в том числе и гноеродных стрептококков, но не палочек столбняка; не обнаружено было последних, несмотря на тщательные поиски, и в нитях кэтгута из раны. Таким образом, здесь мы имели случай сепсиса, клинически походившего отчасти на столбняк, отчасти на эклампсию (псевдо-эклампсия).

К числу нечастых осложнений послеоперационного периода относятся также психозы.

В Казанской клинике за 1900/01—1917/18 уч. гг. наблюдалось всего 4 случая психических расстройств после гинекологических операций. Заслуживает внимания при этом, что 2 из указанных случаев имели место у больных, оперированных под внутривенным гедоналовым наркозом: в одном из них у больной 47 лет, ранее (лет за 10—12 до операции) представлявшей уже признаки душевного расстройства, была произведена, по случаю запущенного рака маточной шейки, расширенная абдоминальная экстирпация матки по Бумму; на 3—8-й дни после операции наблюдалась лихорадка до $38,8^{\circ}$, затем t° и пульс сделались нормальными, но развились прогрессирующая слабость, недержание стула, галлюцинации, спутанность сознания, каковые явления продолжались несколько дней, затем постепенно прошли; во втором случае, оперированном под гедоналом, у пациентки 40 лет, имевшей простую кисту яичника, осложненную воспалением матки с придатками и значительным опущением рукава, произведены были абдоминальная экстирпация матки и ее придатков и кольпоперинеоррафия, послеоперационный период протек при нормальных t° и пульсе, но с 5-го дня начались расстройства психики — беспокойство, галлюцинации, бред преследования, каковые явления продолжались 4 дня, потом постепенно стихли. Из 2 остальных случаев в одном психоз развился у крестьянки 35 лет, явившейся в клинику с пузырьно-влагалищным свищом; попытка зашить его, в виду сильного рубцового изменения краев свища, приращения их к костям и неудобного положения свища, оказалась безуспешною, причем повторение этой попытки признано бесполезным; узнав об этом, больная пришла в крайнее возбуждение, упрашивая повторить фистулоррафию, и потому, хотя у нее уже в это время обнаружались первые признаки психического расстройства, операцию решено было повторить, на этот раз с предварительным удалением матки; успеха, однако, опять не получилось, а психоз, с характером маниакального возбуждения, усилился настолько, что пациентку пришлось перевести в психиатрическую лечебницу, где она вскоре погибла от рожи; во втором случае, оперированном, подобно предыдущему, под хлороформом, у 52-летней женщины были удалены через рукав матка и дермоид левого яичника; в послеоперационном периоде с 4-го дня развилась крупозная пневмония, окончившаяся благополучно, а потом, с 18-го дня, душевное расстройство, потребовавшее перевода больной в специальную лечебницу.

Из собственно нервных заболеваний, наблюдающихся в послеоперационном периоде и стоящих в непосредственной этиологической связи с оперативным вмешательством, заслуживает упоминания эрбовский паралич верхних конечностей. Паралич этот является последствием резкого запрокидывания рук больной, к которому прибегают при операции некоторые наркотизаторы и их помощники, чтобы лучше следить за пульсом: при таком запрокидывании возможно сдавливание плечевого сплетения головкою плечевой кости, и подобное сдавливание может вести к последовательному параличу. Оттого для предупреждения последнего некоторые из современных гинекологов советуют во время операции держать руки больной вытянутыми и прижатыми к бокам (для чего даже придуманы особые приспособления), за пульсом же следить по височной артерии. Однако, если избежать слишком форсированного отведения и запрокидывания рук больной, то эти предосторожности, пожалуй, можно считать излишними: по крайней мере в заведомой мною клинике за 27 лет на более чем 5 000 операций эрбовский паралич наблюдался лишь 4 раза. В тех случаях, где паралич этот обнаружится, надо возможно скорее, пока не успела еще развиться атрофия соответствующих мышц, прибегнуть к фарадизации больной конечности и методическому упражнению ее (пассивные движения локтевого и особенно плечевого суставов).

Говоря о ведении послеоперационного периода, коснемся хотя бегло вопроса об уходе за операционной раной после гинекологических операций вообще и лапаротомий в особенности. Рана эта должна быть по возможности защищена как от механических влияний, так и от загрязнения извне, что у перенесших брюшно-стеночные чревосечения достигается при помощи асептической повязки, состоящей из нескольких слоев стерильной марли и ваты (или ватной подушки), удерживаемых бинтом. Нужно также заботиться о своевременном удалении съемных швов и скобок Мишеля с операционной раны. Скобки должны быть снимаемы при помощи особого инструмента уже на 7-й и даже 6-й день, — иначе они вызывают образование рубцовой и глубоко внедряются в кожу. Что касается швов, то кожные швы я обыкновенно удаляю на 8-й день, массовые же швы оставляю до 12-го дня, т. е. до того времени, когда брюшная рана срастется достаточно прочно (дольше всего, до 14-го дня, остаются мною швы на рукавной стенке после зашивания мочевого и кишечных свищей).

При современном строгом проведении правил асептики операционные раны у нас, как после брюшно-стеночных чревосечений,

так и после других операций, в громадном большинстве случаев заживают первым натяжением. Реже в них наблюдаются небольшие нагноения по уколам кожных швов, еще реже — более значительные нагноения по ходу операционного разреза, большую часть локализирующиеся в подкожной жировой клетчатке. О таких нагноениях иногда можно догадаться по небольшим лихорадочным повышениям t° у лапаротомированных больных, — повышениям, имеющим место не в первые же дни после операции, а обычно несколько позже. При снятии повязки в подобных случаях обыкновенно можно бывает заметить, что кожные покровы по соседству с операционным разрезом представляются на большем или меньшем протяжении покрасневшими, и в этом месте прощупывается сначала разлитое уплотнение (инфильтрат), а потом обнаруживается зыбление. В этих случаях надо возможно широко вскрыть образовавшийся гнойник, а затем лечить его по общим правилам хирургии. Нередко, впрочем, он и сам вскрывается, — иногда совершенно неожиданно для наблюдающего за больной врача. Сказанное относится и к гематомам в области брюшного разреза, особенно часто возникающим у тех больных, которые были оперированы с поперечным разрезом брюшных стенок по Пфанненштилю (здесь кстати заметим, что у этих больных гематомы нередко возникают относительно поздно, после безупречного, повидимому, заживления раны, — и в этом заключается одна из главных невыгод пфанненштилевского разреза).

После того как гнойный фокус (или гематома) в области раны вскрылся и содержимое его излилось наружу, — при соответственном лечении (дренирование марлей, смазывание стенок гнойника иодной настойкой и т. п.), он обыкновенно быстро заживает с образованием рубца, вторичным натяжением. Редко случается, что при этом получают долго не заживающие свищевые ходы. Последнее чаще имеет место у тех больных, у которых брюшная рана не зашита наглухо, а оставлена при операции частью открытой и дренирована, причем или в глубине раневого канала находится какое-нибудь инородное тело (очень толстая лигатура, кусок марли и пр.), или имеется омертвевшая ткань (например объемистая культия, перевязанная массовой лигатурой), или осталась не удаленною, например, часть стенки пилосальпинкса, или, наконец, — что обыкновенно бывает у истощенных субъектов, — выстилающие стенки канала грануляции слишком вялы и не обнаруживают склонности превращаться в рубцовую соединительную* ткань. В случаях первых трех категорий свищевые ходы не заживают до

тех пор, пока мешающее их заживлению тело (или ткань) не будет удалено или не выгноится само; в случаях последней категории можно ускорить заживление хода, освежая его стенки или путем выскабливания вялых грануляций острой ложечкой, или путем их прижигания иодной настойкой, крепкими растворами ляписа и т. п., или, по совету Волковича, путем введения в него висмутовой пасты (bismuthi subnitrici 30,0, vaselini albi 60,0), которая впоследствии может быть заменена жидким парафином.

Если нагноение брюшной раны ограничивается лишь подкожной клетчаткой, края же апоневроза на всем протяжении раны срастаются хорошо,— послеоперационных грыж в рубце после лапаротомии обыкновенно не образуется. Если же брюшная рана даже и зажила *per primam*, но края апоневроза не кооптировались при зашивании достаточно хорошо и между ними где-либо осталось отверстие, выполненное или подкожной клетчаткой, или подбрюшинной клетчаткой и брюшиной, то это отверстие обыкновенно является впоследствии грыжевыми воротами,— у оперированной развивается грыжа в рубце; то же самое бывает и в тех случаях, где апоневроз, на известном протяжении, умышленно оставлен несшитым — для выведения, например, тампона Микulichа. Отсюда — тщательное сшивание апоневроза служит лучшей профилактической мерой против образования послеоперационных грыж (Губарев считает «самым существенным условием, дабы избежать впоследствии образования грыж, неуклонное методическое ношение хорошего бандажа по крайней мере в течение года и избегание всяких усилий, напряжений, поднимания тяжестей и т. п.»; однако раз в апоневрозе имеется отверстие, эти меры в состоянии лишь замедлить образование грыжи, но не в состоянии совершенно предотвратить его). Надо, впрочем, заметить, что иногда и самое тщательное сшивание краев апоневроза с последующим безупречным их сращиванием не гарантирует от возникновения послеоперационных грыж,— последние могут, например, возникать в уколах швов, если эти уколы, благодаря непрочности апоневроза, слишком сильному стягиванию швов, характеру материала для них (тонкая проволока) и пр., сопровождаются образованием значительных дыр в апоневрозе.

Если грыжа в рубце после лапаротомии уже начала образовываться, то единственным надежным средством против нее является оперативное вмешательство, к которому следует прибегать возможно раньше, пока грыжа не приняла еще слишком больших размеров. Вмешательство это заключается в том, что грыжевой

мешок вскрывается, находящиеся в нем внутренности (кишки, сальник), если они приращены, освобождаются от сращений и погружаются в брюшную полость, брюшина,— в случае нужды резецированная,— зашивается, затем оперирующий, работая внебрюшинно, расщипывает в окружности грыжевых ворот отдельные слои брюшной стенки, особенно стараясь отсепаровать апоневроз от брюшины с подбрюшинной клетчаткой с одной стороны и от кожи с подкожной клетчаткой — с другой, и тщательно сшивает апоневроз,— буде возможно, наложив края его друг на друга подобно полам сюртука; в заключение удаляется избыток кожи, и края кожной раны вместе с подкожной жировой клетчаткой соединяются частью узловатыми швами, частью серфинами Мишеля.

В подходящих случаях практично зашивать грыжевое отверстие, при послеоперационных и др. грыжах передней брюшной стенки,— как это советует Мэнге,— крестообразно. Вскрыв грыжевой мешок продольно, погружив внутренности в брюшную полость, зашив брюшину и отсепаровав кожу с подкожной клетчаткой от апоневроза на всю ширину прямых мышц живота, я рассекаю переднюю стенку влагалища последних поперечно до бокового края их на уровне середины грыжевого отверстия, затем сшиваю сближенные внутренние края прямых мышц, после того зашиваю поперечный разрез апоневроза и наконец шью кожу с подкожной клетчаткой, соответственным образом резецировав их. При этом получается надежное, прочное закрытие грыжевого отверстия, гарантирующее от возврата грыжи,— разумеется, если сращение различных слоев брюшной стенки произойдет благополучно.

В тех случаях, где послеоперационный период у больных, перенесших лапаротомию с продольным разрезом, бывает осложнен длительной рвотой или кашлем (бронхит, пневмония), или оперированная слишком рано начинает производить движения, требующие известного физического напряжения, может иметь место лопание брюшной раны, сквозное расхождение краев ее, обычно с выходением кишечных петель наружу. Случается это и там, где брюшная рана зашита *lege artis* и по крайней мере снаружи заросла первичным натяжением. Если повязка, покрывающая живот лапаротомированной, асептична и брюшная стенка в ближайшем соседстве с разрезом не инфицирована, то указанное осложнение является не столь страшным, как это могло бы показаться с первого взгляда. Обнаружив его, врач должен немедленно взять большую в операционную, отделить сальник и кишки (если

они успели уже приклеиться к краям раны), погрузить их и вновь зашить рану.

В Казанской клинике за 27 лет из 2079 больных, подвергавшихся лапаротомиям, разбираемое осложнение послеоперационного периода наблюдалось у 6. У 3 из этих больных лапаротомия была сделана под внутривенным гедоналовым наркозом, у 2 — под хлороформно-эфирным, и у 1 — под хлороформным. Рана во всех случаях была зашита этажными швами — в 5 наглухо, в 1 — с выведением в нижний угол дренажа Мик у л и ч а. У 4 больных в послеоперационном периоде имел место сильный кашель (в том числе у 2, оперированных под гедоналом, — в зависимости от пневмонии), у 1 — длительная рвота, и 1 больная уже на 2-й день после операции начала двигаться, поворачиваться и пр. Расхождение раны произошло на 6-й, 7-й (у 2 больных), 8-й, 9-й и 13-й дни после операции, причем в 4 случаях рана разошлась во всю (или почти во всю) длину, в 2 — частично. Нагноения в разошедшейся ране ни разу не было. Вторично рана у всех больных была зашита мною массовыми швами — у 5 — наглухо, у 1 — с дренажем М и к у л и ч а. В 4 случаях послеоперационный период после вторичного зашивания протек благополучно, и зашитая рана зажила первичным натяжением, две же больные погибли от пневмонии — одна уже на 3-й день после вторичного зашивания раны, другая — на 12-й, причем у последней зашитая вторично рана хорошо зажила первичным натяжением.

Некоторые из перечисленных выше осложнений послеоперационного периода вынуждают больных после гинекологических операций весьма долгое время, — недели, иногда даже месяцы, — оставаться в постели. При уходе именно за такими больными надо особенно строго следить, чтобы у них не образовалось пролежней, т. е. омертвений кожи, подкожной клетчатки и др. мягких частей вследствие сдавливания. Омертвения эти наиболее легко возникают там, где мягкие части, при лежании больной в разных положениях, особенно сильно сдавливаются между поверхностью ложа больной и выдающимися костями скелета, — при лежачем положении больной на спине они имеют, например, место в области крестца и лопаток, при боковом положении — в области вертелов бедренных костей. Жесткая постель, грубое грязное и скомканное в складки постельное белье предрасполагают к образованию пролежней. Особенно легко образуются последние, далее, у истощенных субъектов с плохим кровообращением и питанием тканей, — вынужденных притом, благодаря своей слабости, долгое время лежать совершенно неподвижно. У подобных больных надо особенно внимательно следить за указанными выше частями тела. Обыкновенно образованию пролежня предшествует резкое местное покраснение кожи, за которым следуют явления наркоза, —

образуется черный струп (эшара), впоследствии отпадающий с образованием язвы, выстланной омертвевшей клетчаткой и отделивающей большее или меньшее количество жидкого, клочковатого гноя.

Во избежание образования пролежней надо заботиться о том, чтобы больные, особенно слабые, вынужденные долгое время оставаться в постели, возможно чаще меняли свое положение, а также — чтобы они лежали на мягкой постели, застланной мягким и чистым бельем, без складок и скомканных мест. Всего лучше подобных больных класть теми местами, где наиболее легко образуются пролежни, на наполненный воздухом резиновый круг. Истощенных больных надо, затем, возможно лучше питать и назначать им укрепляющие и повышающие сердечную деятельность средства. Если у больных уже появились первые признаки образования пролежней в виде покраснения кожи на указанных выше местах, то перечисленные меры надо проводить особенно строго, присоединив к ним растирание пораженных участков камфорным спиртом и т. п. веществами. Если, наконец, омертвление тканей уже произошло, то надо заботиться о том, чтобы некротизированные ткани возможно скорее отторгнулись и образовавшаяся язва, с одной стороны, осталась неинфицированной, с другой — зажила скорее (смазывание иодной настойкой, присыпание порошком камфоры, ксероформом, иодоформом, иодом и т. п., применение мазей с названными сейчас веществами и амидоазоуголом и пр.):

При современной асептике послеоперационный период после гинекологических операций протекает, однако, в громадном большинстве случаев без всяких осложнений, и оперированные гораздо раньше могут оставить постель, перейдя на режим здоровых людей.

Время, когда подвергшиеся гинекологическим операциям больные переходят на положение здоровых людей, зависит, конечно, от тяжести перенесенной ими операции, — после какого-нибудь выскабливания оно должно быть короче, после тяжелого чревосечения — продолжительнее. Старые гинекологи возводили в принцип требование, чтобы больные после чревосечений возможно более долгое время пользовались полным покоем, и на этом основании заставляли женщин, перенесших лапаротомию, неделями оставаться в постели, в положении на спине, не позволяя им ни малейшего движения. Среди современных гинекологов большое число сторонников завоевала диаметрально противоположная тенденция, — проводить принцип «раннего вставания больных» даже и после самых «больших» гинекологических операций.

Губарев, являющийся у нас одним из защитников «раннего вставания», проводит его в практику следующим образом: уже к вечеру первого дня, когда лапаротомированная женщина оправится от наркоза, ее сажают сначала в постели, потом в кресле на $\frac{1}{4}$ часа; на 2-й день утром она сидит опять-таки в течение $\frac{1}{4}$ часа, вечером же — в течение 20 минут и т. д. Первые 3 дня ее сажают с посторонней помощью, а на 5-й день она свободно сидит и ходит, сколько хочет, причем с 6-го дня сама ходит в клозет. Преимущества раннего вставания Губарев видит в том, что: 1) выздоровление больных при нем совершается быстрее и самочувствие больных лучше; 2) отправления организма нарушаются меньше, — отправления кишечника и мочевых органов совершаются, например, самопроизвольно; 3) дыхание бывает полнее и глубже, кашель и пневмония наблюдаются реже; 4) кровообращение совершается правильнее, у оперированных не наблюдается явлений застоя и пролежней, флебиты имеют место реже. Противопоказаниями к раннему вставанию Губарев считает наличие частого пульса и значительной лихорадки с общей слабостью, упадком сил и пр., нагноение в брюшной ране и наклонность ее к расхождению, наличие дренажа через брюшную рану (влагалищный дренаж, по его мнению, не мешает раннему вставанию) и т. п.

В пользу раннего вставания больных после лапаротомий и вообще гинекологических операций высказываются также Казанский, Холодковский, Виттенбург, Ксидо, Платонов и др., причем последний из этих авторов находит его особенно подходящим для больных, оперированных через рукав и через живот с поперечным разрезом брюшной стенки по Пфанненштилю, а Ксидо — для инфицированных случаев. Впрочем в практическом проведении раннего вставания у перечисленных авторов наблюдается значительная разница: между тем, как Платонов, например, подобно Губареву уже на 2-й день сажает своих больных, Виттенбург на 3-й или 4-й день разрешает им лишь поворачиваться в постели, а от 6-го до 8-го дня — ходить.

Мне самому неоднократно приходилось наблюдать случаи, где раннее вставание больных после самых тяжелых гинекологических операций не сопровождалось никакими вредными последствиями. С другой стороны, мне приходилось иногда видеть от него и неблагоприятные последствия: в одном случае — разрыв брюшной раны, в нескольких — образование гематом в области пфанненштилевского разреза и т. п. Принцип раннего вставания после больших операций, далее, слишком противоречит укоренившемуся в медицине взгляду на целебное значение покоя для больных, подвергшихся значительным травмам. Надо заметить еще, что безопасность и практическая выгодность раннего вставания проверены — по крайней мере у нас в СССР — пока еще на слишком недостаточном материале, — материал Казанского, например, обнимает всего 40 случаев чревосечений, влагалищных и абдоминальных, материал Холодковского — 10 случаев, Ксидо — 50 лапаротомий и 20 кольпотомий, да и в этом материале попа-

даются случаи, говорящие отнюдь не в пользу разбираемого метода (из 40 случаев Казанского, например, в 4 имело место образование гэматом). Самое главное, однако, трудно бывает убедить в безопасности раннего вставания после больших операций самих больных, которые слишком свыклись с мыслью о необходимости для них продолжительного покоя. Ввиду всего этого, отнюдь не являясь сторонником слишком продолжительного неподвижного пребывания оперированных в постели, я, впредь до выяснения полной безопасности и практической пригодности раннего вставания на значительном клиническом материале, допускаю его лишь в отдельных случаях, при наличии известных показаний вроде склонности к развитию гипостатических пневмоний, невозможности для больных мочиться в лежачем положении и т. п.

В заведомой мною клинике принято разрешать больным поворачиваться в постели после таких оперативных вмешательств, как расширение цервикального канала, выскабливание матки, вапоризация и пр., — на другой день, после операций на влагалищной части (ампутация влагалищной части, оп. Эммета и пр.) — на 3-й, после лапаротомий с разрезом по Пфанненштилю, кольпотомий и операции Александра-Адамса — на 6-й, после кольпоперинеоррафий — на 7-й, после влагалищных экстирпаций матки — на 8-й, после лапаротомий с продольным разрезом — на 13-й, после фистулоррафий — на 15-й. Сидеть в постели оперированным разрешается после расширения цервикального канала и выскабливания матки — на 4-й день, после вапоризации — на 5-й, после лапаротомий с пфанненштилевским разрезом, кольпотомий, операций Эммета и ампутаций влагалищной части — на 6-й, после операций Александра-Адамса — на 9-й, после кольпоперинеоррафий — на 10-й, после влагалищных иссечений матки — на 12-й, и после фистулоррафий, а также лапаротомий с продольным разрезом, — на 15-й. Наконец, вставать с постели и ходить больные начинают в нашей клинике после выскабливаний матки и т. п. операций — на 4-й — 5-й день, после вапоризации — на 7-й, после лапаротомий с поперечным разрезом, ампутаций влагалищной части и операций Эммета — на 10-й, после операции Александра-Адамса — на 11-й, после кольпоперинеоррафий — на 12-й, после влагалищных экстирпаций матки и фистулоррафий — на 16-й, после лапаротомий с продольным разрезом — на 17-й. Правила эти, однако, допускают, в отдельных случаях, многочисленные исключения как в ту, так и в другую сторону, да и вообще в вопросе о времени вставания больных после операций, как и во многих других вопросах, я являюсь сторонником самой широкой индивидуализации.

УКАЗАТЕЛЬ РУССКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

В видах экономии места названия журналов, сборников и пр. приведены в «указателе» в сокращенном виде. Вот главные сокращения: Ак.—Акушерка, Арх. Б. Н.—Архив Биологических Наук, Арх. Вельям.—Хирургический Архив Вельяминова, Арх. Подв.—Русский Архив Патологии, Клинической Медицины и Бактериологии, Арх. С. М.—Архив Судебной Медицины и Общественной Гигиены, Б. Г.—Больничная Газета Боткина, Варш. У. И.—Варшавские Университетские Известия, Вен. и Д.—Венерология и Дерматология, В. Микр.—Вестник Микробиологии и Эпидемиологии, В. О. Г.—Вестник Общественной Гигиены, Судебный и Практической Медицины, В. О. М.—Вестник Общественной Медицины, В. Суд. М.—Вестник Судебной Медицины и Общественной Гигиены, В.-М. Ж.—Военно-Медицинский Журнал, Вр.—Врач, Вр. Г.—Врачебная Газета Вр. Д.—Врачебное Дело, Вр. Об.—Врачебное Обозрение, Вр. З.—Врачебные Записки, Вр. В.—Врачебный Вестник, Вр. Ж.—Врачебный Журнал, Г. Ботк.—Еженедельная Клиническая Газета Боткина, Гин. и Ак.—Гинекология и Акушерство, Др. З.—Друг Здоровья, Ежен.—Еженедельник журнала «Практическая Медицина», Ж. А.—Журнал Акушерства и Женских Болезней, Ж. для ус. в.—Журнал для усовершенствования врачей, Ж. О. О. Н. З.—Журнал Общества Охранения Народного Здравия, Ж. Рудн.—Журнал для Нормальной и Патологической Гистологии, Фармакологии и Клинической Медицины, Зд.—Здоровье, З. М.—Земская Медицина, З. Вр.—Земский Врач, Изв. В.-М. А.—Известия Военно-Медицинской Академии, Изв. С. У.—Известия Саратовского Университета, И. М. Ж.—Иркутский Медицинский Журнал, Каз. М. Ж.—Казанский Медицинский Журнал, Киев. М. Ж.—Киевский Медицинский Журнал, Киев. Ун. И.—Киевские Университетские Известия, Кл. Ж. Сар. Ун.—Клинический Журнал Саратовского Университета, Кл. М.—Клиническая Медицина, Куб. Н. В.—Кубанский Научно-Медицинский Вестник, Лен. М. Ж.—Ленинградский Медицинский Журнал, Мед.—Медицина, М. Б.—Медицинская Беседа, Мед. М.—Медицинская Мысль, М. А.—Медицинский Архив, М. В.—Медицинский Вестник, М. Ж.—Медицинский Журнал, М. Пр.—Медицинские Прибавления к Морскому Сборнику, М. Об.—Медицинское Обозрение, Межд. К.—Международная Клиника, М. М. Г.—Московская Медицинская Газета, М. Вр. В.—Московский Врачебный Вестник, М. М. Ж.—Московский Медицинский Журнал, Н. Бес.—Научные Беседы Врачей Закавказского Повивального Института, Невр. В.—Неврологический Вестник, Нов. М.—Новое в Медицине, Нов. Х. А.—Новый Хирургический Архив, О. М. Ж.—Омский Медицинский Журнал, Пед.—Педиатрия, I, II и пр., Пир. С.—Протоколы (или Труды) I, II и др.

Съездов Общества Русских Врачей в память Пирогова, Пр. В.—Практический Врач, Пр. Киев. А. О.—Протоколы Заседаний Акушерско-Гинекологического Общества в Киеве, Реф. Ж.—Реферативный Журнал, Р. Кл.—Русская Клиника, Р. Мед.—Русская Медицина, Р. В. Derm.—Русский Вестник Дерматологии, Р. Гин. В.—Русский Гинекологический Вестник, Р. Вр.—Русский Врач, Р. Х. Арх.—Русский Хирургический Архив, Сар. В. З.—Саратовский Вестник Здравоохранения, Сб. Глеб., Грузд., Леб., Ок., Орл., Отта, Поб., Рейна, Слав.—Юбилейные сборники работ по акушерству и гинекологии, посвященные проф. И. Т. Глебову, В. С. Груздеву, А. И. Лебедеву, Л. Л. Окинчицу, В. Н. Орлову, Д. О. Отту, Н. И. Побединскому, Г. Е. Рейну и К. Ф. Славянскому, Сиб. Арх.—Сибирский Архив Теоретической и Клинической Медицины, Сиб. В.—Сибирский Врач, Сиб. В. Т.—Сибирская Врачебная Газета, Совр. Кл.—Современная Клиника и Терапия, Совр. М.—Современная Медицина и Гигиена, I, II и пр. С. Р. А.—Труды I, II и др. Съездов Российских Акушеров и Гинекологов, I, II и сл. С. Р. Е.—Труды (Протоколы и Дневники) I, II и др. Съездов Русских Естествоиспытателей и Врачей, Тер. О.—Терапевтическое Обзорение, Тр. М. А. О.—Труды Акушерско-Гинекологического Общества в Москве, Тр. М. О. Р. В.—Труды (Протоколы) Общества Русских Врачей в Москве, Тр. (Пр.) О. Р. В.—Труды Общества Русских Врачей в Ленинграде (Петербурге, Петрограде), Тр. Пир. О.—Труды Русского Хирургического Общества Пирогова, Турк. М. Ж.—Туркестанский Медицинский Журнал, Х. М. Ж.—Харьковский Медицинский Журнал, Хир.—Хирургия, Хир. В.—Хирургический Вестник, Хир. Л.—Хирургическая Летопись, Ю. М. Г.—Южно-Русская Медицинская Газета.

Аденомы женской половой сферы (стр. 206—223): Эйхвальд. О коллоидном перерождении яичников, Дисс. СПб. 1863.—Блуменфельд. О коллоидном перерождении яичников. М. М. Г. 1867.—Оболенский. Паральбулин. Ж. Рудн. 1871.—Ястребов. Adenoma uteri polyposum vasculosum etc. М. В. 1879.—Масловский. К вопр. о развитии из доброкач. аденом полости матки злокач. новообразований (Adenoma malignum). Г. Б. 1881.—Масловский. К уч. о слизистых полипах полости матки, Вр. Вед. 1881.—Икавитц. Пр. Тамб. М. О. 1886.—Гиммельфарб. Об изменении брюшины при излиянии в полость ее коллоидного содержимого овариальных кистом. М. Об. 1886.—Протопопов. Интер. сл. травматического разрыва кистовидной опухоли яичника. Курск. 1888.—Шуринов. Водянка живота как припадок скручивания ножки кист яичников. Отч. Вр. 1888.—Кисель. К вопр. о кистах яичников у девочек. Пр. Киев. А. О. III.—Михнов. К уч. о сосочковых опухолях яичника, Вр. 1889.—Савинов. Редкая форма хронич. воспаления ф. труб (salpingitis chr. productiva vegetans). М. Об. 1889.—Киреев. Сос.-железистые опухоли полости матки и пр. Ж. А. 1892.—Славянский. Кисты и кистомы яичника. Ж. А. 1893.—Михайлов. К вопросу о papilloma ovarii в клин. отношении. Дисс. СПб. 1893.—Мерш. К вопр. о перекручивании ножки кист яичников. Сб. Слав.—Дубенский. Кав. опухоль вл. части матки. Об. Слав.—Быховский. К вопр. о разращениях сл. об. матки злокач. характера. Ж. А. 1897.—Рачинский. К вопр. о так наз. pseudomухома peritonei. Ж. А. 1897.—Ширшов. О papilloma tubae F. в клин. и пат.-анат. отношениях. Г. Б. От. 1898.—Ширшов. Сос. кистомы в клин. и пат.-анат. отношениях. Дисс. СПб. 1898.—Попов. Об остатках W. тела в яичнике. Отч. Вр. 1899.—Воскресенский. Кистозная матка. Киев. У. Изв. 1900.—Якобсон. К пат. кист. яичника с газовым содержимым. Ж. А. 1900.—Томсон. О pseudomухома peritonei. Ж. А. 1900.—Эйгер. Мат. к уч. о ложном слизевике

брюшины. Дисс. СПб. 1900.—Вебер. О ложно-слизистых перитонитах. Лет. Р. Хир. 1901.—Попов. Происхождение сос. кистаденом и новые данные в пользу пареоф. учения. Р. Вр. 1902.—Кадыгровов. О нагноении яичниковых кист. Ж. А. 1904.—Федоров. *Congra libera in tuba* F. Ж. А. 1904.—Гагендорн. Своеобразный сл. овариальной опухоли с образованием своб. тел бр. полости. Р. Вр. 1907.—Зарецкий. Пап. опухоли ф. труб. Ж. А. 1907.—Клейнман. К кист. пол. сферы эмбрион. происхождения. Ж. А. 1908.—Горизонтов. К вопр. об аденомиомах рукава. Ж. А. 1909.—Аничков. К вопр. о гистогенезе папил. опухолей яичников. Изв. В.-М. Ак. 1909.—Горизонтов. К вопр. о глуб. дифф. разрастаниях сл. оболочки матки в толщу миометрия (*adenoma myometrii diffusum*). Ж. А. 1911.—Арещев. Сл. разрыва нагноившейся кисты яичника в послерод. периоде. Н. Б. Зак. П. И. 1913.—Леонтьев. *Pseudomuxoma peritonei e pr. vermiformi*. Р. Вр. 1913.—Улезко-Строганова. О раковом перерождении яичн. кист. Ж. А. 1913.—Бутовский. К вопр. о ложно-интралиг. кистах яичника. Ж. А. 1914.—Гудим-Левкович. О кистах W. протока. Ж. А. 1914.—Строгая. *Papilloma sup. adenomatoses* яичника собаки. Ж. А. 1915.—Дембская. Сл. кист. опухоли матки эмбр. происхождения. Ж. А. 1916.—Кривский. К вопр. о *pseudomuxoma peritonei*. Ж. А. 1916.—Горизонтов. Об одном редком сл. ложного слизевика брюшины. Сб. Грузд.—Поляков. К уч. о кистах мат. шейки. Сб. Грузд.—Заболотская. Сл. аденометрита, симул. злокач. новообразование матки. К. М. Ж. 1924.—Дьяконов. К вопр. об опухолях ж. п. сферы эмбрионального происхождения. К. М. Ж. 1925.—Макухин. О гетеротропизме и атип. пролиферации эпителия ф. труб при восп. процессах. Ирк. М. Ж. 1926.—Лебедев. О ложном слизевике брюшины. Кл. Ж. Сар. У. 1927.

Аменоррея (стр. 7—9): Пассовер. К вопр. о морфинизме и влиянии его на половую сферу. Вр. 1892.—Либерзон. К патологии ж. пол. органов при хронич. морфинизме. Вр. 1894.—Файнберг. Сл. первичной абсолютной аменореи. Пр. В. 1902.—Гогоберидзе. К вопр. о расстройствах ж. пол. органов при сахарной болезни. Р. Вр. 1914.—Ильин. Аменоррея военного времени. Сб. раб. по ак. и гин. 1920.—Ильин. Аменоррея голодания. Там же.—Гудим-Левкович. Функциональная аменоррея. Реф. Ж. 1921; Гин. и Ак. 1922.—Владимирский. Голодная аменоррея. VI С. Р. А.—Хохлов. К вопросу о менструальном токсине. К. М. Ж. 1926.

Анамнез гинекологический (стр. 3—46): Снегирев. К вопр. о гинекологическом расспросе. Ж. А. 1905.—Дик. О диагностике психогенных заболеваний в гинекологии. Ж. А. 1926.

Бели (стр. 32—34): Никитин. Женские бели и девичья немочь и их лечение. СПб. 1850.—Щербаков. Анализ жидкости, вытекавшей из полости матки. В.-М. Ж. 1868.—Вакуловский. К вопросу о белях и их лечении. Пр. О. Арх. В. 1888.—Мандельштам. Патогенез и терапия *fluor genitalis*. Ж. для усов. вр. 1926.—Давыдов. Бели, их патогенез и вагинальная флора у беременных. Вр. Г. 1926.—Емельянов. Наблюдения над применением нового препарата хлора (пантосепт) при упорных белях. Сб. Орл.—Томсон. Fluor и его терапия. Гин. и Ак. 1927.

Бесплодие женское (стр. 24—28): Исполатов. К вопр. о значении пат. изменений яйцепроводов в этиологии бесплодия и внематочной беременности. Дисс. М. 1883.—Агафонов. О бесплодии рожавших женщин и об одном из способов его излечения. Р. Мед. 1884.—Паргамин. Сл. излечения бесплодия зондированием шейки матки. Вр. 1885.—Паргамин. 2 сл. излечения бесплодия. Р. Мед. 1887.—Добронравов. Совр. состояние учения о бесплодии. Пр. Киев.

А. О. III. — Паргамин. О нек. болезнях мужск. и женск. пол. органов, влекущих за собою бесплодие. Мед. 1894. — Балин. К вопросу о частоте виновности мужчин и бесплодия брака. Пр. В. 1903. — Порембский. Иск. оплодотворение как средство лечения бесплодия у женщин. Ж. А. 1912. — Давидсон. Мат. к вопросу о бесплодии браков. Отч. Увар. Род. П. 1912/13. — Мандельштам. Новый простой метод определения проходимости ф. труб. Вр. Г. 1923. — Хажинский. К вопросу о влиянии инфекционных заболеваний на производительную функцию женщины. Вр. Д. 1923. — Шорохова. Иск. оплодотворение у людей. Турк. М. Ж. 1923. — Черепашин. Демонстрация прибора для определения проходимости ф. труб. VI С. Р. А. — Мандельштам. Определение проходимости ф. труб. при пом. пертурбации по способу автора. Там же. — Кузьмин. К вопросу о врожденном и приобретенном бесплодии и роли аборта. Уч. Зап. Сар. Ун., т. II. — Чунихин. Бесплодие у женщин. Вр. Д. 1925. — Мандельштам. К вопросу о причинах женского бесплодия. Гин. и Ак. 1925. — Губарев. Возможна ли и нужна ли профилактика бесплодия. Клин. М. 1925. — Отт. Совр. положение вопроса о способах определения проходимости ф. труб. Ж. А. 1925. — Беляев. К лечению бесплодия инсуфляцией ф. труб. К. М. Ж. 1925. — Мандельштам. К совр. положению вопроса о способах определения проходимости ф. труб. Ж. А. 1925. — Легенченко. К технике определения проходимости ф. труб. К. М. Ж. 1925. — Рабинович. Спазм ф. труб и дисменоррея. Гин. и Ак. 1926. — Топузе. К вопросу о продувании труб. Вр. Д. 1926. — Лепукалн. К вопросу о плодовитости крест. женщины и смертности ее детей. Вр. Г. 1926. — Софотеров. К вопросу о пересадке яичника в полость матки. К. М. Ж. 1926. — Кукушкин. Основные предпосылки к изучению вопроса о женск. бесплодии. VI С. Р. А. — Мандельштам. Этиология и клин. методы распознавания причин женск. бесплодия. Там же. — Шустер-Кадыш. К вопросу об этиологии и лечении бесплодия. Там же. — Черток. К этиологии бесплодных браков. Там же. — Крупский. К вопросу о восстановлении способности зачатия путем пересадки яичников в матку. Там же. — Медовар. О пересадке яичников в матку в связи с лечением бесплодия у женщ. Там же. — Полонский и Речменский. К вопросу о бесплодии при конической шейке. Там же. — Быков и Беленький. К вопросу о влиянии норм. кровяных сывороток на подвижность сперматозоидов. Там же. — Харитонов. Конституциональные аномалии и бесплодие. Там же. — Кипарский. К оперативному лечению бесплодия. Там же. — Бушмакина. Совр. сост. вопроса о бесплодии. К. М. Ж. 1926. — Москвин. К вопросу о продувании ф. труб. Клин. Ж. Сар. Ун. 1927. — Сердюков. Критическая оценка совр. методов диагностики трубного бесплодия. Ж. А. 1927.

Болезни женской половой сферы психогенные (стр. 45). Дик. Об. патогенных заболеваний в гинекологии. В. С. М. 1927.

Болезни инфекционные общие острые, влияние их на женскую половую сферу (стр. 159—161): Мышкин. Паренх. воспаление яичников под влиянием металл. ядов.— фосфора и мышьяка. Ж. Рудн. 1871. — Васильев. Об изменении яичника при оспе. Там же. 1874. — Лебединский. К уч. о заболеваниях яичника. В.-М. Ж. 1877. — Коляго. К пат. анатомии яичников. Дис. СПб 1882. — Массен. К вопросу об эндометрите при общих острых заразных заболеваниях. Ж. А. 1890. — Попов. Пат.-анат. изменения ф. труб при общих острых заразных заболеваниях. Г. Ботк. 1891. — Рузи. К пат. анатомии ж. пол. органов при холере. Ж. А. 1893. — Столыпинский. К вопросу о восп. изменениях в пол. сфере женщин при аз. холере. Сб. Слав. 1894. — Шиперович. К этиологии самопр. нагноения кист яичника. Ежен. 1894. — Оленин. Неск. замечаний о влиянии инфлюэнцы на гинек. и послеродовые заболевания. Пр. Тамб. М. О.

1897.—Попов. Об изменениях яичников у детей при общих острых заразных заболеваниях. Дисс. СПб. 1897.—Кеглер. *Ulcera mollia vaginae*. Пр. Киев. А. О. 1898.—Скробанский. Об изменениях в яичниках при острых инфекционных заболеваниях. Ж. А. 1901.—Троицкий. К вопросу о заболевании яичников при эпид. свинке у девочек. Р. Вр. 1902.—Гиндес. Неск. случаев редкой формы вульвовагинита у детей (*vulvovaginitis aphthosa*). Вр. 1908.—Бородкин. Брюшнотифозный параметрит. Р. Вр. 1911.—Кривский. Отч. Ж. А. 1912.—Сердюков. К вопросу о заражении влагалища. Р. Гин. В. I.—Орлова. Редкий сл. приобрет. атрезии влагалища. Гин. и Ак. 1922.—Стефанский. Острая эпид. форма гангрены нар. пол. органов у детей. Вр. Д. 1923.—Быков. Сл. нахождения холерных вибрионов в ф. трубе. Мед. Ж. 1923.—Лейбник. К вопросу об осложнениях при сыпном тифе в пол. сфере у женщин. Каз. М. Ж. 1924.—Вигилев. К вопросу об инфекционных заболеваниях яичника. Каз. М. Ж. 1925.—Михеев. О действии ядов на сосуды яичника. Каз. М. Ж. 1926.—Быков. О влиянии чумы на пол. сферу женщины. В. Микр. и Эп. 1926.—Попандонло. О нек. формах пороков влагалища, возн. на почве перенесенных инф. заболеваний. Пр. В. 1926.—Афанасьев. Влияние фиксир. яда бешенства на яичники кролика и пр. Кл. Ж. Сар. Ун. 1927.

Боли при гинекологических заболеваниях (стр. 23—31): Попель. Межмесячные боли. М. М. Г. 1877.—Иванов. О болях внизу живота и пояснице, не исходящих непосредственно от заболеваний в ж. половых органах и пр. II С. Р. А.—Бродский. О нек. бол. проявлениях в сфере genitalia в зав. от заболеваний нервн. системы у женщ. Ж. Невр. 1906.—Снегирев. Мат. к вопросу о клин. значении болей в гинекологии. Дисс. М. 1908.—Богородский. К вопросу о чувствительности бр. органов. Отч. Вр. Г. 1911.—Снегирев. К вопросу о периодических болях у женщины. Вр. Г. 1911.—Порховник. О трансференции бол. ощущений при страданиях ж. пол. сферы. Ж. А. 1913.—Гентер. О крестцовой боли и ее лечении. VII С. Р. А.

Бугорчатка женской половой сферы (стр. 155—159): Климовичи Петлин. Каз. первичн. туберкулеза ф. труб. Г. Ботк. 1889.—Львов. Перв. бугорчатка эндометрит. Вр. 1891.—Подбельский. Мат. к уч. о бугорчатке ж. пол. органов. Вр. 1891.—Доброклонский. Возможно ли проникновение буг. заразы в тело через пол. органы? Вр. 1895.—Урбанович. Каз. туберкулеза ж. пол. органов в детском возрасте. М. Об. 1897.—Шварц. Сл. первичного поражения туберкулезом вн. пол. органов у женщины. Ю. М. Г. 1897.—Неелов. Сл. туберкулеза матки. Ж. А. 1897.—Попов. К вопросу о перв. туберкулезе род. путей. Дисс. СПб. 1898.—Martin. О бугорчатке ж. пол. органов. Р. Вр. 1902.—Клейнман. Сл. туберкулеза ж. пол. сферы. Отч. Вр. Г. 1903.—Кан. Сл. клинически-первичного туб. заболевания труб. Ж. А. 1903.—Рачинский. О бугорчатке ж. пол. органов. I С. Р. А.—Станков. Тип. сл. нисходящего туберкулеза ж. пол. органов (*salpingitis tuberculosa*). Ж. А. 1904.—Томсон. К бугорчатке н. пол. органов. Ж. А. 1904.—Попов. Перв. бугорчатка матки. Р. Вр. 1906.—Кипарский. 10 сл. туб. поражения ж. пол. органов, леч. опер. путем. II С. Р. А.—Аншелес. Изолир. клинически перв. бугорчатка ф. трубы. Вр. Г. 1909.—Горизонтов. Мат. к уч. о втор. бугорчатке ж. пол. органов. Дисс. Казань. 1909.—Брандт. Неск. сл. туберкулеза ж. пол. органов. Ж. А. 1910.—Горизонтов. К уч. о втор. бугорчатке ж. пол. органов. Р. Вр. 1911.—Егоров. К вопросу о бугорчатке яичников. Отч. Вр. Г. 1912.—Левинский. К вопросу о леч. туберкулеза ж. пол. органов. Юб. Сб. Киев. А. О.—Балдовский. К уч. о туберкулезе ж. пол. органов. М. Об. 1914.—Шевалдышев. 3 сл. туберкулеза ж. пол. органов М. Об.

1914.—Прокофьева. 20 сл. туберкулеза придатков матки леч. опер. путем. Ж. А. 1915.—Кац. Tuberculosis p. vaginalis uteri. Вр. Д. 1926.—Киреев. Два случая туберкулеза ф. труб. Ж. А. 1927.

Случаи волчанки вульвы (стр. 159): Потапова, Н. Б. Вр. Зак. П. И. 1887; Качановский, Пр. Общ. Мор. Вр. в Кр. 1887/88; Брандт и Фишер, Сб. Слав.

Вакциноterapia и серотерапия в гинекологии (стр. 424—429): Мишин. К вопр. о лечении рака сывороткой. Тр. Харьк. М. О. 1896.—Дембская. К вопр. серотерапии и вакцинотерапии при гин. гоноррее. Нов. М. 1910.—Дембская. Дальн. наблюдения над действием спец. вакцины при гин. гоноррее. Р. Вр. 1911.—Полубогатов. Применение антиген. сыворотки при перел. заболеваниях в гинекологии. Ж. А. 1911.—Мочан. О вакцинотерапии гонок. вульвовагинитов у детей. Пед. 1911.—Елкин. Вакциноterapia при лечении перелойных поражений придатков матки. IV С. Р. А. Отч. Вр. Г. 1912; Ж. А. 1912.—Штернберг. Методика активн. иммунизации (вакцинотерапии) при гоноррее ж. пол. органов. Ж. А. 1912.—Теребинская-Попова. Вакциноterapia и вакцинодиагностика гонорреи у женщин. Ж. А. 1912.—Теребинская-Попова. Сравн. изучение вакцинотерапии и местного лечения при гоноррее ж. пол. тракта. Дисс. СПб. 1912.—Вайнштейн. Вакциноterapia при нек. гинек. заболеваниях. Тер. Об. 1912.—Вербов. Вакциноterapia при перел. заболеваниях. Нов. М. 1912.—Мионов. Что дало применение гинек. вакцины у кровати больных? Ж. А. 1912.—Дембская. Опыт выработки лечебной противогон. сыворотки и клинич. наблюдения над ней. Р. Вр. 1913.—Винокуров и Вайнштейн. Вакциноterapia при вульвовагинитах у детей. Тер. Об. 1913.—Дембская. Биологическая оценка лечебных свойств противогон. сыворотки. Отч. Ж. А. 1914.—Дембская. О специф. методах лечения гонорреи. Дисс. СПб. 1915.—Слоновская. О вакцинотерапии при гонорр. заболеваниях ж. пол. органов. Ж. А. 1915.—Дембская. О совр. терапии гонорр. заболеваний. СПб. 1915.—Данилевич. К вопр. о лечении противогон. сывороткой перелоя и его осложнений. Вр. Г. 1917.—Данилевич. Лечение гонорр. заболеваний гонок. вакциной. Вр. Г. 1918.—Лившина. К вопр. о лечении гонорреи у женщин противогон. вакциной. Вр. Д. 1925.—Бурлаков. Метод местной иммунизации при восп. процессах ж. пол. сферы. Вр. Д. 1925.—Темин. Вакцина Вгуск'а при женской гоноррее. VII С. Р. А.—Кан. Парэнтеральная терапия при осложненных формах гонорреи у женщин. VII С. Р. А.—Львов. Клин. наблюдения при лечении гонорр. поражений ж. пол. сферы по Безредка. Там же.—Штернберг и Папитов. Методы активной иммунизации при гонорр. аднекситах. Там же.—Четунов. К вопр. об изменении морф. состава крови у гонорр. больных при лечении гонорр. вакциной. Там же.—Елкин. Лечение гонорр. поражений придатков матки вакцинотерапией по мет. проф. Виссга. VII С. Р. А.—Каримова. Лечение хрон. гнойных пери-параметритов аутовакциной. Ж. А. 1926.—Елин и Хлопецкая. О местном вакцинном лечении женской и детской гонорреи. Р. Совр. М. 1925.—Чунихин. Опыт лечения erosio p. vag. uteri по Безредка. Ж. А. 1926.—Деранков. Опыт применения смеш. вакцинации по мет. проф. Виссга при гонорр. аднекситах. Ж. для ус. вр. 1926.

Ванны в гинекологии (стр. 411—418): Новицкий. О терап. действии Липецкого торф.-желез. ила. Пр. Тамб. М. О. 1874.—Гавронский. Желез.-новодск как бальнеотерап. станция для гин. больных. II Пир. С.—Пашкевич. К вопр. о значении эссендукских щел. источников в болезнях ж. пол.

сферы. Пр. Бальн. О. в Пят. 1887.—Бабаянасянц. Неск. слов о влиянии Аббас-Туманских мин. вод при терапии ж. болезней. Н. Бес. 1888.—Соловьев. Липецкие грязи в прим. к нек. формам заболеваний ж. пол. органов. М. Об. 1889.—Буйко. Дисс. СПб. 1890.—Грамматикати. Эссенцукские мин. воды и их бальн. значение для гинекологии. В. Гиг. 1891.—Фоминский. Вопрос о влиянии кумыса на менструацию. Тр. М. О. Р. В. 1892.—Макавеев. Мин. ванны во вр. норм. и пат. месячных. Вр. 1892.—Груздев. Неск. наблюдений над комбин.,—хирург. и бальн.,—лечением ж. болезней в Железноводске. Хир. В. 1893.—Савченко. Неск. слов о старорусских мин. водах при гинек. заболеваниях. Сб. Слав. 1894.—Бурланд. К вопр. о прим. гряз. ванн (из т. наз. цихисджварской мин. грязи) при перипараметритах. Ежен. 1895.—Мионов. Теплые и горячие ванны во вр. менструаций. Там же.—Алексеев. К вопр. о применении боржомской воды при нек. заболеваниях ж. пол. сферы. Там же.—Либов. К вопр. об общем и местном действии гряз. ванн (Тамбуканского озера) разл. крепости при ж. болезнях. Вр. 1896.—Либов. О грязелечении. СПб. 1897.—Галацер. Полуостровские мин. воды и их значение при лечении малокровия в завис. от ж. болезней. Дисс. СПб. 1898.—Шнее-Люстих. Лечение ж. болезней сакскими мин. грязями. П. О. Симф. В. 1899.—Нольчини. Результаты лечения восп. заболеваний ж. пол. органов ваннами из тамбуканской грязи на Кавказе. Ж. А. 1899.—Абель. Лиманные грязи во вр. менструации. Тр. I С. по клим. и пр. 1899.—Покровский. Лечение гор. глин. ваннами. Тер. В. 1899.—Парышев. Внутрим. впрыскивания при гряз. лечении ж. болезней. Ж. А. 1900.—Ненадович. Лечение заболеваний ж. пол. области в Франценсбаде. Ж. А. 1901.—Галактионов. К вопр. о лечении ж. болезней ваннами. Совр. Тер. 1902.—Гольдберг. Курорт Друскеники. Лечение ж. болезней. Варш. 1902.—Либов. Беременность в связи с кур. лечением. Отч. Вр. В. 1903.—Гольдберг. К вопр. о леч. ж. болезней на мин. водах. Ж. А. 1903.—Мионов. Лечение восп. заболеваний придатков матки и таз. брюшины и его результаты. Ж. А. 1904.—Ненадович. К бальнеотерапии ж. болезней. Отч. Пр. В. 1904.—Юргелюнас. К вопр. о глинолечении. Мед. Б. 1904.—Ненадович. К лечению грязями заболеваний ж. пол. области. Ж. А. 1905.—Ненадович. К кур. лечению ваннами фибромом матки и восп. процессов в таз. клетчатке и придатках. Ж. А. 1906.—Орлов. О лечении ж. болезней на одесских лиманах. Ж. А. 1909; Тер. Об. 1909.—Проскурякова. Водолечение в Акад. ак. клинике. Р. Вр. 1911.—Амброжевич. Об охлаждающем грязелечении при нек. ж. болезнях. Р. Вр. 1912.—Русакова-Львович. Сакская грязелечебница как курорт для лечения ж. болезней. Р. Вр. 1912.—Михайлова. Мацестинские источники и их значение вообще и в гинекологии. Отч. Вр. Г. 1912.—Русакова-Львович. Сакские рапные и гряз. ванны во вр. месячных. Ж. А. 1913.—Русакова-Львович. К вопр. о конс. лечении хрон. восп. заболеваний придатков матки на осн. мат. сакской грязелечебницы. V С. Р. А.—Замятина. Лечение хрон. восп. заболеваний ж. пол. органов суховоздушными ваннами. Ж. А. 1914.—Смирнова. О лечении гин. заболеваний на оз. Эльтон. Ж. А. 1924.—Гительсон. Грязелечение на Кавказе и его применение при лечении ж. заболеваний. В. Совр. М. 1924.—Стефанович. Грязелечение при восп. заболеваниях ж. пол. сферы. Кл. М. 1925.—Хохлов. Местная бальнеотер. реакция организма при грязелечении гин. заболеваний в освещении совр. бальнеологии. Вр. Об. 1925.—Кунцевич. Изменение крови у гин. больных под влиянием грязелечения (Чокрак). М. Арх. 1925.—Какушкин. Одесса как гинек. курорт. Вр. Д. 1926.—Хохлов.

Бальнеотерапия и менстр. функция. Вр. Г. 1926.—Попов. К вопросу об изменении флоры под влиянием лиманотерапии. Гин. и Ак. 1926.—Гиллерсон. О режиме гин. больных после кур. грязелечения. Гин. и Ак. 1926.—Слайчевский. Грязелечение при гин. заболеваниях. Ж. А. 1926.—Мажбиц. Изменение менстр. кривой под вл. грязелечения у гин. больных. Ж. для ус. вр. 1927.—Мишин. О лечении восп. заболеваний ж. пол. сферы гряз. ваннами на Куяльницком лимане. VII С. Р. А.—Кашинский. Реакция ск. осед. эритроцитов как метод контроля и прогноза при лиманотерапии гин. заболеваний. Гин. и Ак. 1927.

Вaporизация (стр. 343—348): Оленин. Пар как кровоостанавливающее средство в гинек. практике. Пр. Тамб. М. О. 1895.—Кан. Терап. применение пара при эндометритах после родов. Пр. Вил. М. О. 1896.—Снегирев. О применении пара. XII Межд. С. Вр. Отч. Ж. А. 1897.—Козленко. К вопросу о прим. пара при страдании ж. пол. органов. Дисс. М. 1901.—Новиков. О vaporизации. Ж. А. 1902.—Козленко. Совр. состояние вопроса о применении пара в гинекологии и хирургии. Р. Вр. 1903.

Вливания в прямую кишку (стр. 409—410): Губарев. О лечении придатков матки. Вр. Г. 1904.—Амчиславский. К вопросу о терап. и диагност. значении капельных солевых вливаний *per. rectum*. Пр. В. 1912.—Кускова-Усова. Капельные солевые вливания *per. rectum* в гинекологии. Ж. А. 1913.

Возраст гинекологических больных (стр. 5—6): Вамберский. Возраст и родовая деятельность больных раком шейки матки и больных фибромиомой матки. Гин. и Ак. 1923.

Воспаления женской половой сферы (стр. 138—165): Иллинский. О хрон. воспалении паренхимы матки. Дисс. СПб. 1860.—Флоринский. Крит. разбор учения о хрон. воспалении матки. В.-М. Ж. 1865.—Фини. К вопросу о хрон. воспалении матки. В.-М. Ж. 1868; Мед. В. 1868; Дисс. СПб. 1868.—Зедлер. Воспаление брюшного покрова матки (*perimetritis*) в пат.-ан. отношении. Дисс. СПб. 1868.—Марконет. О воспалениях матки, их делении и видах. Совр. М. 1871.—Кемарский. К уч. о хронич. пельвиоперитоните. Вр. 1866.—Славянский. *Perimetritis lateralis* и его лечение. Ж. А. 1888.—Славянский. Воспаление яичников (*oophoritis*). Ж. А. 1889.—Соловьев. К бактериологии церв. канала при эндометритах. Дисс. СПб. 1889.—Ананов. О геморрагическом эндометрите. Н. Бес. Зак. П. И. 1889.—Брандт. К бактериологии полости тела и матки при эндометритах. Дисс. СПб. 1891.—Модлинский. Сл. гнойного перитонита, обусловленного гнойным страданием мат. придатков. М. Об. 1892.—Рубинштейн. К каз. причинной связи острого общего перитонита с нек. страданиями матки и ее придатков. Ж. А. 1898.—Соболевский. Сл. ведущего к омертвлению воспаления входа в рукав у 100-летней старухи. Вр. 1900.—Михин. К бakt. полости матки ф. труб женщин в небер. состоянии. Ж. А. 1901.—Чернеховский. Причины воспаления ж. пол. органов. II С. Р. А.—Бурлаков. Крит. разбор клин. форм. эндометритов и пр. Вр. В. 1908.—Словцов. Сл. перитонита вследствие салпингита у малолетней девочки. Вр. Г. 1912.—Хачкуров. К вопросу о мелкокистозном перерождения и фолл. кистах яичника. Ж. А. 1915.—Живатов. *Metropathia haemorrhagica angiosclerotica*. VI С. Р. А.—Вевер и Антошина. К вопросу о пат. гистологии хрон. метрита. Ж. А. 1924.—Файн. Влияние парамергита на деятельность моч. пузыря и прям. кишки. Пр. В. 1925.—Толмазов. К вопросу об этиологии и значения восп. заболеваний ж. пол. органов. Р. Кл. 1925.—Чернеховский. Основы распознавания и конс. лечения восп. заболеваний ж. пол. органов. VII С. Р. А.—Губарев. Клиническое значение

пара- и периметритов. Кл. М. 1926.—Какушкин. О застойных явлениях в газовой области у женщин. Гин. и Ак. 1926.

Впрыскивания внутриматочные (стр. 329—337): Соловьев. О введении лек. веществ в полость матки. Каз. 1872.—Мионов. К технике выскабливания полости матки. Ж. А. 1894.—Лебедев. О лечении гонорр. страданий придатков матки и таз. брюшины. Томск. 1895.—Райнес. О применении хлорцинка в гинекологии. Вр. 1895.—Грамматикати. Внутриматочные впрыскивания как способ лечения восп. состояний матки, ее придатков и таз. брюшины. Вр. 1896.—Орлов. К леч. климактер. кровотечений. Вр. 1897.—Потеенко. Аллюиол в гинекологии. Ж. А. 1897.—Лебедев. О леч. воспалений придатков матки метод. внутрим. впрыскиваниями. Дисс. СПб. 1898.—Лебедев. Об изменениях воспал. слиз. оболочки матки под влиянием метод. внутрим. впрыскиваний. Вр. 1898.—Стризовер. О внутрим. впрыскиваниях при болезнях матки и ее придатков. Ж. А. 1898.—Быховский. Внутрим. впрыскивания по Гр. в неск. случаях страдания ж. пол. сферы. Тр. О. Киев. V.—Грамматикати. Внутриматочные впрыскивания. 1 изд. Томск. 1898. 2 изд. СПб. 1899.—Грамматикати. Об изменениях яичников под влиянием внутрим. впрыскиваний. Вр. 1898.—Липинский. Лечение заболеваний пол. сферы женщины внутрим. впрыскиваниями. Пр. О. Вр. Мог. г. 1898.—Фукс. К вопр. о внутрим. впрыскиваниях при лечении нек. форм восп. заболеваний матки и ее придатков. Тр. О. Херс. V. 1898/99.—Парышев. Внутрим. впрыскивания при гряз. леч. ж. болезней. Ж. А. 1900.—Каценеленбоген. Киев. А. О. 1900.—Букоёмский. К вопр. о внутрим. впрыскиваниях. Арх. Подв. 1901.—Либов. К уч. о внутрим. впрыскиваниях. Вр. 1901.—Лебедев. К вопр. о внутрим. впрыскиваниях. Вр. 1901.—Грамматикати. Систем. внутрим. впрыскивания и пр. Вр. Г. 1902.—Губарев. К вопр. о лечении воспалений придатков матки внутрим. впрыскиваниями. Р. Вр. 1902.—Чернеховский. О неск. сл. восп. заболеваний ж. пол. органов, кор. обр. излеченных внутрим. впрыскиваниями по сп. проф. Г. Отч. Р. Вр. 1902.—Захарьевский. К вопр. о значении внутрим. впрыскиваний иода при лечении восп. ж. болезней. Ж. А. 1903.—Либов. К вопр. о нек. совр. конс. способах лечения в гинекологии. Вр. Г. 1903.—Орлов. Лечение протарголом перел. заболеваний шейки и тела матки. Р. Вр. 1903.—Конаржевский. Неск. слов по вопр. о целесообразности и пригодности внутрим. впрыскиваний смеси, предл. проф. Г. Ж. А. 1904.—Рудский. К вопр. о леч. перел. воспаления сл. оболочки шейки и тела матки препаратами серебра. Р. Вр. 1904.—Владимиров. К вопр. о леч. эндометритов. Вр. Г. 1909.—Мионов. К вопр. о лечении мат. кровотечений у девушек и девочек. Ж. А. 1911.—Георгиевский. Внутрим. впрыскивания при нагноит. процессах в околомат. клетчатке. Там же.—Прейсман. Внутрим. впрыскивания при опухолевидн. изменениях придатков матки. Отч. Вр. Г. 1912.—Прейсман. Внутрим. впрыскивания при хрон. заболеваниях матки Сиб. Вр. Г. 1912.—Альбинский. О лечении воспаления брюшины и таз. клетчатки по спос. проф. Грамматикати. Вр. Г. 1913.—Мусатов. К вопр. о лечении внутрим. инъекциями аргентина хрон. гонорр. трубно-яичн. воспалений. Ж. А. 1915.—Мусатов. Лечение фибромом матки внутрим. вливаниями иода. Гин. и Ак. 1922.—Мусатов. Внутриматочные вливания как метод лечения в современной гинекологии. Гин. и Ак. 1922.—Черниговский. О некоторых новых и старых способах лечения гинекологических заболеваний. Вр. Г. 1926.—Черток. О действии иода и протаргола на слизистую оболочку матки. Р. Кл. 1926.

Впрыскивания и вливания в рукав (стр. 326—327): Соколов. К вопросу о лечении перелойных вульвовагинитов у детей. Отч. Р. Вр. 1913.—Фон-Валь. Опыт лечения острой гонорреи у женщин по образцу лечения гонорреи у мужчин. Ж. А. 1915.—Веселова. Местное лечение гонорр. вагинитов по способу, практик. в Гос. Вен. Институте. Вен. и Дерм. 1925.

Впрыскивания и вливания подкожные, внутритканевые и внутривенные (стр. 421—424): Филонов. Эрготин при кровотечениях из матки. Др. З. 1845.—Сочава. О подк. впрыскиваниях эрготина в гинек. практике М. М. Г. 1873.—Горелейченко. Терап. значение эрготина в гинек. практике. Пр. Харьк. М. О. 1873.—Сочава. О подк. впрыскиваниях эрготина при лечении рака матки. Мед. В. 1874.—Андреев. К лечению метроррагий. М. В. 1874.—Сочава. О разл. препаратах эрготина и их терапев. действии. Пр. Харьк. М. О. 1875.—Буйко. О результатах подк. впрыскиваний эрготина. Пр. Вил. М. О. 1875.—Кистер. О лечении фибридов матки подк. впрыскиваниями эрготина. М. М. Г. 1875.—Заяицкий. О подк. впрыскиваниях эрготина при фибридах матки. М. Вр. В. 1876.—Добронравов. О лечении нек. форм ж. болезней подк. впрыскиваниями эрготина. Лет. М. Хир. О. 1876.—Горелейченко. Эрготин при хрон. катарре матки и при фибромиомах ее. М. М. Г. 1876.—Сочава. О подк. впрыскиваниях склеротиновой кислоты при лечении инт. фибромиом матки. Пр. Харьк. М. О. 1879.—Мусатов. Вр. З. 1896.—Кельбер. Неск. наблюдений над действием вытяжки бородавника при раке вл. части матки. Вр. 1896.—Потеевко. О впрыскиваниях вытяжки чистотела или аг. бородавника. Вр. 1896.—Березкин. Лечение *chelidonio majore* больных, страд. раком. Вр. З. 1896.—Калабин. К вопросу о лечении рака матки чистотелом. М. Об. 1897.—Ширшов. К вопросу о лечении рака матки и эрозий вл. части вытяжкой бородавника. Г. Ботк. 1897.—Калабин. О лечении фибромиом маммионом. Ж. А. 1908.—Хажинский. Клавин, новый препарат, спорыньи. Ж. А. 1908.—Снегирев. подкожные солевые вливания как болеут. средство при плеторич. и воспалит. болях ж. пол. органов. П. С. Р. А.—Томсон. Клинич. наблюдения над действием секакорина. Ж. А. 1908.—Колосов. Набл. над действием фибролизина при ж. болезнях. Вр. Г. 1910.—Букоемский. О лечении хр. метрита маммионом Пеля. Ж. А. 1912.—Герман. Маммин Пеля при метрите, фибромиоме и аденоме матки. Пр. В. 1913.—Мусатов. Лечение нек. форм гин. заболеваний фибролизином. Отч. Вр. Г. 1913.—Ольдекоп. К каз. аменорреи и лечению ее pituglandol'em. Ж. А. 1914.—Кушталов. Об отношении Sudan III (Scharlachrot) к злокач. новообразованиям. Ж. А. 1914.—Мишин. К лечению аменорреи. Ж. А. 1915.—Соловьев. Гипофизарная терапия в гинекологии. Вр. Д. 1920.—Поляков. Подк. вливание физ. раствора с пилокарпином при восп. процессах ж. пол. сферы. Турк. М. Ж. 1923.—Батунина. О внутривенных вливаниях 40% раствора уротропина при циститах. К. М. Ж. 1926.—Керодиан. Р. В. Дерм. 1926.—Некрасов. Кл. набл. при лечении гин. заболеваний хлоркальцием. М. М. Ж. 1926.—Мафцинкевич. Лечение параметритов и хрон. воспалений мат. придатков по спос. проф. Кушталова инъекциями гипертон. раствора хлор. натра. К. М. Ж. 1926.—Березкин. О применении кальция в гинекологии и эндокрин. обоснование Са-терапии. Вр. Д. 1927.—Третьяков. К вопросу о лечении запущ. рака инъекциями эфира в толщу мыш. стенки шейки матки. VII С. Р. А.

Впрыскивание скитидара по Клингмюллеру (стр. 481—482): Черепяхин. Лечение восп. заболеваний половой сферы женщины впрыскиваниями

скипидара. Гин. и Ак. 1922.—Бубличенко. Лечение восп. заболеваний ж. пол. сферы впрыскиваниями терпентина по Klingmüllery. Мед. Ж. 1922.—Черепяхин. Лечение скипидаром острых воспалений ж. пол. сферы. VI С. Р. А.—Бергал. Терпентотерапия при заболеваниях придатков матки. Там же.—Бубличенко. Клини. наблюдения над впрыскиваниями терпентина по Klingmüllery при восп. заболеваниях ж. пол. сферы. Ж. А. 1924.—Лейбчик. Клини. наблюдения над действием инъекций скипидара при восп. заболеваниях ж. пол. сферы. К. М. Ж. 1924.—Крыницкий. К вопросу о лечении восп. заболеваний ж. пол. сферы по спос. Klingmüllera. Вр. Г. 1925.—Синакевич. Лечение скипидаром хрон. заболеваний ж. пол. сферы. VII С. Р. А.—Миронов. Консерв. лечение восп. заболеваний ж. пол. сферы. Там же.

Выворот матки (стр. 256—258): Комин. О хрон. вывороте матки. Дисс. СПб. 1856.—Якуб. Prolapsus uteri inversi. Пр. М. А.-Г. О. 1889.—Заркевич. Сл. маточного фиброида, симулировавшего выворот матки. М. Об. 1889.—Якуб. К этиологии и лечению выворота вследствие опухолей. Мед. 1894.—Лесмант. К вопросу о вывороте матки. Вр. Г. 1909.—Марк'овский. К вопросу об остром вывороте матки. Нов. в М. 1911.—Вачнадзе. О вывороте матки. Ж. А. 1914.—Кедрова. К вопросу о вывороте матки независимо от родов и опухолей. Гин. и Ак. 1926.—Мацневский. О вывороте матки. Ирк. М. Ж. 1926.

Случаи выворота матки при фиброзных полипах: Тольский, М. Мед. Г. 1859; Троянова, Отч. Вр. 1886; Смирнов, Хир. В. 1888; Назаретов, Пр. Киев. А. О. VI. Красковский, там же 1895; Колотинский, Р. Вр. 1904. Бекман, Отч. Ж. А. 1913.

Выделения женского полового канала, их исследование (стр. 111—113): Лянц. К вопросу о диагностическом значении микр. исследования выделений пол. частей у женщины. М. Об. 1896.—Фон-Валь. Новая смесь для окрашивания гонококков. Ж. Дерм. и Сиф. 1902.—Фон-Валь. К вопросу о значении микр. и бакт. исследований выделений пол. органов на гонококки у женщин. Ж. А. 1907.—Марков. Dilatatio provocatoria urethrae как прием для распознавания хрон. перел. уретрита. Вр. Г. 1911.—Грейфе. Диагностика перелоя у женщин. Ж. А. 1913.—Фронштейн. К вопросу о новейших методах диагностики гонорр. заболеваний. М. Об. 1913.—Кривошеев. К методике окрашивания гонококков Neisser'a. К. М. Ж. 1922.—Хохлов. Пилокарпиновый феномен и применение его для диагноза хрон. перелойной инфекции женск. уретры. Пр. В. 1924.—Дерчинский. К диагностике женской гонорреи. Ж. А. 1927.—Егизаров. Лакмусовая бумага как подспорье к диагностике ж. гонорреи. К. Н.-М. В., т. VI.

Выпадение матки (стр. 249—256): Миллер. Сл. врожденного выпадения матки у девочки 36 часов. М. Мед. Г. 1874.—Воскресенский. Выпадение матки с омертвением ее. Ж. А. 1888.—Даценко. Неск. данных по вопросу о полном выпадении матки. Вр. 1893.—Холмогоров. Выпадения матки и влагалища у нерожавшей и пр. Вр. 1895.—Штромберг. Сл. полного выпадения матки и влагалища у 18-летней нерожавшей девицы, одержимой кифозом. Ж. А. 1896.—Алексеев. К вопросу об изменениях влаг. части матки при ее выпадениях. Дисс. СПб. 1897.—Соловьев. О выпадениях матки и влагалища. Ж. А. 1902.—Новиков. К вопросу о причинах и опер. лечении выпадения ж. пол. органов. Вр. Г. 1908.—Кузнецов. К вопросу о полном выпадении матки у девиц. Сиб. Г. 1914.—Пионтик-Файнберг. Влияние войны и революции на количество опущений и выпадений матки.

Р. Гин. В. 1923.—Гудим-Левкович. Об опущениях и смещениях матки. VI С. Р. А.—Михайлов. Значение общей конституции в этиологии выпадения внутр. пол. органов у женщин. Ж. А. 1924; Р. Кл. 1924.—Ширшов. Отч. Ж. А. 1924.—Крупский. К вопр. о выпадении матки и влагалища. VI С. Р. А.—Линдин. К вопр. об этиологии prolapsus uteri в связи с исчезновением жира в параметрии на почве голода. Екат. М. Ж. 1924.—Кузьмин. К вопр. о выпадении внутр. пол. органов женщины. Сар. В. Здр. 1924.—Груздев. К патогенезу проляпсов жен. пол. канала. Гин. и Ак. 1924.—Федоров. О выпадениях матки и влагалища. Ж. А. 1924.—Кисин. К вопр. о проляпсах матки Р. Кли. 1925.—Вайнштейн. К вопр. о проф. вредностях в труде грузчиц и влияние их на пол. сферу. Сар. В. Здр. 1926.—Яковлев и Рейнике. Труд женщины в резинов. производстве и его влияние на пол. сферу. Ж. для ус. вр. 1926.—Улитин. К каз. выпадения матки у девушек. Ж. А. 1926.—Лемаринье. О значении угла склонения таза в этиологии проляпса матки и пр. Гин. и Ак. 1927.—Козлов. К вопр. об оперативном лечении сочет. выпадения прямой кишки и матки. Ом. М. Ж. 1927.

Выпадение слизистой оболочки женской уретры (стр. 273—274): Юрасовский. Сл. выпадения слиз. оболочки уретры. Тр. М. А. Г. О. 1895.—Кушев. Сл. выпадения слиз. оболочки женской уретры. Вр. 1896.—Саваневский. Выпадение слиз. оболочки мочеисп. канала у девочек. М. Об. 1897.—Ануфриев. Выпадение слиз. оболочки ж. мочеиспуск. канала с ант. и гистол. очерком последнего. СПб. 1911.

Выскабливание матки пробное и пробная эксцизия (стр. 103—107): Патенко. Об изъязвлениях portio vaginalis ets. VI С. Р. Е. и В.—Славянский. Эрозии влаг. части матки. Вр. В. 1880.—Соловьев. К каз. прободений матки при введении инструментов в ее полость. М. Об. 1882.—Смольский. О диагност. значении выскабливания полости матки. Г. Ботк. 1899.—Юрьян. Сл. рефлект. действия операц. травмы после выскабливания матки и пр. М. Об. 1900.—Неелов. К вопр. об эрозиях на шейке матки. Отч. Вр. 1901.—Недельский. Гин. и пат.-анат. эрозия, Пр. Киев. А. О., вып. 26.—Розов. К каз. прободения матки при выскабливании. Вр. Г. 1905.—Скульский. 2 сл. прободения матки при выскабливании. Вр. Г. 1908.—Хайкис. К вопр. о релаксации неберем. матки. Вр. В. 1909.—Улезко-Строганова. Кр. курс микр. диагностики в гинекологии. СПб. 1912.—Мишин. Рак полости матки и его распознавание. Р. Вр. 1912.—Цомакион. К диагностике тв. шанкра на влаг. части матки. Отч. Вр. Г. 1912.—Пекарская. Микрхим. реакции окисления жив. тканей как признак при распозн. злокач. новообр. в гинекологии. Р. Вр. 1913.—Марков. О внезапн. расслаблении матки при выскабливании. Изв. Ник. У. 1913.—Афанасьев. К вопр. о пат.-гист. исследованиях при гин. заболеваниях. Реф. Вр. Г. 1923.—Какушкин. О выскабливании слиз. оболочки матки брюшностеночным путем. Вр. Г. 1926.

Garrulitas vulvae (стр. 36). Фаренгольц. О так наз. garrulitas vulvae. Пр. О. Под. Вр. 1878—80.—Сочава. Сл. отхождения газов с шумом через влагалище. М. Об. 1892.

Гимнастика врачебная в гинекологии (стр. 366—367): Сутугин. К леч. хронич. выворотов матки. Вр. 1890.—Лавринович. О лечении трудно вправимых и невправимых задних смещений матки методической коленно-грудной гимнастикой. Дисс. СПб. 1902. См. также литературу массажа.

Гинекология вообще: К итер. Руков. к изучению ж. болезней. СПб. 1858.—Горвиц. Кли. записки по гинекологии. СПб. 1871.—Заяцкий. Курс ж. болезней. М. 1888.—Губарев. О совр. значении гинекологии и пр. Мед.

1893.—Голочинов. Учебник ж. болезней. Изд. 2. М. 1901.—Снегирев. Маточные кровотечения. Изд. 4. М. 1907.—Неелов. Краткий курс ч. патологии и терапии ж. болезней. Вып. I. Методы распознавания и лечения ж. болезней. Киев. 1908.—Орлов. Учебник ж. болезней. Од. 1916.—Губарев. Медицинская гинекология или гинекология практического врача. Петр. 1917.

Гинекология оперативная (стр. 445—500): Соловьев. Оперативная гинекология. М. 1885—87.—Липинский. О показаниях к опер. лечению при гинек. заболеваниях. Пр. О. Вр. Мог. губ. 1899.—Губарев. Оперативная гинекология. Изд. 1. СПб. 1910. Изд. 2. М. 1915.—Томсон. Оперативная гинекология. Од. 1913.—Отт. Оперативная гинекология. СПб. 1914.

Гиперэмия застойная по Бирю в гинекологии (стр. 408): Ненадович. Способ лечения Vier'a в гинекологии. II. С. Р. А.

Гоноррея женской половой сферы (стр. 144—149): Михнов. К вопр. о заболеваниях ф. труб и яичников в клин. пат.-анат. отношении. Дисс. СПб. 1889.—Славянский. Воспаления и рет. кисты ф. труб. Ж. А. 1891.—Эберман. О женском уретрите. Ж. А. 1891.—Гиммельфарб. О гонорр. заражении у женщин. Ю. М. Г. 1893.—Введенский. Перел. заболевания уретры, шейки матки и Вагт. желез у проституток. Р. Мед. 1894.—Гершун. О вульвовагините у мал. девочек. Прот. Вил. М. О. 1895.—Лебедев. Перел. заболевание ж. пол. частей и его влияние на отправление этих органов и общее состояние больных. Вр. 1897.—Беллин. Гонококк, его соц. и суд.-мед. значение. Пр. Харьк. М. О. 1897.—Орловский. К методике выращивания гонококков Neisser'a. Ж. А. 1898.—Линген. К пат. анатомии ф. труб. Ж. А. 1898.—Бурштейн. Результаты исследования над распространением гонок. заболеваний среди гин. больных. Отч. Ж. А. 1898.—Фейнберг. К каз. гонорройного вульвовагинита, осложн. воспалением брюшины, у малол. девочек. Г. Ботк. 1898.—Масловский. О значении гонотоксина при гонорр. заболеваниях вн. пол. органов женщины. Ж. А. 1899.—Молчанов. К уч. о гонорр. заболеваниях нервной системы. Арх. Подв. 1899.—Гурин. Мочепол. болезни (перелой и бели) как причины посл. глубоких поражений организма. Пр. Киев. А. О. XII.—Коломенкин. Острое гонок. воспаление брюшины. В. Хир. 1901.—Калабин. К вопр. о заб. нервной системы при гоноррее у женщин. Ж. А. 1902.—Нестеровский. Кровь при гоноррее. В. М. Ж. 1902.—Беркунгейм. О гон. вульвовагините у детей по данн. больн. св. Ольги. Д. Мед. 1902.—Совинский. О гонококке и гонотоксине и роли их в патогенезе гонорр. заболеваний. Дисс. СПб. 1902.—Дукельский. К вопр. о вульвовагинитах у детей. Р. Вр. 1903.—Штерн. Сл. общей гонок. инфекции. Вр. Г. 1903.—Александров. Гонорройный процесс у женщины и его рац. терапия. Ж. А. 1903.—Брандт. К вопр. об этиологии и пат. анатомии абсцессов яичника. Дисс. СПб. 1903.—Осокин. К вопр. об изменениях нервн. системы при гонок. инфекции. Каз. М. Ж. 1904.—Орлов. О хрон. гнойном воспалении ф. труб в клин. и пат.-анат. отн. Р. Вр. 1904.—Брандт. К вопр. о происхождении абсцессов яичника. IX Пир. С.—Ротман. К вопр. о росте гонококка на прост. мясопепт. агаре. Р. Вр. 1905.—Богров. К вопр. о парауретрите у женщин. Р. Ж. Кожн. и Вен. Б. 1912.—Теребинская-Попова. Состав крови при перелое ж. пол. органов. Отч. Р. Вр. 1913.—Вербов. Перелой женской уретры и пр. Р. Вр. 1914.—Финкельштейн и Тимохина. Новые данные о гонококке. VI. С. Р. А.—Кан. К вопр. о гоноррее у девочек. Вен. и Дерм. 1924.—Речменский. Эксперимент. гоноррея. VI С. Р. А.—Иванов, Финкельштейн и Ильина. К вопр. о пат. анатомии и микробиологии гон. вагинитов. Вен. и Дерм. 1924.—Иванов и Рапопорт. Сл. гонорройного сепсиса.

Ж. А. XXXIV.—Иогансен. К вопр. о гонорройном парауретрите у женщин. Вен. и Дерм. 1924.—Иванов. Анаг. и клин. наблюдения над распространением в ж. пол. органах воспал. процессов вообще и гонорреи в частности. VII С. Р. А.—Иогансен. К вопр. об остром гонорр. уретрите. Там же.—Ходецкий, К диагностике и лечению женской гонорреи. Там же.—Ариевич. Клиника гонорреи девочек. М. М. Ж. 1926.—Ивантер-Брагинская. 24 сл. vulvo-vaginitis gon. в раннем детск. возрасте. Ж. по из. ранн. дет. возр., IV.—Дахштейгер. Сл. сужения вагины гонорр. происхождения. Вен. и Дерм. 1926.

Грыжи матки (стр. 269—270): Красновский. Двусторонняя паховая грыжа яичников и двурогой матки (ut. bipartitus). Пр. Киев. А. О. III.—Розанов. О грыжах матки. Дисс. М. 1895.—Типяков. М. Об. 1895.—Дорф. Сл. нахождения в грыж. мешке фиброматозно перер. матки с растянутыми трубами и мешеччатого перер. яичниками. Р. Вр. 1907.—Розенберг. Хир. 1913.—Отдельнов. Сл. рудиментарной матки в паховой грыже при атрезии влагалища. Ж. А. 1926.—Груздев. Грыжа беременной матки в рубце после аппендэктомии. Каз. М. Ж. 1927.

Гематомы и гематоцеле (стр. 292—294): Львов. Два сл. кровяной опухоли б. пол. губ. (haematoma vulvae) травм. происхождения. М. В. 1880.—Гиммельфарб. К каз. гематом vulvae вне пуэрперия. М. Об. 1887.—Львов. Аполлексия пр. яичника, поведшая к заматочной кр. опухоли и пр. В. 1897.—Груздев. К пат. желтых тел яичника. Арх. Подв. 1901.—Львов. К вопр. о выпадении желтых тел яичника и пр. Р. Вр. 1911.—Луппов. К вопр. о выпадении желтого тела яичника. Вр. Г. 1925.—Алмазова. Инфаркт яичника. Ж. А. 1926.—Злотман. О гематомах яичника. Вр. Г. 1927.

Случаи кровотечений из яичников: Перенрот, Сар. В. Здр. 1925; Недохлетов, Тр. I С. Хир. Лев. Укр.; Гудим-Левкович, Ж. А. 1925; Онисимов, Тр. Кл. Вор. Ун. II; Злотвер, Ж. А. 1927; Благовещенский, Вр. Г. 1927.

Случаи гематом широких связок: Исполатов, Тр. М. О. Р. В. 1886; Эберлин, М. Об. 1886; Типяков. М. Об. 1894.

Гемотерапия в гинекологии (стр. 432—434): Бубличенко. Аутогемотерапия при восп. заболеваниях ж. пол. сферы. В. Совр. М. 1927.—Харитонов. Аутогемотерапия восп. заболеваний пол. органов. VII С. Р. А.—Малинин. Клин. наблюдения над применением аутогемотерапии при раковых заболеваниях матки. Кл. Ж. Сар. Ун. 1927.—Барский. Изаоагглютинационная характеристика чел. крови и переливание крови. VII С. Р. А.

Диагностика болезней женской половой сферы (стр. 1—128): Добронравов. Курс лекций по диагностике в поликлинике женских болезней. Киев. 1894.—Редлих. Общая и частная гинекологическая диагностика. Берлин.

Диатермия, фульгурация и электрокоагуляция в гинекологии (стр. 384—386): Попова. Ток выс. напряжения в лечении ж. болезней. Р. Вр. 1904.—Шмидтгоф. Токи большой частоты и выс. напряжения в гинекологии. Отч. Ж. А. 1908.—Добрянский. О применении фульгурации при лечении рак. заболеваний. Отч. Ж. А. 1909.—Лурье. О гистол. изменениях в тканях норм. и поражен. рак. новообразованием под влиянием фульгурации. Ж. А. 1909.—Брюль. Термопенетрация в гинекологии. Р. Вр. 1910.—Шмидтгоф. О применении методов Keating-Hart'a и Doyen'a в гинекологии. Отч. Вр. Г. 1910.—Лурье. Действие радия, х-лучей и фульгурации на опухоли у мышей. V Межд. С. А. Отч. Ж. А. 1910.—Шмидтгоф. Электрокоагуляция Доуен'а. Отч. Вр. Г. 1910.—Лурье. Влияние электрокоагуляции на ткани организма. Отч. Ж. А. 1911.—Бруштейн. Диатермия. Нов. в М. 1912.—

Мыкертчьянц. Горячий воздух и термопенетрация в гинекологии. Вр. Г. 1913.—Каковский. Тер. применение токов большой частоты в форме диатермии и пр. Вр. Г. 1913.—Амчиславский. Очерк оснв диатермии и пр. Вр. В. 1913.—Бернштейн. О совр. применении диатермии при гин. заболеваниях. Ж. А. 1926.—Левит. Диатермия при восп. гин. заболеваниях. VII С. Р. А.—Полубинский. К вопр. о применении диатермии в гинекологии. Там же.—Егоров. К вопр. о лечении диатермией осложнения гонорреи у женщин. Там же.

Диафаноскопия (стр. 113): Лазаревич. О просвечивании тканей органа (диафаноскопия). Отч. Вр. 1887.

Дисменоррея (стр. 14—18): Картамышев. О болезненных месячных отделениях. Дисс. М. 1861.—Рыдзевский. О затрудненных или болезненных месячных очищениях.—Дисс. СПб. 1862.—Горвиц. К вопр. о затрудненных месячных всл. механических причин. Мед. Нов. 1862.—Лебедев. К вопр. о дисменоррее и ее лечении кров. расширением шейки матки. Дисс. М. 1887.—Кан. Molimina menstrualia всл. широкого лентеца. Пр. Вил. М. О. 1903.—Львов. Сужения наружного отверстия шейки матки и его лечение упрощенным способом Борисовича. Ежен. 1894.—Губарев. О лечении механической дисменорреи. Ж. А. 1899.—Снегирев. Endometritis dolorosa. Кл. Ж. 1899.—Калиновский. О лечении дисменорреи и бесплодия при врожденном сужении цервикального канала матки. Ж. А. 1899.—Александров. Операция при мех. дисменоррее. Вр. 1901.—Александров. Нов. способ опер. лечения дисменорреи при врожденной антефлексии матки. Ж. А. 1901.—Ануфриев. О лечении дисменорреи хир. путем. Ж. А. 1902.—Козленко. Endometritis dolorosa. Ж. А. 1902.—Шульц. К вопр. об этиологии и патогенезе дисменорреи. Ж. А. 1903.—Соловьев. К вопр. о методах лечения сужения внутр. зева шеечного канала матки. II С. Р. А.—Какушкин. Задне-срединный разрез мат. шейки как лечебный способ в гинекологии. Р. Вр. 1911.—Левин. Excisio colli как метод лечения дисменорреи и бесплодия. Отч. Ж. А. 1912.—Снегирев. Болевые типы дисменорреи. VI С. Р. А.—Тоймазов. К вопр. об этиологии приобретенной дисменорреи. Там же.—Эдельберг. О психотравматической форме дисменорреи. К. М. Ж. 1925.

Дисменоррея перепончатая и эндометриодные гетеротопии (стр. 18—19): Соловьев. Decidua menstrualis. Мед. В. 1869.—Финкель. К уч. о membrana dysmenorrhoeica. Дисс. Киев. 1870 (предв. сооб. Совр. Мед. 1870).—Фохт. К уч. о перепончатой дисменоррее. Дисс. М. 1873.—Холмогоров. Неск. замечаний по поводу отслаивающего эндометрита (end. exfoliativa). Вр. 1895.—Тавилдаров. К вопр. о присутствии децид. клеток в слиз. оболочке матки вне берем. состояния ее. Дисс. СПб. 1904.—Брандт. К развитию и строению deciduae menstrualis. Ж. А. 1906.—Улезко-Строганова. К вопр. об эндометриодных гетеротопиях. Ж. А. 1925.—Тимофеев. К вопр. об эндометриодных разрастаниях. К. М. Ж. 1926.—Рулле. К вопр. об эндометриодных гетеротопиях. VII. С. Р. А.

Дифтерия женской половой сферы (стр. 159): Случаи дифтерии женского полового канала: Львов, Мед. В. 1884; Нестеровский, Дет. Мед. 1896; Тепфер, Ежен. 1899; Штрайхер, там же; Лапинер, Дет. М. 1901; Маньковский, там же; Дукельский, Вр. Г. 1903; Румянцев, Дет. М. 1903; Морозова, Мед. Об. 1909; Клименко, Ф. Вр. 1913.

Душ сухой (стр. 348—350): Петров. Об употреблении в гинекологии «сухого» рукавного душа помощью аппарата Heitzmann'a. Еж. Кл. Г. 1885.—Мансветов. Сухой горячий влаг. душ и применение его в гин.

терапии. Дисс. СПб. 1900. Предв. сообщ. Вр. 1900.—Хоменко. Сухой внутримат. горячий душ и его применение. Дисс. СПб. 1906.—Дубинчик. К вопросу лечения горячевозд. душем в гин. практике. Вр. Г. 1911.—Нурк. О применении сухого горячевозд. душа в гинекологии. Р. Вр. 1911.—Дубинчик. Новое влаг. зеркало для лечения горячевозд. душем в гинекологии и др. Вр. Г. 1912.—Дик. Лечение гинек. заболеваний струей горячего воздуха (термоинсуфляция). Мед. Ж. 1921; Ж. А. 1922.

Жизнь женщины половая (стр. 20—22): Горвиц. О хроническом спазме маточного рукава. Мед. Н. 1866.—Каменский. Случай nymphomaniaе. Пр. О. Р. В. 1870/71.—Снегирев. О вагинизме. М. Вр. В. 1873/74.—Генрихсен. О структуре верхней части влагалища, обусловленной спазмом мышцы, поднимающей задний проход. Пр. О. Од. Вр. 1881.—Воинов. К вопросу отсутствия сладострастного ощущения у женщин. М. 1891.—Львов. Болезнь Hildebrandt'a (penis captivus s. vaginismus superior). Вр. 1893.—Тарновский. Извращение полового чувства у женщин. СПб. 1895.—Кан. Спазм тазового дна. Ж. А. 1912.—Гентер. Об аномалиях полового чувства у женщин. Ж. А. 1914.—Голосовкер. К вопросу о половом быте совр. женщины. К. М. Ж. 1925.—Дик. Психические корни вагинизма и лечение его психотерапией. В. С. М. 1925.—Якобсон. Половая холодность женщины. Лен. 1927.

Казуистика вагинизма: Крузенштерн, Пр. Кавк. М. О. 1882/83; Вильбушевич. Мед. В. 1883; Мордвинов, Тр. О. Р. В. в М., 1884; Львов, Р. Мед. 1885; Калмыков, Вр. 1899; Акацатов, Ж. А. 1901; Ильинский, Ж. А. 1906.

Зеркала влагалищные (стр. 83—89). Хотовицкий. Specula uteri. В. М. Ж.—Долнер. О пользе мат. зеркала для распознавания и лечения болезней матки. Др. З. 1841.—Лазаревич. О мат. зеркалах. Совр. Мед., 1860.—Якимович. О мат. зеркале. Пр. О. Киев. Вр. 1871/72.—Лебедев. Новое влаг. зеркало. Пр. О. Р. В. 1879/80.—Масалитинов. Асептич. двустворчато-жолоб. мат. зеркало. Вр. 1891.—Отт. О непосредр. освещении бр. полости, пузыря, толстой кишки и матки для целей диагност. и оперативных. Ж. А. 1903.—Сережников. Итоги прим. освещения бр. полости по спос. проф. Отта при влаг. чревосечении. П. С. Р. А.—Отт. Результаты, достигнутые применением непосредр. освещения и пр. Р. Вр. 1908.—Соловьев. Расширитель для операции во влаг. и на промежности. Вр. Г. 1911.—Силин. Новый тип влагалищного зеркала. Вр. Г. 1926.—Гиговский. Боковые влагалищные самодержатели. М. М. Ж. 1926.—Ольшанецкий. Новое самодержащееся вагинальное зеркало. В. Совр. М. 1926.—Мишин. К видоизменению зеркала Куско. Тр. Кл. Вор. Ун., т. II.

Зондирование матки (стр. 90—94): Крассовский. Об исследовании матки при пом. зонда. В. М. Ж. 1859.—Новицкий и Попов. К дифф. диагностике плотных опухолей матки и ее придатков. Г. Ботк. 1889.—Макшеев. Длина полости матки как дифф.-диагн. признак при фибромиомах матки и новообразованиях яичников. Дисс. СПб. 1894.—Димант. Зонд для вправления матки. Ж. А. 1896.—Орлов. К вопросу о прободении стенки матки при зондировании и выскабливании ее полости. Р. Вр. 1904.—Какушкин. Эксп. наблюдения над прободаемостью мат. стенки. V Межд. С. Гин. Отч. Вр. Г. 1910; XI Пир. С.; Отч. Р. Вр. 1910.

Зуд рукава (стр. 36): Карачаров. Зуд необыкновенный (pruritus genitalium). Др. Здр. 1847.—Штоль. К этиологии зуда рукава. Отч. Вр. 1888.—Карницкий. Сл. пребывания круглой глисты (ascaris lumbricoides) во влагалище у трехлетней девочки. Р. Вр. 1902.

Исследование гинекологическое (стр. 47—124): Отт. К технике гинекологического исследования. Вр. Ж. 1922.

Исследование гинекологическое бимануальное (стр. 65—75): Горвиц. Чрезмерная подвижность матки как клин. форма. Вр. 1880—Репрев. О внутрибрюшном давлении. Вр. 1890.—Мандельштам. Еще неск. слов по поводу признака Кюстнера. Южн. М. Г. 1896.

Исследование гинекологическое наружное (стр. 50—60): Добрынин. О диагностике кист яичника. Дисс. СПб. 1869.—Добрынин. Дифф. диагностика кисты яичника и беременности. Мед. В. 1875.—Сутугин. К диагностике злокач. опухолей яичника. Мед. В. 1883.—Комарецкий. Эхинококк печени, симулировавший кисту яичника. Вр. 1883.—Груздев. К вопросу об отличительном распознавании доброкач. опухолей яичников от злокачественных. Вр. 1898.—Варнек. К каз. ошибочных распознаваний брюшных опухолей. Лег. Хир. Об. в М. 1900.—Жученков. К каз. ложных опухолей живота. Ж. А. 1903.—Груздев. К диагностике и терапии гигантских опухолей ж. п. сферы. Ж. А. 1910.—Альперин. Рефлекторные болевые ощущения, происх. в момент надавливания на рl. соеіасус при восп. заболеваниях ж. п. органов. Ж. А. 1913.—Б. Либов и А. Либов. К диагностике и терапии гигантских опухолей ж. п. органов. Вр. Г. 1915.—Мацкевич. Сл. эхинококка мышц м. таза, симуль. правост. кисту яичника. Ж. А. 1926.—Бутовский. К диагностике гигантских опухолей ж. пол. сферы в мол. возрасте. К. М. Ж. 1926.—Лемаринье. К мат. о дифф. распознавании заболеваний кишечника и брыжейки от яичниковых кист. Ж. А. 1927.—Морозов. Сл. колоссального растяжения S-romatum. Ж. А. 1927.

Исследование гинекологическое тройное (стр. 79—80): Лазаревич. Гинек. трехстороннее ручное исследование. Совр. Мед. 1880.—Отт. О кишечновлагалищном способе исследования органов мал. таза. Ж. А. 1894.—Лазаревич. О ручном гинек. исследовании. Вр. 1896.—Губарев. Об исследовании таз. органов через прямую кишку с приподнятым тазом. Ж. А. 1896.

Кисты женской половой сферы ретенционные (стр. 166—171): Икавитц. Сл. самопроизв. излечения кисты яичника. Пр. Тамб. М. О. 1871.—Иванов. О сл. самопр. излечения кисты яичника и пр. Мед. В. 1876.—Маковецкий. К вопросу о гнойных скоплениях ф. труб. Дисс. СПб. 1888.—Отт. Сл. тубоовариальной кисты. Ж. А. 1892.—Воскресенский. К вопросу о патогенезе ретенц. кист ф. трубы при атрезии ее. Дисс. СПб. 1893.—Садовский. К вопросу о роли эпителия в патогенезе рет. кист ф. трубы при атрезии ее. Дисс. СПб. 1895.—Шалитя. Два сл. непроходимости кишечника при кистах яичника. Пр. Киев. А. О. XI.—Прохоров. Пат.-анат. изменения стенок яичн. кист при перекручивании их ножки. Дисс. СПб. 1896.—Губарев. Неск. случаев врожденных аномалий таз. органов и покрывающей их брюшины. Ж. А. 1899.—Попов. Происхождение, развитие и строение кист и кистаденом ж. тела. Изв. В.-М. Ак. 1901.—Бондарев. К уч. о скоплении гноя в матке. Ж. А. 1902.—Отт. Отч. Ж. А. 1903.—Груздев. К вопросу о кистах желтых тел яичника. Ж. А. 1905.—Брандт. К вопросу о патологии желтых тел. Ж. А. 1909.—Каннегиссер. К этиологии мешчатых заболеваний ф. труб. Отч. Р. Пр. 1909.—Гильчер. К каз. лютеиновых кист в связи с гистогенезом с. lutei и с. atretisi. III С. Р. А.—Гентер. Fuozalpinx duplex исключительной величины. Вр. Г. 1911.—Кастанаев. О разрыве кист яичников. Вр. Г. 1914.—Стефанович. К микр. диагностике лютеиновых кист и кист желтого тела. Р. Гин. В. I.—Цомакион. Тубоовариальные кисты. Екат. М. Ж. 1924.—Осякина. Кисты желтого тела. VI. С. Р. А.—

Пойзнер. О кистах паровариума. Сиб. Арх. Т. и Кл. Мед. 1926.—Тизенгаузен. Сл. злокач. перерождения кисты желтого тела. Сб. Орл.—Мавенков. Рагоphogon, его топография и судьба в разл. возрасты внутри- и внеутробной жизни женщины. К. М. Ж. 1926.—Дашковская. Сл. кисты матки эмбрионального происхождения. Кл. Ж. Сар. Ун. 1927.

Случаи hydrocele feminina (стр. 173—174): Гейнац, Хир. В. 1804. Дюб-берт, Ж. А. 1895; Барадулин, Хир. 1910; Гершун, Юб. Сб. Киев. А. О.; Штрайхер, Вр. Г. 1910.

Случаи кист больших губ (стр. 167): Оленин. Пр. Тамб. М. О. 1894; Корейко, Тр. М. А. О. 1897.

Случаи кист малых губ (стр. 167): Брандт, Ж. А. 1894; Якобсон, Ж. А. 1897; Владимиров, Вр. Г. 1902; Редлих, Изв. В.-М. А. 1904; Ануфриев, Ж. А. 1916; Кабанова, Пр. В. 1926.

Случаи кист больших губ (стр. 167): Оленин, Пр. Тамб. М. О. 1894; Бов, Ж. Рудн. 1877; П. П. Вр. В. 1879; Чудовский, Мед. В. 1879; Афанов, Н. Бес. Вр. З. П. И. 1886; Улезко-Строганова, Ж. А. 1892; Хомицкий, Ж. А. 1894; Брандт и Фишер, Сб. Слав. II; Сеткин, М. Об. 1898; Абражанов, Ж. А. 1898; Теодоровский, Отч. Вр. 1899; Клецкий, Пр. СПб. М. О. 1900; Толочинов, Уч. Ж. Бол. 1901; Ширшов, Р. Вр. 1911; Баталин, Сиб. Вр. Г. 1913; Гудим-Левкович, Вр. Г. 1914; Крылов, Перм. М. Ж. 1923; Быковцева, Кл. Ж. Сар. Ун. 1927.

Случаи ruozalpinx profluens (стр. 170): Тарновский, Вр. 1882; Смирнов, Т. О. Р. Вр. в М. 1892.

Случаи кист круглых связок (стр. 174): Типяков, М. О. 1895; Улезко-Строганова, Ж. А. 1898.

Кишечник, его заболевания у гинекологических больных (стр. 39—41): Малиновский. К вопросу о связи между заболеванием черв. отростка и таз. органами у женщин. Отч. Вр. 1901.—Ростовцев. Перитифлит у женщин. Р. Вр. 1902.—Оппель. К вопросу о зависимости сальпингита от аппендицита. Ж. А. 1907.—Кузнецкий. К вопросу о аппендиците в связи с заблещением ж. п. сферы. Р. Вр. 1907.—Окинчиц. Связь заболеваний ж. п. аппарата и кишечника. Вр. Г. 1909.—Неелов. К вопросу об аппендиците и о заболеваниях правых придатков. Ж. А. 1909.—Тиканадзе. К вопросу о совместном заболевании правых придатков матки и червеобразного отростка. Ж. А. 1909.—Холодковский. К вопросу о взаимоотношении между сальпингитами и аппендицитами. Ж. А. 1909.—Марьянич. К вопросу о заболеваниях черв. отростка и ж. пол. органов. Р. Х. А. 1909.—Мининзон. К вопросу об аппендиците и заболеваниях правых маточных придатков. Ж. А. 1910.—Греков. К вопросу о взаимном влиянии восп. заболеваний черв. отростка и ф. трубы и в частности о прободении отростка в трубу. Р. Хир. А. 1910.—Богораз. Аппендицит и гинекол. сфера. Ж. А. 1911.—Михайловский. О совместном заболевании черв. отростка и ж. пол. сферы. Вр. Г. 1911.—Васильевский. К вопросу о связи между аппендицитом и заболеваниями правых придатков. М. Об. 1912.—Судаков. К вопросу о гнойных заболеваниях придатков матки в связи с кишечником. Ж. А. 1914.—Судаков. Зависимость между заболеваниями вн. п. органов женщины и кишечника. Ж. А. 1916.—Савельева. Заболевания пол. органов в связи с заболеваниями appendix'a. VI. С. Р. А.—Соколов. Совместные заболевания черв. отростка и придатков матки. Киев. М. Ж. 1925.—Андреевский. К вопросу о восп. заболевании мат. придатков на почве кишечной инфекции. Вр. Г. 1927.—Новиков. Участие черв. отростка в восп. забо-

леваниях придатков матки и брюшины. Мед. М. Узб. 1927.—Гриднев. Appendicite d'origine annexielle. Ж. Теор. и Пр. М., т. II.

Колюмнизация, кольпейриз (стр. 356—358): Толочинов. Сл. хрон. выворота матки, излеч. поср. кольпейринтера. Вр. В. 1882.—Фогель. К механизму вправления застарелых выворотов матки под вл. кольпейринтера.—Нейгебауэр. Варш. Ун. Изв. 1886.—Шуварский. Сл. излечения 20-летнего выворота матки. Пр. Киев. А. О. 1892.—Брудняк. К вопр. о применении кольпейриза при лечении выворота матки. Дисс. СПб. 1895.—Абуладзе. Пятый случай излечения полного выворота матки. Ж. А. 1897.—Неелов. К вопр. о сохраняющем лечении выворота матки. Дисс. Киев. 1898.—Букоемский. О колюмнизации влагаллица при лечении нек. женских болезней. Ж. А. 1903.—Митрофанов. О лечении колюмнизацией и давлением через брюшную стенку. Ж. А. 1904.—Быковцева. Грязелечение р. vaginam. Пр. В. 1924.—Волосович. Местное грязелечение влаг. гряз. тампонами по мет. проф. А. И. Лебедева. Тр. Бальн. И. на К. М. В. II.—Быковцева. Новый метод грязелечения в гинекологии. Сар. В. Здр. 1925.

Комната операционная (стр. 447—450): Губарев. О нек. простых приспособлениях операционной комнаты и ее обстановки. Ж. А. 1896.—Якобсон. О значении очистки воздуха в операц. помещениях. Ж. А. 1902.

Компрессы, припарки и пр. (стр. 418—421): Гельман. Нов. способ местного применения леч. грязей и пр. Ж. А. 1899.—Катунский. О леч. применении ила фланго. Пр. В. 1909.—Галацер. К вопр. об общем действии грязевых припарок. Вр. Г. 1909.—Проскураков. Клин. значение гряз. компрессов в лечении гин. заболеваний. IV С. Р. А.

Кондиломы женских половых частей острые (стр. 205—206): Бурцев. Роговидная сосочковая опухоль похотника. Вр. 1881.—Кубасов. К этиологии, гистологии и терапии острых кондилом пол. органов у женщины. Вр. В. 1883.—Фролов. Сл. обширного разрастания остр. кондилом на пол. частях мол. девушки. Вр. 1894.—Волохов. К вопр. об удалении остроконечных кондилом, достигших громадных размеров. Вр. 1904.

Конституция женщины патологическая (стр. 128): Окинчиц. О конституции женщины. Вр. Г. 1925.—Козлов. К уч. о конституциональных аномалиях женского организма. К. М. Ж. 1926.—Курдиновский. Связь между конституциональной и профессиональной патологией женщины. VII. С. Р. А.—Соловьев. Значение конституции в гинекологии. Там же.

Крауроз вульвы (стр. 177—178): Гиммельфабр. Kraurosis vulvae. Ж. А. 1900.

Кровоизвлечения местные из матки (скарификации и пиявки) (стр. 407—408): Кошкарев. О кровоост. действию уколов влаг. части матки. Р. Мед. 1884.—Муратов. Сл. чрезмерного кровотечения в сл. скарификации влаг. части матки. М. Об. 1884.—Снегирев. К вопр. о назначении пиявок в гин. практике. Вр. Г. 1906.—Снегирев. Дальн. наблюдение над применением пиявок в гин. практике. Вр. Г. 1908.—Селиванов. К вопр. о кровоизвлечениях при заболеваниях ж. п. сферы. М. Об. Н. П. 1926.

Лекарства, введение их в женский половой канал в твердом виде (стр. 340—343). Якимович. О вдувании в полость матки порошкообразных тел. Пр. О. Киев. В. 1871/72.—Мазон. Употребление квасцов in substantia при леч. хрон. катарров слиз. оболочки влагаллица. Там же. 1873/74.—Львов. Сравн. наблюдения над лечением катарра шейки матки. М. Об. 1886.—Недородов. Новый катетер-инфулятор и пр. М. Об. 1895.—Самойлов. Хегасе в гинекологии. Тер. Об. 1910.—Шпидлер. К вопр. о сухом лечении влагаллица и

влаг. части. Нов. М. 1911.—Мусатов. О лечении хрон. эндометрита. Отч. Вр. Г. 1913.—Кауфман. О сухом лечении гон. вагинитов. VII. С. Р. А.

Лекарства, наиболее употребляемые в гинекологии (стр. 434—444): Иноев. С. Употребление хл. рожков в страданиях от уменьш. ж. очищения. Др. З. 1833.—Калениченков. О действии хл. рожков на организм людей. Уч. Зап. Моск. Ун. 1835.—Брыков. О спорынье. Тр. О. Р. Вр. 1840.—Зюков. Крапива при остановке менструаций. В.-М. Ж. 1842.—Гольдштауб. Употребление в леч. отн. рожков, наход. в рж. колосьях. Др. З. 1843.—Варгунин. Марг. кали при болезн. месячных. Вр. 1884.—Львов. Millefolium — средство пр. fluor albus. Мед. В. 1884.—Славутинский. К вопр. о фарм. действии гидрастина. М. Об. 1884.—Ананов. К терапии мат. кровотечений. Н. Бес. 1886.—Славутинский. Фармак. действие hydrastinini. Дисс. СПб. 1886.—Живовиписцев. Мат. к изучению корня hydrastis can. в фармаколгн., клин. и фармакол. отношениях. Дисс. СПб. 1887.—Короткевич. Kali hypermang., как emenagogum. Р. Мед. 1887.—Бердичевская-Чернобаева. К прим. kali hypermang., как emenagogum. Там же.—Львов. Kali hypermang., как emenagogum. Там же.—Какущкин. Сл. отравления инд. коноплей. Пр. Тамб. М. О. 1888.—Львов. Kali hypermang. как emenagogum. М. Об. 1888.—Самойлович. О применении салиц. кислоты при метроррагиях. Н. Бес. 1888.—Воскресенский. К вопр. о препаратах мат. рожков. Пр. Киев. А. О. II.—Степанов. Антипирин как обезболивающее в гин. практике. М. Об. 1889.—Сердцев. Фармак. отношение гидрастина к сос. систем: и матке. М. 1890.—Мокеев. О нек. сторонах физиол. действия extr. fl. hydrastis can., hydrastin'a и hydrastinin'a. Тр. О. Р. В. 1892/93.—Потеенко. Жидк. вытяжка корня хлопчатника как кровоост. средство. М. Об. 1893.—Наркевич. К действию gossypii herbacei. Зем. Вр. 1894.—Лапков. К вопр. о применении феррата при метроррагиях. Ж. А. 1894.—Коморович. Грабельки (erodium cicutarium) как кровоост. средство Вр. 1896.—Пель. Orovarium Pohl. Ж. Мед. X. 1896.—Инаев. Мат. к фармакологии стиптицина и гидрастинина. Тр. О. Н. М. при Харьк. Ун. 1897.—Мосешвили. Сравн. действие ж. экстрактов спорыньи, получ. после извлечения петролейн. и этил. эфирами, на сократ. способность матки. В. О. Гиг. 1897.—Инаев. Фармакодинамика разл. средств, влияющих на сократ. матки и условия кровообращения в ней. Зап. Харьк. Ун. 1898.—Бегун. К фармакологии ж. вытяжки трав. хлопчатника. Вр. 1898.—Недородов. Новое кровоост. средство cotharninum hydromur. s. stypticum d-ра Freund'a. Библ. Вр. 1898.—Мионов. Наблюдение над действием ж. экстракта корня трав. хлопчатника. М. Об. 1898.—Либов. Совр. взгляды на лечение ж. болезней органами животных. Еж. 1900.—Калабин. Крапива (artica dioica) при мат. кровотечениях. Вр. 1901.—Инаев. Мат. к фармакологии eumenol'a. Дисс. Харьк. 1901.—Ждан-Пушкин. Полевой хвощ (herba equiseti arv.) как кровоост. Вр. Г. 1902.—Реймер. К леч. выкидыша жидкой вытяжкой viburni prunifolii. Пр. В. 1902.—Гаврилов. Об органопрепаратах яичников и мол. желез. при заболеваниях ж. пол. сферы. Ж. Мед. Хим. 1902.—Успенский. Яичник. органотерапия. Ж. А. 1904.—Выдрин. Наблюдения над действием адреналина в хир. гинекологии. Отч. Пр. В. 1905.—Федоров. О влиянии маммина Пеля на мускулатуру матки и фиброиды в ней. Ж. Мед. X. 1906.—Мыкертчьянц. О прим. маммина Пеля в гинекологии. Ж. Мед. X. 1908.—Мыкертчьянц и Дегтярева. О применении овариина Пеля при аменоррее. Вр. Г. 1909.—Мыкертчьянц. Маммин Пеля как новое средство для леч. фибромом и хрон. воспалений матки. Вр. Г. 1910.—Амчиславский. Органотерапия при фибромиомах матки. Пр. В. 1911.—Скутул.

О действии на периф. сосуды и на матку кровоост. средств раст. происхождения, прим. в ак.гин. практике. Ж. А. 1912.—Кравков. О прим. водяного перца (*polygonus hydroperis*) при внутр. кровотечениях. Р. Вр. 1912.—Вилямовский. Терап. значение ovaradentriferrin'a. Вр. Г. 1912.—Герман. Маммин Пеля при метрите, фибромиоме и аденоме матки. Вр. Г. 1913.—Парсамов. Клин. наблюдения над действием гомостина при мат. кровотечениях. Там же.—Каминская. Extr. fl. *polygoni hydroperis* при мат. кровотечениях. Там же.—Чернобульский. Неск. слов об экстракте вод. перца (*polygoni hydroperis*). Вр. Г. 1914.—Успенская. Хинин при воспал. заболеваниях придатков матки, таз. клетчатки и гоноррее. V. С. Р. А.—Ольдекоп. К каз. аменорее и к лечению ее pituglandol'em. Ж. А. 1914.—Петрова и Ускова. Ж. вытяжка вод. перца (extr. fl. *polygoni hydroperis*) как кровоост. средство. Вр. Г. 1914.—Каминская. Extr. fl. *polygoni hydroperis*, его кровоост. свойства. Вр. Г. 1914.—Мишин. К леч. аменорреи. Ж. А. 1915.—Недодаев. Extr. fl. *polygoni hydroperis* при мат. кровотечениях. Ж. А. 1916.—Ромель. Механизм кровоостанавливающего действия водного перца. Вр. 1925.—Брауде и Либин. Клин. наблюдения над действием овариального препарата, изгот. по спос. Stern-Batelli. Гин. и Ак. 1926.—Разумова. Из практики применения маммина Пеля. Кл. М. 1927.—Павленко. К вопр. оценки овариальных препаратов на содержание в них спец. гормона. Гин. и Ак. 1927.

Липомы женских половых частей (стр. 194). Случаи липомы вульвы: Колли. Др. Здр. 1839; Ануфриев. Ж. А. 1894; Максимов, Р. Вр. 1905; Коноплев. Вр. Г. 1908. Случай липомы широкой связки: Балашов. Сб. Побед.

Массаж гинекологический (стр. 359—366): Никольская. Лечение ж. болезней массажем по спос. Brandt'a. Вр. 1888.—Семянников. О применении массажа в гинекологии. Ж. А. 1888.—Яхонтов. Доклад комиссии о применении массажа к лечению ж. болезней. Пр. Киев. А. О. II.—Ремизов. Массаж в гинекологии. М. 1889 и 1891.—Отт. Массаж и гимнастика как лечебный способ при болезнях ж. п. сферы. Вр. 1889.—Боряковский. Заключение Ак. Г. Общ. в Киеве по вопр. о применении массажа к лечению ж. болезней. Отч. Вр. 1889.—Беневоленский. Сл. prolapsus uteri, излеч. массажем. М. Об. 1889.—Затонский. Массаж при флексиях и хронич. воспалении матки и при выпадении влагалища. М. Об. 1889.—Никольская. Шведская гимнастика и массаж при лечении ж. болезней. В. О. Гиг. 1889.—Паргамин. Prolapsus uteri et vaginae. излеч. в. быстро по неск. измененному мною спос. Brandt'a. Р. Мед. 1889.—Гальберштам. О применении массажа и гимнастики в гинекологии. Вр. 1889.—Виноградова-Лукирская. Лечение ж. болезней по спос. Brandt'a. М. Об. 1890.—Залесова. Массаж и гимнастика в гинекологии. Б. Г. 1891.—Оленин. Сл. выпадения матки, излеч. по сп. Brandt'a. Пр. Тамб. М. О. 1891.—Докушевская. О мех. лечении последствий таз. перитонитов. I С. Р. А.—Рачинский. Массаж и гимнастика при ж. болезнях. СПб. 1895 и 1905.—Рубинштейн. Леч. значение гин. массажа при амб. его применении. Дисс. СПб. 1895.—Пономарев. По пов. применения массажа при ж. болезнях. Зап. Ур. М. О. 1895.—Шамраев. Мат. к оценке спос. Th. Brandt'a как леч. метода при заболеваниях ж. пол. сферы. Ж. А. 1896.—Брюль. К вопр. о лечении хрон. параметритов. III. С. Р. А.—Сандберг-Дебеле. Brandt овский спос. лечения ж. болезней и нек. его особенности. Вр. 1901.—Брюль. О вибрац. массаже в гинекологии. Сб. Отта. II.—Волкова. К вопр. о сохран. лечении ж. болезней. Вр. 1911.—Проскурякова. Массаж в гинекологии. Р. Вр. 1911.—Лепехин.

К вопр. о применении гин. массажа в земск. практике. Вр. Г. 1911.—Елистратов. Лечение гон. поражений матки и придатков массажем с ихтиолом. VII. С. Р. А.

Меноррагии (стр. 9—13): Марконет. О нек. формах мат. кровотечений. М. М. Г. 1865.—Бартель. Мат. к изуч. вопроса о менструации и мат. кровотечениях при разл. формах тифа. Дисс. СПб. 1881.—Резников. Смерть в зав. от мат. кровотечения при *mordus maculosus Werlhofii*. Ю. М. Г. 1894.—Резников. К вопр. о влиянии серд. болезней (порока сердца) на менструацию. Еж. 1895.—Ракеев. Два сл. смерти от острой анемии во вр. регул. Ж. А. 1896.—Ануфриев. К каз. меноррагий после извлечения зубов. Р. Вр. 1905.—Левинович. К вопр. об анатомич. изменениях слиз. оболочки матки при кровотечениях. Отч. Р. Вр. 1907.—Ланда. К каз. кровотечений из ж. пол. органов на почве гэмфилии. Вр. Г. 1912.—Букоемский. Склероз матки и его отношения к маточным кровотечениям. Тер. Об. 1913.—Борисов. К вопр. о мат. кровотечениях в климактерии. Ж. А. 1914.—Орлов. О женской гэмфилии и ее лечении. Вр. В. 1921.—Гейманович. Применение человеческой сыворотки последнего периода беременности при неудержимых кровотечениях. Вр. Д. 1926.—Александров. Новейшие проблемы в учении о причинах мат. кровотечений. Реф. Ж.—Гудим-Левкович. Маточные кровотечения в связи с геморрагическим диатезом и с дисфункцией яичника. Гин. и Ак. 1923.

Менструации викарные (стр. 20): Долганов. Сл. одновременных месячных через влагалище и кожу век левого глаза. Вр. 1900.—Панкратьев. Врожденная аменоррея и менструация из кожи живота. I. С. Хир. Лев. Укр.

Методы лечебные, господствующие в гинекологии (стр. 311—312): Лебедев. Увлечение в совр. гинекологии оперативным лечением. Вр. 1896.—Проскурякова. К вопр. о применении физических методов лечения при гинек. заболеваниях. Отч. Вр. Г. 1916.

Метроррагии (стр. 13—14): Жуковский. Кровотечения из пол. органов у новорожд. девочек, как явление патологическое. Вр. Г. 1904.—Муратов. Сифилитическая метроррагия. М. Об. 1907.—Марков. О метроррагиях при сифилисе. Ж. А. 1911.—Яворский. Маточные кровотечения сифилитического происхождения. V. С. Р. А.

Молочница женского полового канала (стр. 162): Панфилович. Сл. страдания влагалища микотического свойства. Пр. О. Кал. Вр. 1890.

Мочевые органы, исследование их у женщин (стр. 114—120): Корженевский. Мед. П. к М. Сб. 1884.—Феноменов. Зеркало для исслед. полости моч. пузыря. Пр. О. Р. В. 1884/85.—Лебедев. Вр. 1897.—Губарев. Ж. А. 1899.—Редлих. Цистоскопия и зондирование мочеточников как методы исследования гинекологин. Ж. А. 1906.—Еремич. Об одном признаке отл. распознавания опухолей бр. полости. Ж. А. 1909.—Брандт. О прим. цистоскопии в гинекологии. Тер. Об. 1912.—Горвиц и Ипатов. Цистоскопия и катетеризация мочеточников как вспом. диагн. средство в гинекологии. Ж. А. 1913.—Давыдов. К вопр. о взаимоотношении между гинекологией и женской урологией. Сб. по пов. 75-летия Макс. Л.

Мочепускание, его расстройства у гинекологических больных (стр. 36—39): Эберман. Два замечательных случая пузырно-влагалищных свищей В. М. Ж. 1862.—Кушниц. К каз. самопроизвольного вскрытия пиосальпинкса через мочевой пузырь. Вр. Г. 1912.—Литвак. О влиянии фиброматозных опухолей передней стенки матки на функциональную деятельность мочевого аппарата. Ж. А. 1924.

Наклонения (верзии) матки патологические (стр. 260—264): Горвиц. Об отношении наклонений матки к загибам ее. Мед. И. 1865.— Кистер. К вопросу о норм. положении небеременной матки и патол. значении верзий ее. Дисс. М. 1876.— Груздев. К вопросу о клин. значении наклонений и перегибов матки кзади. Каз. М. Ж. 1921.— Какушкин. О положении матки в тазу в связи с вопросом о чрезмерном ее наклонении кпереди. Гин. и Ак. 1923.— Москаленко. Анат. мат. к вопросу о ретроверзии матки. Ж. А. 1924.— Шифлинг. Влияние проф. труда грузчиц на пол. сферу. Сар. В. Здр. 1925.— Маджугинский. Ретродевиации матки в свете проф. патологии. Гин. и Ак. 1927.

Нервная система вегетативная, роль ее в патологии женской половой сферы (стр. 128): Гофман. О роли вегетативной нервной системы в гинекологии и акушерстве. Вр. Об. 1926.

Оожка опухолей, ее исследование (стр. 80—82): Заяицкий. К каз. торзии ножки при опухолях яичников. М. Об. 1889.

Обезболивание при гинекологических операциях (стр. 467—483): Алексеев. Об эфирном и смешанном наркозе. Вр. 1896.— Полотебнов. Краткие сведения о наркозе при операциях, произв. проф. Лебедевым. Сб. Леб.—Соколов. Общее обезболивание по Schleich'у.—Кравков. О гедонал-хлороф. наркозе. Р. Вр. 1903.—Кац. Спинальное обезболивание в гинекологии. Р. Вр. 1903.—Какушкин. Нескол. слов о болеутолении, обезболивании и наркозе в акуш. и гинпрактике. Пр. Вр. 1903.—Пуссеп. О влиянии гедонал-хлороф. наркоза на внутричерепное кровообращение. IV Пир. С.—Бонштерт. О гед-хлороф. наркозе. Там же.—Подгорецкий. К вопросу о смеш. гед.-хлороф. наркозе. Там же.—Федоров. О смеш. гед.-хлор. наркозе. IV С. Р. Хир.—Мыкертъянц. Об общей анестезии. Ж. А. 1905.—Миц. О гед.-хлор. усыплении. V С. Р. Х.—Скорбанский. О применении спинномозг. анестезии в гинекологии и хирургии. Ж. А. 1907.—Куковеров. О спинномозг. анагезии. Дисс. СПб. 1909.—Брюль. О местной анестезии при гин. операциях. Нов. М. 1909.—Акимов-Перетц. К вопросу о поздних осложнениях при хлор. наркозе. Р. Вр. 1910.—Брандт. О скололамин-морфий-эфирном наркозе. Тер. Об. 1910.—Гликман. О сочет. гед.-хлор. наркозе. Вр. Г. 1910.—Варгасова. О применении спинномозг. анестезии при гин. операциях. Н. М. 1910.—Федоров. Внутрив. наркоз гедоналом. Ж. Ак. 1910.—Еремич. О внутривенн. гед. наркозе. Дисс. СПб. 1910.—Кадьян и Шор. Сл. смерти от гедонала. Р. Вр. 1910.—Кравков. О внутрив. гед. наркозе. Р. Вр. 1910.—Лычковский. К технике внутривенн. гед. наркоза. Р. Вр. 1910.—Опель. К вопросу о внутрив. гед. усыплении. Изв. В.-М. Ак. 1910.—Поленов. К вопросу о применении внутрив. гед. наркоза. Вр. Г. 1910.—Крижевский. О гед.-хлор. наркозе. Вр. Г. 1910.—Альбинский. К вопросу о внутрив. гедон. наркозе при чревосечениях. Р. Вр. 1911.—Заботкин. О кров. давлении у людей во вр. операции под внутрив. гед. наркозом. Дисс. Кроншт. 1911.—Поленов. Внутрив. гедон. наркоз при операциях в бр. полости. X. С. Р. Х.—Сидоренко. Внутрив. гед. наркоз. Там же.—Путятина. Pantoponscopolamin'овый наркоз при гин. операциях. Пр. В. 1912.—Иогансен. К вопросу о пантопонскололам. наркозе. М. Сб. 1912.—Сенкевич. 100 сл. гед.-хлор. усыпления. Р. Вр. 1912.—Мухадзе. К вопросу о внутрив. гед. наркозе. Хир. 1912.—Рыдник. Внутр. гед. наркоз при гин. операциях. Р. Вр. 1912.—Клейнман. К вопросу об усов. методах наркоза вообще и в частн. о скололамин-пант. наркозе при гин. операциях. Ж. А. 1913.—Березнеговский. Внутрив. наркоз. Изв. Томск. Ун. Арх. Вельям. 1913.—Ласточкин. О гедон. наркозе. Хир. 1913.—Никольский. Стол для гедон. внутрив. наркоза.

Хир. 1913.—Сидоренко. К технике внутрив. гедал. наркоза. Тр. Пир. О. 1913.—Сидоренко. К вопросу о внутрив. гедал. наркозе. Арх. Вельям. 1913.—Сидоренко. Наблюд. над внутрив. гедал. наркозом на основ. 4000 сл. XIII С. Р. X.—Рыдник. Дальн. наблюдения над внутрив. гедал. наркозом при гин. операциях. Р. Вр. 1914.—Мельников. О внутрив. гедал. наркозе при уменьш. круге кровообращения. XIII С. Р. X.—Пейсахов. Наблюдения над внутрив. гедал. наркозом. Там же.—Болондзь. Клини. и экспер. наблюдения над внутрив. гедал. наркозом. Сб. Грузд.—Софотеров. К вопросу о спинномозговой анестезии в гинекологии. К. М. Ж. 1924.—Платонов и Вельвовский. К вопросу о применении гипноза в хирургии, акушерстве и гинекологии. Вр. Д. 1924.—Калинников. К вопросу о применении гипноза в гинекологии и акушерстве. Сар. В. З. 1924.—Какушкин. Клини. набл. над внутривенным гедал. наркозом. VI С. Р. А.—Атабеков. Рахианестезия в гинекологии. Кл. М. 1924.—Касперова-Савичева. Область применения спинномозговой анестезии в гинекологии и пр. Куб. Н. М. В. 1924.—Тарло. К вопросу о внезапной смерти при хлороформном наркозе. К. М. Ж. 1925.—Казаченко-Триродов. О применении гипноза при гин. операциях. Вр. Г. 1925.—Белиц. О поясничной анестезии. Кл. М. 1925.—Соколов. 300 сл. спинномозговой анестезии новокаином. М. М. Ж. 1925.—Вендерова-Боканова. О спинномозговой анестезии при гин. и ак. операциях. Р. Кл. № 26.—Ольшанецкий. К технике наркоза. Сб. Орл.—Вачагдзе. Спинномозговая анестезия в гинекологии. VII С. Р. А.—Николаев. Гипноз при родах и операциях. К. М. Ж. 1926.—Вартминский. К вопросу об оживлении больных впрыскиванием адреналина в сердце. К. М. Ж. 1926.—Курамшина. Опыты применения сакральной анестезии в гинекологии. Ж. А. 1926.—Драверт. К вопросу об эпидуральном крестцовом обезболивании новокаином при хир. операциях. К. М. Ж. 1926.—Елкин. К вопросу о применении регионарной анестезии при нек. гин. операциях. Ж. для ус. в. 1926.—Хохлов. Спинномозговая анестезия при гин. операциях. Кл. Ж. Сар. Ун. 1927.—Гоголов. Нек. наблюдения при спинномозговой анестезии. Там же.

Обеззараживание инструментов, перевязочного и лигатурного материала и пр. (стр. 456—464): Муринов. Об изменении струнных лигатур после наложения их на матку и кров. сосуды. Дисс. СПб. 1875.—Лазаревич. Опыты над прочностью нек. лигатур, употр. при овариотомии. Вр. 1882.—Писемский. Бакт. исследования шелк. лигатур и губок, употр. при чревосечениях. Пр. Киев. А. О. III.—Казембек. К вопросу об асептичности губок, употр. при чревосечениях. Сб. Слава. 1894.—Строганов. Добывание поср. самовара стер. воды для асепт. операций. Ж. А. 1894.—Губарев. О выборе материала для хир. швов. Ж. А. 1897.—Грейфе. О швах из оленьих сух. нитей. I. С. Р. А.—Грейфе. Сосуды для хранения оленьих сухих нитей и пр. М. Сб. 1900.—Кривошеин. К вопросу о стерилизации кэтгута сух. жаром. Р. Вр. 1902.—Пяткин. Применение иодкэтгута для лигатур и швов. Тр. М. А. О. 1904.—Ануфриев. Неск. замечаний об иодкэтгутах. Р. Вр. 1905.—Соловьев. К вопросу о приготовлении и применении в хир. и гинек. иодного кэтгута. Р. Хир. Арх. 1905.—Заусайлов и Теличенко. О хир. лигатурах. Пр. В. 1906.—Толмазов. Допустима ли упрощенная хир. чистота и как ее достигнуть. Гин. и Ак. 1922.—Быков. Дальн. наблюдения над применением пуловинных нитей вместо кэтгута. Ж. А. 1925.

Обеззараживание рук оперирующего и кожи вообще (стр. 453—455): Михинов. К вопросу о проникании бактерий через кожу при втирании. Р. Мед. 1889.—

Ануфриев. О двунодистой ртути как antisepticum в гинекологии. Ж. А. 1897.— Сицинский. Стерилизация рук и резинов. перчаток в ак. практике. Ж. А. 1903.— Рашекс. К вопросу о пользе резиновых перчаток в ак. практике. Ж. А. 1903.— Тамсон. Применение резинов. перчаток и их обеспложивание. Р. Вр. 1909.— Груздев. К вопросу о замене резинов. перчаток в ак.-гин. практике. Нов. М. 1910.— Бубличенко. О дезинфекции кожи иодом. Отч. Вр. Г. 1910.— Анисеев. К вопросу об обеззараживании спиртом и иодом кожи операц. поля и рук. Ж. А. 1913.— Дубянская и Чистяков. О стерилизации хир. перчаток и «перчаточного сока». Вр. Г. 1914.

См. также литературу по вопросу об обследовании рожениц в «Курсе акушерства».

Опухоли женской половой сферы интралигаментарные (стр. 94, 243): Васильев. Мат. к диагностике и лечению кист. шир. мат. связок. Хир. В. 1886.— Новицкий. К диагностике межсвязочных кист яичника. П. Кавк. М. О. 1895.

Опухоли женской половой сферы пролиферирующие (стр. 178—247): Севастьянов. Анатом. исследование нек. новообразований в ж. пол. органах. Дисс. Харьк. 1862.— Улезко-Строганова. К вопросу о самоизлечении новообразований. П. С. Р. А.— Кедрова. Опыт разработки учения о гигантских опухолях ж. пол. сферы. Дисс. Каз. 1914.— Улезко-Строганова. Злокач. опухоли в ж. пол. сфере. I Рак. С.— Новиков. О происх. доброкачественных и злокачественных опухолей матки. Зап. Ек. Пов. И. 1921.

Опухоли женской половой сферы смешанные (стр. 240—242): Шклярский. Окостенение матки (ossificatio uteri). Тр. О. Р. В. 1843.— Дейч. Пат. продукты в ж. пол. органах. М. Вр. Ж. 1847.— Быстроумова и Эккерт. Rhabdomyoma uteri etc. Ж. Рудн. 1874.— Васильев. Osteoma ovarii. Ж. Рудн. 1874.— Кашеварова-Руднева. Матер. для пат.-анат. мат. влагалища. Дисс. СПб. 1876.— Якобсон. Липофибромиома матки. Ж. А. 1902.— Томашевский. К вопросу о смеш. опухолях влагалища и шейки матки в связи с уч. о смеш. опухолях вообще. Х. Арх. 1910.— Кутасов. К вопросу о гетерол. сочет. жиросод. опухолях матки. Ж. А. 1911.— Емельянов. Сл. костного образования в ф. трубе. Р. Вр. 1911.— Бекман. К уч. о гетерол. мезодермальных новообразованиях шейки матки. Ж. А. 1913.— Улезко-Строганова. К вопросу о смешанных опухолях матки. Р. Гин. В. 1919.— Денисова-Архангельская. Сб., посв. 150-летию Кл. Б. У МГУ.

Опущение и выпадение рукава (стр. 270—272): Лукин и Михельсон. Сл. влагалищной грыжи. Мед. Пр. к М. Сб. 1878.— Прокофьева. О сл. выпадения верхней задней стенки влагалища. Вр. 1889.— Алексеева. Выпадение передней стенки влагалища у 6-летней девочки. Ежен. 1900.— Бабадаглы. К вопросу о взаимоотношении смещений матки и влагалища. Сб. Орл.

Органы, отдаленные от половой сферы, их расстройства у гинекологических больных (стр. 41—44): Воскресенский. Дем. больной с истеротрипсией. Пр. Киев. Ак. О. II.— Куэ-Вигандт. Сл. упорной рвоты с прод. голоданием в связи с менструацией. Г. Ботк. 1887.— Познанская. Сл. неукр. рвоты вне беременности. Мед. 1891.— Марьянич. О соотношении между заболеваниями пол. органов и носа. Отч. Ж. А. 1898.— Белидовский. К вопросу о влиянии ж. пол. сферы на заболевание органов зрения. В. Офт. 1899.— Либов. О связи заболеваний ж. п. органов с заболеваниями носа. Р. Вр. 1902.— Михнов. О пограничных и отдаленных областях акушерства и гинекологии. Ж. А. 1903.— Линген. О нек. отношениях между фибромами матки и сердцем. Р. Вр. 1906.— Снегирев. Электрокардиогра-

фические наблюдения в обл. гинекологии. Ж. А. 1911.— Валединский, К. вopr. о скоплении жидкости в плевральных полостях при доброкачественных кистах яичника. Вр. Г. 1911.— Мишин. Об отдаленном влиянии физиол. функций и функц. расстройств. ж. п. органов. Тр. Кл. Бор. Ун., т. II.

Орошение постоянное (стр. 323—326): Феоктистов. По пов. техники прод. орошения влагалища и матки. Вр. 1884.— Мордвинов. К вopr. о лечении рагаметритис и рагаоорхолитис при пом. пост. орошения водой в 30—33 Р. Тр. М. О. Р. В. 1885.— Крузеиштерн. Заметка о морозовском аппарате для влаг. пост. горячих орошений. Н. Б. 1887.— Мордвинов. О лечении выпотов в области ж. пол. органов пост. влаг. орошением. II Пир. С. Отч. Вр. 1887.— Артемьев. Автом. влаг. ороситель. Вр. 1888.— Голоушев. К вopr. о пост. влаг. орошении. М. Об. 1889.— Недзведзкий. Видоизменение мороз. аппарата для пост. влаг. орошения. М. Об. 1890.— Каушкин. О присас. силе пост. влаг. орошения. М. Об. 1891.— Поюровский. Применение пост. орошения для приготовления пузырных фистул к оп. лечению. Ж. А. 1894.— Федулов. К вopr. о применении пост. орошения при залуценных пуз.-влаг. фистулах. Ж. А. 1895.— Александров. О холод. влаг. орошениях. Вр. Г. 1908.— Губарев. О нек. особенностях местного лечения очаговой инфекции и о пост. орошении проф. В. Ф. Снегирева. Кл. М. 1926.— Быков. О применении водоструйного насоса при лечении гин. заболеваний. Кл. Ж. Сар. Ун. 1927.

Парацентез и пробная пункция (стр. 107—111): Сережников. К дифф. распознаванию эхинококки и др. меш. образований ж. пол. сферы. Ж. А. 1894.— Каушкин. Из наблюдений над пробной пункцией таз. скоплений и выпотов. Ж. А. 1913.

Патология женской половой сферы профессиональная (стр. 128): Курдиновский. Методологическое введение в соц. гинекологию. Кл. М. 1926.— Вавилова. Гин. обследование работниц моторного цеха фабрики «Красная швея». М. М. Ж. 1926.— Либов. Влияние пром. труда на пол. сферу женщины. Лен. М. Ж. 1926.— Шварева, Бронникова и др. Результаты обследования группы женщин-работниц трамвайного парка с точки зрения профпатологии. Там же.— Силин. Влияние работы женщин-кондукторов эл. трамвая на пол. сферу их. Там же.— Лурье. Влияние профессий на гин. сферу женщины. Там же.— Бушмакина. К вopr. о влиянии проф. труда на организм женщины. Ирк. М. Ж. 1927.

Перегибы (флексии) матки патологические (стр. 264—268): Бубнов. Искривления матки, механизм и условия их образования. Дисс. СПб. 1864.— Змеев. К вопросу о сущ. пат.-анат. изменений в месте искривления матки. М. М. Г. 1875.— Исполатов. Сл. неукротимой икоты, излеч. зашиванием разрыва промежности и репозицией ретрофл. матки. Тр. М. О. Р. В. 1884.— Якубовский. Острый случай retroflexio uteri, сопровождавшийся явлениями шока. Тр. М. А. О. 1890.— Фейнберг. О совр. взгляде на сущность и терапию ретроверзии-флексии матки. Ж. А. 1897.— Рабинович. Симптоматология загибов и уклонений матки кзади по совр. литер. данным. Вр. Г. 1915.— Яковцев. К вopr. о ретрофлексии матки, вызываемой образованием опухолей в ее стенке. Арх. И. для усов. вр. 1922.— Гутнер. Может ли ретроверзия-флексия быть врожденной? Ж. А. 1925.

Перекручивание матки по оси (стр. 268—269): Груздев. К вopr. о перекручивании ножки яичниковых опухолей. Вр. Г. 1903.— Рогов, см. «Фибромиомы ж. пол. сферы».— Мухина, см. там же.— Константинов. К вopr. о перекручивании матки по прод. оси. Вр. Д. 1923.

Пессарии и гистерофоры (стр. 367—376): Савостицкий. Из хир. практики. М. М. Г. 1863.—Лазаревич. Маточные винты, или дренажные выпрямители. Пр. О. Р. В. 1868/69.—Тарновский. О механических маточных снарядах. В.М. Ж. 1869.—Горелейченко. Значение мех. терапии при разл. вида отклонениях матки. М. М. Г. 1876.—Попель. О механич. терапии болезней матки. М. М. Г. 1877.—Дубенский. К каз. лечения гистерофорами Цванка-Шиллинга выпадений матки. Р. Мед. 1884.—Какушкин. К технике вправления выпавших матки и влагалища при явлениях ущемления. Ж. А. 1893.—Ямпольский. Самодельный деревенский пессарий. Ж. А. 1900.—Шренк. Кольцо для лечения выпадения матки. V Межд. С. Г.—Томсон. Лечение выпадения ж. пол. органов пессариями. Ж. А. 1924.—Томсон. Совр. положение вопроса о лечении *retroversio-flexio uteri*. Ю. М. Г. 1924.

Повреждения женского полового канала травматические (стр. 275—295): Пеликан. Суд.-мед. исследования скопчества. СПб. 1875.—Гер-Менасов. Сл. иск. образования моч. камня в мат. рукаве. Пр. Кавк. М. О. 1880/81.—Лапин. К вопросу о травм. повреждениях нар. пол. органов женщины у сектантов. Вр. В. 1881.—Зедергольм. О так наз. оскоплении женщин. Пр. О. Вр. Под. Г. 1881/82.—Львов. О повреждениях ж. пол. органов при пол. сношении. Ж. А. 1894.—Михнов. К вопросу о повреждениях влагалища (*sub coitu*). Вр. 1896.—Рачинский. Мат. камни. Ж. А. 1901.—Балин. К вопросу о разрыве влаг. стенок во вр. половых сношений. Р. Вр. 1905.—Кауфман. Редк. сл. образования камня во влагалище и пр. Ж. А. 1905.—Тихов. Об инор. телах во влагалище. Хир. 1906.—Груздев. К вопросу об инородных телах в брюшной полости и об отношении к ним брюшины. Р. Вр. 1906.—Распопова-Виноградова. К вопросу о повр. ж. пол. органов во вр. пол. сношений. Р. Вр. 1907.—Борткевич. Флеболиты в стенке влагалища. Р. Вр. 1911.—Бондарев. К вопросу об этиологии повреждений влагалища *sub coitu*. Ж. А. 1912.—Кастанаев. К вопросу об инородн. телах в матке. Вр. Г. 1913.—Кушталов. Флеболиты матки. Ж. А. 1915.—Брауде. Пробождение матки, профилактика и лечение. М. 1921.—Черниговский. Мочет.-шеечный свищ после иск. аборта. Ж. А. 1927.

Казуистика повреждений ж. пол. органов sub coitu (стр. 276—277): Боряковский, Пр. Киев. А. О. 1882/86; Бирюков, Пр. О. Дон. В. 1885; Масалитинов, Вр. 1885; Бартель, Вр. 1885; Есипов, М. Об. 1886; Боряковский, Вр. 1886; Савин, Пр. Киев. А. О. 1887; Боряковский, Пр. Киев. А. О. 1889; Синайский, Р. Мед. 1889; Смоличев, Р. Мед. 1890; Гиммельфарб, Ж. А. 1890; Лебедев, СПб. Мед. О. 1892; Амчиславский, Вр. 1892; Вольфович, Мед. 1892; Заболотский, Ж. А. 1893; Михайлов, Пр. Киев. А. О. VIII; Гогоцкий; там же; Феноменов, Ж. А. 1894; Сицинский, Ж. А. 1896; Гальбрейх, Вр. З. 1897; Богатырев. Ежен. 1897; Бездетнов. Вр. 1898; Гопергендлер. Ж. А. 1898; Скробанский, Вр. 1899; Штерн, Ежен. 1899; Кушев, там же; Писемский, Отч. Ж. А. 1900; Жевахов, там же; Модлинский, Вр. 1900 Бонштед, Сб. Леб.; Шостах, Вр. 1901; Решетников, Вр. Г. 1903; Вольтман, Пр. В. 1904; Ривкин, Вр. Г. 1904; Шефтель, М. Об. 1904; Лезин, Р. Вр. 1904; Михин, Р. Вр. 1905; Белинький, Вр. Г. 1905; Калмыков, Ж. А. 1909; Розов, Ж. А. 1910; Розенбергер, Ж. А. 1914; Верт, Ж. А. 1914; Дремлюг, Вр. Г. 1914; Мишин, Гин. и Ак. 1923; Попов, Турк. М. Ж. II; Левина, Сар. В. Здр. 1925; Шифлингер, там же.

Казуистика инородных тел в женском половом канале (стр. 278—281): Тарасенков, М. Вр. Ж. 1858; Жижиленко, Др. З. 1859; Келер, Совр. М.

1863; Бове, М. Об. 1876; Алексеев, М. В. 1882; Паргамин, Вр. 1884; Жбанков, Вр. 1885; Савин, Пр. Киев. А. О. I, III; Никольский, Р. Мед. 1887; Какушкин, Пр. Тамб. М. О. 1887; Ростошинский, там же; Заболотский, Ж. А. 1888; Попов, Ж. А. 1889; Першин, Дн. О. Вр. при Каз. Ун. 1890; Липинский, Пр. О. Вр. Мог. Г. 1890/91; Тышко, Ж. А. 1891; Попов, Совр. Кл. 1895; Фавр. Тр. Харьк. М. О. 1895; Заболотский, Отч. Вр. 1895; Валк, Ж. А. 1896; Василевский, Вр. З. 1896; Галактионов, Тр. М. А.-Г. О. 1896; Евтуховский, Вр. 1896; Генрихсен, Ж. А. 1898; Собестианский, Пр. Кавк. М. О. 1898; Штейн, М. Об. 1898; Орлов, Вр. 1898; Завадский, Пр. Вил. М. О. 1898; Шейнис, Вр. 1899; Герман, В. Об. Гиг. 1900; Феноменов, Пр. СПб. А. О. 1901; Канцельсон, там же; Хейфец, Вр. Г. 1904; Орлов, Р. Вр. 1904; Мансуров, Пр. В. 1905; Шабельский, Ж. А. 1909; Тигер, Пр. Вил. М. О. 1910; Вебер, Отч. Вр. Г. 1910; Гершуц, Ж. А. 1912; Яровой, Вр. Г. 1914; Гаврилов, Сар. В. Здр. 1924; Фельдман, Гин. и Ак. 1926; Семковский, Вр. Д. 1926; Онисимов, Тр. кл. Вр. Ун. II.

Казуистика повреждений женских половых частей, не зависящих от coitus'a и родов (стр. 282—283): Гинзбург, М. Об. 1874; Славянский, Пр. О. Р. Вр. 1881/82; Шепилевский, Вр. 1882; Шидловский, Хир. В. 1888; Оленин, Пр. Тамб. М. О. 1888; Лидервальд, Пр. Пир. О. 1888; Никольский, М. Об. 1911; Паренаго, Вр. Г. 1914; Шибков, Сов. М. на Сев. К. 1927.

Подготовка больных к гинекологическим операциям (стр. 464—467): Ануфриев. О метаст. стрепток. пневмониях после гинекологических операций в связи с дезинфекцией влагалища. Ж. А. 1899.— Орлов. Прибор для защиты операц. поля при влаг. операциях от загрязнения со стороны заднего прохода. Р. Вр. 1910.— Отт. О результатах бакт. исследований при влаг. чревосечениях. Р. Вр. 1912.— Отт. При всех гинекологических, равно как и акушерских случаях, дезинфекция влагалища необходима. Ж. А. 1925.

Позиции матки патологические (стр. 258—259): Горелейченко. Влияние пельвиперитонита на происхождение отклонений матки. Харьк. 1873.— Лазаревич. О врожденном боковом положении матки. VII С. Р. Е. и В. 1883.

Положение больных при гинекологических операциях и устройство операционного стола (стр. 450—453): Феноменов. К вопросу об устройстве операц. стола. Вр. 1886.— Горохов. Об операц. столе с приспособлениями положений по Trendelenburg'u. М. Бес. 1898.— Гриневич. Гинек. и операц. стол. Тер. В. 1900.— Воскресенский. К вопросу о чревосечении на наклонной плоскости. Киев. Ун. Изв. 1900.— Калабин. Простой ногодержатель. Вр. 1900.— Коншин. Дешевый стол для гинекологических и хир. операций. М. Об. 1905.

Положение матки, ея аномалии (стр. 248—270): Кистер. К вопросу о неправ. положениях матки. Тр. М. О. Р. В. 1881.— Кистер. О болезнях движения матки в связи с вопросом о ненормальности положения и формы ее. Там же.— Отт. Патология и терапия неправ. положений матки. СПб. 1890.— Кисель. О положении матки у детей. Пр. Киев. А. О. 1890.

Положения маточных придатков неправильные (стр. 272—273): Савич. О местонахождении воспаленного яичника. В. М. Ж. 1862.— Кадыгровов. К вопросу о первичном перекручивании ф. труб. Ж. А. 1906.— Александров. Роль брюшины при заворотах придатков матки. М. Об. 1912.— Розенберг. Три сл. грыжи ж. пол. органов. Хир. 1913.— Белиц. К вопросу о полном самопроизвольном отделении ф. труб. Кл. М. 1926.

Случаи яичниковых грыж: Лидервальд, Тр. О. Р. В. 1885/86; Миловидов, Пр. Киев. А. О. 1888; Красковский, там же, 1889; Ауэ, Ж. А. 1892; Михайлов, М. О. 1898; Гренков, Вр. 1900; Алтухов, Отч. Вр. 1901.

Случаи трубных грыж: Баратынский, Хир. 1905; Гусев, Хир. 1906; Попов, там же; Хлебников, М. О. Нижн. Пов. 1927.

Пороки развития женской половой сферы (стр. 129—137): Буяльский. Анат.-пат. описания двойной матки и пр. СПб. 1832.—Лесгафт. К вопросу о гермафродитизме у человека. Мед. В. 1871.—Реммерт. О раздвоении матки. Дисс. СПб. 1872.—Вологородский. Сл. гематометры, оставленной без лечения, произвольное вскрытие, выздоровление. М. М. Г. 1876.—Лебедев. Fibromyoma multiplex uteri subseri unicollis. Мед. В. 1878.—Лебедев. Гипоспалия у женщин, Сб. Глеб.—Богданов. Заметки из земской практики. Вр. 1887.—Грабовская. К вопросу об источниках лихорадки при haematocolpos. Вр. 1888.—Захарьевский. Сл. врожденной гидрометры. Ж. А. 1891.—Эберлин. К вопросу о стенозах и атрезиях влагалища и их лечении. Дисс. М. 1895.—Сулима. Три случая двуснастия в одном семействе. Вр. 1897.—Богачевский. IX Пир. С. Отч. Ж. А. 1904.—Новиков. Поводы к опер. вмешательству при пороках развития внутр. ж. пол. органов Вр. Г. 1907.—Гершун. Каз. пороков развития ж. пол. органов в связи с вопросом о расторжении брака. III С. Р. А.—Алексинский. Отч. Вр. Г. 1910.—Груздев. Полная атрезия рукава во вр. беременности, Пр. В. 1910.—Давыдов. По поводу одного случая гермафродитизма. Р. Вр. 1911.—Петкевич. Эписпадия у женщин. Ж. А. 1912.—Груздев. К пат. и тер. atresiae ani vaginalis. Хир. Арх. 1913.—Тизенгаузен. Сл. истинного гермафродитизма с недоразвитыми пол. железами. М. Об. 1915.—Окинчиц. Неправильности в развитии матки, возник. в детском возрасте. Р. Гин. Ж. 1919.—Чукалов. Adenomyoma uteri bicornis bicollis. Сб. Грузд.—Ключарев. К мат. о патогенезе инфантилизма. Арх. Клин. и Эксп. М. 1922.—Цимхес. Сл. истинного гипопластического гермафродитизма. М. Ж. К. 1923.—Соловьев. О значении гипоплазии матки в гинекологии. Ж. А. 1924.—Козлов. Сл. жен. ложного гермафродитизма. К. М. Ж. 1921.—Гинодман и Бартельс. Картина крови инфантиличек при опотерапии, Гин. и Ак. 1925.—Мандельштам. К клинике пороков развития (раздвоение) ж. пол. аппарата. VII С. Р. А.—Соболев. Сл. 16-летней половой жизни при отсутствии влагалища и матки. К. М. Ж. 1926.—Динес. Два случая полного отсутствия влагалища у сестер. Вр. Г. 1927.

Прижигания (стр. 350—353): Архангельский. О каустич. средствах, употребляемых при лечении нек. болезней. Дисс. СПб. 1862.—Владимиров. М. Мед. Г. 1864.—Шевелева. О лечении рака мат. шейки раствором брома. В.-М. Ж. 1878.—Сочава. О лечении рака матки хиосским терпентином, Пр. Харьк. М. О. 1880.—Смольский. Лечение рака матки хиосским терпентином. Тр. О. Р. Вр. 1881/82.—Липовский. Отч. о леч. хрон. царв. эндометрита прижиганиями цинковыми квасцами. Пр. Киев. А. О. II.—Пашкевич. Сл. лечения рака матки жжеными квасцами. Пр. Киев. А. О.—Черномордик. Plumbum causticum для лечения острок. кондилом. Р. Мед. 1890.—Столыпинский. Каленое железо в гинекологии. Ж. А. 1891.—Лебедев. Неск. слов о лечении рака влаг. части матки. СПб. Мед. Об. 1891.—Фафус. 7 сл. лечения рака матки впрыскиваниями салиц. кислоты, М. Об. 1895.—Орлов. О способах лечения рака в запущ. случаях. Вр. 1899.—Груздев. К вопросу о прим. углекальция в гинек. практике. Ежег. 1899.—Калабин. О лечении неопер. случаев рака матки ацетоном. Ж. А. 1908.—Рогов. Сл. излечения послеоп. рецидива рака матки.

Ж. А. 1911.—Кустов. Набл. над применением ol. tereb. в случаях неопр. рака матки. Гин. и Ак. 1924.)

Промывания внутриматочные (стр. 328—329): Боряковский. Внутриматочные наконечники нового устройства. Вр. 1890.—Михайлов. О лечении заболеваний придатков матки восп. характера. М. Об. 1898.

Протеиновая терапия (стр. 429—431): Губарев. О технике применения парэнтеральной терапии. Гин. и Ак. 1922.—Селицкий. Лактотерапия в акушерстве и гинекологии. Там же.—Гудим-Левкович. К вопр. о протеиновой терапии в гинекологии. Там же.—Бутомо. Лактотерапия и ее применение в гинекологии. Там же.—Кустов. К вопр. о протеин. терапии при гинек. заболеваниях. Там же.—Сладкова. К вопр. о протеиновой терапии в гинекологии. Мед. Ж. 1922.—Бушмакина. Клин. наблюдения над применением прот. терапии при гин. заболеваниях, Ирк. М. Ж. 1923.—Фейертаг. Методика и биол. обоснование прот. терапии. VI. С. Р. А.—Елкин. Сравн. результаты прот. терапий и обычных методов рассасыв. лечения при нек. гин. заболеваниях. Там же.—Смирнова. Лечение белками нек. заболеваний ж. пол. сферы. Там же.—Ришар. Гормонолактотерапия при гиполактации и метроррагиях. Там же.—Шустер-Кадыш. Протеинотерапия при восп. гин. заболеваниях. Там же.—Улезко-Строганова. Реактивно-защитительный аппарат, его гистология и гистогенез, а также гист. формы при различных раздражителях в ж. пол. органах. Там же.—Милюткина. Лечение парэнтеральным введением слив. масла. Вр. Г. 1924.—Софотеров. К вопр. о применении протеинотерапии в гинекологии. К. М. Ж. 1925.—Серединский. К лечению гин. заболеваний парэнтеральными инъекциями слив. масла. Вр. Г. 1926.

Профессия женщины, роль ее в этиологии воспалительных заболеваний половой сферы (стр. 165): Ануфриев. Женский труд на лесоп. заводах г. Архангельска и влияние его на пол. сферу работниц. VII. С. Р. А.—Бартельс и Гиндмаи. Профвредности в швейном и резиновом производствах как этиол. моменты для нек. гинек. заболеваний. Там же.—Быков и Утин. О влиянии табачно-махорочного производства на половую сферу женщины. Там же.—Кан. Социальный патогенез вульвитов и вагинитов. Там же.—Софотеров. Данные гинек. обследования работниц пошивочной мастерской «Кр. звезда» г. Самары. Гиг. Тр. 1925.—Дубинчик. Роль профвредностей в этиологии гин. заболеваний у текстильщиц. Ж. А. 1926.

Профилактика женских болезней (стр. 209—302): Бобров. Общие причины ж. болезней и задачи профилактики. Ж. А. 1902.—Добронравов. К вопр. о задачах профилактики ж. болезней. Там же.—Губарев. Профилактика ж. болезней, связанных с родовым актом. Пр. В. 1902.—Грейфе. К вопр. о профилактике перелоя. Ж. А. 1902.—Гентер. Неск. слов о задачах гинекологии. Вр. Г. 1912.—Какунджкин. Евгенетика в гинекологии. VI. С. Р. А.—Гориневский. Роль физических упражнений в гинекологии. Т. и Пр. Физк. 1927.

Психотерапия женских болезней (стр. 434): Кобылянский. Излечение дисменорреи у истерич. больной гипнозич. внушением. Вр. 1887.—Кольский. Сл. вызывания месячных при пом. словесного внушения в сост. гипноза. М. Об. 1887.—Геренштейн. Гипноз в акушерстве и гинекологии. Ж. А. 1924.—Дик. Психические корни вагинизма и лечение его психотерапией. В. Совр. М. 1925.—Федоров. Гипноз и психоанализ в гинекологии. Ж. для ус. вр. 1925.—Геренштейн. Психотерапия в акушерстве и гинекологии. Ж. А. 1925.—Дик. О психол. направлении в гинекологии. М. М. Ж. 1926.—Пырский. К вопр. о психотерапии в акушерстве и гинекологии. Ж. А. 1927.

Радиотерапия женских болезней (стр. 396—405): Тавилдаров, Мезоторий в лечении рака пол. органов женщины. Вр. Г. 1913.—Добберт. Результаты лечения рака матки радием. Ж. А. 1914.—Горвиц-Калитеевская. Радиоактивные тела и их применение в гинекологии. Ж. А. 1914.—Брауде. К техн. лечения злокач. опухолей мезоторием. Ж. А. 1914.—Горвиц-Калитеевская. Радий и мезоторий в гинекологии. Нов. М. 1914.—Касогледов, Ближ. результаты комб. лечения радием и рентгеновскими лучами неопер. форм рака матки и пр. Тр. I Рак. С.—Ильин. Первые опыты лечения радием. Там же.—Браунштейн. Радий при лечении опухолей. Там же.—Улезко-Строганова. Злокач. опухоли мат. под действием радия. Там же.—Васильев, К вопр. о выращивании вне организма клеток злок. новообразований животных и человека. Там же.—Гейнац. Радиотерапия злокачественных новообразований. Там же.—Добберт. Дальн. наблюдения над лечением рака матки радием. Р. Вр. 1915.—Полубинский. Лечение радием и мезоторием рака матки по мат. И. Клин. Пов. Инст. Ж. А. 1915.—Полубинский. Лечение радием и мезоторием рака матки. Дисс. СПб. 1915.—Полубинский. О лечении радиоактивными веществами рака матки. Вр. 1916.—Какушкин. Совр. состояние вопроса о лечении рака матки луч. энергией. Р. Вр. 1916.—Еремич. Обзорение 100 сл. применения радия. Отч. Вр. Г. 1916.—Добберт. Два года радиотерапии. Ж. А. 1916.—Еремич. Краткий обзор 112 сл. применения радия и лучей Р. при раке шейки матки и послеоп. возвр. Нов. М. 1916.—Улезко-Строганова. Дальн. наблюдения над действием радия на рак матки. Ж. А. 1916.—Полубинский. Результаты лечения радием и мезоторием 30 сл. рака матки после 1½-год. наблюдения. Ж. А. 1916.—Полубинский. К вопр. о применении радиоэлементов при раке матки. Ж. А. 1917.—Полубинский. К вопр. об элективности действия радия и мезотория на раковые новообразования. Р. Гин. В. 1919.—Софотеров. К вопр. о действии радия на рак. клетки и др. ткани пораженной раком матки. Докл. в О. Вр. при Ирк. Ун.—Груздев. Радиотерапия рака матки. К. М. Ж. 1922.—Лившиц. О леч. рака матки луч. энергией радия. Ек. М. Ж. 1923.—Полубинский. Итоги радиолечения после 5-летнего наблюдения в Гос. Кл. А.-Г. Инст. Вр. Г. 1923.—Белугин. К вопр. о причинах смерти больных раком матки при леч. радием. VI С. Р. А.—Кускова. Лечение радием рака матки. Там же.—Неменов. О лечении рака ж. п. сферы луч. энергией. В. Рент. III—Груздев. К радиотерапии рака матки. К. М. Ж. 1924.—Кривский. К вопр. о лечении рака шейки матки луч. энергией. Ж. А. 1926.—Ильин. Сравнение результатов лечения рака матки опер. методом и лучами радия и Р. Ж. А. 1926.—Полубинский. Радий и мезоторий при леч. рака матки по мат. Гос. А.-Г. И. Отч. В. Рент. IV.—Покровский. К вопр. о роли соед. ткани при леч. рака шейки матки радием. VII С. Р. А.

Разрывы наружного маточного зева (стр. 283—285): Орябинский. Разл. виды гипертрофии влаг. части мат. шейки в клин. и терап. отношении. Дисс. СПб. 1875.—Агафонов. Разрывы шейки матки. Дисс. СПб. 1883.—Гиммельфарб. Пат. значение и опер. лечение разрывов мат. шейки. Дисс. Од. 1887.

Раки женской половой сферы (стр. 233—240): Башкиров. О раке матки. Дисс. М. 1868.—Рейн. О редкой форме рака шейки матки. Пр. Киев А. О. 1888.—Новицкий. *Ulcus rodens p. vaginalis uteri*. Мед. 1891.—Неелов. К вопр. о чужеродных рака матки. Пр. Киев. А. О. VI.—Строганов. К пат. ф. труб. Отч. Ж. А. 1893.—Миллер. О чужеродных рака матки. V Пир.

С.—Миллер. О чужеродных в одном случае рака яичника. Вр. 1895.—Орлов. К вопросу о раковых чужеродных. Вр. 1897.—Петров. К вопросу о раке матки. Хир. 1903.—Дьяконов. К вопросу о перв. раке влагалища в связи с учением о прививаемости рака. Р. Вр. 1903.—Иванов. О причинах смерти раковых больных. М. Об. 1905.—Петерсон. К вопросу о метаплазии эпителия и пр. Ж. А. 1909.—Улезко-Строганова. Совр. взгляды на патогенез рака. Ж. А. 1909.—Писемский. Мат. к лечению рака ж. пол. органов. Ж. А. 1909.—Груздев. К патологии и терапии рака матки. Р. Вр. 1911.—Новосельский. К вопросу о возрастании смертности от рака. Р. Вр. 1911.—Розанов. Рак яичника у 5-летней девочки. М. Об. 1911.—Бекман. Рак полости матки, перешедший на ф. трубы. Отч. Вр. Г. 1911.—Балдовский. Комбинация рака и тbc матки. М. Об. 1913.—Левитский. К вопросу о первич. раке ф. труб. Ж. А. 1913.—Грамматикати. Об изменениях лимф. желез боковой стенки таза при раке матки. Отч. Вр. Г. 1914.—Дьяконов. Матер. к учению о раке матки. Дисс. Казань. 1914.—Тавилдаров. Поражение влагалища при раке шейки матки. Вр. Г. 1915.—Иовлев. Влияние внутр. секреции пол. и щит. желез на рост. эксп. опухолей. I Рак. С.—Тимофеев. Деятельность Казанской ак.-гин. клиники по борьбе с раком матки за 15 лет. Сб. Грузд.—Бушмакина. Первичный рак ф. труб. Там же.—Ротгер. К вопросу о гистогенезе злок. новообразований. Реф. Ж. 1921.—Цомакион. Первичный рак ф. трубы и тубоовариальной кисты. Екат. М. Ж. 1923.—Кушнир и Чтецова. К пат. анатомии рака ф. трубы. Ирк. М. Ж. 1923.—Зарницкий. К вопросу о раке матки у мол. женщин. Гин. и Ак. 1924.—Малинин. Пат.-анат. изменения кроветворных органов при раковой кахексии. Ж. А. 1924.—Улезко-Строганова. Тончайшие изменения сос.-соед. ткани, предшествующие развитию эксп. рака, и их значение. VII С. Р. А.—Крупенников. Гистолог. изменения таз. лимф. желез и клетчатки при раке матки. VII С. Р. А.—Гительсон. К вопросу о содержании гликогена в раках шейки матки. VII С. Р. А.—Тихомиров. Перв. рак ф. трубы в комбинации с внутр. беременностью. Ж. А. 1926.—Горизонтов. Обзор случаев рака матки и пр. Сиб. Арх. Т. и К. М. I.—Руллэ. К вопросу о раковом заболевании и его лечении. VII С. Р. А.

Случаи рака вульвы (стр. 238): Липинский, Ж. А. 1891; Большесольский, Пр. О. Арх. В. 1891; Типяков, Ж. А. 1892; Выслоух, Мед. Пр. к М. С. 1892; Чагин, Ж. А. 1892; Брандт и Фишер, Сб. Слав. II; Лебедев, Отч. Вр. 1897; Абрамов, Ж. А. 1898; Фраткин, Р. Хир. Арх. 1902; Вебер, отч. Ж. А. 1903; Богораз, Вр. Г. 1907; Выдрин, Отч. Вр. Г. 1912.

Случаи рака бартолиновых желез (стр. 238): Вофф, Ж. А. 1890; Богуславский, Ж. А. 1905; Богуславский, Сиб. Вр. Г. 1909.

Случаи рака женской уретры (стр. 238): Львов, В. 1889.

Случаи рака рукава (стр. 236—237): Грамматикати, Л. Нов. 1884; Беляев, М. Об. 1886; Федоров, Ж. А. 1888; Пчелин, Вр. 1890; Снегирев Тр. М. А. Г. О. 1891; Благоволин, Дисс., М., 1898; Соловьев, М. Об. 1900; Якуб, Р. Вр. 1906; Гиммельфарб, Ж. А. 1907; Гудим-Левкович, Ж. А. 1911; Скутул, Пр. В. 1911; Бунина, Ж. А. 1914; Недодаев, Ж. А. 1915; Орлов, Г. Бот. 1915.

Случаи плоскоклеточного рака тела матки (стр. 227): Заболотский, Ж. А. 1895; Самгин, Отч. Вр. Г. 1915.

Случаи первичного рака яичников (стр. 234—235): Кушталов, Ж. А. 1911; Букоемский, Р. Вр. 1911; Парийский, Тр. О. Рост. и Нах. 1913; Никогосов, Кл. Ж. Сар. Ун. 1926.

Случаи метастатического рака яичников (стр. 235): Хайкис (по Клейнману); Клейнман, Ж. А. 1911; Белозор, Вр. Г. 1923; Хаютин, Сб. Орл.; Вамберский, Ж. А. 1927.

Случаи опухоли Крукенберга (стр. 235—236): Бурдзинский, Ж. А. 1907; Занченко, там же; Улезко-Стрѣганова, Ж. А. 1910; Шестакова, Ж. А. 1914; Волошинова-Филатова, Ж. А. 1914; Никольский; Личкус, Отч. Вр. Г. 1916; Малинин, Гин. и Ак. 1924; Мед. Об. Н. Пов. 1924; Никогосов, Кл. Ж. Сар. Ун. 1926.

Случаи фолликулярного рака яичников (стр. 235): Михнов, Вр. 1892; Тавицдаров, Гин. и Ак. 1922; Бродский, Ж. А. 1926.

Расстройство обмена у гинекологических больных (стр. 44—46): Данилло, Клин. исследование о частоте заболеваний пол. сферы у душ.-больных женщин. Вр. 1882.—Добронравов. О взаимн. соотношении между женскими и нервными болезнями. Вопр. н.-псих. М. 1903.—Пекарская. К вопр. об изменении состава крови при фибромиомах матки. Р. Вр. 1911.—Bossi. Болезни матки и яичников и психозы. Ж. А. 1913.

Расширение цервикального канала (стр. 94—103): Левкович. Применение стебля *laminariae dig.* в терапии ж. болезней. Пр. О. Р. В. 1864/65.—Сочава. О новом способе приготовления пресс. губки для расширения канала шейки матки. М. В. 1868.—Кистер. Об опасностях, сопряж. с употреблением сжатых губок и о средствах к их избежанию. М. М. Г. 1872.—Бундель. О приготовл. сжатой губки. Совр. М. 1874.—Сочава. О нов. расширителе матки. Пр. Харьк. М. О. 1874.—Чудовский. Нов. усов. метод. расширения, употр. Негат'ом. М. В. 1879.—Соловьев. О бескр. расширении шейки матки поср. корня *tupelo*. М. Об. 1880.—Тихомиров. О микроск. и микрож. свойствах корня *tupelo*. Тр. М. Физ.-М. О. 1881.—Кистер. Иск. расширение шейки небер. матки. Там же.—Шлезингер. Об асепт. расширении матки. Р. Мед. 1885.—Крузенштерн. Пресс. губки *Jungblüth'a* и гуттап. трубки Шлезингера. Н. Б. 1886.—Ляхницкий. Нов. способ пригот. обеззар. палочек *tupelo*. Пр. Киев. А. О. Вып. 3.—Губарев. Выбор инструмента для быстрого расширения шейки матки. Ж. А. 1895.—Дмитровский. Механ. расширение матки на трупе. Дисс. СПб. 1895.—Сердюков. Сл. излома ламинария в шейном канале матки и послед. затруднения при извлечении обломков. Вр. Г. 1917.

Реакции биологические, применяемые для целей диагностики в гинекологии (стр. 121—124): Дембская. К вопр. о серодиагностике и вакцинотерапии при гинек. перелое. Нов. М. 1910.—Вайнштейн. Сравн. распозн. и предск. значение лейкоцитоза и определения опсонит. показателя при нек. заболеваниях ж. половых органов. Р. Вр. 1910.—Штернберг. Вакцинодиагностика перелоя у женщин. Нов. М. 1911.—Михин. Метод *Calmett'a* в акуш. и гинекологии. Ж. А. 1912.—Дмитриев. Кожная реакция при перелое. Вр. Г. 1913.—Пекарская. Скрытая (потенц.) щелочность крови и ее колебаний у гин. больных при опред. ее прибором *Engel'a*. Р. Вр. 1913.—Висковский. Значение реакции *Abderhalden'a* в распознавании опухолей ж. пол. сферы. Ж. А. 1915.—Мандельштам. Клиническое значение реакции осаждения эритроцитов в гинекологии. Вр. Г. 1923.—Бронникова. К вопр. о методике реакции осаждения эритроцитов и ее значения в гинекологии. К. М. Ж. 1924.—Теребицкая-Попова. Значение реакции скорости осаждения эритроцитов в гинекологии и акушерстве. VI. С. Р. А.; Ж. А. 1924.—Мандельштам. Диагн. и прогн. значение реакции скорости оседания эритроцитов в гинекологии и акушерстве. Там же.—Мандельштам. О нек. биологических из-

менениях плазмы при гин. заболеваниях и во время беременности. Там же.—Изаксон. Реакция оседания эритроцитов. Там же.—Крупенжикова. Диагн. значение реакции оседания кровяных телец у гин. больных. Мед. М. III.—Ханина-Гайдук. Клин. наблюдения над реакцией скорости оседания эритроцитов. К. М. Ж. 1925.—Мандельштам. Бакт. контроль чувствительности реакции оседания эритроцитов при восп. гин. заболеваниях. Ж. для ус. вр. 1925.—Мандельштам. Биол. основы реакции оседания эритроцитов. Ж. А. 1925.—Изаксон. Клин. значение реакции оседания эритроцитов для гинекологии и акушерства. Киев. М. Ж. 1925.—Бакшт. Сфера применения реакции Davis'a в гинекологии. Ж. для ус. вр. 1923.—Трубицын. Гэмограмма Schilling-Arneha в гин. практике. К. М. Ж. 1926.—Тарло. Опыт применения сталагмометрического метода исследования мочи в гинекологии и акушерстве. К. М. Ж. 1926.—Геренрот. Реакция оседания эритроцитов в гинекологии. Сар. В. Здр. 1926.—Трубицын: Клин. ценность реакции Кана для диагностики карцином. Гин. и Ак. 1926.—Яропольская-Цымбульская. К вопр. о значении реакции оседания эритроцитов в гинекологии. Сиб. Арх. Т. и Кл. М. II.—Живатов. Микрометодика реакции скорости оседания эритроцитов. В. С. М. 1927.—Морозова, Грацианский и Сердюков. Реакция оседания в гинекологии и акушерстве. VII С. Р. А.—Папитов. Клин. значение реакции Bordet-Gengou при восх. форме женской гонорреи. VII С. Р. А.—Барский. Изоагглютинационная характеристика человеческой крови и ее значение в ак.-гин. клинике. Ж. А. 1927.—Синебрюхов. Реакция Lange и Heneга в гинекологии. Мед. М. IV!—Оттенсон. Реакция Botelho. Ж. А. 1927.

Рентгенодиагностика в гинекологии (стр. 113—114): Рейнберг и Арнштам. Новые ан.-физиол. данные рентнеолог. исследования матки и труб при пом. липодола. Вест. Рентг. IV.—Рейнберг и Арнштам. Клиническое значение метросальпингографии. Там же.—Диллон и Брауде. Рентгенография ж. пол. органов. IV С. Рент.—Гинзбург и Строкова. К рентнеол. изучению полости матки и труб введением контрастных сред. Там же.—Сюрдюков. Крит. оценка совр. методов диагностики трубного бесплодия. Ж. А. 1927.

Рентгенотерапия женских болезней (стр. 386—395): Окинчиц. Квопр. о рентгенизации яичников. Ж. А. 1906.—Зарецкий. Эксперим. х-атрофия яичников и ее результаты. Ж. А. 1908.—Зарецкий. Рентгенизация яичников и пр. Дисс. СПб. 1908.—Зарецкий. Опыт лечебной рентгенизации яичников. Ж. А. 1909. Неменов. К технике лечения лучами Röntgen'a гинекол. заболеваний. Р. Вр. 1909.—Зарецкий. Рентгенотерапия в гинекологии и акушерстве. СПб. 1912.—Неменов. О лечении фибромиом и мат. кровотечений лучами Röntgen'a. Р. Вр. 1912.—Зарецкий. Кр. очерк. совр. состояния гин. рентгенотерапии. Р. Вр. 1912.—Александров. О лечении фибромиом матки. Вр. Г. 1912.—Александров. Лечение фибромиом матки как вопрос дня совр. гинекологии. Нов. М. 1913.—Александров. Лечение фибромиом матки лучами Р. Ж. А. 1913.—Поповский. Рентгенотерапия миом. Тер. Об. 1913.—Александров и Вермель. Лечение фибромиом матки лучами Р. Отч. Вр. Г. 1913.—Зарецкий. О путях гин. рентгенизации. Ж. А. 1913.—Кривский. Дем. препаратов фибром матки, подв. раньше рентгенизации. Отч. Ж. А. 1913.—Неменов. Лучи Röntgen'a в гинекологии. XII. Пир. С.—Карлин. Соврем. состояние р нтгенотерапии в гинекологии. М. Об. 1913.—Фрумцна. Глубокая рентгенотерапия в гинекологии. Вопр. Н. Мед. 1913.—Александров. О рентгенотерапии в гине-

кологии. Отч. Ж. А. 1914.—Калмыков, О лечении рака матки рентгеновскими лучами. Ж. А. 1914.—Александров. Новые пути в лечении гин. заболеваний. Нов. М. 1914.—Зандукели. О технике гинек. рентгенотерапии. Отч. Вр. Г. 1914.—Либерзон. К вопр. о прим. лучей Röntgen'a в гинекологии. Там же.—Неменов. Лечение злок. новообразований лучами Röntgen'a. I Рак. С.—Гамбаров. Рентгенотерапия доброк. и злок. опухолей. Там же.—Воллосович и Зарецкий. Наблюдения в области гинек. рентгенотерапии. Ж. А. 1915.—Редлих. Рентгенотерапия миом матки. Отч. Вр. Г. 1915.—Редлих. К технике и клинике рентгенотерапии миом матки. Ж. А. 1916.—Бонштедт. Рентгенотерапия фибромиом матки и климакт. кровотечений. Ж. А. 1916.—Козлов. О влиянии рентгеновских лучей на матку животных. Сб. Грузд. Дисс. Каз. 1920.—Гольст. Совр. рентгенотерапия рака в гинекологии. Вр. Д. 1922.—Дергачева. Результаты рентгенотерапии фибромиом матки и клин. меноррагий etc. Ж. для ус. вр. 1924.—Брауде. Рентгенотерапия восп. заболеваний ж. п. органов. Р. Кл. 1925.—Михайлов. К методике рентгенотерапии восп. заболеваний ж. п. органов. Р. Кл. 1925.—Теодор. Рентгенотерапия острых и простудных воспалений ж. п. сферы. Ж. А. 1925.—Каплан. Новейшие течения в рентгенотерапии миом и мат. кровотечений. Р. Кл. 1926.—Гольдштейн. Рентгенизация селезенки при гинек. кровотечениях. Вр. Г. 1926.—Неменов, Аронштам и Новотельнова. Рентгено- и радиотерапия рака ж. п. сферы. Вр. Д. 1926.—Архангельский. Лечение лучами Р. восп. процессов ж. п. сферы. Отч. В. Рент. IV.—Порховник. Лечение явлений выпадения функции яичников при климаксе путем освещения Р. лучами щит. железы и гипофиза. Отч. там же.—Каплан. Рентгенотерапия явлений выпадения в климактерии. Отч. там же.—Гамбаров. Рентгенотерапия восп. заболеваний придатков. VII С. Р. А.—Морозова и Савельева. К вопр. о рентгенотерапии восп. забол. ж. п. сферы. VII С. Р. А.—Теодор. Р. облучение селезенки при мат. кровотечениях. VII С. Р. А.

Рубцовые изменения ж. пол. канала (стр. 294—295): Эберлин. К вопр. о стенозах и атрезиях влагалища и их лечении. Дисс. М. 1895.

Саркомы женской половой сферы (стр. 195—201): Груздев. Саркомы яичников. Дисс. СПб. 1894.—Бекман. К гистологии и гистогенезу сарком матки. Вр. 1898.—Вебер. О саркомах матки. Ж. А. 1898.—Варнек. О саркоме матки. М. Об. 1901.—Борткевич. К уч. о саркомовидной миоме матки. Вр. Г. 1910.—Оболенская. К вопр. о саркоме нар. пол. органов женщины и ее лечении. Ж. А. 1915.—Глеклер. К вопр. о саркомах яичника в детском возрасте. Сб. Орл.—Живатов. К клинике и патологии сарком яичников. Кл. А. 1907.

Случаи сарком вульвы: Нейгебауэр, Сб. Кавк. М. О. 1871; Орлов. Вр. 1900; Цейтлин, Вр. Г. 1903; Федоров, Ж. А. 1905; Орлов, там же; Григорович, там же; Плетнева, Ж. А. 1917.

Случай саркомы уретры: Зеренин, Хир. 1907.

Случай саркомы рукава: Калустов, Тр. М. О. Р. В. 1910; Егоров, Ж. А. 1895.

Случай саркомы матки: Вилижанин, Вр. В. 1879; Брандт, Ж. А. 1891; Смольский, Тр. О. Р. 1899; Соколов, Пр. В. 1910; Малиновский, Р. Вр. 1911; Какушкин, Ж. А. 1912; Левин, там же; Савельева, Пр. Вр. 1923.

Случаи гроздевидной саркомы маточной шейки: Рейн, Пр. О. Р. Вр. 1880; Левицкий, Ж. А. 1900; Малиновский, Ж. А. 1912; Бекман, Ж. А. 1913; Вейнберг, Гин. и Ак. 1926.

Случаи сарком яичников: Борткевич, Ж. А. 1913; Луппов, Ж. А. 1914; Хворов, Сиб. Вр. 1914; Петросянц, Тр. Д. Кл. С. К. Ун.

Случай саркомы широких связок: Бранд, Ж. А. 1894; Якуб. Отч. Вр. Г. 1913.

Светолечение женских болезней (стр. 405—406): Орлов. О лечеб. влиянии белого электр. света (лампочек накаливания) при нек. воспалит. заболеваниях матки и придатков. Р. Вр. 1903.—Макаеве. Photosrescium для применения светолечения в гинекологии. Там же.—Братков. К вопросу о применении электр. света в гинекологии. Отч. Вр. Г. 1904.—Шмитгоф. Местная электросвет. ванна для лечения гинеколог. заболеваний. Там же.—Робачевский. К вопросу о применении электросветовых ванн в гинекологии. VII С. Р. А.

Свищи женского полового канала (стр. 286—292): Сутугин. К вопросу о произвольном излечении мочеполовых свищей. М. В. 1878.—Заяицкий. К вопросу об этиологии и терапии мочеочников влаг. свищей. Хир. Лет. 1891.—Ануфриев. К вопросу о пузырьно-церв. фистулах и пр. Ж. А. 1891.—Лидервальд. К вопросу о мочеполовых свищах у женщин и их опер. лечении. Дисс. СПб. 1894.—Любимов. Бакт. исследование налетов, разв. во влагалище и пузыре в нек. случаях при моч. фистулах. Ж. А. 1898.—Каннегисер. К вопросу о свищах мочеочников. П. С. Р. А.—Гейн. Свищи и повреждения мочеочников. Ж. А. 1906.—Матвеев. Fistula cervico-vaginalis laqueatica. Отч. Моск. А. Кл. 1909—1913.—Савинов. К вопросу о происхождении шеечно-влаг. свищей. А. Ж. 1910.—Малиновский. К этиологии и терапии свищей полового канала женщины. Сб. Грузд.—Парсамов. К вопросу о кишечно-маточных свищах и их лечении. Гин. и Ак. 1922.—Силин. К вопросу об образовании шеечно-влаг. свищей при абортах и родах. Мед. М. 1924.—Козлов. К этиологии и терапии свищей полового канала женщины. Уч. Зап. Каз. Ун. 1925.—Бубличенко. Возможен ли самопр. разрыв мат. шейки в форме фистулы при выкидыше? Гин. и Ак. 1925.—Селиванов. К вопросу об этиологии f. laqueatica. Вр. Д. 1926.—Атабеков. Повреждения моч. путей у женщины при родах и гинек. операция etc. VII С. Р. А. Ж. А. 1927.

Казуистика шеечно-рукавных свищей: Рубинштейн, Пр. Бел. М. О. 1893—1900; Звиняцкий, Вр. Г. 1909; Хажинский, Вр. Г. 1912; Богин, Ж. А. 1926.

Септические заболевания женской половой сферы (стр. 149—151): Недородов. Статистика о заболеваемости ф. труб после родов и др. причин. Отч. Иноевса. 1889.—Садовский. Способы распространения микробов из полости матки. Сб. Слав. 1894.—Орлов. Сл. гнойного воспаления яичника. Вр. 1899.—Линген. Pelvipерitonitis purulenta. Ж. А. 1900.—Вастен. О тазовых гнойниках у женщин. IX. Пир. С.—Губарев. Острые инфицированные очаги в полости таза и их лечение. М. Об. 1905.—Бальдовский. К уч. о гнойниках яичника. М. Об. 1912.—Теребинская-Попова. К бактериологии тазовых выпотов при заболевании ж. пол. органов. Р. Вр. 1912.—Губарев. О септической инфекции, ее профилактике и лечении. Р. Кл. № 25.—Карлин. Скрытая инфекция и врачбная ответственность, особенно при оперативных вмешательствах. Гин. и Ак. 1926.

Случаи околоручавной флегмоны (стр. 151): Марконет, М. М. Г., 1865; Минкевич, В.-М. Ж., 1867; Чернышев, Мед. В., 1880; Парфианович, Пр. О. Кал. Вр., 1881; Ханутин, Г. Ботк. 1891; Вебер, Ж. А., 1896; Барсуков, реф. Вр., 1898; Лингин, Ж. А., 1899.

Сифилис женских половых органов (стр. 154—155): Строганов. К пат. небеременной матки при конституц. сифилисе. Дисс. СПб. 1873.—Афанасьев. Гуммозная опухоль матки. Тр. О. Р. Вр. 1880/81.—Коляго. К пат. анатомии яичников. Дисс. СПб. 1882.—Разумов. К диагностике шанкров шейки матки. Дисс М. 1890.—Глязштейн. Сл. первичной сифилит. язвы влагалища. Мед. 1891.—Глязштейн. Еще пять случаев первичной сифил. язвы влагалища. Мед. 1893.—Павлов. *Ulcus gummosum vaginae*. Г. Ботк. 1896.—Кузмин и Линтварев. Гуммозный и тбс сальпингит. М. Об. 1906.—Скутуд. Случай первич. сиф. склероза влаг. части матки. Ж. А. 1911.—Чернеховский. Об одной клин. форме сифилиса матки. Реф. Ж. 1921.—Лембергский. К диагностике сифилиса матки. Сб. Орл.—Поляков. К каз. редких заболеваний влаг. части шейки матки. Турк. М. Ж. 1923.—Левенсон. Сифилис матки. Р. В. Дерм. 1925.—Каминский. Местные сиф. поражения внутр. ж. п. органов. Р. В. Дерм. 1926.—Розенквист. К вопросу перв. сиф. склерозах шейки матки. Там же.—Кани Смелов. Сифилис — один из этиол. факторов прежд. климактерия. Вен. и Д. 1926.—Малинин. Гуммозный сифилис влаг. части матки. Сар. В. Здр. 1926.—Бородкин. Сл. перв. склероза на р. *vaginalis uteri*. Ж. А. 1927.

Смазывание стенок женского полового канала (стр. 337—340): Соколов. Практ. замечания отл. лечения бленнорреи у женщины. Пр. О. Р. Вр. 1859/60.—Мансуров. О прижиганиях полости матки. М. М. Г. 1861.—Мансуров. Вяжущие и едкие средства при болезнях матки. М. В. 1863.—Марьянич. К лечению эндометрита ихтиолом. Вр. 1892.—Шлапоберский. К вопросу гинек. употреблению хл. цинка. Вр. 1897.—Собастьянский. К технике внутрим. прижиганий. Пр. Кавк. М. О. 1897/98.—Замшин. Видоизм. зонд *Playfair's*. Вр. 1899.—Илькевич. О применении мол. кислоты при заболеваниях матки и влагалища. Дисс. М. 1902.—Букоемский. О лечении гонорреи у женщин метил. синькой. Р. Вр. 1906.—Ненадович. К леч. эндометритов формалин-глицерином и пр. II С. Р. А.—Сердюков. К вопросу о применении йодина. Вр. Д. 1923.—Йогансен. Общий обзор методов распознавания и лечения детской гонорреи. VI С. Р. А.

Спринцевания влагалищные (стр. 313—323): Флоринский. О терапевт. употреблении мат. душей. Пр. О. Р. В. 1859—60.—Смольский. О всасывании иод. калия влагалищем. СПб. 1878.—Лабенский. Сл. острого перитонита у женщины, происх. от простого спринцевания водою во влагалище. Пр. Ставро. М. О. 1885.—Макшеев. Сиф. трубка для врач. и гигиен. целей. Тр. О. Р. В. 1887.—Рейн. Дем. двойного стекл. наконечника для промыв. матки и влагалища. Пр. Киев. А. О. I.—Муратов. К вопросу о применении креолина в гинекологии и акушерстве. М. Об. 1888.—Быховский. К вопросу о лечении *metritis chronica*. Ж. А. 1894.—Модестов. К каз. повреждений стенок влагалища вне родов. акта. Ж. А. 1900.—Калабин. О прим. *phobrol'a* в акуш. и гинек. практике. Пр. В. 1913.—Кикодзе. О применении дов. соли и ее гипертон. растворов при лечении ж. болезней. Ж. А. 1916.—Бурлаков. О влиянии нек. физических факторов на сокращения изолированной матки. В. Д. 1925.—Васильева-Чеботарева. Рациональны ли сулемовые спринцевания влагалища? Вр. Д. 1927.

Стерилизация женщины (стр. 307—311): Рачинский. Последствия част. резекции и перерезки мат. рогов у кроликов. Арх. Биол. Н. 1893.—Писемский. Отч. Ж. А. 1897.—Мионов. Вшивание бр. концов ф. труб. в передний свод влагалища и пр. М. Об. 1900.—Студенский. К вопросу о цитотоксинах. Изв. В.-М. А. 1902.—Судаков. Об изменениях в рогах матки

кроликов и собак под влиянием нек. механич. воздействий. Дисс. СПб. 1902.— Скробанский. Опыт иммунизации животных яичниками животных др. вида. Ж. А. 1904.— Зарецкий. Экспер. атрофия яичников и ее результаты. Ж. А. 1908.— Зарецкий. К вопр. о подбрюш. усечении ф. труб. Изв. В.-М. Ак. XVII.— Тушнов. Действие спермотоксинов на организм самки и яйцо. Каз. Дисс. 1911.— Прудников. К вопр. об искусств. обеспложивании женщин. Р. Вр. 1911. Дисс. СПб. 1912.— Алексеев. О спермо- и овариолизинах и их влиянии на зачатие животного. Р. Вр. 1913.— Благоволитин. К методу стерилизации труб. Реф. Ж. 1921.— Тушнов. Биол. метод избежания материнства с точки зрения учения об иммунитете. Мед. Ж. 1921.— Тушнов. Спермотоксический иммунитет как биол. способ избежания материнства. Ж. Каз. М.-Антр. О. 1921.— Груздев. Внутриматочные впрыскивания и внем. беременность. К. М. Ж. 1923.— Селицкий. Внутрим. смазывания, вливания и впрыскивания как противозачаточные средства. М. Мед. Ж. 1924.— Сахаров. Спермотоксины и овариотоксины, как средство против зачатия.— Борман. Временная стерилизация лучами Р. как средство предупреждения беременности. Вр. Г. 1925.— Голяницкий. К вопр. об операции, предупреждающей беременность. Вр. Г. 1925.— Губарев. О мерах против зачатия и диспансеризации врач. помощи населению. Кл. М. 1925.— Рузский. К вопр. о внутрим. впрыскивании при запоздании месячных и внем. беременности. К. М. Ж. 1926.— Третьяков. К вопр. о предохранении от беременности поср. инъекции сперматозондов жен. особи. Ом. М. Ж. 1926.— Гудим-Левкович. К вопр. об иск. стерилизации. VII. С. Р. А.— Касогледов. Об операции, предупр. беременность по спос. проф. Голяницкого. Вр. Г. 1927.— Лялин. К вопр. о биол. стерилизации женщины. Вр. Г. 1927.— Груздев. Хирург. стерилизация женщины. Ж. А. 1927.— Губарев и Селицкий. Противозачаточные средства в совр. научн. освещении. М. 1927.

Тампонация (стр. 353—356): Финкель. Сл. вправления вывороченной матки тампонацией. Пр. О. Киев. В. 1870.— Назаретов (о. с.). Пр. Киев. А. О.— Эрбштейн. О дезинфекции влаг. тампонов. Пр. Вил. М. О. 1887.— Массен. Ихтиол как леч. средство в гинекологии. Отч. Ж. А. 1891.— Лапин. К вопр. о тер. применении солей иодиода в гинекологии. Ж. А. 1891.— Бухштаб. О применении ихтиола в гинекологии. Пр. О. Симф. В. 1891.— 2.— Немировский. О значении ихтиола в терапии ж. болезней. М. Об. 1891.— Добронравов. Наблюдения над действием ихтиола в ж. практике. Ю. М. Г. 1892.— Ильинский. Об употреблении ихтиола в терапии, хирургии, дерматологии и гинекологии. Дисс. М. 1892.— Карницкий. Мат. к вопр. о леч. тампонацией влагища хрон. воспалений придатков матки. Дисс. СПб. 1900.— Линевиц. Скипидар при мат. кровотечениях. М. Об. 1902.— Козленко. О применении тиола при нек. заболеваниях ж. пол. сферы. Пр. В. 1902.— Звиняцкий. Неск. случаев применения тигенола Roche в ж. практике. Вр. Г. 1905.

Терапия женских болезней вообще (стр. 299—560): Александров. О совр. консервативном направлении в гинекологии. Ж. А. 1896.— Орлов. Курс по общей терапии женских болезней. СПб. 1903.— Черняховский. Совр. основы лечения женских болезней. Отч. Р. В. 1903.— Снегирев. Краткая терапия ж. болезней. М. 1911.— Мусатов. Краткий очерк прогресса гин. терапии за последние десятилетия. Отч. Вр. Г. 1915.

Тератомы женской половой сферы (стр. 242—247): Корди. К уч. о дермоидных кистах яичников. Ж. А. 1891.— Заркевич. Мат. к уч. о дермоидных овариальных кистах в пат.-анат. и клин. отношениях. Дисс. СПб. 1899.—

Соловьев. К вопр. о происхождении и строении дерм. кист. яичника. Ж. А. 1904.—Томсон. Teratoma ovarii. Ж. А. 1904.—Редлих. К вопр. о происхождении эмбриом яичника. Ж. А. 1906.—Букоемский. К вопр. о плотных тератомах (эмбриомах) яичника. Ж. А. 1908.—Гаусман. К вопр. о перекручивании ножки кист. опухолей яичника и сл. полного откручивания ножки дерм. кисты. Ж. А. 1910.—Алеев и Мапёнков. К вопр. о дермоидах ф. труб. К. М. Ж. 1925.—Файн. К вопр. о перекручивании ножки дерм. кист. Ж. А. 1926.—Попандопуло. К вопр. о развитии кистовидных опухолей (в частности дермоидов) круглой мат. связи. Пр. В. 1926.

Случаи дермоидов яичника с редкими включениями: Луппов. Отч. Вр. Г. 1912; Лейбчик, К. М. Ж. 1924; Калина, Гин. и Ак. 1925.

Случаи дермоидов с шариками: Тимофеев, Вр. Г. 1914; Быкова, Р. Вр. 1914.—Гиккель, Вр. Г. 1914; Потеенко, Вр. Г. 1916; Близнер, Ж. А. 1916; Филатов, Сб. раб. по ак. и гин. 1920; Каспаров, Куб. Н.-М. В.; Лейбчик, Каз. М. Ж. 1924.

Случаи ракового перерождения дермоидов: Гиммельфарб, М. Об. 1886; Заленский, Р. Вр. 1903; Горизонтов, Вр. Г. 1906; Лемаринье, Гин. и Ак. 1926.

Случаи вскрытия нагноившихся дермоидов: Моргулес, Пр. Об. Од. Вр. 1868; Зеленецкий, Пр. Вил. М. О. 1874; Кусков, Сб. Тр. Вр. Мар. Б; Поленов, Ж. А. 1899; Гиммельфарб, Ж. А. 1910; Кушнир, Вр. Г. 1911; Розенштейн, Вр. Г. 1912; Истомир, Харьк. М. Ж. 1915.

Случаи струмы яичника: Улезко-Строганова, Ж. А. 1904; Чтецова, Ирк. М. Ж. 1924; Гиномдан, Ж. А. 1927.

Техника гинекологических операций вообще (стр. 483—487); Рачинский. Сосудораздавливание с кровоост. целью. Ж. А. 1898.—Горохов. К вопр. о пинцетных способах в гинекологии. Ж. А. 1899.—Губарев. О преимуществах оперирования без предв. перевязки сосудов. Ж. А. 1900.—Феноменов. О применении адреналина в гинекологии. Отч. Р. Вр. 1902.—Садовский. К технике производства чревосечений. Ж. А. 1903.—Окинчиц. Применение съемного послыного провол. шва при операциях на влагалище и промежности. Р. Вр. 1908.—Губарев. Чему научила нас эта война? Ж. А. 1916.—Луппов. К вопр. о консервативной хирургии яичника. Ж. А. 1927.—Холодковский. К вопр. о консерв. лечении восп. заболеваний ж. пол. органов. VII С. Р. А.

Тяжесть, лечение ею (стр. 358—359); Глядко. О лечении послерод. заболеваний ж. пол. органов. VII С. Р. А.

Уход послеоперационный за гинекологическими больными (стр. 531—560): Склифосовский. Грыжевые выпячивания после овариотомий. Лет. Хир. О. в М. 1881.—Щеткин. Об условиях, благопр. развитию тромбоза вен после овариотомии. Дисс. СПб. 1889.—Комаревский. Мат. к вопр. об уходе за женщиной после чревосечения. Дисс. М. 1894.—Соловьев. Об осложнениях при заживлении бр. раны после чревосечений. Ж. А. 1895.—Павлов. Особ. способ опер. лечения грыж. белой линии живота, образ. после чревосечения. Г. Ботк. 1897.—Нольнич. К вопр. о вторичном чревосечении у женщины. XII. (Межд. С.—Нольичини. Мат. к вопр. о вторичных чревосечениях у женщин. Дисс. М. 1898.—Зыков. Мыть или не мыть полость брюшины при прогрессирующем воспалении ее? Хир. 1898.—Губарев. О зашивании бр. раны и о дренаже бр. полости после чревосечений. Ж. А. 1900.—Орлов. К способам опер. лечения грыж. выпячиваний по б. линии после чревосечений. Вр. 1900.—Катунский. К вопр.

о брюшных сращениях. Вр. 1901.—Шелухов. Сл. трижды произв. чревосечения у одной и той же больной с исходом в выздоровление. Хир. 1902.—Александров. От кишечной непроходимости после чревосечения. VIII Пир. С.—Орлов. К вопр. о разрыве бр. рубца после чревосечений. Р. Вр. 1903.—Зимин. 2 сл. разрыва рубца после чревосечений. Р. Вр. 1903.—Зельдович. Разлитые перитониты, выз. болезнями ж. п. органов. I С. Р. А.—Миронов. К каз. опер. лечения различного гнойного воспаления брюшины. Ж. А. 1903.—Цейдлер. Об острой непроходимости кишек в связи с заблеванями ж. пол. органов. Р. Вр. 1904.—Владимирский. Сл. омертвления кожи после подк. вливаний физ. раствора пов. соли. Ж. А. 1904.—Губарев. О предупреждении и лечении хир. инфекции. Совр. Кл. и Тер. 1905.—Зарцын. К вопр. о лечении воспаления брюшины. Вр. Г. 1905.—Казанский. К вопр. о раннем вставании после б. гинек. операций. II С. Р. А.—Холодковский. К вопр. о раннем вставании после б. гинек. операций. Там же.—Шатский и Грязнов. Внутрив. вливания азотн. серебра при лечении хир. инфекции. Вр. Г. 1908.—Виттенберг. К вопр. об изменении режима у больных после б. гин. операций III С. Р. А.—Шоур. Осложнения после чревосечения и борьба с ними. Ж. А. 1909.—Ксидо. Раннее вставание после больш. гин. операций и разрез живота по Pfannenstiel'ю. Хир. 1910.—Писемский. Сл. нарк. паралича плеч. сплетения Erd'овского типа. Ж. А. 1910.—Забиякина. Образование кости в рубце после чревосечения. Р. Вр. 1910.—Платонов. Метод. ран. вставания при чревосечениях. Ж. А. 1912.—Протопопов. Этиология послеопер. пнеймоний. Дисс. М. 1912.—Волкович. Висмут. паста при свищах, дренах, ходах и трудно заживающих полостях. Пр. В. 1912.—Рыбак. К леч. послеоп. задержки мочи. Нов. М. 1913.—Лебедев. Рад. операция грыжи б. линии по спос. Menge. Ж. А. 1913.—Илькевич и Гецев. Действие интрав. вливаний экстракта hurophusis cerebri на паралич кишек при диффузном перитоните. Ж. А. 1914.—Платонов. Метод раннего вставания после чревосечений и в послеродовом периоде V. С. Р. А.—Оболенская. Хир. способы лечения острых разлитых перитонитов. Ж. А. 1916.—Вамберский. К вопр. о послеоперационных жел.-кишечных кровотечениях. Гин. и Ак. 1922.—Кватер и Хесин. К вопросу о профилактике послеоп. ишурии. Вр. Г. 1925.—Шварцман. К вопр. о тромбозе и эмболии после гин. операций. Кл. М. 1926.—Кватер. Новый способ лечения послеоп. и послеродовой ишурии. Кл. М. 1927.

Фибромиомы женской половой сферы (стр. 179—194): Андреев. К вопр. об этиологии фибр. опухолей матки. В.-М. Ж. 1875.—Кузнецкий. К каз. гистеротомий. Дн. Каз. О. Вр. 1881.—Берг. К пат. фибромиом матки (endometritis myomatosa). Вр. 1882.—Чунихин. Мат. к вопр. о фибромисмах и полипах матки и влагалища. Вр. 1887.—Замшин. К каз. совместного существования фибромиомы тела и рака шейки матки. Вр. 1888.—Столыпинский. Межут. миома тела матки и рак шейки матки. Вр. 1889.—Ошеровский. М. Об. 1889.—Блонский. К вопр. о развитии миом матки. Дисс. СПб. 1889.—Попов и Штофф. Сл. самородного исцеления большой фибромиомы матки. Вр. 1890.—Попов. К вопр. об изменениях яичников при фибромиомах матки. СПб. Дисс. 1890.—Розенгарт. К этиологии фибромиом и полипов матки. Ж. А. 1890.—Голов. К стат. случаев самородного исцеления сложной фибромиомы матки. Вр. 1891.—Борисов. Об изменении слиз. оболочки матки при фибромиомах и пр. Дисс. СПб. 1895.—Отт. О сарком, перерождении фибромиом матки. Ж. А. 1895.—Губарев. К вопр. о сарком, перерождении фибром. Ж. А. 1896.—Попов. К вопр. о характере и частоте

перерождения фибриомиом матки. Ж. А. 1897.—Лебедев. К вопр. о совр. состоянии миомы матки. Отч. Вр. 1897.—Иванов. К вопр. об аденомиомах матки. Дисс. СПб. 1897.—Платонов. Фибриоиома матки несбчайно бльших размеров. Хир. 1898.—Груздев. О фибриомиомах рукава. Вр. 1900.—Каннегиссер. Мат. к вопр. о гнойниках в фибриомиомах матки. Ж. А. 1900.—Рачинский. Маточные камни. Ж. А. 1901.—Кривошеин. К вопр. об ацетонурии при заболеваниях ж. полового аппарата. Р. Вр. 1902.—Улезко-Строганова. О злокач. миоме матки. Ж. А. 1902.—Неводничанский. К вопр. о строении, росте и перерождении фибриомиом матки. Дисс. СПб. 1903.—Владимиров. К вопр. о судьбе подбрюш. фибриомиом. Ж. А. 1903.—Редлих. К вопр. о так наз. раковом перерождении фибриомиом матки. Отч. Р. Вр. 1903.—Ньвиков. К клинике и хирургии миом. II С. Р. А.—Груздев. К вопр. о так наз. «возвращающихся фибриоидах» матки. Р. Вр. 1904.—Улезко-Строганова. К вопросу о перерождении фибриомиом и пр. I С. Р. А.—Рогов. Сл. перекручивания шейки матки при фибриомиоме. Ж. А. 1907.—Орлов. О злокач. перерождении фибриомиом матки. Отч. Р. Вр. 1908.—Лозинский. К вопр. о фибриомиомах яичника и их гистогенезе. Пр. В. 1908.—Полканов. К вопр. об изменениях ф. труб при фибриомиомах матки. Изв. В.-М. Ак. 1908.—Орлов. О расширении показаний к удалению фибриомиом матки. Р. Вр. 1909.—Мухина. Редкий сл. перекручивания ножки миомы с перекруч. матки. Ж. А. 1909.—Новиков. Клини. наблюдения над миомами матки и лечением их. Клин. Мон. 1909.—Гогоберидзе. К вопр. об осложнении фибриомиом матки заболеванием придатков и пр. Ж. А. 1910.—Ульяновский. К каз. и гистогенезу цистомииом матки. гром. размеров. Ж. А. 1910.—Отт. К этиол. и профил. фибриомиом матки. Р. В. 1911.—Тиканадзе. К вопр. о плотных опухолях яичника (фибриомах и аденофибриомиомах). Р. Вр. 1911.—Бранд. Фибриоиома и рак. Р. Вр. 1911.—Унгер. Упругая ткань в фибриомиомах матки. Ж. А. 1911.—Снегирев. Клини. особенности фибриомиом. Р. Вр. 1911.—Радомский. К каз. гигантских интралиг. фибриомиом. Пр. В. 1912.—Унгер. К вопр. о гэмор. инфаркте в фибриомиомах матки. Дисс. СПб. 1912.—Унгер. Редкий сл. фибриомиомы матки. Отч. Вр. Г. 1913.—Гусаков. К вопр. о кистов. перерождении миом матки. Ж. А. 1913.—Хажинский. К вопр. о некрозах в фибриомиомах матки. Харьк. М. Ж. 1914.—Лозинский. К вопр. о злокач. перерождении миом. V С. Р. А.—Улезко-Строганова. К гистогенезу миом матки. Ж. А. 1924.—Линген. К каз. цистомииом матки гром. размеров. Ж. А. 1914.—Тимофеев. Фибриоиома матки с интраваскулярным ростом. К. М. Ж. 1921.—Гиммельфарб. О тяж. кровотечениях в полость брюшины при миомах матки. Совр. М. 1921.—Судаков. Значение новообразований недоразвитых органов ж. п. сферы для генезиса опухолей. Ж. А. 1922.—Фирфаров. К вопр. о фибриомиомах р. vaginalis uteri. Ж. А. 1924.—Гудим-Левкович и Смиренский. Функциональное состояние яичника при фибриомиомах матки. Гин. и Ак. 1924.—Осякина. К вопр. об аденомиомах. Ж. А. 1924.—Быковцева. Об окаменении фибриомиом матки. М. Об. Н. Пов. 1925.—Груздев. К уч. о фибриомиомах матки (фибриомиомы матки и бесплодие). К. М. Ж. 1925.—Лельчук. Строение тела и нек. опухоли у женщин. VII С. Р. А.—Лельчук. Начало менструаций и опухоли матки. Ж. А. 1926.—Коган. Ферментативная деятельность фибриомиом матки. Вр. Д. 1926.—Спиров. К вопр. о кистовидных фибриомиомах матки. Ж. А. 1926.—Гамбаров. Фибриомиомы матки и их лечение. Тифл. 1926.—Гиммельфарб. К патологии миом. Гин. и Ак. 1926.—Гофман. О внутри-

брюшн. кровотечениях при фибромиомах матки. Ж. А. 1927.— Семковский. Сл. большой субсерозной фибромиомы матки, совершенно отделившейся (открутившейся). Гин. и Ак. 1927.

Случаи фибромиом вульвы: Оленин, Пр. Тамб. М. О. 1894; Близнер. Ж. А. 1909; Перевалов, Вр. Г. 1911; Павловский, Тер. Об. 1912; Попандюпуло, Ж. А. 1915; Заложнева, Перм. М. Ж. 1923; Тарло, Гин. и Ак. 1927.

Случаи фибромиом рукава: Негебауэр. Варш. Ун. Изв. 1876; Чуннихин. Вр. 1887; Оленин, Ж. А. 1891; Попов. Отч. Вр. 1897; Шестопал. Ж. А. 1909; Розенбергер. Ж. А. 1912; Покровский и Лобач-Жученко. К. М. Ж. 1926.

Случаи фибромиом ф. труб: Львов, Р. Вр. 1902; Букземский, Р. Вр. 1906; Иванов. Ж. А. 1908; Эдельберг. К. М. Ж. 1924.

Случаи фибромиом яичников: Остроградский, Ж. А. 1889; Атлас, Ж. А. 1900; Покровский, Хир. 1900; Неелов, Киев. Ун. Изв. 1908; Балдовский, Ж. А. 1908; Холмогоров, Ж. А. 1909; Шарнин, Ж. А. 1924; Липманович, Ж. А. 1926; Казанская, Ж. А. 1926.

Случаи фибромиом широких связок: Грязнов, Дн. Каз. О. В. 1897; Львов, М. Об. 1902; Купина. Ж. А. 1925; Бендерова-Баканова, Вр. Г. 1926.

Случаи фибромиом круглых связок: Вебер, Ж. А. 1898; Львов, Вр. 1901; Вебер, Отч. Вр. 1901; Орлов, Р. Вр. 1905; Шкловский, Ж. А. 1912; Шкарин, Тр. К. Вор. Ун. II; Кушнир, Ирк. М. Ж. III.

Чревосечение пробное (стр. 120—121): Корецкий. К вопр. о пробном разрезе бр. покровов для диагн. целей. Вр. 1880.—Снегирев. О пробном разрезе бр. стенок. М. Об. 1887.—Груздев. Бугорчатая киста яичника или осумкованный брюшинный выпот. Вр. 1899.

Чревосечения брюшиностеночные (лапаротомии) (стр. 504—531): Лямбль. Сл. гнойн. воспаления брюшины, прин. по ошибке за кисту яичника. М. В. 1870.—Отт. Дренаж после лапаротомий. М. В. 1878.—Отт. О влиянии мочи на бр. полость. Вр. 1885.—Матвеев. Мат. к вопр. об овариотомии в России. Дисс. СПб. 1886.—Стедьмахович. К пат. изменений культи при внутрибр. методе при ларотомиях. Ж. А. 1887.—Ракуза. О тампонации бр. полости при чревосечениях. Пр. Киев. А. О. I.—Губарев. *Laparotomia externa s. extraperitonealis*. Тр. М. А. О. 1887.—Нольчини. Клин. случаи, потребовавшие *laparotomiam ext.* Там же.—Брюно. К вопр. о дренировании бр. полости. Пр. Киев. А. О. 1888.—Столыпинский. Чревосечение у новорожденной. Дн. О. Вр. при Каз. Ун. 1888.—Рейн. Об асептике при чревосечениях. Вр. 1890.—Рейн. Асептика или антисептика при чревосечениях? Вр. 1890.—Писемский. Нек. новые данные о применении асептики при чревосечениях и пр. Вр. 1890.—Яновский. О результатах бакт. исследования содержимого дренажа бр. полости. Пр. Киев. А. С. III.—Писемский. Мат. к вопр. об асептике при чревосечениях. Там же. IV.—Киреев. Применение асептики в хирургии бр. и таз. полостей. Ж. А. 1892.—Муратов. Неск. слов об интраперит. вливании норм. раствора пов. если при чревосечениях. М. Об. 1892.—Рачинский. К вопр. о бр. шве после чревосечений. Вр. 1892.—Семеновский. К вопр. о тампонации бр. полости. Ж. А. 1892.—Славянский. *Laparotomia conservativa*. Ж. А. 1892.—Мионов. К вопр. об асептике во вр. лапаротомий. Ж. А. 1892.—Орлов. Клин. отчет о 200 чревосечениях. Дисс. СПб. 1893.—Отт. Кр. обзор 204 чревосечений. Сб. Слав.—Феноменов. Сто чревосечений. Там же.—Губарев. О дре-

наже бр. полости. Ж. А. 1895.—Веляминов. Ред. сл. ранения мочеv. пузыря. Реф. Вр. 1895.—Орлов. О брюшном шве. Вр. 1896.—Богаевский. Кр. очерк 150 чревосечений. Ж. А. 1896.—Ануфриев. Ийструмент для захватывания кист. Пр. О. Арх. Вр. 1896.—Рейн. Обзор 500 чревосечений. Пр. Киев. А. О. X.—Бекман. Из области брюшной хирургии. Вр. 1897.—Рачинский. О смеш. брюшном шве после чревосечения. Ж. А. 1897.—Порошин. Клин. обзор чревосечений, произв. в ак.-гинек. клинике проф. К. Ф. Славянского за 20 лет. Дисс. СПб. 1898.—Порошин. К вoпр. о внутрибрюш. поранении моч. путей при чревосечениях. Вр. 1898.—Баташов. К каз. ранений моч. пузыря при операциях. Вр. Зап. 1898.—Волкович. К вoпр. о разрезах бр. покровов при чревос. Вр. 1898.—Минкевич. К вoпр. о заживлении бр. раны после чревосечения. Дисс. СПб. 1898.—Губарев. Об операциях на шир. связках и на придатках матки. Ж. А. 1898.—Томсон. О брюшн. шве. Ж. А. 1899.—Снегирев. Выд. из отчета о 1000 чревосечений. Ж. А. 1899.—Фишер. Неск. exper. данных к вoпр. о дренировании бр. полости при чревосечениях. Дисс. СПб. 1899.—Губарев. О зашивании бр. раны и о дренаже бр. полости после чревосечения. Ж. А. 1900.—Феноменов. Что делать в случае поранения мочеточника и невозможности восстановления его целостности? Ж. А. 1900.—Богоявленский. К вoпр. о послеоперац. грыжах пер. брюшной стенки. Дисс. Елец. 1901.—Богоявленский. К вoпр. о разрезах бр. стенки при чревосечениях. Хир. С.—Губарев. О ранении моч. путей при операциях на тазовых органах. Ж. А. 1901.—Никонов. К вoпр. о способе разреза бр. стенки при гинек. чревосечениях. Ж. А. 1902.—Букоемский. К вoпр. о заживлении бр. раны после чревосечения. Ж. А. 1903.—Подгорецкий и Столыпинский. 1000 чревосечений, произ. проф. Н. Н. Феноменовым. Ж. А. 1903.—Цейдлер. Неск. слов о шве бр. покровов. Отч. Р. Вр. 1903.—Груздев. К технике брюшных чревосечений. Р. Вр. 1903.—Садовский. К технике производства чревосечений. Ж. А. 1903.—Львов. К уч. о внем. беременности. Ж. А. 1904.—Мурза. Сп. зашивания бр. раны после чревосечений. Ж. А. 1904.—Букоемский. К вoпр. о фагоцитозе и лейколизе при впр. в бр. полость вирул. стрептококков. Р. Вр. 1904.—Садовский. Методы зашивания поранения маточника. Там же.—Кузнецкий. По пов. 60 чревосечений с применением швов из оленьих сухожильных нитей. Там же.—Муратов. О дренажах при чревосечениях. Вр. Г. 1904.—Губарев. К вoпр. о сравнении абдом. метода с вагинальным при операциях на таз. органах женщины. Ж. А. 1905.—Бухман. К технике шва бр. стенок. Отч. Вр. 1906.—Дубинчик. О съемнопогружном непрер. шве при чревосечениях проф. А. И. Лебедева. Р. Вр. 1907.—Окинчиц. К технике шва бр. стенок. Р. Вр. 1907.—Варгафтик. Техника чревосечений. Ж. А. 1907.—Холодковский. К вoпр. о «мокром» способе бр. операций. II С. Р. А.—Феноменов. О попер. сечении бр. стенки по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1908.—Гиммельфарб. О надломном попер. разрезе фасции при чревосечениях. II С. Р. А.—Оппель. К вoпр. о кишечной хирургии в гинекологии. Ж. А. 1908.—Федоров. О новом разрезе бр. стенки при аппендиците, осл. заболеванием придатков у женщин. Ж. А. 1909.—Калмыков. Поп. разрез бр. стенки по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1909.—Трабша. Поп. разрез Pfannenstiel'я. Ж. А. 1909.—Волкович. Наиболее подходящий к норм. условиям способ прохождения через брюшные покровы. Р. Вр. 1909.—Преображенский. Результаты применения капиллярного дренажа (тампонаций) бр. полости при чревосечениях. III С. Р. А.—Груз-

дев. К вопр. о границах применения лапаротомии с прод. разрезом, лапаратории с разрезом по Pfannenstiel'ю и кольпотомии в гинек. практике. Ж. А. 1909.—Холодковский. К борьбе с послеоп. грыжей. III, С. Р. А.—Шерман. Роль сальника и брюшины при попадании инор. тел в бр. полость. Ж. А. 1910.—Богаевский. К вопр. о поп. сечении, бр. стенки по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910.—Клейман. Мат. к вопр. о пон. разрезе бр. стенок по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910.—Гаусман. Мат. к вопр. о поп. разрезе бр. стенок по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910.—Писемский. К вопр. о разрезе бр. стенок при чревосечениях. Ж. А. 1910.—Губарев. О разрезах брюшной стенки при чревосечениях. Ж. А. 1910.—Китнер. К вопр. о надлобк. поп. разрезе по Pfannenstiel'ю. Ж. А. 1910.—Кочетков. К вопр. о поп. разрезе бр. стенки по сп. Pfannenstiel'я. Дисс. СПб. 1910.—Греков. К леч. поврежденных кишек и брыжѣйки и пр. при ак.-гин. операциях. Р. Вр. 1910.—Орлов. О влаг. и брюш. чревосечениях. Р. Вр. 1910.—Судаков. Перитонизация изолир. кусками сальника. Ж. А. 1910.—Иванов. О шелковом непрерывном съемнопогружном матрацном шве проф. А. И. Лебедева при чревосечениях. СПб. Дисс. 1911.—Петерсон. О повреждениях кишечника при производстве брюшн. и влаг. чревосечений в гинекологии. Р. Вр. 1911.—Драницын. О разрезе бр. стенки по сп. Pfannenstiel'я. Отч. Вр. Г. 1911.—Платонов. Новая эра в хирургии. Ж. А. 1911.—Окинчиц. Результаты применения провол. съемного шва на апоневроз на основании 268 чревосечений. Ж. А. 1912.—Финкель. Отч. Ж. А. 1912.—Грамматикати. По вопр. о чревосечениях. Отч. Вр. Г. 1912.—Томсон. Сп. покрытия круглой связкой культи после бр. удаления опухолей яичников и пр. Ж. А. 1912.—Яхонтов. К вопр. о попер. фасц. разрезе бр. стенки при гин. чревосечениях. Ж. А. 1913.—Дубинчик. К вопр. о поп. надл. сечении бр. стенок по Pfannenstiel'ю при чревосечениях. Р. Вр. 1913.—Валяшко и Лебедев. К предупреждению грыж и выпячиваний после чревосечений. Р. Вр. 1913.—Гладков. О брюшност. чревосечениях. Ж. А. 1913.—Доберт. Тысяча чревосечений. Ж. А. 1913.—Холодковский. 1000 чревосечений (брюшные и влагалишные). Дисс. СПб. 1913.—Кутасов. Пластика свободным сальником и пр. Вр. 1914.—Подушко. Бакт. контроль асептики чревосечений. Отч. Вр. Г. 1914.—Котова. Отч. Вр. Г. 1915.—Кечек. Профил. катетеризация мочеточников при операциях на матке и ее придатках. Вр. Г. 1916.—Судаков. Проволочные швы при зашивании бр. стенки. Ж. А. 1917.—Тавилдаров. Поранение мочеточников во вр. гин. операций. Нов. X, А. 1921.—Груздев. К вопр. о чревосечении через паховые каналы. Гин. и Ак. 1922.—Мандельштам. К вопр. о вливании эфира в полость брюшины для профилактики перитонита. Вр. Ж. 1922.—Соколов. Анат. исследования по вопр. о Goldspion'овской модификации операции A-Adams'a. К. М. Ж. 1923.—Мандельштам. О вливании эфира в бр. полость для лечения и предупреждения перитонита. VI, С. Р. А.; Ж. А. 1924.—Ходецкий. Эксп. исследования проф. и терап. действия эфира в бр. хирургии. Ж. А. 1924.—Эберлин. Съёмный опоневротический шов. бр. стенки. VI, С. Р. А.—Гусев. К вопр. о мерах против оставления инородных тел при лапаротомиях. Нов. X, А. VIII.—Ходецкий. К вопр. о рацион. методике профил. и терап. применения эфира при перитонитах. Ж. А. 1925.—Зарницкий. Клин. данные о разрезе бр. стенки по Pfannenstiel'ю и по l'alba. Сб. Орл.—Ходецкий. Эксп. исследования бактериц. действия эфира. Ж. А. 1925.—Груздев. К вопр. об ответственности вр.-гинекологов и хирургов за оставление инструментов и др. предме-

тов в бр. полости больных при чревосечениях. К. М. Ж. 1926.— Дмитриев. Кл. набл. о влиянии эфира при чревосечении. VII. С. Р. А.— Карлин. Об инор. телах, оставляемых во вр. операции в бр. полости, и о возм. ошибках рентгена при их обнаружении. Ж. для ус. вр. 1926.— Гурланд. О вливаниях эфира в бр. полость для лечения и предупреждения перитонита. Ж. А. 1926.— Шварцман. Эксп. данные по вопр. о выключении почки при гин. операциях. VII. С. Р. А.

Случаи повреждения мочеточников при лапаротомиях: Рейн. Пр. Киев. А. О. 1885/86; Модлинский, М. Об. 1892; Варнек, М. Об. 1895; Порошин, Вр. 1898; Блох, Ж. А. 1917.

Чревосечения влагалищные (кольпотомии) (стр. 487—504): Заяцкий. К вопр. о полной экстирпации матки через влагалище. Лет. М. Хир. О. VI.— Львов. К вопр. об удалении кист яичников и придатков матки через влагалище. Вр. 1892.— Типяков. К вопр. об удалении кист яичников и придатков матки через влагалище. Вр. 1892.— Столыпинский. Совр. положение вопроса о технике оп. удаления матки через влагалище. Вр. 1892.— Холмогоров. О полной влаг. экстирпации матки. М. Об. 1893.— Теплов. Об удалении придатков матки и их новообразований через задний свод. Вр. 189.— Львов. К вопр. о лечении кист яичника разрезом через влагалище. Вр. 1895.— Федоров. Colpotomia post, как метод лечения придатков матки и их новообразований. Ж. А. 1895.— Варнек. О выпусчении матки через влагалище по спос. Dougl'a. Вр. 1895.— Столыпинский. Удаление матки через влагалище и путем чревосечения с заменю лигатур кровоост. пинцетами. Вр. 1895.— Миронов. Чревосечение и влаг. путь в гинекологии. Ж. А. 1896.— Львов. Задняя кольпотомия при воспалениях придатков и новообразованиях в них Ж. А. 1897.— Шелоумов. К. вопр. об удалении придатков матки через влагалище. Ж. А. 1897.— Соловьев. К уч. об удалении опухолей придатков матки через влагалище. Хир. 1897.— Соловьев. О лигатурном и пинцетном способах остановки кровотечения при экстирпации матки. Хир. 1898.— Штраух. Простой способ экстирпации матки через влагалище. М. Об. 1898.— Горохов. Мат. к вопр. об экстирпации матки и придатков per vaginam при применении пинцетов à demeure. Дисс. СПб. 1898.— Модлинский. О предв. и окончат. гемостазе при вырезывании матки. М. Об. 1898.— Штраух. Об иссечении матки без перевязок и без зажим. пинцетов. Вр. 1898. Суторихин. К вопр. об остановке кровотечения при полн. экстирпации матки через влагалище. М. Об. 1899.— Горохов. К вопр. о пинцетных способах в гинекологии. Ж. А. 1899.— Гаусман. К вопр. о влаг. чревосечении. Ж. А. 1899.— Рачинский. Об удалении придатков матки через влагалище. Ж. А. 1899.— Чернеховский. К вопр. о передней кольпотомии. Дисс. М. 1899.— Теплов. К вопр. об удалении придатков матки и новообразований таза через задний свод. Отч. Вр. 1899.— Суторихин. Простой спос. полного удаления матки через влагалище. М. Об. 1900.— Томсон. К вопр. о кольпотомии. Ж. А. 1900.— Отт. Освещение бр. полости (ventroscopia) как метод при влаг. чревосечении. Ж. А. 1901.— Горохов. Colpocoeleiotomia при показаниях к чревосечениям. М. Об. 1901.— Горохов. О применении пинцетов à demeure в гинекологии и хирургии. Ежен. 1901.— Сяноженский. Кольпотомия как опер. метод при удалении межсв. кист. Г. С. Р. А.— Александров и Квасцов. Влаг. опер. путь при восп. страданиях прид., хрон. пельвиоперитонитах и новообразованиях яичников. Там же.— Якобсон. К вопр. о влаг. чревосечении при нек. заболеваниях при-

датков матки. Дисс. СПб. 1904.—Штрайхер. Нек. изменения в технике полн. влаг. вылушения матки. Вр. Г. 1905.—Губарев. Об экстирпации матки через влагаллице без предв. наложения лигатур. Ж. А. 1906.—Отт. Результаты, достигнутые применением при операциях и в целях распознавания непоср. освещения бр. полости, толст. кишки и моч. пузыря. Р. Вр. 1908.—Груздев. К вопр. о границах применения лапаротомии с прод. разрезом, лапаротомии с разрезом по Pfannenstiel'ю и кольпотомии в гин. практике. Ж. А. 1909.—Преображенский. Результаты применения капилл. дренажа (тампонации) брюшной полости при чревосечениях. Ж. А. 1910.—Кипарский. Влаг. путь при лечении опухолей матки. Отч. Ж. А. 1910.—Марковский. К вопр. о лечении заболеваний придатков кольпотомией. Там же.—Соболев. К вопр. о попутном удалении черв. отростка при влаг. чревосечениях. Там же.—Отт. Чем обуславливаются лучшие результаты при влаг. чревосечениях по сравн. с брюшностеночными? Там же.—Какушкин. О нек. техн. подробностях операции влагал. удаления матки. Р. Вр. 1910.—Добберт. Влаг. методы в гинекологии. Ж. А. 1911.—Отт. Влаг. методы в гинекологии. Ж. А. 1911.—Холодковский. 1000 чревосечений. Дисс. СПб. 1913.—Окинчиц. Итоги за 15 лет опер. деятельности. Ж. А. 1916.—Козинский. Опер. лечение мат. кровотечений суправагинальной влаг. ампутацией матки по спос. Rieck'a. Ж. для усов. вр. 1924.

Чревосечения сакральные (стр. 530—531): Живоищев. Остеопластическая резекция крестцовой кости в применении ее для экстирпации пораженной раком матки в 3 сл. М. Об. 1891.—Макиевский. Крестцовый метод в хирургии и гинекологии. Дисс. М. 1898.—Модлинский. Крестцовый метод в хирургии и гинекологии. IX Пир. С.; V. Межд. С.

Электротерапия женских болезней (стр. 376—383): Львов. Фарадизация в гинекологии. Вр. 1885.—Варнек. Электричество в гинекологии. М. Об. 1888.—Затонский. О лечении фибромиом и гараметритов по спос. Apostoli. М. Об. 1888.—Снегирев. Об электризации в гинекологии. Тр. М. А. О. 1888.—Сыромятников. Об электризации в гинекологии и показаниях к употреблению разл. токов. Там же.—Успенский. Неск. наблюдений применения электричества в гинекологии. М. Об. 1888.—Добронравов. О нервных страданиях женщины и о показаниях к употреблению электричества в гинекологии. Ж. А. 1888.—Нольчини. Случаи применения электричества на стац. больных в кл. проф. Снегирева. Тр. М. А. О. 1888.—Галактионов. Нек. данные, пол. от приложения электричества при лечении ж. болезней. Тр. М. А. О. 1888 и 1890.—Массен. Метод Apostoli. Ж. А. 1889.—Затонский. Электричество в гинекологии по методу А. М. Об. 1889.—Клейф. Зонд-электрод. Ж. А. 1889.—Ханутин. Электричество в гинекологии. Мед. 1889.—Массен. Применение электричества к ж. болезням. Ж. А. 1890.—Попялковский. Лечение эндометрита ионами. М. Об. 1890.—Массен. Спос., Apostoli и др. Дисс. СПб. 1890.—Гиммельфарб. К электротерапии в гинекологии. Отч. Вр. 1890.—Оленин. Электричество в гинекологии. Пр. Тамб. М. О. 1890.—Неелов. К вопр. о прим. электричества в акушерстве и гинекологии. Пр. Киев. А. О. 1891.—Массен. Совр. состояние вопроса о лечении миом матки пост. током. Отч. Ж. А. 1891.—Холмогоров. Сл. излечения pruritus vulvae пост. током. М. Об. 1891.—Дыский. О леч. электричеством в гин. отд. Голиц. Б. в 1891 г. Отч. Больн. за 1891 г.—Новицкий. Применение гальв. тока при отсутствии месячных. Вр. 1893.—Оленин. Результаты применения спос. Apostoli. Хир. Лет. 1893.—Александров и Федоров. К вопр.

• прим. электричества в гинекологии по мет. д-ра А. Сб. Слав. II.—Федоров. Электризация по мет. д-ра Александрова при леч. *gonorrhoea ascendens*. Ж. А. 1894.—Купидонов. Электротерапия при пери-, параметритах. Ж. А. 1894.—Рачинский. Видоизм. электрод для влагалища, д-ра Александрова. Отч. Вр. 1895.—Слетов. Электричество как средство для диагностики в гинекологии. Тр. М. О. Р. В. 1895.—Розенцвейг. Влаг. электрод проф. Рачинского. Вр. 1896.—Немировский. К пат. и тер. *pruritus vulvae*. Ежен. 1897.—Недородов. О прим. электричества для полного излечения *gr. extraut. tubariae* и ее последствий. Библ. Вр. 1897.—Быховский. К вопр. о лечении электричеством нек. болезней ж. пол. органов. Ж. А. 1897.—Александров. Неск. слов о посл. образцах тампонно-влаж. электропроводника и пр. Ж. А. 1898.—Калабин. Мат. к вопр. о лечении восп. заболеваний придатков матки гальв. и фарад. током. Дисс. М. 1899.—Александров. Вн.-наружные пузырьно-тампонные влаг. электризации при ж. болезнях. Ж. А. 1900.—Строкин. Нов. влаг. термогидроэлектрод. Вр. 1900.—Лившиц. Влаг. прямокиш. электрод. Ежен. 1900.—Александров. Вн.-наруж. пуз.-тампонные прямокиш. электризации при ж. болезнях у девиц. Ж. А. 1901.—Калабин. 53 повт. случая восп. заболеваний придатков матки, леч. электричеством. Ж. А. 1901.—Александров. Лечение ж. болезней электричеством. Отч. Ж. А. 1901.—Слетов и Иванов. О трехфазном токе и его применении в гинекологии. М. Об. 1901.—Александров. Сл. электролечения фибромиомы матки. Ж. А. 1902.—Гинзбург. О лечении дисменнорреи. Вр. Г. 1903.—Александров. Электротерапия при заболеваниях ж. пол. сферы. I С. Р. А. 1905.—Матвеев. К вопр. об электротерапии при заболеваниях ж. пол. сферы. Там же.—Александров. К вопр. о диагн. и прогн. значении и о месте электротерапии среди др. методов лечения ж. болезней. II С. Р. А.—Александров. Научные основы электротерапии ж. болезней. Там же.—Соловьев. Мат. к вопросу об электротерапии в гинекологии по сп. Александрова. Дисс. Харьк. 1908.—Матвеев. Пуз.-кожный электрод. Ж. А. 1913.—Мишин. О лечении аменорреи. Отч. Вр. Г. 1913.—Илларионов. Применение электричества по мет. д-ра Александрова при перелойных заболеваниях у женщин. Ж. А. 1915.—Панютин. Электротерапия в гинекологии. М. М. Ж. 1925.—Мыкертчьянц и Келлат. Новый метод лечения мат. кровотечений аутомаммином. Гин. и Ак. 1926.—Бродерзон и Лебедев-Шмитгоф. Ионтофорез при ретроверзии матки. Вр. Г. 1926.—Вербов. Лечение восп. заболеваний ж. п. сферы ионтофорезом. VII С. Р. А.—Преображенская-Богородицкая. К вопр. о кровоост. действии ионтофореза хлор. кальцием при мат. кровотечениях. VII С. Р. А.—Уточникова. О лечении восп. заболеваний ж. п. сферы ионтофорезом. К. М. Ж. 1927.

Элефантиазис вульвы (стр. 175—177): Попов. Элефантиазис малых пол. губ. в клин. и пат.-анат. отношениях. Мед. 1892.—Пригара. Слоновая проказа нар. пол. органов женщины в пат.-анат. отношении. Дисс. СПб. 1898.—Членов. Сифилис и свищовость вульвы. М. Об. 1902.—Рознатовский. К вопр. о пат.-анат. изменениях при *elephantiasis vulvae*. Сб. раб. по ак. и гин. СПб. 1920.—Булыгинский. К вопр. об этиологии *elephantiasis vulvae*. Сб. Грузд.

Казуистика: Попов, Зап. по ч. вр. наук. 1845; Савостицкий, Лет. Хир. О. в М. 1876; Павлов, Тр. О. Р. Вр. в М. 1885; Исполатов, там же; Ващенко, Пр. Киев. А. О. VI; Чуевский, там же, 1887; Неелов, там же, 1888; Воскресенский, там же, IX; Брандт и Фишер. Сб.

Слав.; Вирштейн, М. Об. 1896; Жевахов, Отч. Ж. А. 1900; Семенович, Хир. 1902; Проскурякова, Сб. Отта II; Варгафтик, Ж. А. 1907; Борткевич, Пр. В. 1910; Кукуричкин, Отч. Вр. Г. 1914; Козинский, Ж. А. 1925.

Эндотелиомы женской половой сферы (стр. 201—202): Кадыгробов. Эндотелиомы яичников в пат.-анат. и клин. отношениях. Р. Хир. Арх. 1903.— Кадыгробов. Эндотелиомы жен. пол. аппарата в пат.-анат. и клин. отношении. Дисс. Казань. 1908.—Гильчер. Эндотелиомы яичников. Ж. А. 1913.

Казуистика эндотелиом матки: Луппов, Ж. А. 1907; Редлих, Ж. А. 1909; Тимофеев, Ж. А. 1911.

Казуистика эндотелиом яичников: Луппов, Ж. А. 1910.

Эпителлий, его разращения в женском половом аппарате (стр. 203): Улезко-Строганова. К вопросу о доброкачественных разращениях эпителия в женском половом аппарате. Ж. А. 1909.

Эстхиомена вульвы (стр. 177): Членов. Об *ulcus vulvae chronicum* М. Об. 1912.—Сутеев. К уч. об. *esthiomene de la vulve* Huguier. М Вест. Дерм. 1926.

Этиология и патологическая гистология гинекологических заболеваний (стр. 127—295): Федоров. Введение в курс ж. болезней и кратк. очерк совр. состояния учения об этиологии заболеваний ж. пол. органов. Варш. Ун. Изв. 1892.—Никифоров. Очерк пат. гистологии гин. заболеваний. М. 1899.—Курдиновский. Краткий курс патол. гистологии ж. пол. сферы. СПб. 1910.

Эхинококк женских половых частей (стр. 174—175): Случай эхинококка матки: Новицкий, Пр. Кавк. М. О. 1899; Кузьмин, Хир. 1903.

Случай эхинококка фаллопиевых труб: Скворкин, Мед. Б. 1897; Клисич, Р. Вр. 1905; Дашкевич. Ж. А. 1910; Абрамичев. Ж. А. 1912.

Случай эхинококка фаллопиевых труб: Скворкин, Мед. Б. 1897; Клисский, Р. Хир. Арх. 1902; Каблуков, М. Об. 1903; Кузьмин, Хир. 1906; Холодковский, Хир. 1910; Абрамичев, Ж. А. 1912.

Случай эхинококка широкой связки: Львов, М. Об. 1902.

Случай эхинококка тазовой полости: Гиммельфарб, Вр. 1883; Ясинский, Р. Мед. 1886; Оленин, Пр. Тамб. М. О. 1889; Муратов, М. Об. 1889; Орлов, Р. Вр. 1905; Кузьмин, Изв. Сар. Ун. 1913; Борисова и Осякина, Ж. А. 1927; Уткина, Кл. Ж. Сар. Ун. 1927.