

Д-ръ О. А. ДОББЕРТЬ.

# КУРСЪ ГИНЕКОЛОГІИ.

Четвертое значительно дополненное и исправленное издание.

Съ 64 рис. въ текстѣ.

---

ПЕТРОГРАДЪ.  
Изданіе К. Л. Риккера.  
Морская ул., 17.  
1916.

Д-ръ Ѳ. А. ДОББЕРТЬ.

# КУРСЪ ГИНЕКОЛОГИИ.

Четвертое значительно дополненное и исправленное издание.

Съ 64 рис. въ текстѣ.



ПЕТРОГРАДЪ.  
Издание К. Л. Риккера.  
Морская ул., 17.  
1916.

Дозволено военной цензурой 16 Июня 1916 г.

Типография Э. Ф. Мексъ. Петроградъ, Забалканскій пр. 22.

## Предисловіе къ четвертому изданію.

---

При составленіи этого учебника я придерживался не всѣмъ систематично составленной программы для повивальныхъ бабокъ 1-го разряда. Къ предлагаемому изданію я, согласно желанія нѣкоторыхъ товарищей-преподавателей, прибавилъ главы объ анатоміи женскихъ половыхъ органовъ и объ общей терапіи женскихъ болѣзней. Вслѣдствіе этого учебникъ потерялъ свою первоначальную форму. Но я надѣюсь, что въ исправленномъ видѣ онъ будетъ пригоденъ не только для учащихся въ повивальныхъ и фельдшерскихъ школахъ, но и какъ повторительный курсъ для студентовъ-медиковъ. Въ этомъ изданіи, какъ и въ предыдущихъ, я лишь въ общихъ чертахъ касаюсь леченія женскихъ болѣзней, особенно оперативнаго. Въ краткомъ учебникѣ едва-ли представляется возможнымъ изложить этотъ отдѣлъ съ желательной даже для начинающаго изучать медицину полнотой. Тутъ необходимы краснорѣчивое слово преподавателя или помощь специальныхъ руководствъ по оперативной гинекологіи.

За сдѣланныя мнѣ указанія я приношу здѣсь свою сердечную благодарность товарищамъ и впредь охотно готовъ всегда слѣдовать ихъ пожеланіямъ.

Петроградъ.  
1916 г.

Ө. Д.

---

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

## ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

стр.

### I. Анатомія женскихъ половыхъ органовъ.

Наружные половые органы.	
1. Груды . . . . .	1
2. Лобокъ . . . . .	3
3. Срамные органы . . . . .	4
4. Промежность . . . . .	6
Внутренніе половые органы.	
1. Влагалище . . . . .	7
2. Матка . . . . .	9
3. Яйцепроводы . . . . .	12
4. Яичники . . . . .	13

### II. Асептика и антисептика въ гинекологической практикѣ.

Общее понятіе о гинекологическихъ операціяхъ . . . . .	17
Приготовленіе больной къ операціи . . . . .	18
Приготовленіе персонала . . . . .	22
Приготовленіе инструментовъ и матеріала для швовъ . . . . .	23
Приготовленіе перевязочнаго матеріала и перчатокъ . . . . .	25
Приготовленіе операціонной комнаты . . . . .	26

### III. Методы гинекологическаго изслѣдованія.

Анамнезъ . . . . .	28
Объективное изслѣдованіе . . . . .	29
Наружное изслѣдованіе . . . . .	31
Внутреннее изслѣдованіе . . . . .	33
Ручное изслѣдованіе . . . . .	35
Инструментальное изслѣдованіе . . . . .	38

### IV. Общая терапія женскихъ болѣзней.

I. Уходъ послѣ гинекологическихъ операцій . . . . .	49
II. Примѣненіе лечебныхъ средствъ во влагалищѣ.	
1. Спринцеванія влагалища . . . . .	52
2. Мѣстная ванна влагалищной части . . . . .	54
3. Смазыванія влагалища и влагалищной части . . . . .	54
4. Тампонада влагалища . . . . .	55
5. Влагалищные шарики . . . . .	56

	стр.
6. Мѣстное кровоизвлеченіе . . . . .	57
а. Насѣчки . . . . .	57
б. Піявки . . . . .	57
III. Примѣненіе лечебныхъ средствъ въ маткѣ.	
1. Маточныя спринцеванія . . . . .	58
2. Введеніе жидкихъ лекарственныхъ средствъ въ полость матки . . . . .	59
3. Тампонада матки . . . . .	61
IV. Примѣненіе лечебныхъ средствъ въ прямой кишкѣ.	
1. Клистиры . . . . .	62
а. Промывательные . . . . .	62
б. Лечебные . . . . .	63
в. Горячіе . . . . .	63
г. Питательные . . . . .	64
2. Свѣчи . . . . .	64
V. Наружные лечебные приемы.	
1. Согревающіе компрессы . . . . .	64
2. Припарки . . . . .	65
3. Горчичники . . . . .	65
4. Иодная настойка . . . . .	66
5. Мушки . . . . .	66
VI. Водолеченіе.	
1. Ванны . . . . .	67
2. Сидячія ванны . . . . .	68
3. Грязевыя ванны . . . . .	68
VII. Механическіе способы леченія.	
1. Кольца или пессаріи . . . . .	69
2. Гинекологическій массажъ . . . . .	71

## ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГІЯ И ТЕРАПІЯ ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Паразиты . . . . .	73
Болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ.	
I. Пороки развитія . . . . .	75
II. Заболѣванія воспалительнаго характера.	
Воспаленіе наружныхъ половыхъ частей . . . . .	77
Воспаленіе Бартолиновой железы . . . . .	79
III. Опухоли и новообразованія.	
Грыжа большой губы . . . . .	80
Кисты . . . . .	81
Бородавчатая разращенія . . . . .	82
Разращенія въ наружномъ отверстіи мочеиспускательнаго канала . . . . .	83
Ракъ наружныхъ половыхъ частей . . . . .	83
IV. Поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ . . . . .	85
Кровяная опухоль . . . . .	86
Застарѣлые разрывы промежности . . . . .	87
Болѣзни влагалища и дѣвственной плевы.	
I. Пороки развитія . . . . .	87



<b>II. Нервныя заболѣванія влагалища и наружныхъ половыхъ частей.</b>	
Зудъ наружныхъ половыхъ частей . . . . .	92
Судорога входа во влагалище . . . . .	93
Воспаленія влагалища . . . . .	94
<b>IV. Новообразования влагалища.</b>	
Кисты влагалища . . . . .	97
Бородавчатая разрашенія . . . . .	98
Первичный ракъ влагалища . . . . .	98
Саркома влагалища . . . . .	99
<b>V. Поврежденія влагалища.</b>	
Мочевые свищи . . . . .	100
Каловые свищи . . . . .	103
<b>VI. Смѣщенія влагалища.</b>	
Опущеніе и выпаденіе влагалища . . . . .	104
<b>Болѣзни матки.</b>	
I. Пороки развитія . . . . .	107
<b>II. Воспаленіе матки . . . . .</b>	
Острое воспаленіе матки . . . . .	112
Хроническое воспаленіе слизистой оболочки тѣла матки . . . . .	114
Хроническое воспаленіе слизистой оболочки шейки матки . . . . .	116
Воспаленіе вещества матки . . . . .	119
<b>III. Новообразования матки.</b>	
Миома и фибромиома матки . . . . .	121
Ракъ матки . . . . .	129
Ракъ шейки матки . . . . .	130
Ракъ тѣла матки . . . . .	137
<b>IV. Смѣщенія матки.</b>	
Наклоненіе и перегибъ матки кпереди . . . . .	139
Наклоненіе и перегибъ матки кзади . . . . .	140
Опущеніе и выпаденіе матки . . . . .	145
Выворотъ матки . . . . .	149
<b>Болѣзни придатковъ матки.</b>	
I. Воспаленіе трубъ и яичниковъ . . . . .	151
<b>II. Опухоли яичниковъ</b>	
Кисты яичника . . . . .	159
Плотныя опухоли яичника . . . . .	170
<b>Воспаленіе тазовой брюшины . . . . .</b>	171
<b>Воспаленіе тазовой клѣтчатки . . . . .</b>	174
<b>Кровяная опухоль въ тазу . . . . .</b>	177

## Программа по гинекології

для обученія повивальныхъ бабокъ 1-го разряда въ родовспомогательныхъ учебныхъ заведеніяхъ.

1. Гинекологическое изслѣдованіе: ручное и инструментальное.
2. Понятіе о гинекологическихъ операціяхъ и приготовленіе къ нимъ больной, персонала и остальной обстановки.
3. Недостаточность тазоваго дна. Старые разрывы промежности. Паразиты, воспаленіе и новообразования наружныхъ дѣтородныхъ органовъ. Кровяная опухоль. Воспаленіе Бартолиновыхъ железъ.
4. Воспаленіе влагалища. Выпаденіе стѣнокъ влагалища. Нервныя болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища. Пузырно- и кишечно-влагалищныя свищи.
5. Воспаленіе слизистой оболочки матки острое и хроническое. Выворотъ и изъязвленіе маточной шейки.
6. Воспаленіе вещества матки.
7. Перегибы и наклоненія матки.
8. Выпаденіе и выворотъ матки.
9. Кровяная опухоль въ тазу.
10. Доброкачественныя опухоли матки. Фиброиды. Полипы.
11. Ракъ матки.
12. Воспаленіе трубъ и яичниковъ.
13. Опухоли яичниковъ.
14. Воспаленіе тазовой брюшины.
15. Воспаленіе тазовой клѣтчатки.

# Общая часть.

## I. Анатомія женскихъ половыхъ органовъ.

Женскими половыми органами называются органы, назначенные для половой жизни женщины и составляющіе отличительную особенность женскаго организма.

Половые органы женщины помѣщаются въ области таза, за исключеніемъ парнаго органа — груди, расположенныхъ на передней поверхности грудной клѣтки, тотчасъ подъ кожею. Половые органы раздѣляются на наружныя, находящіяся снаружи костянаго тазоваго кольца, и внутренніе, лежащіе въ полости таза.

Къ наружнымъ половымъ органамъ причисляютъ: груди, лобокъ, срамные органы или вульву и промежность. Къ внутреннимъ половымъ органамъ принадлежатъ: влагалище, матка, яйцепроводы или Фаллопиевы трубы и яичники.

### Наружные половые органы.

1. Груды помѣщаются въ видѣ двухъ полушарій на передней поверхности грудной клѣтки, между 3-мъ и 6-мъ ребрами, на большихъ грудныхъ мышцахъ, и отдѣлены другъ отъ друга проходящимъ между ними въ области грудины углубленіемъ — п а з у х о й. Груды достигаютъ своего полнаго развитія лишь ко времени наступленія половой зрѣлости. У дѣвственницъ и у молодыхъ женщинъ онѣ упруги и эластичны; разрастаясь и отвисая во время беременности, онѣ послѣ родовъ уже не получаютъ своей прежней формы. Въ климактерическіе годы груди атрофируются и у старыхъ женщинъ представляются въ видѣ сморщенныхъ дряблыхъ мѣшечковъ.

На высшей точкѣ выпуклости груди находится грудной сосокъ, который обращенъ немного кнаружи и выдается болѣе или менѣе надъ уровнемъ кожи или втянутъ въ видѣ ямки. Сосокъ окруженъ околососковымъ кружкомъ. Цвѣтъ кожи соска и околососкового кружка буровато-розовый и у блондинокъ бываетъ гораздо свѣтлѣе. Верхушка соска снабжена сосочками, между которыми находятся отверстія выводныхъ протоковъ грудной железы. Въ кожѣ соска и околососкового кружка расположены пучки переплетающихся гладкихъ мышечныхъ волоконъ. При раздраженіи соска эти мышечныя волокна сокращаются, вслѣдствіе чего околососковый кружокъ сморщивается, а сосокъ удлиняется и становится тверже. Подъ кожу въ области околососкового кружка помѣщается отъ 10 до 15 небольшихъ грозде-

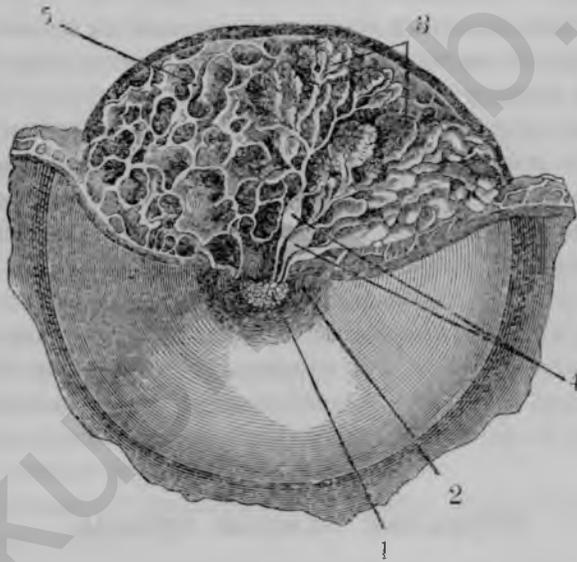


Рис. 1. Грудная железа. 1. Сосокъ. 2. Околососковый кружокъ. 3. Гроздевидныя дольки железы. 4. Млечныя мѣшечки. 5. Клѣтчатка, соединяющая дольки.

видныхъ железъ, выводные протоки которыхъ открываются на вершинѣ небольшихъ пигментированныхъ бугорковъ—Монгомыевы железы. Подъ кожей груди лежитъ толстый слой подкожной жировой клѣтчатки, на соскѣ и околососковомъ кружкѣ жира нѣтъ. Жировая клѣтчатка проникаетъ всюду между дольками железы, за исключеніемъ задней поверхности, гдѣ находится рыхлая клѣтчатка, составляющая прямое продолженіе сосѣднихъ поверхностныхъ фасцій.

Грудная железа по своему строению принадлежит къ сложнымъ гроздевиднымъ железамъ и состоитъ изъ 15 — 24 долей, которыя, въ свою очередь, составляются изъ долекъ большей или меньшей величины. Самыя маленькія дольки состоятъ изъ круглыхъ или грушевидныхъ пузырьковъ, которые сидятъ на тонкихъ трубочкахъ, сообщающихся съ ихъ полостями. Путемъ послѣдовательнаго соединенія такихъ трубочекъ образуются каналцы, которые въ концѣ концовъ сливаются вмѣстѣ и образуютъ выводной протокъ железы — млечный протокъ. Всѣ млечные протоки сходятся къ околососковому кружку, подъ которымъ каждый протокъ сильно расширяется и образуетъ млечный мѣшечекъ. Послѣ образования мѣшечка каждый протокъ опять суживается и у основанія соска заворачиваетъ подъ угломъ въ сосокъ, идетъ по его продольной оси и открывается замѣтнымъ отверстіемъ на верхушкѣ соска.

Иногда, вслѣдствіе неправильнаго развитія, бываетъ большее число грудей. Такія придаточныя груди помѣщаются иногда на животѣ или подъ мышками; чаще всего онѣ встрѣчаются въ окружности нормальныхъ грудей въ видѣ маленькихъ возвышеній.

Сосуды и нервы. Артеріи довольно многочисленны (стволы наружной титечной и длинной грудной артеріи), но въ существѣ грудей онѣ не даютъ крупныхъ вѣтвей. Развѣтвляясь, онѣ переходятъ въ волосные сосуды, образующіе густую сѣть вокругъ пузырьковъ железистыхъ долекъ.

Вены здѣсь значительно толще артерій и ихъ сѣть видна черезъ кожу. Онѣ соотвѣтствуютъ артеріямъ и, образовавъ въ области соска венозное кольцо, вливаются въ большіе венозные (стволы подкрыльцовая вена, внутренняя титечная вена).

Лимфатическіе сосуды съ наружной половины грудей и дуть къ подкрыльцовымъ железамъ, а съ внутренней половины грудей направляются въ переднее грудное средостѣніе.

Нервы, кожные и железистые, происходятъ отъ сплетеній черепно-спинной нервной системы, а сосудистые, развѣтвляющіеся въ самомъ веществѣ железы, принадлежатъ къ симпатической нервной системѣ.

2. Л о б о к ъ. Непосредственно надъ лонными костями подкожная жировая клѣтчатка утолщается и образуетъ покрытое кожей возвышеніе, получившее названіе лобка или холма Венеры. При наступленіи половой зрѣлости лобокъ покрывается волосами. Кожа лобка богата сальными и потовыми железами. Часто лобокъ отдѣляется отъ брюшныхъ покрововъ бороздой.

3. Срамные органы находятся у выхода таза, между бедрами, и состоятъ изъ большихъ и малыхъ дѣтородныхъ губъ, похотника, преддверія, луковиць преддверья и Бартолиновыхъ железъ.

а. Большія дѣтородныя губы. Кожа, переходя съ внутренней поверхности бедеръ на выходъ таза, образуетъ двѣ длинныя кожныя складки, идущія при стоячемъ положеніи спереди назадъ и нѣсколько сверху внизъ. Эти складки — большія дѣтородныя губы — простираются отъ лобка до промежности, гдѣ онѣ сходятся и образуютъ нѣжную складку — уздечку или заднюю спайку. Между большими губами находится половая щель. Наружная поверхность большихъ дѣтородныхъ губъ покрыта въ зрѣломъ возрастѣ волосами, а на внутренней поверхности кожа представляется очень нѣжной, окрашена въ свѣтлокрасный цвѣтъ и походитъ болѣе на слизистую оболочку (Рис. 2).

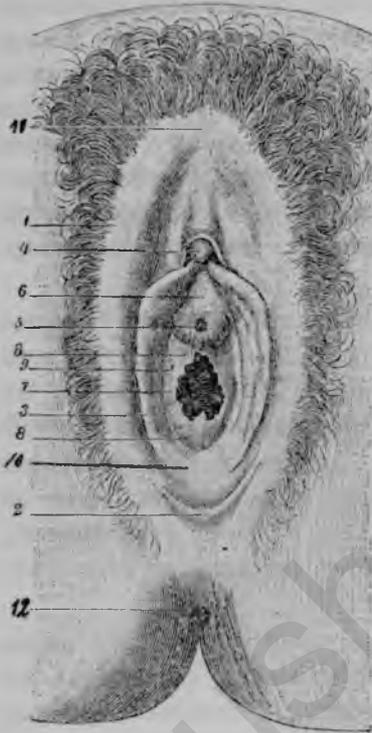


Рис. 2. Наружные дѣтородные органы женщины. 1. большія губы. 2. уздечка или задняя спайка. 3. малыя губы. 4. клиторъ. 5. наружное отверстие мочеиспускательнаго канала. 6. преддверіе. 7. входъ во влагалище. 8. дѣвственная плева. 9. отверстие выводнаго протока Бартолиновой железы. 10. ладьеобразная ямка. 11. лобокъ. 12. задне-проходное отверстие.

б. Малыя дѣтородныя губы лежатъ между большими и представляются въ видѣ двухъ нѣжныхъ складокъ, поднимающихся на внутренней поверхности большихъ губъ. Сзади малыя губы постепенно сглаживаются и теряются обыкновенно на серединѣ длины большихъ губъ. Кпереди каждая изъ малыхъ губъ раздѣляется на двѣ ножки, изъ которыхъ наружная, сливаясь съ соотвѣтственною ножкою противоположной стороны, образуетъ крайнюю плотъ

клитора. Меньшая, внутренняя, ножка прикрѣпляется по средней линіи къ нижней поверхности головки клитора и вмѣстѣ съ такою же ножкою противоположной стороны образуетъ уздечку клитора. Кожа, образующая малыя губы, красновата, мягка и влажна, особенно на внутренней поверхности ихъ.

в. Похотникъ или клиторъ состоитъ изъ пещеристой ткани и начинается двумя ножками отъ лонной дуги. Въ области лоннаго сращенія ножки сливаются въ одно цилиндрическое тѣло, которое дѣлаетъ загибъ книзу. Тѣло клитора заканчивается закругленнымъ концомъ, смотрящимъ книзу — головкою клитора, выходящею между ножками малыхъ дѣтородныхъ губъ. При раздраженіи, вслѣдствіе большаго притока и недостаточнаго оттока крови въ пещеристой ткани, получается увеличеніе и напряженіе клитора.

г. Преддверіемъ называется площадка, находящаяся между малыми губами. Кпереди она доходитъ до клитора, а къзади до углубленія — ладьеобразной ямки, лежащей немного выше уздечки. Въ преддверіе открываются мочеиспускательный каналъ и влагалище.

Отверстіе мочеиспускательнаго канала лежитъ на 1 — 2 см. къзади отъ клитора и окружено краемъ въ видѣ круглаго валика. Слизистая оболочка, выстилающая преддверіе, около отверстія мочеиспускательнаго канала снабжена многочисленными гроздевидными железами. Позади отверстія мочеиспускательнаго канала, въ расширенной части преддверія, находится входъ во влагалище, прикрытый у дѣвственницъ тонкою перепонкою — дѣвственною плевою. Дѣвственная плева имѣетъ обыкновенно форму кольца или полулунной складки, рѣже заслонки съ нѣсколькими отверстіями. При соитіи эта плева надрывается на одномъ или на нѣсколькихъ мѣстахъ. Во время родовъ она разрывается и остающіяся части ея въ видѣ отдѣльно другъ отъ друга стоящихъ возвышеній называются митровидными сосочками.

д. Луковицы преддверія расположены подъ слизистою оболочкою по обѣимъ сторонамъ преддверія, между нимъ и лонною дугою, въ видѣ двухъ продолговатыхъ пещеристыхъ тѣлъ. Въ заднемъ своемъ концѣ эти тѣла имѣютъ круглое утолщеніе, на переднемъ же концѣ они заострены и соединяются съ венознымъ сплетеніемъ похотника.

е. Бартолиновы железы, величиною каждая въ бобъ, лежатъ по обѣимъ сторонамъ входа во влагалище, тотчасъ позади нижняго конца луковицъ преддверія, между слизистою оболочкою и мышцею, сжимающею входъ во влагалище. Железы эти имѣютъ гроздевидное строеніе; выводные протоки ихъ идутъ косвенно къ внутренней поверхности малыхъ губъ и открываются впереди дѣвственной плевы. У молодыхъ особъ онѣ сильнѣе развиты, нежели у старыхъ.

Сосуды и нервы. Артерии женских срамных органов происходят от общей срамной артерии, отчасти также от наружной срамной артерии, ветви бедренной артерии. Вены соответствуют артериямъ. Лимфатические сосуды этихъ частей идутъ къ паховымъ железамъ. Нервы происходятъ отъ подвздошно-пахового нерва, отъ наружнаго сѣменнаго нерва (лобокъ, большія губы) и отъ промежностнаго нерва (задняя часть большихъ губъ, малыя губы и преддверіе). Пещеристыя части получаютъ тонкія вѣточки отъ тазовыхъ сплетеній симпатическаго нерва.

4. Промежность представляетъ собою тотъ участокъ мясистой ткани, который въ видѣ клина вдается между влагалищемъ

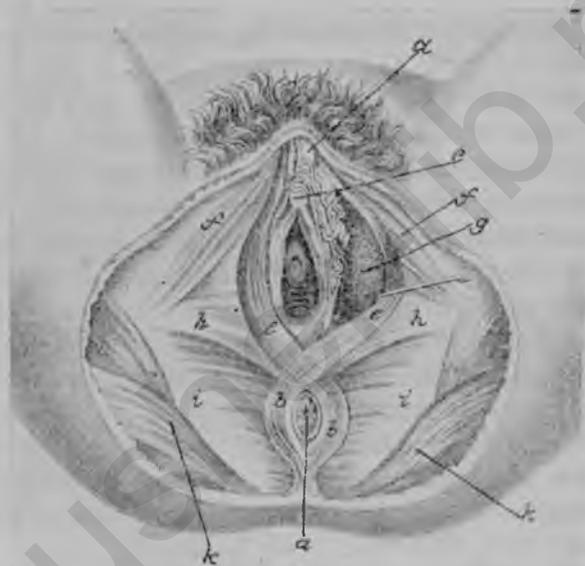
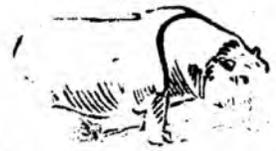


Рис. 3. Мышцы промежности. а. Задній проходъ. б. Наружный жомъ. с. Головка клитора. д. Тѣло клитора. е. Мышца, сжимающая входъ во влагалище. ф. Сѣдалищно-пещеристая мышца. г. Луковица преддверія. h. Поперечная промежностная мышца. i. Мышца, поднимающая задній проходъ. к. Ягодичныя мышцы.

и прямою кишкою до мѣста ихъ соприкосновенія. Промежность составляетъ существенную часть тазоваго дна и распространяется снаружи отъ задней спайки срамныхъ губъ до отверстия задняго прохода, а въ стороны до сѣдалищныхъ бугровъ и восходящихъ вѣтвей сѣдалищныхъ костей. Кожа на промежности тонкая, особенно въ области задняго прохода. Подъ кожей находится поверхностная фасція, между листками которой встрѣчается жировая ткань. Подъ слоемъ жировой ткани располагается промежностная фасція, а подъ ней рядъ мышцъ, назначеніе



которых состоитъ отчасти въ замыканіи наружныхъ отверстій полыхъ органовъ таза (моченспускательнаго канала, влагалища, прямой кишки), отчасти въ движеніи нижнихъ отдѣловъ этихъ органовъ (Рис. 3). Между лонной дугой и преддверіемъ расположены мышцы, направляющіяся сзади напередъ: сѣдалищно-пещеристая мышца и мышца сжимающая входъ во влагалище. Въ поперечномъ направленіи проходитъ отъ сѣдалищнаго бугра поверхностная промежностная мышца, которая соединяется по срединной линіи съ соименной мышцею противоположной стороны. Выше и болѣе кпереди предыдущей расположена глубокая промежностная мышца. Кругомъ прямой кишки расположена мышца—жомъ прямой кишки или сфинктеръ. Онъ начинается отъ верхушки копчика, охватываетъ прямую кишку и, перекрещиваясь, переходитъ въ мышцу, сжимающую входъ во влагалище. Этотъ жомъ, наружный, есть произвольная, поперечно-полосатая мышца. Выше его по кишкѣ лежитъ внутренній жомъ, который состоитъ изъ гладкихъ, произвольныхъ мышечныхъ волоконъ.

Подъ мышцами промежности расположена глубокая фасція промежности. Выше глубокой промежностной фасціи находится мышца, поднимающая задній проходъ.

Мышца, поднимающая задній проходъ, вмѣстѣ съ лежащею надъ нею тазовой фасціей образуетъ собственно діафрагму или дно таза, которое отъ стѣнокъ таза воронкообразно спускается къ срединѣ таза и сливается со стѣнками нижнихъ отдѣловъ прямой кишки, влагалища и мочевого пузыря.

Сосуды и нервы. Артеріи, промежностная и нижняя геморроидальная, происходятъ отъ общей срамной артеріи. Вены соотвѣтствуютъ артеріямъ, но образуютъ, особенно въ области задняго прохода, сплетенія. Нервы, снабжающіе промежность, одноименны съ артеріями и происходятъ отъ срамнаго сплетенія.

### Внутренніе половые органы.

1. Влагалище или маточный рукавъ представляетъ собою трубчатый органъ, начинающійся отъ срамныхъ частей отверстіемъ—входъ или устье влагалища—и идущій въ полость малаго таза до матки, гдѣ онъ оканчивается мѣшкообразнымъ расширеніемъ—сводомъ (Рис. 4). Въ сводъ вдается нижняя часть матки, раздѣляя его на передній, задній и боковые своды. Длина влагалища 10—13 см. Пока влагалище пусто, оно представляетъ спавшуюся спереди назадъ трубку, такъ

что передняя стѣнка прилегаетъ къ задней. Передняя стѣнка влагалища короче задней и передній сводъ представляется болѣе плоскимъ, чѣмъ задній. Передняя стѣнка влагалища соединяется съ мочевымъ пузыремъ и тѣсно срастается съ мочеиспускательнымъ каналомъ. Задняя стѣнка въ верхней трети (задній сводъ) покрыта брюшиной, а далѣе прилегаетъ къ прямой кишкѣ, съ которой она соединяется не очень прочно. Въ нижней части,

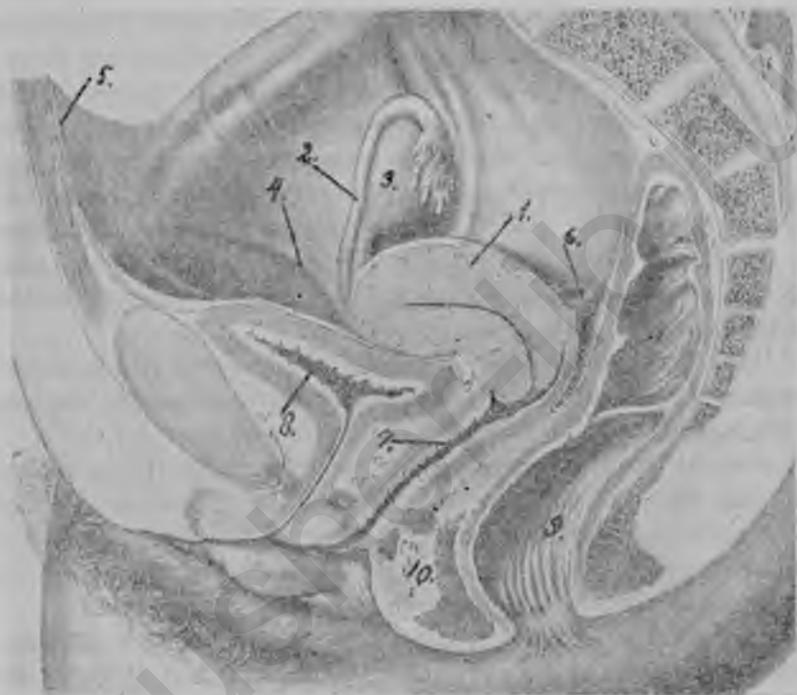


Рис. 4. Средній разрѣзъ черезъ женскіе половые органы. 1. Матка. 2. Яйцеспроводъ. 3. Яичникъ. 4. Круглая связка. 5. Брюшина. 6. Крестцово-маточная связка. 7. Влагалище. 8. Мочевой пузырь. 9. Прямая кишка. 10. Промежность.

между задней стѣнкой влагалища и прямой кишкой, вдается въ видѣ клина промежность. По сторонамъ влагалища расположена тазовая клѣтчатка.

Въ стѣнкахъ влагалища различаютъ 3 слоя: а) Наружный, соединительно-тканый слой окруженъ венозными сплетеніями. б) Средній, мышечный слой состоитъ изъ кольцевидныхъ и продольныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Во входѣ во влагалище имѣются также поперечно-полосатые мышечные волокна въ небольшомъ количествѣ. в) Внутренній слой образуется слизистой оболочкой. Поверхность ея не гладка, особенно въ средней и

нижней части. Здѣсь на передней и задней стѣнкѣ расположены по срединной линіи два продольныхъ валика, отъ которыхъ къ бокамъ влагалища проходятъ поперечныя складки.

2. Матка есть полый мышечный органъ, лежащій въ полости малаго таза между мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой. Форма матки грушевидная, нѣсколько сплюснутая спереди назадъ, причемъ широкая часть обращена кверху, а узкая книзу. Различаютъ 2 нѣсколько выпуклыя поверхности—переднюю и заднюю и 3 края—верхній и два боковыхъ. Матка немного изогнута по длинной оси подъ угломъ, открытымъ кпереди.

Верхняя закругленная часть матки называется дномъ, средняя—тѣломъ и нижняя—шейкой, выступающей отчасти въ своды влагалища. Шейка переходомъ влагалища въ ткань матки дѣлится на двѣ части: влагалищную и надвлагалищную (Рис. 5).

Размѣры матки нерожавшей: длина 7—8 стм., ширина у дна 3,5—5 стм., толщина 2—3 стм. Вѣсъ 40—50 грм.

Полость въ тѣлѣ матки сплюснута спереди назадъ и имѣетъ видъ треугольника, обращеннаго основаніемъ вверхъ. Боковые углы полости воронкообразно переходятъ въ отверстія яйцепроводовъ, а нижній уголъ въ полость шейки посредствомъ узкаго отверстія—внутренняго зѣва. Полость шейки матки представляетъ собою, сообразно очертанію шейки, каналъ веретенообразной формы, который сообщается черезъ наружный зѣвъ съ влагалищемъ, а черезъ внутренній зѣвъ съ полостью матки.

Наружный зѣвъ матки у женщинъ нерожавшихъ имѣетъ видъ овальной ямки, раздѣляющей влагалищную часть на переднюю и заднюю губы. У рожавшихъ, вслѣдствіе надрывовъ во время родовъ, губы раздѣлены гораздо яснѣе и отверстіе часто имѣетъ неправильную форму.

Стѣнки матки, толщиною въ 1—2 стм., состоятъ изъ 3 слоевъ: внутренняго—слизистой оболочки, средняго—мышечнаго слоя и наружнаго—брюшины.

а) Слизистая оболочка, выстилающая полость матки, имѣетъ толщину въ 1—2 мм.; она блѣдно-краснаго цвѣта и тѣсно соединена съ мышечнымъ слоемъ. Въ полости матки слизистая обо-

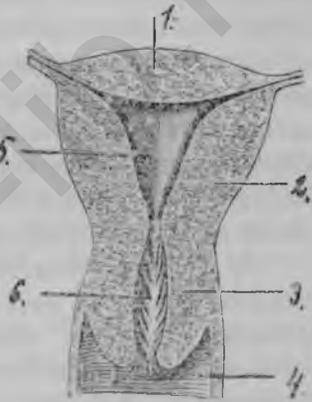


Рис. 5. Поперечный разрѣзь черезъ матку. 1. Дно матки. 2. Тѣло матки. 3. Шейка матки. 4. Влагалище. 5. Полость матки. 6. Каналь шейки.

лочка гладка и не имѣетъ складокъ. Въ шейкѣ слизистая оболочка блѣднѣе и образуетъ на передней и задней стѣнкѣ по одной большой продольной складкѣ и по нѣскольکو маленькихъ складокъ, идущихъ косвенно кнаружи и вверхъ. По образу своего соединенія онѣ похожи на листья пальмы и называются древомъ жизни.

Основа слизистой оболочки соединительно-тканная и состоитъ преимущественно изъ мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, между которыми встрѣчаются и веретенообразныя. Она чрезвычайно богата трубчатыми железами, доходящими до мышечнаго слоя. Поверхность слизистой оболочки выстлана слоемъ цилиндрическаго мерцательнаго эпителия. Такимъ же эпителиемъ выстлана поверхность слизистой оболочки въ каналѣ шейки. Здѣсь основа слизистой оболочки состоитъ изъ болѣе плотной соединительной ткани и содержитъ многочисленныя дольчатыя железы. Эти железы выдѣляютъ густую, тягучую и прозрачную слизь, которая иногда въ нихъ застаивается, вслѣдствіе чего железки растягиваются и получаютъ видъ прозрачныхъ пузырьковъ. Такіе пузырьки носятъ названіе *Наботовыхъ яичекъ* и располагаются обыкновенно около наружнаго зѣва матки.

б) Средній — мышечный — слой представляетъ собою собственное вещество матки и состоитъ изъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, которыя перекрещиваются по всѣмъ направленіямъ и соединяются весьма тѣсно между собою посредствомъ соединительной ткани. Различаютъ 3 слоя: наружный слой состоитъ изъ продольныхъ и косо идущихъ волоконъ, которыя переходятъ также въ маточныя связки. Средній наиболѣе толстый слой образуется мышечными пучками, идущими въ различныхъ направленіяхъ. Внутренній наиболѣе тонкій слой состоитъ преимущественно изъ круговыхъ мышечныхъ пучковъ, заложенныхъ въ области внутренняго зѣва и отверстій трубъ. Влагалищная часть содержитъ сравнительно мало мышечной ткани; въ ней имѣется много соединительной ткани, богатой эластическими волокнами.

в) Наружный слой — брюшина — плотно прикрѣпляется къ мышечному слою и покрываетъ переднюю поверхность матки до внутренняго зѣва, а заднюю вплоть до мѣста прикрѣпленія задней стѣнки влагалища, на которую она переходитъ.

Матка, связанная съ мочевымъ пузыремъ при помощи клѣтчатки, представляетъ собою органъ подвижный, принимающій разныя положенія не только при разныхъ фізіологическихъ, но и патологическихъ состояніяхъ. Матка передвигается при каждомъ

вдыханіи, при каждомъ натуживаніи, при каждомъ измѣненіи объема сосѣднихъ органовъ—мочевого пузыря и прямой кишки. Въ полости таза матка лежитъ такъ, что она своимъ дномъ немного не доходитъ до плоскости входа въ тазъ, а влагалищная часть находится на линіи, соединяющей ости сѣдалищныхъ костей. При пустомъ мочевомъ пузырьѣ тѣло матки лежитъ на сплюснутомъ днѣ мочевого пузыря; дно матки обращено впередъ и находится за заднею поверхностью лоннаго сращенія, а влагалищная часть обращена къ крестцовой кости. При наполненіи мочевого пузыря матка приподнимается, отодвигается кзади и прижимается къ прямой кишкѣ.

Переполненіе прямой кишки оказываетъ менѣе значительное вліяніе на матку, отгѣсняя шейку кпереди и нѣсколько вправо. При значительномъ переполненіи прямой кишки происходитъ приподнятіе матки кверху.

Повышеніе внутрибрюшного давленія обусловливаетъ незначительное смѣщеніе матки книзу.

Какъ только устраняется искусственное смѣщеніе матки, она тотчасъ же возвращается къ своему нормальному положенію, въ которомъ она удерживается клѣтчаткою, соединяющею ее съ сосѣдними органами, затѣмъ тазовымъ дномъ, связочнымъ аппаратомъ и эластической брюшиной.

Брюшина, спускаясь изъ брюшной полости въ полость малаго таза, спереди покрываетъ дно мочевого пузыря и переходитъ на уровнѣ внутренняго зѣва на переднюю поверхность матки. Покрывъ переднюю поверхность и дно матки, брюшина спускается по задней поверхности матки глубже, а именно до мѣста прикрѣпленія задней стѣнки влагалища, покрываетъ верхнюю треть влагалища и только тогда переходитъ на переднюю поверхность прямой кишки. Вслѣдствіе такого своего расположенія, брюшина образуетъ у боковыхъ краевъ матки 2 складки, расположенныя между маткой и боковой окружностью полости таза и обращенныя свободнымъ своимъ краемъ кверху. Эти складки, имѣющія приблизительно 4-угольное очертаніе, походятъ на крылья и носятъ названіе широкихъ маточныхъ связокъ. Онѣ дѣлятъ полость таза на двѣ половины. Въ передней половинѣ находится мочевой пузырь и между нимъ и маткой пузырно-маточное пространство. Въ задней половинѣ находится прямая кишка и между ней и маткой заднее или Дугласово пространство.

Въ видѣ двухъ кругловатыхъ полосокъ выходятъ изъ самаго вещества матки, съ обѣихъ сторонъ передней части ея дна, круг-

ляя маточныя связки и идутъ между листками широкихъ связокъ, направляясь дугообразно впередъ къ заднему отверстию пахового канала. Онѣ проходятъ черезъ паховой каналъ и у наружнаго его отверстія теряются въ жировомъ слоѣ лобка.

Заднія или крестцово-маточныя связки представляютъ собою двѣ полулунныя складки брюшины, расположенныя на днѣ Дугласова пространства, и соединяютъ, обойдя боковыя поверхности прямой кишки, заднюю поверхность шейки съ 3-имъ и 4-ымъ крестцовыми позвонками.

Подъ брюшиною находится рыхлая соединительная ткань — тазовая клѣтчатка — въ которой расположены кровеносные и лимфатическіе сосуды, а также нервныя развѣтвленія. Посред-

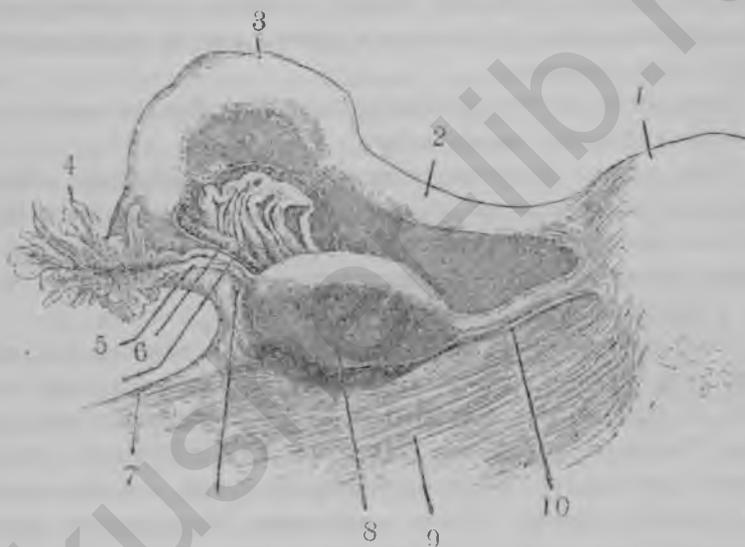


Рис. 6. 1. Матка. 2. Фаллопиева труба. 3. Расширенный наружный конецъ трубы. 4. Бахромки. 5. Бахромка къ яичнику. 6. Придатокъ яичника. 7. Свободный край широкой связки. 8. Яичникъ. 9. Широкая связка. 10. Яичниковая связка.

ствомъ тазовой клѣтчатки всѣ части тазовыхъ органовъ, не покрытыя брюшиной, соединяются не только между собою, но и со стѣнками таза и съ тазовымъ дномъ.

3. Яйцепроводы или Фаллопиевы трубы представляются въ видѣ двухъ трубокъ, заложенныхъ въ верхнемъ свободномъ краѣ широкихъ связокъ, между листками брюшины. Каждая труба идетъ черезъ малый тазъ почти въ поперечномъ направленіи отъ угла матки къ боковой стѣнкѣ таза. Длина трубы 10—15 см. Внутренній конецъ трубы соединяется съ угломъ матки и сообщается съ ея полостью посредствомъ узкаго маточнаго отверстія (Рис. 6). Наружный, воронкообразно расширен-

ный конецъ яйцепровода свободно открывается въ брюшную полость широкимъ—брюшнымъ—отверстіемъ, направленнымъ къ яичнику. По окружности края этого отверстія находится рядъ продолговатыхъ зубцовъ—бахромокъ, которыя прилегаютъ лучеобразно къ поверхности яичника, воспринимаютъ яйчко и проводятъ его въ полость матки.

Стѣнки яйцепроводовъ состоятъ изъ слоевъ: наружнаго—брюшиннаго, средняго—мышечнаго и внутренняго—слизистаго.

Брюшина, часть широкой связки, окружаетъ трубу, за исключеніемъ нижняго края ея. Мышечный слой состоитъ изъ наружнаго продольнаго и внутренняго круговаго слоя гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Слизистая оболочка тонка, блѣдна, ложится въ продольныя складки и на внутреннемъ концѣ переходитъ въ слизистую оболочку матки, а на наружномъ концѣ въ брюшину. Поверхность ея покрыта мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, рѣснички котораго двигаются отъ брюшиннаго къ маточному отверстію и такимъ образомъ способствуютъ прохожденію яйца въ матку.

Сосуды и нервы. Артеріи яйцепроводовъ происходятъ отъ вѣтвей, посылаемыхъ къ яичникамъ внутреннею сѣмною и маточною артеріями. Первая изъ нихъ развѣтвляется преимущественно въ наружной, а послѣдняя во внутренней части этого органа. Вены соотвѣтствуютъ артеріямъ. Тоже самое можно сказать и о лимфатическихъ сосудахъ. Нервы происходятъ отчасти отъ сѣмннаго сплетенія, отчасти отъ маточныхъ нервовъ.

4. Яичниковъ два: правый и лѣвый; въ нихъ образуются и зрѣютъ яйца — начало будущаго человѣка. Яичники имѣютъ плоскоовальное очертаніе и синеватобѣлый цвѣтъ. Длина яичника равняется 4 см., ширина около 2 см.; вѣсъ 5—8 грм. Въ престарѣломъ возрастѣ, вслѣдствіе атрофіи органа, вѣсъ и величина яичника уменьшаются значительно.

Яичники лежатъ въ заднемъ листкѣ широкихъ маточныхъ связокъ, съ обѣихъ сторонъ дна матки, подъ Фаллопиевыми трубами. На каждомъ яичникѣ различаютъ двѣ нѣсколько выпуклыя поверхности, два края, верхній выпуклый и нижній почти прямой, и два конца, изъ которыхъ внутренній заостренъ и прикрѣпляется посредствомъ связки яичника къ задне-боковой окружности матки, а наружный, тупой, лежитъ противъ брюшнаго конца яйцепровода, съ которымъ обыкновенно соединяется посредствомъ его бахромокъ. На нижнемъ краѣ яичника находится продольная бороздка для входа и выхода кровеносныхъ сосу-

довъ и нервовъ. Только этимъ краемъ яичникъ прикрѣпленъ къ заднему листку широкой связки, остальная же часть его лежитъ свободно въ брюшной полости.

Яичники имѣютъ придатокъ, который въ видѣ длиненькихъ канальцевъ расположенъ въ той части широкой связки, которая находится между яичникомъ и Фаллопиевой трубой.

Свободная поверхность яичника, выступающая изъ широкой связки, покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Подъ эпителиемъ лежитъ бѣлая оболочка яичника. Она представляетъ собою плотную перепонку изъ волокнистой соединительной ткани, волокна которой переходятъ въ вещество яичника. Въ веществѣ яичника различаютъ 2 слоя: наружный корковый и внутренній мозговидный.

Наиболѣе важную часть яичника составляетъ корковый слой, въ которомъ среди разнообразно расположенныхъ пучковъ соединительной ткани лежатъ существенные элементы яичника — фолликулы. Число фолликуловъ въ яичникѣ молодой женщины достигаетъ 36000. Фолликулы или Графовы пузырьки расположены обыкновенно такъ, что меньшіе лежатъ глубже въ корковомъ слоѣ, а большіе ближе къ поверхности. Первичный фолликулъ содержитъ яйцо, окруженное эпителиальными клѣтками, какъ вѣнчикомъ. Стѣнка пузырька состоитъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ соединительной ткани, происходящихъ изъ основы коркового слоя яичника. У зрѣлаго Граафова пузырька различаютъ оболочку, состоящую изъ 2 слоевъ — наружнаго волокнистаго и внутренняго эпителиальнаго или зернистаго слоя (Рис. 7). На одномъ мѣстѣ эпителиальныя клѣтки этого слоя сгущаются и образуютъ плодоносный или ростковый холмикъ, окружающій яйцо. Въ созрѣвающимъ фолликулѣ начинаетъ скопляться жидкость, благодаря чему онъ значительно увеличивается въ объемѣ.

Яичко есть шаровидное прозрачное тѣльце, которое, подобно всѣмъ простымъ клѣточкамъ, состоитъ изъ оболочки, содержащаго и ядра. Оболочка яичка называется желтковою оболочкою, а содержимое — протоплазма — желткомъ. Ядро, содержащееся въ желткѣ, называется плодоноснымъ пузырькомъ, который, въ свою очередь, заключаетъ въ себѣ кругловатое, темное, зернистое тѣльце — плодоносное пятно.

Съ наступленіемъ зрѣлости происходитъ въ яичникѣ періодическое лопаніе созрѣвшихъ Граафовыхъ пузырьковъ, совпадающее обыкновенно съ мѣсячнымъ отдѣленіемъ, но нѣтъ сомнѣнія,

что они разрываются также и внѣ этого періода. Передъ разрывомъ пузырекъ значительно увеличивается въ объемѣ и подымается надъ поверхностью. Отъ скопленія большого количества жидкости оболочка его становится постепенно тоньше и, наконецъ, разрывается подъ напоромъ жидкости. Отверстіе разрыва бываетъ щелевидное или звѣздчатое. Вышедшее изъ пузырька яичко, окруженное сначала клѣточками ростковаго холмика, входитъ въ яйцепроводъ, который проводитъ его въ матку. Пузырекъ, по выхожденіи яичка, претерпѣваетъ измѣненія: полость его наполняется кровью, края разрыва срастаются и образуютъ прямолинейный или звѣздчатый рубецъ, и такимъ образомъ пузырекъ представляетъ кругловатое, желтокрасноватое, плотное тѣлце — желтое тѣло.

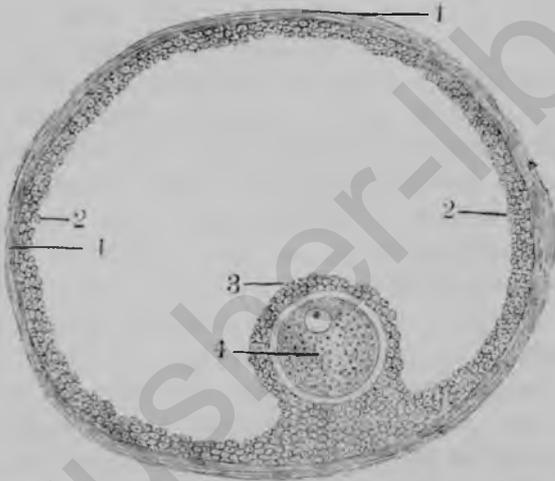


Рис. 7. Зрѣлый фолликулъ. 1. Волокнистый слой. 2. Зернистый слой. 3. Ростковый холмикъ. 4. Яичко.

При забеременѣваніи женщины желтое тѣло разрастается и называется истиннымъ желтымъ тѣломъ, въ противномъ случаѣ — ложнымъ. Желтыя тѣла имѣютъ сначала одинаковую или еще большую величину, нежели предшествовавшіе имъ Граафовы пузырьки, но спустя нѣкоторое время они начинаютъ уменьшаться и, наконецъ, представляются въ видѣ маленькихъ просяныхъ зеренъ сѣроватобѣлаго или бурога цвѣта.

Сосуды и нервы. Артеріи яичниковъ происходятъ отчасти отъ внутренней сѣменной, а отчасти отъ маточной артерій. Онѣ лежатъ между листками широкихъ связокъ, идутъ къ прямому краю яичника и виѣдряются внутрь этого органа, конеч-

ными развѣтвленіями доходя до Граафовыхъ пузырьковъ. Вены сопровождаютъ артеріи и изливаются отчасти во внутреннюю сѣменную, отчасти въ маточную вену. Лимфатическіе сосуды переходятъ въ поясничныя и маточныя сплетенія. Нервы происходятъ отъ сѣменного сплетенія сочувственнаго нерва.

---

akusher-lib.ru

## II. Асептика и антисептика въ гинекологической практикѣ.

### Общее понятие о гинекологическихъ операціяхъ.

Изслѣдованіями Листера, Пастера и другихъ ученыхъ доказано, что неправильное заживленіе ранъ — ихъ нагноеніе — зависитъ всецѣло отъ зараженія низшими организмами. Послѣдніе чаще всего попадаютъ въ рану не изъ воздуха, а переносятся туда грязными руками, инструментами, перевязочнымъ матеріаломъ и т. п. Далѣе, путемъ многочисленныхъ наблюденій выяснено, что гораздо легче предохранить рану отъ зараженія, чѣмъ уничтожить находящіяся уже въ ранѣ микроорганизмы съ помощью убивающихъ послѣдніе (дезинфицирующихъ) средствъ. Сильно дѣйствующія химическія средства большей частью измѣняютъ даже ткани въ благопріятномъ для дальнѣйшаго развитія бактерій смыслѣ, другими словами, могутъ иногда даже способствовать неправильному заживленію раны. Въ виду этого въ настоящее время все вниманіе сосредоточено на томъ, чтобы устранить возможность прямого или косвеннаго внесенія заразныхъ началъ въ рану предметами, приходящими въ соприкосновеніе съ ней. Но извѣстно, что идеалы только рѣдко достижимы.

Пользоваться исключительно асептикой — этимъ надежнѣйшимъ способомъ обезпложиванія — при операціяхъ и уходѣ за ранами является невозможнымъ, такъ какъ операціонное поле и руки оператора не могутъ быть обезпложены.

На практикѣ обойтись безъ антисептики нельзя и способъ, примѣняемый въ настоящее время, представляетъ собой сочетаніе антисептики и асептики. Общимъ правиломъ какъ для одного, такъ и для другого способа является предшествующая механическая очистка предметовъ, подлежащихъ обеззараживанію.

Итакъ исходъ любого оперативнаго вмѣшательства зависитъ отъ строгаго соблюденія всѣхъ правилъ антисептики и асептики.

Если несоблюдение этих правил уже дает о себе знать самым неблагоприятным образом при небольших и в техническом отношении простых операциях, если оно уже здесь ведет к нежелательным осложнениям, то несоблюдение этих правил является роковым при более сложных вмешательствах, в особенности же сопряженных со вскрытием брюшной полости. Проникающий в брюшную полость воздух сам по себе уже действует раздражающим образом на брюшину, а неизбежное охлаждение и ранение брюшинного покрова еще в большей мере способствует этому. Раздражение брюшины и развивающееся, благодаря этому, параличное состояние кишек создают наиболее благоприятные условия для успешного внедрения и размножения болезнетворных начал.

При таких операциях, когда брюшная полость вскрывается на большом протяжении, — при чревосечениях — надо поэтому вдвое строже следить за тем, чтобы заразные начала не были занесены в брюшную полость.

Так как большинство операций на внутренних половых органах у женщин могут производиться как через брюшную стенку, так и через влагалище, то последнему пути некоторые операторы отдают предпочтение перед брюшным, как менее опасному. Такая точка зрения была правильна, пока не могло быть устранено заражение через прикосновение. Но благодаря строжайшему соблюдению правил асептики удалось устранить большую опасность чревосечения и в этом отношении уравнивать брюшной разрез с влагалищным. Необходимым условием тут является то, чтобы чревосечение производилось в обезпложенных резиновых перчатках и чтобы исключена была возможность заражения с кожи живота; для этого, после того как проведен разрез брюшной стенки, все поле операции закрывают обезпложенной клеенкой, которую закрывают у раны особыми держателями или швами.

Влагалищному же пути надо отдавать предпочтение лишь тогда, когда он по каким-либо другим причинам представляется более подходящим.

### Приготовление больной к операции.

Прежде всего опишем приготовление больной для операции на наружных половых частях и со стороны влагалища.

Покрытые волосами участки человеческого тела вообще, а наружные половые части в особенности служат местом скоп-

ленія разнообразнѣйшихъ микроорганизмовъ. Въ свою очередь, влагалище также изобилуетъ болѣзнетворными началами, удобно располагающимися въ многочисленныхъ складкахъ слизистой оболочки.

Обеззараживаніе этихъ частей представляется задачей весьма трудной. Хорошаго успѣха отъ однократной дезинфекціи здѣсь ожидать нельзя, въ виду скрытаго положенія этихъ частей и нѣжности кожного покрова. Здѣсь требуется болѣе продолжительный уходъ, которому больную подвергаютъ по крайней мѣрѣ сутки, а еще лучше, два дня до операціи. И при дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей и влагалища на первомъ планѣ стоитъ механическая очистка этихъ органовъ, что въ данномъ случаѣ слѣдуетъ проводить съ особенною настойчивостью. Необходимымъ условіемъ для успѣшной дезинфекціи слѣдуетъ прежде всего считать сбриваніе волосъ на лобкѣ и на половыхъ частяхъ. Если эта процедура производится лицомъ женскаго пола, то рѣдко приходится наталкиваться на сильное противодѣйствіе со стороны больной. Послѣ удаленія волосъ наружныя части обмываютъ зеленымъ мыломъ и стерилизованной марлей, а влагалище — комкомъ стерилизованной ваты. Въ послѣдующей ваннѣ особенное вниманіе обращаютъ на очистку кожи живота, бедеръ, наружныхъ половыхъ частей и ягодичной области. Послѣ ванны влагалище и наружныя половыя части обильно орошаютъ дезинфицирующимъ растворомъ. Весьма желательно, чтобы до операціи такихъ очистительныхъ ваннъ было взято больной не одна, а нѣсколько. Послѣ обмыванія и дезинфекціи влагалище тампонируютъ на ночь іодоформной марлей. Окончательная дезинфекція операціоннаго поля производится уже на операціонномъ столѣ и подъ наркозомъ. Обеззараженными руками, такою же щеткой и зеленымъ мыломъ энергично обмываютъ лобокъ, наружныя половыя части, область задняго прохода, ягодицы и внутреннюю поверхность бедеръ, а слизистую оболочку влагалища — шарикомъ обезпложенной ваты или марли. Мыло смывается обильной струей горячей воды. Послѣ механической очистки кожу названныхъ областей обтираютъ комкомъ стерилизованной ваты, смоченной въ спиртъ и орошаютъ дезинфицирующимъ растворомъ (сулема 1:2000). Передъ самой операціей дезинфицированныя части смазываютъ іодной настойкой. Приготовленіе больной никогда не слѣдуетъ производить спѣшно и поверхностно, а по возможности обстоятельно.

Приготовленія больной къ операціи чревосѣченія.

Если уже при операціяхъ со стороны влагалища весьма же-

лательно располагать нѣсколькими днями до операціи для приготовления больной, то это еще въ большей мѣрѣ относится къ чревосѣченію. Здѣсь является не только желательнымъ, но даже необходимымъ подготовительный періодъ въ два дня, въ виду того, что для такихъ вмѣшательствъ требуется не только основательное обеззараживаніе операціоннаго поля, но и подготовка всего организма больной.

Приготовленіе и въ этихъ случаяхъ начинается съ того, что сбываютъ волосы въ области бѣлой линіи, на лобкѣ и на на-

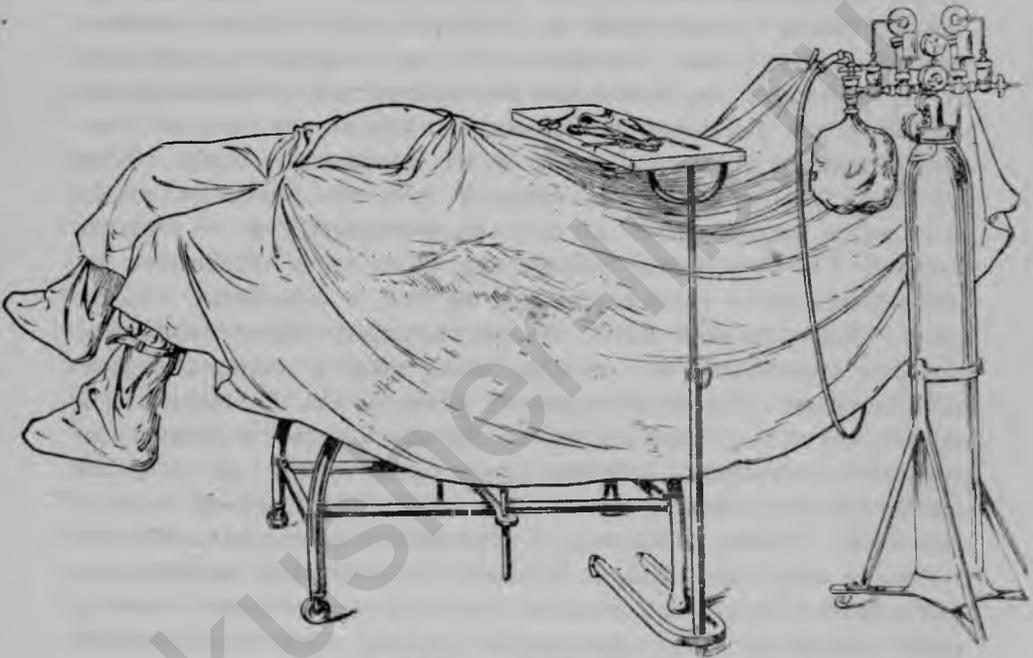


Рис. 8. Обстановка при чревосѣченіи.

ружныхъ половыхъ частяхъ. Послѣ этого подвергается очисткѣ вся поверхность тѣла больной либо въ ваннѣ, либо подъ душемъ. Особенное вниманіе обращаютъ на основательное обмываніе поверхности живота, въ особенности въ области пупка, а также и наружныхъ половыхъ частей. До операціи больная принимаетъ по крайней мѣрѣ двѣ такихъ ванны. Въ ночь передъ операціей животъ больной обертываютъ въ компрессъ, смоченный дезинфицирующимъ растворомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предвидится вскрытіе влагалища со стороны брюшной полости, этотъ отдѣлъ полового аппарата такъ же, какъ и наружныя половыя части, слѣдуетъ подготовить уже описаннымъ выше образомъ. Одно-

временно съ приготовленіемъ наружныхъ покрововъ слѣдуетъ озаботиться о достаточномъ опорожненіи кишечника при помощи слабительнаго, назначаемаго за 48 часовъ до операціи. Послѣ дѣйствія слабительнаго больная получаетъ только жидкую пищу.

Непосредственно предъ операціей больная направляется въ помѣщеніе вблизи операціонной комнаты для окончательнаго обеззараживанія. Удобнѣе всего окончательная дезинфекція производится на особо для этой цѣли приспособленномъ столѣ съ хорошимъ стокомъ для воды.

Обеззараженными руками приступаютъ къ обработкѣ кожи живота и бедеръ при помощи стерилизованной щетки и зеленого мыла. При этомъ обмываніи, продолжающемся 5—10 минутъ, удѣляютъ особенное вниманіе пупку и лобковой области, обильно орошая поле операціи струей теплой стерилизованной воды. Затѣмъ слѣдуетъ обтираніе обмытыхъ частей стерилизованными ватными шариками, смоченными спиртомъ, и орошеніе растворомъ сулемы (1 : 2000).

Всѣ эти манипуляціи причиняютъ боль, если онѣ производятся съ силой. Поэтому лучше всего производить ихъ уже тогда, когда больная усыплена. Такъ какъ при этомъ способѣ дезинфекціи наркозъ удлинняется на 10—15 минутъ, что для больной не безразлично, то онѣ многими теперь вовсе оставлены. Бактеріологическія изслѣдованія показали, что въ отношеніи дезинфекціи кожи такіе же результаты можно получать путемъ обтиранія кожи бензиномъ и смазыванія іодной настойкой, а это отнимаетъ всего нѣсколько минутъ времени.

По окончаніи обеззараживанія, животъ и верхнюю часть бедеръ обертываютъ стерилизованнымъ полотенцемъ, надѣваютъ больной стерилизованную кофту и переносятъ ее на операціонный столъ.

Какъ при чревосѣченіи, такъ и при влагалищныхъ операціяхъ, лежащую на операціонномъ столѣ больную покрываютъ стерилизованными простынями, или специально скроенными для этой цѣли плащами. Непокрытымъ остается лишь небольшой участокъ живота на мѣстѣ предполагаемаго разрѣза при чревосѣченіи или наружныя половыя части при влагалищныхъ операціяхъ (Рис. 8 и 9). Простынями или плащами должно быть закрыто не только тѣло больной вплоть до головы, но и боковыя стороны операціоннаго стола, по возможности до пола, что въ значительной степени облегчаетъ вполне асептичное проведеніе операціи.

## Приготовление персонала.

Ко всѣмъ лицамъ, присутствующимъ при операціи, а въ особенности къ принимающимъ непосредственное участіе въ послѣдней, необходимо предъявлять требованія, чтобы они по крайней мѣрѣ въ послѣдніе сутки предъ операціей не приходили въ соприкосновеніе съ завѣдомо заразными вещами, не посѣщали заразныхъ больныхъ, не присутствовали при вскрытіяхъ труповъ и т. п.

Представляется весьма желательнымъ, чтобы весь участвующій при операціи персоналъ принималъ ванну непосредственно предъ операціей, подвергая при этомъ особенно тщательной очисткѣ руки и волосистую часть головы. Въ операціонную комнату можно входить лишь въ чистомъ бѣльѣ и свѣжевыстиранной одеждѣ.

Наибольшее вниманіе слѣдуетъ удѣлить обеззараживанію рукъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ операціонною раной, инструментами или перевязочнымъ матеріаломъ. Способовъ обеззараживанія рукъ существуетъ очень много, но всѣ они требуютъ предварительнаго механическаго удаленія грязи съ поверхности кожи рукъ. Изъ этого уже видно, какое громадное значеніе слѣдуетъ придавать этому подготовительному акту. Ногти пальцевъ коротко обрѣзаютъ, а подногтевое пространство очищаютъ обезпложенной ногтечисткой отъ видимой грязи. Засучивъ рукава выше локтя, приступаютъ къ очисткѣ предплечій помощью стерилизованной щетки и зеленого мыла. Мытье рукъ производится подъ струей горячей воды въ продолженіе пяти минутъ, при чемъ особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на кожныя складки и на концы пальцевъ. Цѣлесообразно во время мытья вторично очистить подногтевое пространство ногтечисткой и перемѣнить щетку. Сполоснувъ мыло въ сильной струѣ горячей воды, руки погружаютъ въ сосудъ съ 70—80-градуснымъ спиртомъ, или обтираютъ ихъ комкомъ стерилизованной ваты, смоченной въ спирту, при чемъ опять таки обращаютъ вниманіе на ногтевыя складки и подногтевыя пространства. Подготовленную такимъ образомъ кожу рукъ подвергаютъ воздѣйствію дезинфицирующаго раствора (сулема 1:2000); при посредствѣ стерилизованной щетки дезинфицируютъ сулемой руки, въ особенности концы пальцевъ, въ продолженіи трехъ минутъ. Такимъ способомъ руки обеззараживаются довольно надежно, хотя полного обезпложиванія кожи не получается. Въ виду этого рекомендуется употребленіе стерилизованныхъ резиновыхъ перчатокъ, надѣваемыхъ на основательно обез-

зараженные руки. Стерилизованные перчатки действительно являются идеальной защитой раны от рук, как носителей инфекции.

После обеззараживания рук, все, принимающее участие в операции, надевают стерилизованные, покрывающие весь стань, полотняные фартуки с длинными рукавами, завязываемыми выше кисти рук. Волосистую часть головы следует покрыть стерили-



Рис. 9. Обстановка при влагалищной операции.

зованной шапочкой или косынкой во избежание загрязнения операционного поля отпадающими чешуйками кожи и перхоти. Нос, рот и бороду прикрывают стерилизованной марлевой салфеткой (Рис. 9). Некоторыми последняя мера предосторожности признается излишней. Тем не менее нельзя отрицать, что в полости рта, при нормальных даже условиях, а тем более при ангинах, кариозных зубах и т. п., имеются различные микроорганизмы, легко могущие попасть в операционную рану.

#### Приготовление инструментовъ и материала для швовъ.

Употребляемые при операции инструменты стерилизуются, после предварительной их очистки мыломъ и щеткой, путем кипячения в однопроцентномъ содовомъ растворе в продолжении 10 минутъ. Стерилизованные инструменты сохраняются во время

операции въ плоскомъ сосудѣ, наполненномъ обезпложенной водой или двухпроцентнымъ карболовымъ растворомъ. Желая пользоваться сухими инструментами, ихъ раскладываютъ послѣ стерилизаціи на столѣ, покрытомъ до полу стерилизованной простыней. Отъ загрязненія микроорганизмами воздуха разложенные инструменты предохраняются тѣмъ, что ихъ закрываютъ обезпленнымъ полотенцемъ.

Какъ матеріаль для швовъ чаще всего употребляютъ посе-ребренную проволоку, *silk worm*, шелкъ и кетгутъ (*cat gut*). Первые три вещества являются отличнымъ матеріаломъ въ томъ отношеніи, что позволяютъ легкое и надежное обезпложиваніе. Однако швы изъ такого матеріала въ продолженіи долгаго времени не измѣняются, не всасываются, вслѣдствіе чего примѣненіе ихъ, особенно для погружныхъ швовъ, представляетъ значительныя неудобства. Въ этомъ смыслѣ кетгутъ является идеальнымъ матеріаломъ для шва, но за то надежное обезпложиваніе его достигается гораздо труднѣе.

Проволоку и *silk worm* (растянутую прядильную железу шелковичнаго червя) кипятятъ предъ употребленіемъ 10 минутъ въ 1% содовомъ растворѣ или столько-же времени въ 5% карболовомъ растворѣ.

Шелкъ употребляютъ какъ плетеный, такъ и крученый. Мотки шелка разматываютъ и кладутъ на сутки въ эвиръ, чтобы обезжирить его. Затѣмъ шелкъ слабо наматываютъ лишь немногими слоями на стеклянныя прокипяченныя катушки или палочки, кипятятъ въ теченіи 10—15 минутъ въ однопроцентномъ содовомъ растворѣ и сохраняютъ въ стерилизованномъ стеклянномъ сосудѣ, наполненномъ 80—90-градуснымъ спиртомъ.

Кетгутъ (струны, изготовленныя изъ кишечника кошекъ или овецъ) растворяется при кипяченіи въ водѣ и требуетъ въ виду этого иного способа обезпложиванія. Наболѣе надежными по способу обработки представляются такъ называемый кумоловый кетгутъ и *jod-catgut*.

Кумоловый кетгутъ готовятъ слѣдующимъ образомъ: прежде всего нарѣзанныя и свернутыя кольцеобразно струны подвергаютъ вліянію сухого жара въ 70—100 град. въ продолженіи 4—6 часовъ. Затѣмъ кетгутъ переносятъ въ стеклянный сосудъ съ кумоломъ, подвергаемый въ песчаной ваннѣ подогреванію до 150—160 град. Цельсія въ продолженіи 1 часа. Кумоль — углеводородистое соединеніе — представляетъ собою жидкость желтоватаго цвѣта, специфическаго запаха, точка кипѣнія которой равняется 168—178° Цельсія. Подогрѣвая кумоль до 160 градусо-въ,

нужно прикрыть стеклянный сосуд проволочной сѣткой, во избѣжаніе воспламененія кумола. Обезпложенный такимъ образомъ кетгутъ сохраняется въ 70—90 градусномъ спиртѣ. Такое приготовленіе кетгута нисколько не измѣняетъ его крѣпости и упругости; рассасываніе кетгута происходитъ не ранѣе 6—8 дней.

Іодъ-кетгутъ готовится слѣдующимъ образомъ (по Schmidt'у): нарѣзанныя и свернутыя кольцеобразно струны подвергають вліянію опредѣленнаго количества іоднаго раствора (50 куб. см. catgut-jod'a на 1 литръ холодной стерилизованной воды) въ продолженіи 4—5 дней. За это время струны успѣли пропитаться іодомъ и пригодны къ употребленію. Обеззараженный кетгутъ сохраняется въ іодномъ растворѣ, который его нисколько не измѣняетъ. Непосредственно передъ употребленіемъ кетгутъ переносится въ растворъ карболовой кислоты (1—2%).

Рассасываніе іодъ-кетгута происходитъ не ранѣе двухъ или трехъ недѣль.

#### Приготовленіе перевязочнаго матеріала и перчатокъ.

Марлю и вату можно обезплодить, безусловно надежно, кипяченіемъ въ 1% растворѣ соды въ продолженіи получаса. Обработанный такимъ образомъ матеріаль можно употреблять только въ сыромъ видѣ, между тѣмъ какъ перевязочный матеріаль и бѣлье обыкновенно необходимы въ сухомъ видѣ. Въ цѣляхъ сухого обезпложиванія перевязочнаго матеріала и бѣлья пользуются особыми аппаратами различныхъ системъ—стерилизаторами. Стерилизація здѣсь происходитъ помощью текучаго несжатаго пара, или же текучимъ паромъ подъ давленіемъ одной—двухъ атмосферъ въ продолженіи 1—2 часовъ. Матеріаль, заранѣе приготовленный, соотвѣтственно требованіямъ данной операціи, а также и бѣлье, сложенное въ нѣсколько разъ, укладываютъ въ особыя круглыя или четырехугольныя металлическія коробки („барабаны“) и въ такомъ видѣ ставятъ въ стерилизаціонные аппараты. Коробки имѣють цѣльное дно и хорошо пригнанную крышку. На боковыхъ стѣнкахъ коробокъ, вдоль верхняго и нижняго краевъ, имѣются два ряда отверстій, закрываемыхъ задвижками. Во время стерилизаціи паръ проходитъ черезъ открытыя отверстія внутрь коробокъ; по окончаніи стерилизаціи и осушки матеріала, отверстія задвигаютъ. Въ этихъ барабанахъ матеріаль и сохраняется, и при операціи непосредственно изъ нихъ берутъ его стерилизованными инструментами.

Въ видѣ исключенія и въ настоящее еще время въ гинекологической практикѣ примѣняютъ марлю, пропитанную дезинфицирующимъ средствомъ, а именно іодоформную марлю. Способовъ приготовленія послѣдней существуетъ нѣсколько; однимъ изъ лучшихъ является слѣдующій. Нарѣзанныя полоски марли, шириною въ три—четыре поперечныхъ пальца, послѣ предварительной стерилизаціи, смачиваютъ въ 10—20% растворѣ іодоформа въ эфирѣ. Пропитанную этимъ растворомъ марлю слегка выжимаютъ и развѣшиваютъ въ чистой комнатѣ. По испареніи эфира, получается сухая іодоформная марля, которую и сохраняютъ въ герметически закрытыхъ обезпложенныхъ банкахъ. Послѣ пропитыванія марли іодоформомъ, стерилизовать ее не слѣдуетъ.

Стерилизація перчатокъ производится слѣдующимъ образомъ: сначала перчатки обмываются мыльною водою и кладутся въ растворъ сулемы 1:2000 на 12 часовъ. Затѣмъ онѣ высушиваются и прокладываются внутри полосками марли, чтобы избѣжать соприкосновенія поверхностей, что всего лучше достигается, если эту марлю вырѣзать фигурую перчатки.

Марля должна быть пересыпана стерильнымъ талькомъ. Послѣ того перчатки завертываются, каждая отдѣльно, въ кусокъ марли, кладутся въ металлическія коробки (съ открытымъ механизмомъ) и помѣщаются въ аппаратъ текучаго пара. Послѣ стерилизаціи перчатки сохраняются въ этихъ же самыхъ коробкахъ (съ закрытымъ механизмомъ) до употребленія.

#### Приготовленіе операціонной комнаты.

Многочисленными изслѣдованіями доказано, что чѣмъ больше въ воздухѣ пыли, тѣмъ больше въ немъ и микроорганизмовъ. Первой заботой поэтому является, чтобы въ операціонной комнатѣ воздухъ вообще былъ какъ можно чище и чтобы пыль тамъ какъ можно меньше застаивалась и осѣдала. При устройствѣ операціонныхъ комнатъ заботятся о томъ, чтобы не было острыхъ угловъ, щелей, выступовъ и т. п., чтобы стѣны, потолокъ и полъ представляли по возможности гладкія поверхности и были покрыты веществомъ, которое не боится влаги. Въ операціонную комнату помѣщаютъ только самые необходимые предметы съ гладкими поверхностями и скошенными или закругленными углами. Операціонная комната, съ находящейся въ ней мебелью, всегда должна блистать чистотою. Если операція производится въ частной

квартирѣ, то для операціонной выбираютъ наиболѣе свѣтлую, наименѣе жилую комнату. Изъ послѣдней удаляютъ всю мебель, занавѣси, картины и прочее, затѣмъ вытираютъ тщательно стѣны и потолокъ и хорошо провѣтриваютъ комнату (топятъ печку при открытыхъ окнахъ).

Самымъ употребительнымъ способомъ дезинфекціи помѣщений является дезинфекція формалиновыми парами. Комната наполняется, при помощи особаго аппарата, парами формалина послѣ того, какъ она, по возможности, герметически закрыта. Около сутокъ комнату не открываютъ; затѣмъ нейтрализуютъ формалинъ амміакомъ и провѣтриваютъ.

Хорошимъ способомъ очистки воздуха операціонной комнаты считается увлажненіе его. Отсырѣвшая пыль становится тяжелѣе и вмѣстѣ съ микроорганизмами осѣдаетъ на полъ, пристаётъ къ послѣднему и, пока есть влажность, не можетъ обратно переходить въ воздухъ. Этотъ принципъ проводится большею частью при обеззараживаніи воздуха въ операціонныхъ комнатахъ. Увлажненіе воздуха всегда слѣдуетъ производить за 3—4 часа до начала операціи. Смотря по приспособленіямъ, воздухъ увлажняютъ то паромъ, пускаемымъ въ комнату, то обливаніемъ потолока, стѣнъ и всѣхъ предметовъ раздробленной струей воды, то струйками воды, изливающимися въ видѣ дождя съ потолока операціонной комнаты и т. п.

Непосредственно предъ операціей влажныя поверхности всѣхъ предметовъ обтираютъ стерилизованнымъ полотенцемъ, смоченнымъ въ дезинфицирующемъ растворѣ. Операціонный столъ и находящіеся вблизи его предметы покрываютъ стерилизованными простынями. Полъ лучше всего оставлять влажнымъ.

Во время операціи ходьба и всякаго рода рѣзкія движенія возбраняются, въ виду связаннаго съ ними болѣе энергичнаго тока воздуха.

### III. Методы гинекологическаго изслѣдованія.

Гинекологическое изслѣдованіе, имѣющее цѣлью выяснитъ состояніе половыхъ органовъ изслѣдуемой въ данный моментъ, слагается изъ анамнеза и объективнаго изслѣдованія.

#### Анамнезъ (anamnesis).

Разпросъ и разсказъ больной служатъ предварительнымъ актомъ и дополненіемъ объективнаго изслѣдованія. Для полученія по возможности обстоятельныхъ данныхъ больной первоначально предлагаютъ рядъ вопросовъ въ извѣстной послѣдовательности. Затѣмъ уже больной предоставляютъ самой разсказывать сплошь все, что она пожелаетъ только сообщить о своемъ состояніи, дополняя такимъ путемъ свѣдѣнія, полученныя систематическимъ разпросомъ.

Путемъ разпроса совмѣстно съ самостоятельнымъ разсказомъ больной желательно выяснитъ:

1. Предполагаемую причину, теченіе и проявленіе настоящаго заболѣванія (какъ началась болѣзнь, имѣются ли болевья ощущенія и гдѣ именно, не имѣются ли ненормальныя истеченія изъ половыхъ органовъ и какого характера?).

2. Возрастъ, семейное положеніе, родъ занятій и образъ жизни больной.

3. Правильность или отклоненіе отъ нормы въ отправленіяхъ половыхъ органовъ:

а) менструаціи (время появленія первыхъ регулъ, дальнѣйшее теченіе ихъ, количество теряемой крови и продолжительность регулъ, не имѣются ли боли до, во время или послѣ мѣсячныхъ; когда были послѣднія регулы?);

б) родовъ (количество и качество родовъ срочныхъ, преждевременныхъ, выкидышей; когда были послѣдніе роды или выкидыш?);

в) послѣродового періода (не было ли болѣй или лихорадки; на который день встала?).

4. Болѣзни, перенесенныя въ дѣтствѣ (скарлатина, оспа, корь) и въ зрѣломъ возрастѣ (сифились).

5. Отправленія органовъ, сосѣднихъ съ внутренними половыми органами: мочевого пузыря и кишечника (не имѣются ли частые позывы или рѣзь при мочеиспусканіи, не задерживается ли моча, количество и качество выдѣляемой мочи; страдаетъ ли больная запорами или поносами, можетъ ли держать газы и жидкія испражненія?).

6. Общее состояніе организма и въ частности нервной системы.

### Объективное изслѣдованіе.

Гинекологическое изслѣдованіе должно всегда производиться съ большою осмотрительностью, чтобы не оскорбить чувства стыдливости больной. Избѣгая излишняго обнаженія тѣла, стараются изслѣдовать по возможности скоро, но обстоятельно.



Рис. 10. Положеніе на спинѣ съ согнутыми и разведенными нижними конечностями.

Достигается это легче всего, если больная занимаетъ удобное для себя положеніе и если изслѣдующее лицо, въ свою очередь, можетъ свободно и удобно производить изслѣдованіе. Поэтому прежде, чѣмъ приступить къ самому изслѣдованію, необходимо сдѣлать нѣкоторыя приготовленія къ нему.

Для объективнаго изслѣдованія внутреннихъ половых органовъ больной предлагаютъ предварительно опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку; только въ случаяхъ затрудненнаго про-

извольнаго мочеиспусканія пузырь опоражнивають катетромъ. При значительныхъ завалахъ умѣстно очистить прямую кишку промывательнымъ. Всѣ принадлежности туалета, стягивающія животъ, слѣдуетъ распустить и развязать, а корсетъ лучше всего совсѣмъ снять.

Положеніемъ наиболѣе удобнымъ какъ для больной, такъ и для изслѣдующаго лица представляется горизонтальное положеніе больной на спинѣ съ согнутыми и нѣсколько разведенными ногами (Рис. 10). Стоячее положеніе, положеніе на боку и колѣнолоктевое положеніе (*à la vache*) въ значительной степени стѣсняютъ и утомляютъ больную; кромѣ того эти положенія пригодны лишь для весьма ограниченнаго числа гинекологическихъ изслѣдованій. Особая разновидности положенія больной на спинѣ, а именно ягодично-спинное и наклонное, представляютъ большія удобства при нѣкоторыхъ гинекологическихъ изслѣдованіяхъ, а при гинекологическихъ операціяхъ становятся необходимою.

Ягодично-спинное положеніе получается, если лежащую на спинѣ больную заставить возможно больше пригнуть къ животу нѣсколько разведенныя



Рис. 11. Ягодично-спинное положеніе.

бедрa и при этомъ согнуть ноги въ колѣняхъ. По мѣрѣ пригибанія бедеръ къ животу стѣнки послѣдняго разслабляются, внутрибрюшное давленіе уменьшается, выходъ таза и наружныя половыя части поднимаются кверху. Влагалище принимаетъ при этомъ наклонное сверху вниз

положеніе. При продолжительномъ изслѣдованіи, а тѣмъ болѣе во время операціи, пригнутыя къ животу ноги удерживаются двумя помощницами или укрѣпляются въ ногодержателяхъ (ногодержатель Отта) (Рис. 11).

При наклонномъ положеніи на спинѣ или положеніи по Trendelenburg'у больная помѣщается на наклонной плоскости такимъ образомъ, что тазъ и бедра занимаютъ самое высшее мѣсто — приподняты вверхъ, а голова и плечи самое низкое — опущены внизъ. Въ силу высокаго положенія таза всѣ подвижныя органы брюшной полости смѣщаются по направленію къ грудо-

брюшной преградѣ и внутренніе половые органы дѣлаются болѣе доступными со стороны передней брюшной стѣнки (Рис. 12).

Гинекологическое изслѣдованіе удобнѣ всего производить на специально къ этой цѣли приспособленныхъ столахъ или креслахъ, позволяющихъ, кромѣ того, видоизмѣнять положеніе больной безъ всякаго труда и безпокойства со стороны послѣдней. Но такія специальныя приспособленія не всрѣчаются, конечно, въ частной обстановкѣ. Изслѣдованіе съ должною обстоятельностью можетъ быть произведено и на обыкновенной кровати или кушеткѣ, если при выборѣ ложа для изслѣдованія обращаютъ вни-

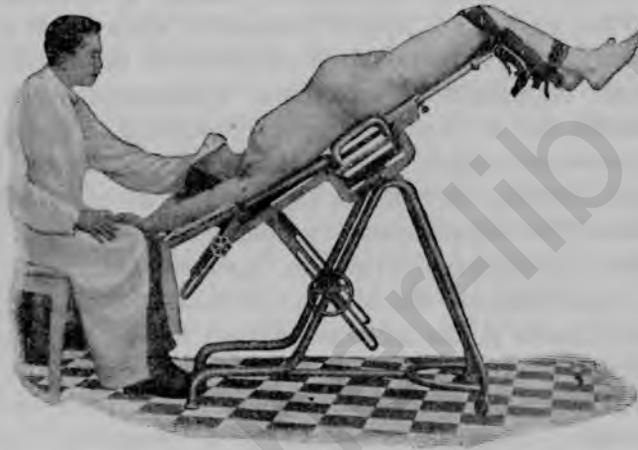


Рис. 12. Положеніе по Trendelenburg'y.

маніе на то, чтобы это ложе было не слишкомъ низко или широко и достаточно твердо. Желательно далѣе, чтобы ложе было хорошо освѣщено и доступно съ обѣихъ сторонъ.

Въ извѣстномъ разстояніи отъ ложа помѣщаютъ требуемые для изслѣдованія обеззараженные инструменты, перевязочный матеріаль, сосудъ съ растворомъ дезинфицирующей жидкости и лечебныя средства.

Сдѣлавъ всѣ необходимыя приготовления, больную помѣщаютъ на ложе и приступаютъ къ объективному изслѣдованію, наружному и внутреннему.

### **Наружное изслѣдованіе.**

Послѣдовательно производятъ изслѣдованіе живота, лобка, наружныхъ половыхъ частей, промежности и груди.

Изслѣдованіе живота производятъ при горизонталь-

номъ положеніи больной на спинѣ съ вытянутыми или согнутыми нижними конечностями. Животъ необходимо обнажить по возможности больше: сорочку сдвигаютъ вверхъ на грудь, а юбки — внизъ къ лобку.

Исслѣдованіе живота заключается въ осмотрѣ, ощупываніи, постукиваніи, выслушиваніи и измѣреніи его. Начинаютъ съ осмотра, причѣмъ обращаютъ вниманіе на объемъ и форму живота, на цвѣтъ и видъ его кожныхъ покрововъ и на имѣющіяся въ послѣднихъ особая измѣненія (рубцы, расширенныя сосуды, сыпи и т. д.). Затѣмъ переходятъ къ ощупыванію живота. Для этого кладутъ свои руки ладонями на животъ больной и концами близко прилегающихъ другъ къ другу пальцевъ производятъ сперва слабое, потомъ все усиливающееся давленіе на брюшную стѣнку. Этимъ путемъ опредѣляется не только чувствительность брюшныхъ стѣнокъ, но и присутствіе въ брюшной полости болѣе или менѣе плотныхъ образований. Сначала ощупываютъ нижнюю часть живота, затѣмъ постепенно переходятъ на верхнюю часть и на боковыя. При нормальныхъ условіяхъ прощупать что-либо опредѣленное въ нижнихъ отдѣлахъ живота не удается; лишь при очень податливыхъ брюшныхъ стѣнкахъ путемъ сильнаго надавливанія можно дойти до позвоночника и мыса. Если при ощупываніи опредѣляютъ присутствіе опухоли въ животѣ, то прежде всего обращаютъ вниманіе на положеніе этой опухоли, ея подвижность, величину, свойства поверхности и плотность. Отодвигая опухоль кверху, стараются опредѣлить, продолжается ли она въ полость таза и имѣетъ ли связь съ внутренними половыми органами.

Постукиваніемъ живота устанавливается отношеніе опухоли къ петлямъ кишекъ и опредѣляется присутствіе или отсутствіе свободной жидкости въ брюшной полости.

Выслушиваніе живота имѣетъ въ гинекологіи, главнымъ образомъ, отрицательное значеніе. Положительныхъ данныхъ для распознаванія заболѣваній половой сферы оно не представляетъ. Выслушиваемыя кишечныя шумы и пульсація аорты значенія не имѣютъ; дуящій шумъ, совпадающій съ пульсомъ больной, указываетъ лишь на расширеніе кровеносныхъ сосудовъ и нѣкоторое затрудненіе кровообращенія въ нихъ. Важно лишь то, что выслушиваніемъ можетъ быть опредѣлено сердцебиеніе плода: при отсутствіи этого признака беременность въ большинствѣ случаевъ исключается. Поэтому выслушиваніе живота всегда слѣдуетъ производить, если путемъ ощупыванія опредѣлена опухоль въ полости живота.

Измѣреніемъ живота опредѣляютъ степень и равномерность увеличенія послѣдняго. Обыкновенно подвергаютъ измѣренію: окружность живота на уровнѣ пупка, разстояніе отъ пупка кверху до мечевиднаго отростка и книзу до лоннаго сращенія. Наконецъ, измѣряютъ разстояніе между пупкомъ и передней верхней остью подвздошной кости, какъ на одной, такъ и на другой сторонѣ.

Изслѣдованіе наружныхъ половыхъ органовъ производятъ въ положеніи больной на спинѣ съ согнутыми и разведенными нижними конечностями или въ ягодично-спинномъ положеніи.

Послѣдовательно подвергаютъ осмотру лобокъ, половую щель и промежность. Обращаютъ вниманіе на развитіе и расположеніе этихъ частей, на имѣющіеся, быть можетъ, на ихъ поверхности паразиты, расчесы, рубцы, сыпи и изъязвленія, въ особенности въ области ладьеобразной ямки и задняго прохода (сифились), далѣе на цѣлость задней спайки и промежности.

Раскрывъ большимъ и указательнымъ пальцами одной руки половую щель, осматриваютъ преддверіе, отверстіе мочеиспускательнаго канала и входъ во влагалище. Обращаютъ вниманіе на окраску слизистой оболочки, присутствіе гнойнаго отдѣленія въ отверстіи мочеиспускательнаго канала, цѣлость или поврежденность дѣвственной плевы, состояніе отверстій выводныхъ протоковъ Бартолиніевыхъ железъ, величину входа во влагалище, положеніе стѣнокъ влагалища и т. д.

Изслѣдованіе грудей производятъ большею частью только въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется подозрѣніе на беременность и желательно получить и со стороны этихъ органовъ данныя для установки отличительнаго распознаванія.

Наружнымъ изслѣдованіемъ живота и половыхъ органовъ никогда не слѣдуетъ пренебрегать, особенно въ случаяхъ незначимыхъ, изслѣдуемыхъ въ первый разъ. Этотъ методъ изслѣдованія доставляетъ нерѣдко данныя, болѣе существенныя, чѣмъ добываемыя внутреннимъ изслѣдованіемъ. Съ другой стороны, наружное изслѣдованіе нерѣдко можетъ предохранить отъ зараженія изслѣдующее лицо, такъ какъ отъ вниманія послѣдняго при этомъ не ускользнуть заразительныя изъязвленія на наружныхъ половыхъ частяхъ.

### **Внутреннее изслѣдованіе.**

Внутреннее гинекологическое изслѣдованіе можетъ быть ручнымъ и инструментальнымъ.

Первымъ условіемъ при каждомъ внутреннемъ изслѣдованіи является то, чтобы оно не причиняло вреда больной. Поэтому прежде всего надо позаботиться о томъ, чтобы рука, производящая внутреннее изслѣдованіе, и употребляемые для этого инструменты были чисты, такъ какъ иначе легко могутъ быть переносимы заразныя начала отъ одной больной къ другой.

Чистоты инструментовъ мы можемъ съ увѣренностью добиться стерилизаціей. Иное дѣло чистота рукъ изслѣдующаго. Если рѣчь идетъ объ однократномъ изслѣдованіи, то въ дезинфекціи рукъ, произведенной по всѣмъ правиламъ, мы имѣемъ средство, вполне удовлетворяющее поставленнымъ требованіямъ. Но если требуется изслѣдовать нѣсколько больныхъ одну за другой, то дезинфекція рукъ оказывается недѣйствительной, такъ какъ всѣ примѣняемые съ этой цѣлью способы при частомъ повтореніи ихъ такъ портятъ кожу рукъ, что физически невозможно требовать ихъ выполненія на практикѣ. Исходя изъ того соображенія, что, съ одной стороны, руки акушера, какъ и повивальной бабки, по возможности вовсе не должны приходить въ соприкосновеніе съ заразнымъ матеріаломъ, а съ другой, что мы никогда не знаемъ, не будемъ-ли имѣть дѣло при изслѣдованіи съ очень вирулентнымъ матеріаломъ,—представляется разумнымъ вообще не пользоваться голой рукой для внутренняго изслѣдованія. Это требованіе въ настоящее время представляется тѣмъ болѣе справедливымъ, что, благодаря отечественной промышленности, мы располагаемъ резиновыми перчатками отличнаго качества, различной толщины и доступной цѣны. Ясно, что съ гладкой поверхности резиновой перчатки приставшія къ ней заразныя начала гораздо легче и быстрѣе могутъ быть удалены механически при мытьѣ щетками и мыломъ и обезврежены дезинфицирующимъ средствомъ, нежели съ кожи рукъ.

Поэтому прежде, чѣмъ приступить къ внутреннему изслѣдованію, надѣваютъ сухо стерилизованныя перчатки, а послѣ изслѣдованія моютъ руки въ перчаткахъ подъ струей возможно болѣе горячей воды—рука въ перчаткѣ переноситъ очень горячую воду—мыломъ и щеткой и затѣмъ обрабатываютъ ихъ дезинфицирующей жидкостью или спиртомъ. Только послѣ основательной дезинфекціи переходятъ къ изслѣдованію слѣдующей больной. Рука очень быстро привыкаетъ къ тонкому резиновому покрову и послѣ кратковременнаго упражненія осязаетъ такъ же хорошо, какъ и голая. Если желаютъ беречь перчатки и сохранять ихъ въ хорошемъ видѣ, то при изслѣдованіи не слѣдуетъ употреблять маслянистыхъ веществъ, а надо для того, чтобы

сдѣлать палець болѣе скользкимъ, брать какую-нибудь дезинфицирующую жидкость, лучше всего растворъ лизола.

Какой рукой и сколькими пальцами производить внутреннее изслѣдованіе? Вопросъ этотъ представляетъ скорѣе теоретическій интересъ; практически онъ рѣшается обыкновенно въ зависимости отъ навыка и опытности изслѣдующаго лица. Въ общемъ безразлично, изслѣдуютъ ли правой или лѣвой рукой, однимъ ли указательнымъ пальцемъ, или указательнымъ и среднимъ пальцами, если только самое изслѣдованіе производится быстро, безболѣзненно и обстоятельно.

### Ручное изслѣдованіе.

Ручное гинекологическое изслѣдованіе удобнѣе всего производить сейчасъ же вслѣдъ за осмотромъ предверія въ томъ же положеніи больной, такъ какъ при этомъ актѣ изслѣдованія половая щель уже должна быть раздвинута двумя пальцами, благодаря чему изслѣдующій палець можно ввести во входъ во влагалище подъ контролемъ зрѣнія.

Указательный палець ручной кисти, предназначенной для внутренняго изслѣдованія, совершенно выпрямляютъ. Большой палець той же кисти отводятъ возможно больше, а остальные пальцы пригибаютъ къ ладони. Только убѣдившись въ ширинѣ влагалища, вслѣдъ за указательнымъ пальцемъ можно ввести и средній палець.

Введеннымъ во влагалище пальцемъ опредѣляютъ ширину входа, длину и состояніе влагалищныхъ стѣнокъ и, наконецъ, присутствіе новообразованій или постороннихъ тѣлъ. Продвинувъ палець до влагалищной части, даютъ себѣ отчетъ о мѣстоположеніи послѣдней и отношеніи ея къ стѣнкамъ таза, объ ея формѣ и подвижности. Особеннаго вниманія заслуживаетъ наружный зѣвъ матки: опредѣляютъ его форму, свойства окружающей его слизистой оболочки, наличность, число и величину надрывовъ и т. д. Далѣе обходятъ пальцемъ влагалищную часть со всѣхъ сторонъ, причемъ обращаютъ вниманіе на уступчивость и чувствительность сводовъ.

Вышележащіе отдѣлы половыхъ органовъ не доступны ощупыванію пальцемъ, находящимся во влагалищѣ. Поэтому такое простое ручное изслѣдованіе (одноручное) въ большинствѣ случаевъ оказывается недостаточнымъ. Оно не даетъ ни малѣйшаго представленія о положеніи органовъ, находящихся въ полости таза, и о какихъ-либо измѣненіяхъ въ самыхъ органахъ.

Ощупываніе этихъ частей дѣлается возможнымъ лишь при помощи сочетаннаго или комбинированнаго изслѣдованія. Съ этой цѣлью, не удаляя пальца одной руки изъ влагалища, кладутъ другую руку ладонью на животъ выше лоннаго сращенія и вдавливаютъ брюшную стѣнку по направленію къ выходу таза. Благодаря этому приему внутренніе половые органы приближаются къ находящемуся во влагалищѣ пальцу (Рис. 13). Пальцами лежащей на животѣ руки слѣдуетъ спокойно и постепенно проникать вглубь; грубыя и рѣзкія движенія вызываютъ сокращеніе брюшныхъ мышцъ и напряженіе брюшной стѣнки, что, по меньшей мѣрѣ, затрудняетъ изслѣдованіе. Помѣщая, та-



Рис. 13. Сочетанное гинекологическое изслѣдованіе.

кимъ образомъ, различныя части внутреннихъ половыхъ органовъ между концами пальцевъ обѣихъ рукъ, мы получаемъ возможность ощупать ихъ одновременно сверху и снизу.

При сочетанномъ изслѣдованіи необходимо держаться известнаго порядка. Начинаютъ изслѣдованіе съ матки, какъ органа болѣе объемистаго, а потому и болѣе доступнаго. Оттѣсня пальцемъ, приставленнымъ къ наружному зѣву, влагалищную часть вверхъ и впередъ, легко удается другой рукой прощупать со стороны брюшной стѣнки дно матки. Палецъ внутренней руки перемѣщаютъ затѣмъ въ передній сводъ и ощупываютъ переднюю стѣнку и края матки, между тѣмъ какъ наружная рука изслѣдуетъ дно и верхніе отдѣлы задней поверхности матки. Заднюю

поверхность шейки удастся прощупать, если дно матки отодвинуть пальцами наружной руки въ крестцовую впадину, а палец внутренней руки помѣстить въ задній сводъ. Ощупывая такимъ образомъ матку со всѣхъ сторонъ, опредѣляютъ ея величину, плотность, гибкость, чувствительность, положеніе и подвижность.

Придатки матки дѣлаются доступными осязанію, если палецъ внутренней руки проникаетъ вглубь сбоку влагалищной части, а давящая сверху рука перемѣщается въ направленіи къ паховой области соотвѣтствующей стороны. Между концами пальцевъ обѣихъ рукъ помѣщаются такимъ образомъ органы, расположенные по бокамъ матки, и при сдавливаніи ихъ не трудно прощупать яичникъ въ видѣ продолговатаго, плотноватаго и весьма подвижнаго тѣла.

При ощупываніи яичника обращаютъ вниманіе на его величину, плотность, чувствительность, положеніе и подвижность.

Трубы прощупать труднѣе. Слѣдуетъ начать отыскиваніе ихъ съ угловъ матки, гдѣ между концами изслѣдующихъ пальцевъ нерѣдко попадаетъ труба въ видѣ шнурика толщиной съ гусиное перо, дѣлающагося нѣсколько объемистѣе кнаружи. Особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на толщину трубы, на возможные мѣстныя утолщенія у маточнаго или мѣшкообразнаго расширенія у брюшнаго конца ея.

Что касается связочнаго аппарата матки, то иногда сбоку матки удастся прощупать круглыя связки, а въ заднемъ сводѣ крестцово-маточныя связки; послѣднія выступаютъ отчетливѣе при смѣщеніи влагалищной части кпереди.

Если вслѣдствіе какихъ-нибудь причинъ введеніе пальца во влагалище не показано или невозможно, то производятъ изслѣдованіе черезъ прямую кишку. Указательный палецъ ручной кисти, предназначенной для внутренняго изслѣдованія, проводится вращательными движеніями чрезъ заднепроходное отверстіе по возможности высоко въ прямую кишку. Примѣняя сочетанное ручное изслѣдованіе, этимъ путемъ удастся ясно опредѣлить матку и ея придатки. При этомъ способѣ изслѣдованія особенно легко доступны ощупыванію задняя поверхность матки и крестцово-маточныя связки. Преимущества изслѣдованія черезъ прямую кишку выступаютъ еще въ большей мѣрѣ, если оно соединяется съ изслѣдованіемъ чрезъ влагалище.

При изслѣдованіи черезъ влагалище и прямую кишку указательный палецъ вводится во влагалище, а средній въ прямую кишку (Рис. 14). Надавливая наружной рукой на брюшную стѣнку и ощупывая органы, попадающіеся между кон-

цами пальцевъ обѣихъ рукъ, одновременно со стороны влагалища и прямой кишки, удастся опредѣлить тонкости, ускользящія при отдѣльномъ изслѣдованіи чрезъ влагалище или чрезъ прямую кишку. Этотъ способъ изслѣдованія нужно поэтому считать весьма цѣннымъ дополненіемъ влагалищнаго способа изслѣдованія и къ нему слѣдуетъ прибѣгать въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалищное изслѣдованіе оставляетъ какія-либо сомнѣнія.



Рис. 14. Изслѣдованіе чрезъ влагалище и прямую кишку.

### **Инструментальное изслѣдованіе.**

Инструментами удобнѣе всего изслѣдовать въ ягодично-спинномъ положеніи больной, или въ положеніи на спинѣ съ согнутыми и нѣсколько разведенными нижними конечностями, причемъ наружныя половыя части должны быть обращены къ свѣту. Изслѣдованіе производится исключительно лишь обеззараженными инструментами.

#### **Изслѣдованіе влагалища зеркалами.**

Всѣ разнообразнѣйшія по формѣ и устройству зеркала можно раздѣлить на: трубчатыя, створчатыя и желобоватыя.

Трубчатыя зеркала имѣютъ форму трубокъ различной толщины и длины. Одинъ конецъ трубки (наружный) отогнуть кнаружи въ видѣ раструба, другой (внутренній)—косо усѣченъ,

вслѣдствіе чего одна сторона зеркала длиннѣе, другая короче (Рис. 15). Трубочатыя зеркала изготовляются изъ различнаго матеріала: стекла, металла, твердаго каучука, кости и дерева. При настоящихъ требованіяхъ асептики пригодны для употребленія только зеркала, изготовленныя изъ стекла или никелированнаго металла. Зеркала изъ молочнаго стекла (Мауег'а) дешевы, не портятся отъ ѣдкихъ лѣкарственныхъ веществъ, хорошо освѣщаютъ, но ломки и легко лопаются при кипяченіи. При долгомъ употребленіи стекляннаго зеркала на внутреннемъ концѣ его образуются надломы, которыми легко можно поранить больную при введеніи зеркала. Никелированныя металлическія зеркала хорошо отражаютъ свѣтъ и удобно стерилизуются. Несмотря на то, что они довольно легко портятся отъ кислотъ и щелочей, они на дѣлѣ оказываются самыми практичными.

Трубочатыхъ зеркалъ всегда нужно имѣть нѣсколько номеровъ. Соответственно ширинѣ входа влагалища выбираютъ номеръ зеркала. Вводится трубочатое зеркало слѣдующимъ образомъ. Обеззараженное зеркало берутъ правой рукой такъ, что раструбъ его приходится къ ладони, указательный палецъ лежитъ на короткой сторонѣ, а остальные пальцы обхватываютъ трубку зеркала. Раскрывъ двумя пальцами лѣвой руки, по возможности шире, половую щель, зеркало приставляютъ выступающимъ краемъ длинной его стѣнки ко входу влагалища въ косомъ направленіи снизу вверхъ. Надавливая теперь указательнымъ пальцемъ на зеркало, стараются оттѣснить промежность книзу и растянуть при этомъ входъ рукава на столько, чтобы при введеніи зеркала верхній край его могъ свободно подойти подъ отверстіе мочеиспускательнаго канала. Коль скоро внутренній конецъ зеркала проникъ черезъ входъ рукава, пальцы лѣвой руки отнимаютъ отъ половыхъ частей. Дальнѣйшее проведеніе зеркала затрудненій не представляетъ. Зеркало продвигаютъ вглубь, придерживаясь оси таза, до тѣхъ поръ, пока въ просвѣтъ его не вставится влагалищная часть. Производить при этомъ вращательныя движенія зеркаломъ не слѣдуетъ. Если влагалищная часть не сразу устанавливается, то внутренній конецъ зеркала направляютъ нѣсколько вбокъ, впередъ или кзади. Подыманіемъ или опусканіемъ раструба можно также способствовать установленію влагалищной части.

Вставленную въ просвѣтъ зеркала влагалищную часть очищаютъ отъ покрывающей ее слизи ватнымъ шарикомъ, захваченнымъ корнцангомъ или длиннымъ хирургическимъ пинцетомъ, и



Рис. 15.  
Трубочатое  
зеркало  
Fergusson'a.

затѣмъ подвергаютъ тщательному осмотру; опредѣляютъ цвѣтъ слизистой оболочки форму зѣва, имѣющіяся, быть можетъ, въ окружности его неправильности, разрывы, ссадины, изъязвленія и т. п.

Осмотрѣвъ влагалищную часть, постепенно извлекаютъ зеркало, осматривая при этомъ стѣнки влагалища, появляющіяся въ просвѣтѣ зеркала.

Створчатыя зеркала устроены большею частью по типу зеркала Cusco. Послѣднее состоитъ изъ двухъ никелированныхъ металлическихъ пластинокъ, прилегающихъ другъ къ другу у одного конца (внутренняго) своими гладкими, слегка приподнятыми краями. У другого конца (наружнаго) пластинки закруглены и снабжены рукоятками. Закругленные концы пластинокъ подвижно соединены между собою посредствомъ шарнира такимъ образомъ, что наружный конецъ зеркала всегда сохраняетъ круглую форму, а рукоятки при закрытомъ зеркалѣ располагаются другъ противъ друга на разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ. Закрытое зеркало Cusco обладаетъ конической заостренной формой на подобіе утиного клюва.



Рис. 16. Двухстворчатое зеркало Cusco.

Сближеніе рукоятокъ другъ съ другомъ вызываетъ расхожденіе створокъ и расширение просвѣта зеркала у внутренняго конца. При помощи винтообразнаго механизма у рукоятокъ можно установить разведенныя створки на любомъ разстояніи (Рис. 16). Такъ какъ сплюснутый конецъ закрытаго зеркала Cusco гораздо меньше окружности трубчатаго зеркала, то оно проводится гораздо легче и безболѣзненно въ послѣдняго даже въ болѣе узкій входъ во влагалище.

При введеніи зеркала Cusco, стерилизованное зеркало берется въ правую руку такъ, что наружный его конецъ помѣщается въ ладони; указательный палецъ кладутъ на одинъ изъ краевъ зеркала, а остальными пальцами обхватываютъ боковыя его поверхности. Раздвинувъ пальцами лѣвой руки половую щель, приставляютъ закрытое зеркало нижнимъ краемъ внутренняго конца къ задней спайкѣ въ такомъ же направленіи, какъ и трубчатое зеркало. Надавливая указательнымъ пальцемъ на верхній край зер-

кала, оттѣсняютъ промежность книзу до тѣхъ поръ, пока верхній край не пройдетъ подъ отверстіе мочеиспускательнаго канала. Зеркало, проведенное такимъ образомъ въ прямомъ размѣрѣ таза черезъ входъ во влагалище, поворачиваютъ вокругъ его оси такъ, чтобы одна створка прилегала къ передней, а другая къ задней стѣнкѣ влагалища, причѣмъ рукоятки зеркала могутъ смотрѣть либо вверхъ, либо внизъ. Зеркало въ закрытомъ видѣ проводятъ затѣмъ по направленію къ крестцовой впадинѣ до задняго свода. Съ этого момента начинаютъ сближать рукоятки у наружнаго конца зеркала, вслѣдствіе чего внутренніе концы створокъ раздвигаются и влагалищная часть обыкновенно безпрепятственно вступаетъ въ просвѣтъ расширяющагося внутренняго конца зеркала. Укрѣпивъ створки въ желательномъ разстояніи съ помощью винтообразнаго механизма, удаляютъ ватнымъ шарикомъ слизъ и подвергаютъ осмотру влагалищную часть и видимые участки влагалища.

Выводится зеркало Cusco, по ослабленіи винта, тѣмъ же путемъ, какъ оно было введено, только въ обратномъ порядкѣ.

Желобоватая (ложкообразная) зеркала. Большая часть желобоватыхъ зеркалъ устроена по типу зеркала Simon'a изъ никелированнаго металла. Зеркала состоятъ изъ двухъ рукоятокъ, изъ которыхъ каждая на одномъ концѣ соединена посредствомъ винта или зажима со съемнымъ желобомъ или ложкой. Задніе (нижніе) желоба имѣются различной величины и представляютъ собою глубокой желобъ съ однимъ закрытымъ и закругленнымъ (внутреннимъ) концомъ. Передніе (верхніе) желоба обыкновенно болѣе или менѣе плоски (Рис. 17 и 18).

При операціяхъ весьма удобно видоизмѣненіе этого зеркала, предложенное Fritsch'емъ и состоящее въ томъ, что задняя ложка представляетъ короткій, усѣченный и болѣе плоскій желобъ.

Примѣняются желобоватая зеркала въ ягодишно-спинномъ положеніи больной на столѣ или поперечной кровати. Сперва вводится задній желобъ, а затѣмъ уже передній.

Раздвинувъ пальцами лѣвой руки половую щель, захватываютъ рукоятку съ обращеннымъ кверху желобомъ всей кистью и проводятъ закругленный конецъ желоба въ косомъ размѣрѣ таза черезъ входъ во влагалище. Дальнѣйшее проведеніе до задняго свода происходитъ по задней стѣнкѣ влагалища. Рукоятку введенной ложки берутъ теперь въ лѣвую руку и потягивая за нее внизъ, оттѣсняютъ вмѣстѣ съ тѣмъ и промежность въ этомъ же направленіи. Черезъ расширенный уже входъ во влагалище введеніе передняго желоба съ обращенной кверху рукояткой за-

трудней не представляет. Продвинувъ этотъ желобъ по передней стѣнкѣ влагалища до передняго свода, оттягиваютъ имъ переднюю стѣнку влагалища кверху. Такимъ образомъ влагалище растягивается въ прямомъ размѣрѣ таза, и хорошо доступными для зрѣнія дѣлаются не только влагалищная часть, но и боковыя стѣнки влагалища.

Существенный недостатокъ этихъ зеркалъ состоитъ въ томъ, что обѣ руки изслѣдующаго лица оказываются занятыми, а потому для производства даже самыхъ ничтожныхъ манипуляцій



Рис. 17. Различной величины ложкообразныя зеркала Simon'a для задней влагалищной стѣнки.



Рис. 18. Различной величины ложкообразныя зеркала Simon'a для передней влагалищной стѣнки.

необходима помощница, которая удерживала бы зеркала въ надлежащемъ положеніи. Тѣмъ не менѣе при нѣкоторыхъ изслѣдованіяхъ, особенно же при операціяхъ, обойтись безъ желобоватыхъ зеркалъ нельзя. Помощница стоитъ сбоку больной и одной рукой захватываетъ рукоятку нижняго желоба, оттягивая послѣдній книзу. Другую руку она либо подводитъ подъ бедро больной по направленію къ лобку, либо кладетъ поверхъ бедра на лобокъ и беретъ рукоятку верхняго желоба всей кистью, упираясь при этомъ локтевымъ краемъ кисти на лобокъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при очень широкомъ влагалищѣ, боковыя стѣнки рукава въ значительной степени нависаютъ. Для устраненія этого неудобства ихъ удерживаютъ боковыми подъ-

емниками, растягивая ими влагалище въ поперечномъ направленіи. Подъемники представляютъ собою никелированныя металлическія пластинки, соединенныя неподвижно подъ прямымъ угломъ съ рукояткой изъ того же матеріала.

### Изслѣдованіе матки зондомъ.

Маточный зондъ представляетъ собою закругленную металлическую палочку длиною около 30 сантиметровъ и толщиною въ 3—4 миллиметра. Одинъ конецъ такой палочки снабженъ плоской рукояткой, другой, немного суживающійся, заканчивается пуговкой.

На разстояніи 7 сантиметровъ отъ пуговки палочка согнута подъ тупымъ угломъ. На мѣстѣ сгиба, по выпуклой его сторонѣ, имѣется небольшой выступъ, чѣмъ обозначается нормальная длина полости матки. Отъ этого мѣста до рукоятки на палочкѣ нанесены дѣленія въ сантиметрахъ. Зонды изготовляются изъ никелированной мягкой, красной мѣди, такъ какъ они должны хорошо гнуться, въ цѣляхъ приданія имъ различной кривизны (Рис. 19).

Изслѣдованіе зондомъ производится въ яго-  
дично-спинномъ положеніи больной на столѣ или поперечной кровати. Введенію зонда всегда должно предшествовать ручное изслѣдованіе для опредѣленія положенія матки. Инструментъ передъ его употребленіемъ долженъ быть обязательно подвергнутъ стерилизаціи.

Обнаживъ обеззараженными желобоватыми зеркалами влагалищную часть, дезинфицируютъ какъ самую влагалищную часть, такъ и каналъ шейки самымъ тщательнымъ образомъ. Обезпложенный зондъ захватываютъ за рукоятку большимъ и указательнымъ пальцами правой руки и подъ контролемъ глаза, не прикасаясь къ стѣнкамъ влагалища, проводятъ его черезъ наружный зѣвъ въ полость матки.

Введеніе зонда по пальцу, находящемуся во влагалищѣ, строго возбраняется, такъ какъ при такомъ способѣ введенія зонда легко можно занести въ полость матки микроорганизмы, всегда имѣющіеся во влагалищѣ въ большомъ количествѣ.

Маточнымъ зондомъ опредѣляютъ: степень проходимости наружнаго и внутренняго зѣва, длину, ширину и направленіе по-



Рис. 19. Маточный зондъ.

лости матки, состояніе поверхности слизистой оболочки и ея чувствительность.

Изслѣдовать зондомъ всегда слѣдуетъ осторожно безъ всякаго насилія. При грубомъ зондированіи или употребленіи зонда для исправленія неправильнаго положенія матки не разъ получались продыравливанія стѣнки послѣдней или заболѣванія септического характера.

Противопоказаніями къ примѣненію зонда являются беременность, время регуль и всѣ острые или обострившіеся воспалительные процессы какъ самой матки, такъ и придатковъ ея, или тазовой клѣтчатки и брюшины.

Изслѣдованіе матки съ предварительнымъ расширеніемъ канала шейки.

Въ случаѣ, гдѣ изслѣдованіе полости матки зондомъ не дасть положительныхъ результатовъ относительно измѣненій въ этомъ органѣ, необходимо прибѣгнуть къ непосредственному изслѣдованію полости матки пальцемъ. Для того, чтобы проникнуть пальцемъ въ полость матки, необходимымъ условіемъ является предварительное расширеніе канала шейки.

Различные приемы, которыми удается достигнуть расширенія канала шейки, представляютъ собою болѣе или менѣе значительныя операціи. Поэтому при всѣхъ этихъ приемахъ слѣдуетъ строго соблюдать всѣ правила антисептики и асептики какъ по отношенію къ больной, такъ и относительно инструментовъ и изслѣдующаго лица и его помощниковъ.

Слѣдуетъ различать механическое расширеніе — медленное и быстрое — и расширеніе оперативнымъ путемъ при помощи ножа.

Медленное механическое расширеніе производится помощью введенія въ каналъ шейки разбухающихъ тѣлъ, которыя расширяютъ этотъ каналъ тѣмъ, что увеличиваются сами въ объемѣ — разбухаютъ. Расширеніе въ виду этого можетъ происходить только весьма медленно и требуетъ по крайней мѣрѣ 12-ти часовъ, а иногда и нѣсколькихъ дней.

Изъ числа разбухающихъ веществъ въ настоящее время чаще всего употребляютъ ламинарію. Изъ сухихъ частей стебля морской водоросли (*Laminaria digitata*) готовятъ палочки цилиндрической формы, различной толщины, длиною отъ 5 до 7 сантиметровъ. Наружная поверхность этихъ палочекъ совершенно гладкая. Въ продажѣ имѣются палочки, просверленные по своей

длинѣ и представляющія, благодаря этому, толстостѣнные трубки съ узкимъ центральнымъ каналомъ. Такимъ трубочкамъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе предъ простыми палочками, такъ какъ онѣ разбухаютъ скорѣе и не вызываютъ застоя отдѣлений въ полости матки.

Приходя въ соприкосновеніе съ жидкостью, палочки разбухаютъ преимущественно въ ширину, дѣлаются мягче и приобретаютъ нѣкоторую гибкость (Рис. 20 и 21).

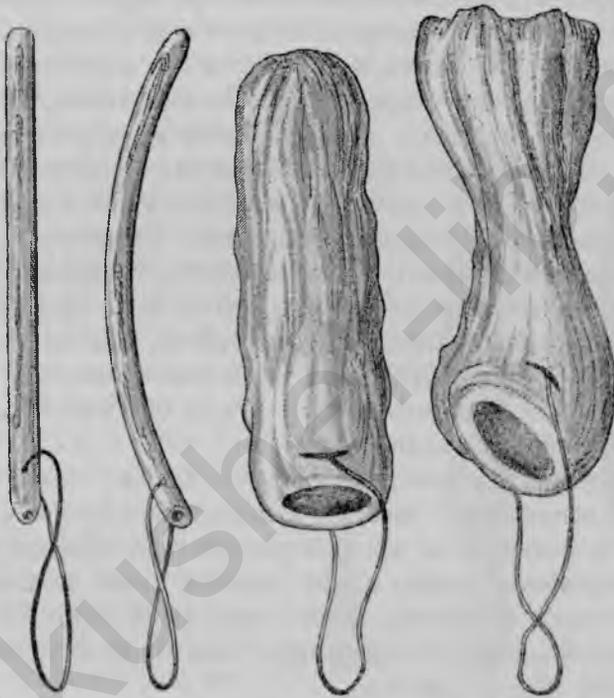


Рис. 20. Палочки ламинаріи.

Рис. 21. Палочки ламинаріи въ разбухшемъ видѣ.

Изъ остальныхъ разбухающихъ тѣлъ пригодны для употребленія палочки *tupelo*. Послѣднія изготовляются изъ древесины водяного растенія (*Nyssa aquatica*) и имѣютъ приблизительно такую же длину, какъ палочки ламинаріи, но только нѣсколько толще.

Наконецъ, прессованная губка, приготовляемая изъ хорошихъ греческихъ губокъ, представляетъ собою быстро разбухающее тѣло, обладающее, однако, лишь слабой расширяющей энергіей. Вслѣдствіе невозможности дезинфицировать губку въ

прессованномъ ея видѣ, примѣненіе этого разбухающаго тѣла въ настоящее время слѣдуетъ считать непозволительнымъ.

Палочки ламинаріи или тупело, правда, также не удается обеззаразить кипяченіемъ или сухимъ жаромъ, но ихъ можно все-же надежно дезинфицировать. Съ этой цѣлью палочки, съ которыхъ поверхностный слой удаленъ соскабливаніемъ, погружаютъ до употребленія на сутки и болѣе въ насыщенный растворъ іодоформа въ эфирѣ. Передъ введеніемъ палочку вынимаютъ изъ раствора стерилизованнымъ инструментомъ: эфиръ улетучивается, а на поверхности палочки отлагается іодоформъ. Если такую палочку погрузить еще непосредственно передъ самымъ введеніемъ на одну минуту въ кипящій 5% растворъ карболовой кислоты, то она вполне удовлетворитъ требованіямъ антисептики и представить собою матеріалъ, вполне годный къ употребленію.

Для введенія палочекъ ламинаріи влагалищную часть обнажаютъ желобоватыми зеркалами и фиксируютъ шейку, захватывая переднюю губу пулевыми щипцами. Вынутую корнцангомъ изъ кипящаго карболоваго раствора палочку осторожно проводятъ черезъ наружный зѣвъ въ полость матки, пока наружный конецъ палочки, снабженный крѣпкой шелковинкой, не дойдетъ до наружнаго зѣва. Чтобы предупредить выползаніе палочки, влагалище наполняютъ іодоформной марлей и предписываютъ больной покойное положеніе на спинѣ.

Только въ случаяхъ, гдѣ каналъ шейки очень податливъ, удастся одновременно ввести нѣсколько палочекъ — одну возлѣ другой. По большей же части первоначально приходится ограничиться введеніемъ только одной палочки такой толщины, чтобы она безъ усилія проходила черезъ внутренній зѣвъ. Если осложненій не наблюдается, то введенную палочку не слѣдуетъ удалять до истеченія 12 — 24 часовъ.

При удаленіи палочекъ извлекаютъ сначала тампонъ изъ влагалища, а затѣмъ обеззараживаютъ наружныя половыя части и влагалище. Обнаживъ зеркаломъ влагалищную часть, палочку извлекаютъ потягиваніемъ за шелковинку; иногда палочка ущемляется во внутреннемъ зѣвѣ, въ такомъ случаѣ удаленіе ея можетъ быть довольно затруднительнымъ и удается только при помощи корнцанга, которымъ захватываютъ конецъ палочки, находящейся внѣ канала шейки.

По удаленіи ламинаріи, промываютъ полость матки и приступаютъ къ изслѣдованію. При недостаточномъ еще расширеніи шейки снова вводятъ нѣсколько палочекъ, которыхъ въ случаѣ надобности еще разъ замѣняютъ новыми. Такимъ образомъ,

слѣдя постоянно за температурой, удастся въ теченіе двухъ — трехъ дней расширить каналъ шейки настолько, что палецъ можетъ свободно проникнуть въ полость матки.

Быстрое механическое расширеніе производится посредствомъ цилиндрическихъ или конусообразныхъ расширителей. Послѣдніе изготовляются изъ твердаго каучука, стекла и металла; металлическіе расширители болѣе всего пригодны для этой цѣли.

Изъ цилиндрическихъ расширителей въ настоящее время больше всего употребляются расширители Негар'а. Они представляютъ собою слегка изогнутыя гладкія палочки длиною въ 14 сантиметровъ, одинъ конецъ которыхъ закругленъ, между тѣмъ какъ другой переходитъ въ короткую рукоятку. Такихъ расширителей имѣется пятнадцать—двадцать номеровъ, причемъ діаметръ ихъ постепенно увеличивается, начиная съ толщины маточнаго зонда и доходя до толщины большого пальца; разница въ діаметрѣ постепенно увеличивается на одинъ миллиметръ (Рис. 22). Весьма цѣлесообразнымъ является видоизмѣненіе Негар'овскихъ расширителей, состоящее въ томъ, что палочки неполнѣ цилиндрической, а слегка конической формы, помѣщаются у обоихъ концовъ рукоятки длиною въ 10—15 сантиметровъ (расширители Вiedenp'a).

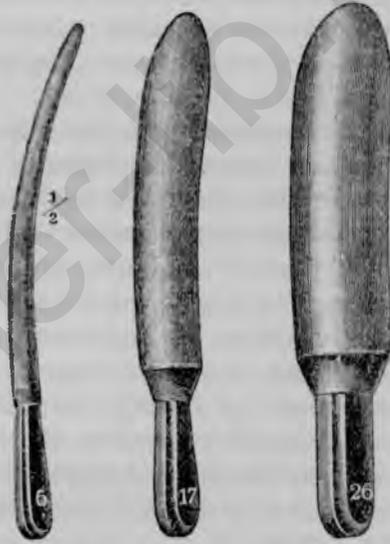


Рис. 22. Расширители Негар'а.

Быстрое механическое расширеніе канала шейки производится такимъ образомъ. Установивъ въ просвѣтъ зеркала влажную часть, захватываютъ пулевыми щипцами переднюю губу и фиксируютъ матку, потягивая лѣвой рукой за щипцы. Правой рукой вводятъ поочередно расширители все увеличивающагося діаметра, не прибѣгая къ чрезмѣрнымъ усиліямъ при надавливаніи.

Такой способъ расширенія канала шейки обыкновенно въ началѣ не сопровождается значительнымъ кровотеченіемъ и болями,

однако, по мѣрѣ увеличенія діаметра расширителя, введеніе его становится затруднительнѣе и болѣзненнѣе. Въ виду этого искусственное усыпленіе больной представляется въ большинствѣ случаевъ весьма желательнымъ, а иногда даже и необходимымъ. При значительныхъ степеняхъ такого расширенія всегда получаютъ болѣе или менѣе глубокіе разрывы, занимающіе не только всю толщу слизистой оболочки, но проникающіе нерѣдко и въ мышечный слой шейки, результатомъ чего бывають болѣе значительныя кровотеченія.

Расширеніе оперативнымъ путемъ производится съ цѣлью изслѣдованія крайне рѣдко и состоитъ въ разсѣченіи нижней части, или же всей передней стѣнки канала шейки, смотря по тому—имѣется-ли уже извѣстная степень расширенія въ верхнихъ участкахъ или нѣтъ. Въ послѣднемъ случаѣ предварительное отдѣленіе мочевого пузыря отъ матки представляется необходимымъ. По окончаніи операціи и изслѣдованія, рана зашивается.

Расширивъ тѣмъ или другимъ способомъ матку и промывъ ея полость дезинфицирующимъ растворомъ, приступаютъ къ изслѣдованію полости матки пальцемъ. Подъ контролемъ глаза проводятъ указательный палецъ одной руки въ каналъ шейки; теперь только удаляютъ зеркала, обнажившія влагалищную часть. Обхвативъ другой рукой чрезъ брюшныя стѣнки дно матки, стараются какъ-бы надѣтъ ее на находящійся въ ея полости палецъ на подобіе того, какъ надѣвають перчатку на палецъ. Пальцемъ, введеннымъ въ полость матки до самаго ея дна, опредѣляютъ длину и ширину полости матки, находящіяся въ ней опухоли и новообразованія и исходную точку послѣднихъ, состояніе слизистой оболочки матки, изъязвленія на ея поверхности, толщину стѣнокъ матки и т. д.

Окончивъ изслѣдованіе, полость матки орошаютъ дезинфицирующимъ растворомъ и въ случаѣ надобности тотчасъ же приступаютъ къ надлежащимъ лѣчебнымъ или оперативнымъ мѣропріятіямъ.

Больная послѣ изслѣдованія вплоть до завершившагося обратнаго сформированія шейки должна сохранять покойное положеніе въ постели.

Противопоказаніями къ изслѣдованію матки съ предварительнымъ расширеніемъ канала шейки служатъ беременность и всѣ острые или обострившіеся воспалительные процессы внутреннихъ половыхъ органовъ и окружающей ихъ клѣтчатки, а также и таковой брюшины.

## IV. Общая терапия женскихъ болѣзней.

### I. Уходъ послѣ гинекологическихкихъ операций.

Каждая операція связана съ причиненіемъ болей, которыя появляются послѣ пробужденія больной отъ наркоза. Если онѣ достигаютъ такой силы, что является необходимость ихъ успокоить, то наилучшимъ для этого средствомъ служитъ морфій или другое близкое ему средство изъ наркотическихкихъ. Давать ихъ внутрь не рекомендуется, такъ какъ послѣ наркоза бываетъ тошнота. Предпочтенія заслуживаютъ вливанія въ прямую кишку по 15—20 куб. см. воды, въ которой растворено наркотическое средство. Очень хорошо дѣйствуютъ подкожныя впрыскиванія, которыя, разумѣется, должны дѣлаться асептично.

У многихъ больныхъ наркозъ вызываетъ тошноту и рвоту. Ту и другую стараются предупредить тѣмъ, что послѣ пробужденія ко рту и носу прикладываютъ марлю, смоченную въ уксусъ. Лучше, чѣмъ глотаніе кусочковъ льда, дѣйствуетъ совѣтъ, чтобы, какъ только появляется тошнота, больная дѣлала 10—12 глубокихъ вдоховъ и выдоховъ. Наряду съ внушеніемъ тутъ, быть можетъ, дѣйствуетъ хорошее провѣтриваніе легочнаго круга кровообращенія. Пока существуетъ тошнота, не слѣдуетъ давать пить, и это нельзя считать излишней жестокостью, а, наоборотъ, оно является полезной мѣрой предосторожности. Если рвота становится слишкомъ сильной, то большое облегченіе часто доставляютъ промыванія желудка. Во время рвоты ухаживающая должна повернуть голову больной на бокъ, чтобы рвотныя массы не могли попадать въ дыхательные пути.

Мучительнымъ явленіемъ послѣ каждой большой операціи бываетъ жажда. Если ее стараются утолять питьемъ, льдомъ и т. п., то это ведетъ только къ появленію рвоты, которая еще больше усиливаетъ жажду. Хорошимъ предохранительнымъ средствомъ противъ этого являются подкожныя впрыскиванія физиологическаго раствора поваренной соли, \*если они производятся

еще на операционномъ столѣ въ большихъ количествахъ (до 1 литра). Позднѣе полезнымъ успокоительнымъ средствомъ противъ жажды являются вливанія небольшихъ количествъ воды (150—200 куб. см.) въ прямую кишку. Сухія губы смачиваютъ водой съ прибавленіемъ небольшого количества глицерина и лимоннаго сока.

Неизбѣжное въ большинствѣ случаевъ охлажденіе оперированныхъ должно быть возможно скорѣе устранено. Для этого подъ одѣяло кладутъ горячія бутылки, завернутыя въ салфетки, или еще лучше—больную кладутъ на водяной матрацъ. Пока больная еще не совсѣмъ проснулась отъ наркоза, надо тщательно слѣдить за тѣмъ, чтобы не произошли ожоги отъ горячихъ бутылокъ или отъ слишкомъ горячей воды въ матрацѣ.

Иногда послѣ операціи наблюдается упадокъ сердечной дѣятельности. Поэтому одна изъ первыхъ задачъ для ухаживающей заключается въ томъ, чтобы внимательно слѣдить за пульсомъ и, если нужно, возбуждать дѣятельность сердца. Если вѣроятной причиной коллапса представляется потеря крови, то надо вынуть изъ-подъ головы подушки, поднять ножной конецъ кровати и вводить въ организмъ теплый физиологическій растворъ поваренной соли, сначала черезъ прямую кишку. При очень глубокомъ

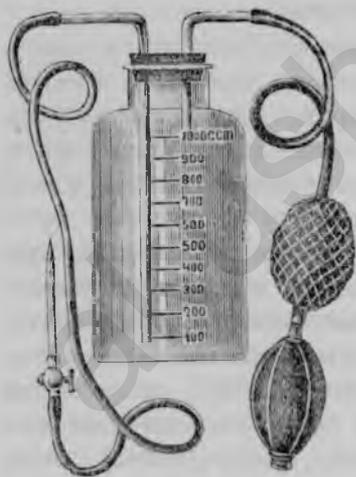


Рис. 23.

коллапсѣ всасываніе изъ прямой кишки происходитъ обыкновенно въ недостаточной степени. Въ такомъ случаѣ не надо медлить съ подкожными вливаніями физиологическаго раствора. Для этого лучше всего пользоваться приборомъ, изображеннымъ на рис. 23. Приборъ, за исключеніемъ баллона, стерилизуется кипяченіемъ и на  $\frac{3}{4}$  наполняется стерильнымъ растворомъ поваренной соли, который долженъ имѣть температуру въ  $28^{\circ}$ — $30^{\circ}$  Р. При дѣйствіи баллономъ давленіе въ бутылки повышается и жидкость вталкивается черезъ трубку въ

канюлю. Для полученія надлежащей температуры рекомендуется поставить бутылку въ чашку съ водой, температура которой проверяется термометромъ. Для впрыскиванія больше всего пригодна область между ключицей и грудной железой.

Если, кромѣ малокровія, имѣется еще слабость сердца, вы-

званная наркозомъ, то необходимо давать одновременно возбуждающія средства, какъ камфору, эфиръ, дигалень и т. п., которыя лучше вводитъ подъ кожу.

Послѣ операціи больная должна находиться подъ тщательнымъ надзоромъ надежнаго лица, что важно еще для того, чтобы не прозѣвать послѣдующаго кровотечения, если бы такое наступило. Послѣ влагалищныхъ операцій достаточно отъ времени до времени провѣрять подстилки; послѣ чревосѣченій надо въ особенности обращать вниманіе на симптомы анеміи. Признаками остраго малокровія служатъ паденіе пульса, учащеніе дыханія, безпокойство, зѣвота, поблѣднѣніе лица, похолоданіе рукъ и ногъ.

Послѣ каждой операціи въ брюшной полости почти всегда развивается параличное состояніе кишекъ, степень котораго зависитъ отъ большаго или меньшаго раздраженія и поврежденія брюшины. Поэтому оно обыкновенно бываетъ сильнѣе послѣ чревосѣченій, нежели послѣ влагалищныхъ операцій. Если перистальтика сама собою не восстанавливается въ продолженіи 3 дней, т. е. если не отходятъ даже газы, то обыкновенно, при отсутствіи начинающагося перитонита, достаточно поставить простую или высокую клизму для того, чтобы урегулировать кишечную дѣятельность.

Если черезъ 6—8 часовъ послѣ операціи обнаруживается, что больная не можетъ сама помочиться, то нужно, обмывъ отверстие мочеиспускательнаго канала, выпустить мочу черезъ катетръ.

Жидкую пищу начинаютъ давать по прекращеніи рвоты, а твердую послѣ перваго опорожненія на низъ.

По вопросу о томъ, какъ долго больная послѣ операціи должна лежать въ постели, мнѣнія сильно расходятся. Прежде всего это зависитъ отъ самочувствія больной. Если она чувствуетъ себя хорошо и не лихорадитъ, то уже со 2-го дня можно ей позволить поворачиваться и съ 5—6 дня садиться. Все время, пока больная остается въ постели, надо помогать кровообращенію обтираніями всего тѣла спиртомъ и пассивной гимнастикой конечностей. По истеченіи 6 дней больная можетъ безъ вреда для своего здоровья встать съ постели. Часто, однако, слабость требуетъ болѣе продолжительнаго лежанія въ постели, такъ какъ при попыткѣ вставать больная испытываетъ головокруженіе или падаетъ въ обморокъ. Повышенная температура мѣшаетъ вставанію съ постели. Больная обязательно должна лежать въ постели, если есть малѣйшее подозрѣніе на закупорку вены (тромбозъ), такъ какъ въ этомъ случаѣ стоитъ больной только при-

сѣсть въ постели, какъ можетъ оторваться тромбъ и вызвать эмболию.

Бандажи для защиты рубца послѣ чревосѣченія излишни. Бандажъ не можетъ препятствовать расхожденію прямыхъ мышцъ живота; наоборотъ, освобождая прямая мышца отъ необходимости работать, онъ скорѣе способствуетъ, нежели препятствуетъ образованію грыжи. Если грыжа уже образовалась, то бандажъ полезенъ, такъ какъ онъ можетъ предупредить выпаденіе внутренностей и увеличеніе самой грыжи.

## II. Примѣненіе лечебныхъ средствъ во влагалищѣ.

1. Спринцеванія влагалища примѣняются въ гинекологической практикѣ чаще всѣхъ другихъ лечебныхъ мѣропріятій.

Спринцеванія влагалища могутъ производиться съ цѣлью: 1. механически очищать влагалище отъ слизи, крови или другихъ выдѣленій (гигиеническія спринцеванія); 2. воздѣйствовать на слизистую оболочку влагалища различными растворенными въ водѣ лекарствами (лекарственныя спринцеванія), и 3. воздѣйствовать на влагалище, матку и окружающія части температурой воды (души).

Для влагалищныхъ спринцеваній въ настоящее время лучше всего пользоваться стеклянной Эсмарховской кружкой, которая вмѣщаетъ въ себѣ 1—1½ литра жидкости. Сама кружка и ея принадлежности, какъ: резиновая трубка длиною въ 2—2½ арш., кранъ или зажимъ и наконечникъ, должны всегда сохраняться въ безупречной чистотѣ и передъ употребленіемъ стерилизуются кипяченіемъ. Роговые и каучуковые наконечники непригодны потому, что ихъ нельзя стерилизовать. Изъ стеклянныхъ наконечниковъ наиболѣе пригодна прямая трубка длиною въ 10—15 см. съ одинаковой величины входнымъ и выходнымъ отверстіями. Такая предварительно простерилизованная стеклянная трубка сохраняется въ сосудѣ съ дезинфицирующей жидкостью.

Не все равно, какъ производятся спринцеванія влагалища. Лучше всего дѣйствуетъ спринцеваніе въ лежачемъ положеніи на подкладномъ суднѣ, такъ какъ въ этомъ случаѣ жидкость въ достаточной степени приходитъ въ соприкосновеніе съ верхними частями влагалища, а еще лучше, если больная послѣ спринцеванія остается нѣкоторое время лежать. Спринцеваніе можно дѣлать также, сидя на бидѣ; но въ такомъ случаѣ желательно, чтобы больная возможно больше откинула верхнюю часть тѣла назадъ,

прислонившись къ стѣнѣ или какой-нибудь мебели, дабы жидкость вытекала обратно возможно медленнѣе.

Если нѣтъ особыхъ показаній, то дно кружки должно находиться надъ половой щелью не выше, чѣмъ на 1 аршинъ; слишкомъ большое давленіе вредно.

Температура воды для влагалищнаго спринцеванія должна соответствовать той цѣли, которую преслѣдуетъ спринцеваніе. Для лекарственныхъ и гигиеническихъ спринцеваній берется обыкновенно вода тепловатая (26—27° P.); да и вообще слѣдуетъ всегда начинать съ такой умѣренной температуры воды и только постепенно переходить къ болѣе высокимъ или болѣе низкимъ температурамъ.

Для гигиеническихъ спринцеваній лучше всего употреблять растворъ соды (отъ 1 чайной до столовой ложки порошка очищенной соды на 1 литръ воды). Для дезинфицирующихъ спринцеваній пригодны: 3% растворъ борной кислоты,  $\frac{1}{2}$ о/о растворъ лизола или лизоформа, 3% растворъ карболовой кислоты, сулемы (1:2000). Для вяжущихъ спринцеваній: неочищенный или очищенный древесный уксусъ (1—2 столов. ложки на литръ), молочная кислота (1 чайн. ложка на 1 литръ), *syrum aluminatum* или *aluminium aceticotartaricum* (10—20:1000), протарголь (2—4о/о), марганцевокислосое кали (0,3—0,5 на 1 литръ воды), *zincum sulfuricum* (1о/о), *plumbum aceticum* (2:1000).

Температурное дѣйствіе влагалищныхъ спринцеваній получается при употребленіи какъ горячей, такъ и холодной воды. Холодныя или прохладныя спринцеванія (6°—20° P.) примѣняются очень рѣдко при кровотеченіяхъ. Наоборотъ, горячія влагалищныя спринцеванія (35°—40° P.) часто примѣняются для остановки упорныхъ маточныхъ кровотеченій или какъ средство, способствующее разсасыванію при хронически-воспалительныхъ процессахъ. Въ этихъ случаяхъ всегда желательнѣе болѣе продолжительное дѣйствіе высокой температуры, а потому и вводятся большія количества жидкости. Такъ какъ слишкомъ большими кружками трудно управляться, то для горячихъ спринцеваній по большей части употребляютъ сифонный аппаратъ, который можетъ быть соединенъ съ сосудомъ любой величины. Для оттока большихъ количествъ жидкости необходимо приспособить къ подкладному судну соответственную трубку. Можно также уложить больную поперекъ кровати на клеенкѣ со скатанными краями, благодаря чему вода стекаетъ въ подставленное ведро. Такъ какъ слизистая оболочка менѣе чувствительна и лучше переноситъ высокія температуры, то слѣдуетъ предварительно смазать наружную поверхность вульвы, промежность и окружность задняго прохода вазелиномъ

или Лассаровской пастой. Еще лучше защищаются наружные половые органы отъ ожога, если до спринцеванія вводится во входъ во влагалище деревянное трубчатое зеркало, такъ назыв. „зеркало для горячихъ душей“.

При спринцеваніяхъ влагалища необходимо обращать вниманіе не только на количество, температуру и прибавляемое лекарство, но и на частоту ежедневныхъ спринцеваній. Обыкновенно достаточно бываетъ 1—2 спринцеваній въ день. Совершенно неправильно считается вреднымъ спринцеваніе во время регуль. Въ это время не только наружныя обмыванія („подмыванія“), но и влагалищныя спринцеванія, особенно въ жаркое время года, можно только рекомендовать.

Неразведенныя жидкія лекарственныя вещества или крѣпкіе растворы ихъ примѣняются во влагалищѣ въ видѣ мѣстныхъ ваннъ, смазываній или тампонады. Всѣ эти манипуляціи удобнѣе всего производить въ ягодично-спинномъ положеніи больной на столѣ или поперечной кровати.

2. Мѣстныя ванны дѣлаются слѣдующимъ образомъ. Во влагалище вводится трубчатое зеркало изъ молочнаго стекла, посредствомъ котораго обнажается влагалищная часть. Очистивъ послѣднюю и каналъ шейки отъ слизи, въ зеркало вливають требуемое средство въ такомъ количествѣ, чтобы оно вполне покрывало влагалищную часть. Приподниманіемъ раструба зеркала препятствуютъ истеченію жидкости, омывающей, смотря по надобности или концентраціи раствора, слизистую оболочку влагалищной части въ продолженіе 5—10 минутъ. Выливается жидкость изъ зеркала при опусканіи раструба внизъ. Если желаютъ подѣйствовать той же жидкостью и на слизистую оболочку влагалища, то, не выливая жидкости, выводятъ зеркало осторожно и постепенно, причемъ стѣнки влагалища приходятъ въ соприкосновеніе съ лекарственнымъ веществомъ послѣдовательно—сверху внизъ. По извлеченіи зеркала изъ влагалища, ватнымъ шарикомъ удаляютъ остатки жидкости у входа во влагалище. Лекарственными веществами, употребляемыми въ такомъ видѣ, являются: древесный уксусъ (*acetum pyrolignosum*), растворъ азотно-кислаго серебра (*argentum nitricum*) концентраціи 10—20% и т. п.

3. Смазыванія производятся обыкновенно кисточкой или ватой, намотанной на стеклянную или металлическую палочку. Мѣсто слизистой оболочки, подлежащее дѣйствію лекарственнаго средства, обнажается зеркаломъ. Такимъ способомъ чаще всего примѣняютъ сильно дѣйствующія прижигающія или вяжущія

средства, а именно: іодную настойку (*tinctura jodi*), 25—50% растворъ азотно-кислаго серебра, 20—50% растворъ хлористаго цинка (*zincum chloratum*), 30—50% растворъ формалина, 50% спиртный растворъ карболовой кислоты, молочную кислоту (*acidum lacticum*) и т. п.

4. Тампонада влагалища примѣняется при леченіи женскихъ болѣзней съ различной цѣлью. Часто тампонъ служитъ для удерживанія предметовъ, введенныхъ въ полость матки (палочекъ ламинаріи и т. п.). Затѣмъ тампонъ служитъ для остановки кровотеченія изъ матки или влагалища. Наконецъ, онъ служитъ также въ качествѣ носителя лекарственныхъ веществъ.

Для удерживанія предметовъ и остановки кровотеченій лучше всего употреблять длинныя стерильныя или пропитанныя дезинфицирующимъ средствомъ (іодоформъ, изоформъ) полоски марли въ 5—10 метровъ длины и 15 см. ширины. Для лекарственныхъ тампоновъ обыкновенно берутъ стерильную гигроскопическую вату.

Если требуется остановить кровь, то передъ тампонаціей необходимо тщательно продезинфицировать наружныя половыя части и влагалище. Влагалищную часть или кровоточащее мѣсто обнажаютъ ложкообразными зеркалами, влагалище еще разъ вытираютъ ватнымъ или марлевымъ шарикомъ, смоченнымъ въ спиртѣ, и затѣмъ вводятъ полоски марли во влагалище посредствомъ корнцанга или длиннаго пинцета. Прежде всего набиваютъ марлей влагалищныя своды вокругъ влагалищной части матки. Лишь послѣ набивки влагалища до уровня наружнаго зѣва полоска кладется передъ влагалищной частью и набивается верхняя половина влагалища. Набивать влагалище до входа его не рекомендуется, такъ какъ тогда получается слишкомъ сильное сдавленіе мочеиспускательнаго канала и прямой кишки, что можетъ повлечь за собою затрудненіе мочеиспусканія и опорожненія на низъ. При отсутствіи помощника слѣдуетъ пользоваться для тампонады двустворчатымъ зеркаломъ (*Cusco*).

Если больная должна сама удалить тампонъ, то надо конецъ марлевой полоски вывести изъ половой щели наружу, дабы больная, потягивая за него, могла легко вынуть тампонъ изъ влагалища. Если имѣется дѣло со свѣжими ранами, то марлевый тампонъ долженъ быть удаленъ черезъ 6 или 12 часовъ; во всякомъ случаѣ, онъ не долженъ лежать больше сутокъ во влагалищѣ, такъ какъ скопляющееся въ тампонѣ выдѣленіе разлагается и даетъ поводъ къ зараженію и къ появленію истеченія съ неприятнымъ запахомъ.

Съ цѣлью привести лекарственное вещество въ продолжи-

тельное соприкосновеніе съ влагалищемъ и съ влагалищною частью, прибѣгаютъ къ лечебному тампону, какъ наиболѣе полезному способу примѣненія лекарственныхъ веществъ во влагалищѣ.

Для этого смачиваютъ тампонъ растворомъ вяжущаго или прижигающаго средства, или насыпаютъ средства въ видѣ порошка на сухой тампонъ или на тампонъ, смоченный глицериномъ. Дѣйствіе лекарственнаго средства въ видѣ порошка далеко не такое равномерное, какъ при употребленіи растворовъ.

Тампоны эти дѣлаютъ изъ одного куска гигроскопической ваты, свернутой въ шарикъ, величиною отъ грецкаго орѣха и болѣе, смотря по объему влагалища. Тампонъ перевязываютъ крѣпкой ниткой—крестъ-на-крестъ, или же на него накидываютъ петлю вдвое сложенной нитки. Свободный конецъ нитки долженъ быть длиною приблизительно въ 15 сантиметровъ. Приготовленные описаннымъ образомъ тампоны стерилизуются и сохраняются въ герметически закрытыхъ сосудахъ.

Введеніе тампона во влагалище производится слѣдующимъ образомъ. Во влагалище вводится трубчатое или створчатое зеркало; вставленная въ просвѣтъ зеркала влагалищная часть тщательно очищается отъ слизи или выдѣленій. Корнцангомъ или длиннымъ пинцетомъ захватываютъ тампонъ, заранѣе приготовленный для употребленія, и проводятъ черезъ зеркало къ наружному зѣву. Удерживая тампонъ на мѣстѣ корнцангомъ, извлекаютъ зеркало, а затѣмъ и корнцангъ. Небольшой конецъ нитки оставляютъ внѣ половой щели. Лечебный тампонъ оставляютъ обыкновенно на 24 часа. Тампонъ удаляется больной потягиваніемъ за нитку.

Лекарственные средства, вводимыя во влагалище посредствомъ тампоновъ, большею частью разбавляются глицериномъ—веществомъ, сильно отнимающимъ воду отъ тканей и вслѣдствіе этого само по себѣ дѣйствующимъ отвлекающимъ образомъ. Чаще всего примѣняются глицериновые растворы ихтіола, тіола, іодистаго калия, таннина, квасцовъ или протаргола; концентрація этихъ растворовъ не превышаетъ 10—15%.

5. Нѣкоторыя средства можно примѣнять въ формѣ **влагалищныхъ шариковъ** (*globuli vaginales*). Шарики готовятся изъ какаоваго масла, содержащаго соотвѣтствующее лекарственное вещество. Какаоовое масло представляетъ собою при низкой температурѣ твердое жировое вещество, способное растапливаться уже при повышеніи температуры до 28°. Изъ этого масла готовятъ небольшіе круглые или овальные шарики, вѣсомъ въ 1,0—2,0. Сама больная вводитъ себѣ эти

шарики во влагалище; удобнѣе всего это дѣлать на ночь. Подъ вліяніемъ температуры тѣла какаоовое масло распускается и прибавленныя къ нему лекарственныя вещества начинаютъ проявлять свое дѣйствіе.

При назначеніи лекарственныхъ веществъ въ формѣ влагалищныхъ шариковъ слѣдуетъ всегда имѣть въ виду значительно пониженную всасывательную способность влагалища, поэтому лекарства прописываются въ двойномъ количествѣ противъ свѣчей, вводимыхъ въ прямую кишку, откуда всасываніе идетъ гораздо скорѣе. Такимъ путемъ вводятъ: *morphii muriatici* 0,03—0,06, *extracti belladonnae* 0,03—0,12, *ichthyoli* 0,1—0,2, *jothioni* 0,05—0,1 и т. п.

**6. Мѣстное кровоизвлеченіе.** а) Насѣчки. За рѣдкими исключеніями для кровоизвлеченія выбираютъ влагалищную часть. Производятся насѣчки при помощи остроконечнаго ланцета (скарификатора) съ длинной ручкой.

Влагалищную часть обнажаютъ зеркаломъ, насухо удаляютъ съ нея слизь и выдѣленія, дезинфицируютъ ее обтираніемъ спиртомъ и стерильнымъ ножичкомъ дѣлаютъ 3 — 4 укола сначала на задней, а потомъ на передней губѣ. Полезно съ этимъ соединить вскрытіе выстоящихъ Наботовыхъ яичекъ. Обыкновенно большіе сосуды не задѣваются при этихъ уколахъ. Достаточно каждый разъ выпускать 15 — 30 грм. крови. Послѣдующее кровотеченіе останавливается стерильными или іодоформными полосками марли.

Больную надо предупредить, чтобы она въ случаѣ сильнаго кровотечения извѣстила объ этомъ врача. Тампонъ можетъ быть удаленъ черезъ 6 — 12 часовъ.

б) Въ исключительныхъ случаяхъ, когда при дѣвственномъ влагалищѣ или по другимъ причинамъ вставленіе зеркала не осуществимо, нѣкоторые врачи прибѣгаютъ къ приставленію п і а в о к ѣ. Промежность является болѣе удобнымъ мѣстомъ для этого, нежели лобокъ или внутренняя поверхность бедеръ. Несмотря на многочисленныя сообщенія, существующія между венами вульвы, влагалища и матки, едва-ли можно особенно разсчитывать на то, чтобы такимъ путемъ удалось обезкровить матку.

Піавки принадлежатъ къ классу кольчатыхъ или червей и водятся въ прудахъ и тихо текущихъ рѣкахъ. Онѣ похожи на дождевыхъ червей длиною въ 5 — 10 см. (Рис. 24). Задній конецъ піавки болѣе толстый и снабженъ присасывательнымъ кружкомъ, передній конецъ утонченъ въ видѣ хобота, на нижней части его находится ротъ съ 3 бугорками, усаженными множествомъ зубчи-

ковъ. Для приставленія выбираютъ пиявки одинаковой величины и одинаково голодныя, для чего смачиваютъ ладонь руки слабою соляною кислотою и кладутъ на нее пиявку; если пиявка была недавно въ употребленіи то при соприкосновеніи сосальцевъ ея съ кислотою немедленно извергается кровь. Мѣста, къ которому надлежитъ приставить пиявки, обмываютъ тепловатымъ борнымъ растворомъ, захватываютъ пиявку пальцами или корнцангомъ за толстый хвостовой конецъ, прикладываютъ ее утонченнымъ концомъ къ назначенному мѣсту и удерживаютъ здѣсь, пока она не присосется. По прошествіи 20 — 30 мин. пиявка отпадаетъ. Если пиявка долго не отпадаетъ, то на головку ея насыпаютъ соль. Каждая пиявка высасываетъ около 15 грм. крови. Приставляютъ на поверхности отъ 10 — 40, а къ влагалищной части отъ 2 — 4 пиявокъ. На мѣстахъ, гдѣ присасывались пиявки, остаются звѣздчатыя ранки, изъ которыхъ сочится кровь. Смотря по тому, желательна ли извлечь больше крови или остановить ее, прикладываютъ къ укусамъ вату, смоченную въ горячей водѣ или накладываютъ антисептическую повязку.



Рис 24. Медицинская пиявка: а. головной конецъ; б. хвостовой конецъ.

Для приставленія пиявокъ къ влагалищной части вводятъ трубчатое зеркало, въ просвѣтъ котораго съ трудомъ вмѣщается влагалищная часть. Въ каналъ шейки вводятъ кусочекъ ваты, смоченный въ растворѣ поваренной соли, съ цѣлью предупредить заползаніе пиявки въ полость матки. Такъ какъ, несмотря на эти предосторожности, пиявка все-таки можетъ заползти въ своды или матку, то продѣваютъ черезъ хвостъ иголку съ ниткой.

Приставленіе пиявокъ къ влагалищной части требуетъ много времени и сопровождается весьма неблагоприятными случаями, въ слѣдствіе чего оно въ настоящее время примѣняется очень рѣдко.

### III. Примѣненіе лечебныхъ средствъ къ маткѣ.

1. Маточныя спринцеванія. Цѣлью маточнаго спринцеванія служитъ удаленіе изъ полости матки секрета, отдѣляемаго ея слизистой оболочкой, дезинфекція ея и введеніе лекарственныхъ

веществъ. Для маточнаго спринцеванія больше всего голятся Воэтановскій катетръ и его видоизмѣненія (Рис. 25). Въ немъ вода втекаетъ въ трубку, которая находится внутри полой гильзы, куда черезъ большія щелевидныя окошки вода устремляется обратно изъ полости матки. Каждому спринцеванію должно предшествовать точное ощупываніе матки и придатковъ. Послѣ обычной дезинфекціи половыхъ частей влагалищная часть обнажается зеркаломъ и въ матку вводится зондъ для того, чтобы ориентироваться относительно длины и ширины полости матки и шейки. Если шейка узка, то вводятъ нѣсколько номеровъ металлическихъ расширителей, пока не получится такое расширеніе канала, что можно будетъ ввести маточный катетръ.

При спринцеваніи высота давленія воды не должна быть больше 1 арш. Катетръ вводится въ полость лишь послѣ того, какъ находящійся въ немъ воздухъ будетъ изгнанъ вытекающей водой. Пропускаютъ 1 — 2 литра. Затѣмъ катетръ вынимаютъ прежде, чѣмъ вся жидкость вытечетъ изъ ирригатора. Для спринцеванія употребляютъ стерильную воду, физиологическій растворъ поваренной соли, главнымъ же образомъ дезинфицирующіе растворы карболовой кислоты, тимола, марганцево-кислаго калия и т. д.



Рис. 25.

По большей части растворъ берется умеренной температуры и только для остановки кровотеченія употребляются болѣе высокія температуры жидкости.

Спринцеванія матки должны производиться съ большою осторожностью. Ихъ нужно прекращать, лишь только появятся боли въ животѣ. Послѣ спринцеванія больная остается нѣкоторое время въ постели.

Чаще всего спринцеваніе матки предшествуетъ различнымъ другимъ внутриматочнымъ операціямъ.

## **2. Введеніе жидкихъ лекарственныхъ веществъ въ полость матки.**

Небольшія количества жидкостей удобнѣе всего вводить въ полость матки посредствомъ зондообразныхъ инструментовъ (зондъ Playfair'a), причѣмъ конецъ инструмента на пространствѣ приблизительно 10 сантиметровъ обертываютъ тонкимъ слоемъ гигроскопической ваты (Рис. 26). Обнаживъ влагалищную часть зеркаломъ, захватываютъ переднюю губу ея острымъ крючеч-

комъ или пулевыми щипцами и, слегка потягивая внизъ, фиксируютъ матку. Приготовленный заранее зондообразный инструментъ погружаютъ въ требуемый растворъ и осторожно, безъ всякаго насилия проводятъ черезъ каналъ шейки въ полость матки до самаго дна ея. Инструментъ оставляютъ въ полости матки 1 — 2



Рис. 26. Палочка Playfair'a.

минуты, а затѣмъ выводятъ обратно, слѣдя за тѣмъ, чтобы въ полости матки не осталось ваты. Помощью зонда Playfair'a въ полость матки вводятъ: чистую и разведенную йодную настойку; растворъ хлористаго цинка (10 — 20 — 50<sup>0</sup> 0), растворъ формалина (30 — 50<sup>0</sup> 0), карболовую кислоту различной концентрации и т. п. При введеніи лекарственныхъ веществъ въ полость матки должно строго соблюдать всѣ правила антисептики и асептики, примѣняемыя при зондированіи полости матки.

Недостаточную проходимость канала шейки устраняютъ предварительнымъ введеніемъ нѣсколькихъ №№ металлическихъ расширителей.

Если желательно ввести большее количество жидкости въ полость матки, въ чемъ, впрочемъ, весьма рѣдко встрѣчается надобность, то прибѣгаютъ къ внутриматочнымъ впрыскиваніямъ помощью шприцевъ, устроенныхъ по типу шприца Гауп'а (Рис. 27). Инструментъ этотъ состоитъ изъ стеклянной трубки, вмѣщающей нѣсколько граммъ жидкости, которая набирается и выталкивается поршнемъ черезъ длинный зондообразный наконечникъ, имѣющій на своемъ концѣ одно или нѣсколько отверстій. Гауп'овскій шприцъ изготовляется изъ гуттаперчи и потому не допускаетъ обезпложиванія, въ виду чего



Рис. 27. Шприцъ Braun'a.

лучше пользоваться шприцами въ металлической оправѣ. По обнаженіи и фиксаціи влагалищной части, какъ для введенія зонда Playfair'a, шприцъ, наполненный достаточнымъ количествомъ лекар-

ственной жидкости, вводится въ полость матки и опорожняется медленнымъ и тихимъ надавливаніемъ на поршень. Излишекъ впрыснутой жидкости выливается изъ полости матки самъ собой вдоль наконечника. Если этого не происходитъ вслѣдствіе недостаточной проходимости канала, то излишекъ жидкости удаляютъ помощью того же шприца, вновь вбирая жидкость, наполняющую полость матки, обратными движеніями поршня. Послѣ впрыскиванія больная должна въ продолженіе  $\frac{1}{2}$  — 1 часа лежать спокойно на спинѣ; схваткообразныя боли, нерѣдко наблюдаемыя послѣ внутриматочнаго впрыскиванія, устраняютъ наркотическими средствами. Для внутриматочныхъ впрыскиваній пользуются іодной настойкой въ чистомъ видѣ или въ растворѣ глицерина или спирта и т. п.

**3. Тампонада матки.** Цѣлью тампонады матки остановка кровотеченій изъ матки служитъ чаще, нежели введеніе лекарственныхъ веществъ въ матку. Для тампонады употребляютъ стерильную, іодоформную или изоформную марлю. Тампонаду производятъ на столѣ или на поперечной кровати послѣ обычной дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей и влагалища.

Обнаженная зеркаломъ влагалищная часть захватывается пулевыми щипцами и каналъ шейки вытирается ваткой, смоченной въ спиртѣ. Если каналъ шейки слишкомъ узокъ, то его расширяютъ при помощи металлическихъ расширителей до необходимой ширины.

Тампономъ служитъ длинная полоска марли, шириной въ 2 — 3 см., сложенная въ нѣсколько разъ. Ее вводятъ въ полость матки посредствомъ длиннаго пинцета (безъ крючковъ) или особой маточной палочки и тѣсно набиваютъ ею всю полость, начиная со дна. Вокругъ тампона матка сильно сокращается, вслѣдствіе чего марля приходитъ въ тѣсное соприкосновеніе съ внутренней поверхностью матки. Конецъ тампона остается во влагалищѣ съ тѣмъ, чтобы черезъ 12 — 24 потягиваніемъ за него можно было извлечь его изъ полости матки.

Вмѣстѣ съ тампономъ въ полость матки могутъ также вводиться крѣпкіе растворы лекарственныхъ веществъ или порошка. Для этого марлю пропитываютъ жидкимъ лекарствомъ или ее обсыпаютъ порошкомъ.

Послѣ тампонады необходимъ покой въ постели. Если появляются схваткообразныя боли, то ихъ можно успокоить прикладываніемъ тепла или наркотическими средствами.

#### IV. Примѣненіе лечебныхъ средствъ въ прямой кишкѣ.

1. Вливанія или клистиры. Клистиры дѣлаются съ различной цѣлью: а) для того, чтобы усиленіемъ перистальтики освободить кишечникъ отъ его содержимаго; б) для того, чтобы вводить лекарства въ организмъ; в) для того, чтобы температурой воды вызвать усиленный приливъ крови къ области таза и г) для того, чтобы вводить въ организмъ питательныя вещества.

а) Для очищающихъ клистировъ или промывательныхъ въ настоящее время употребляется исключительно Эсмарховская кружка. Къ качествѣ наконечника служитъ лучше всего короткая стеклянная или резиновая трубка, такъ какъ ее можно хорошо промывать и стерилизовать. Для высокихъ клистировъ пригодны длинныя резиновыя трубки, которыя извѣстны въ продажѣ подъ именемъ желудочныхъ зондовъ.

Для промывательныхъ берутся 2 — 3 стакана кипяченой воды 25 — 28° Р. Вода болѣе холодная оказываетъ на кишечникъ сильное раздраженіе и потому можетъ употребляться только по особому предписанію врача. При состояніяхъ раздраженія кишечника употребляются также для клизмъ жидкіе отвары льняного сѣмени или крахмаль и настои ромашки и т. п. Если нужно прибавить къ клистиру растительное масло, то лучше его сначала смѣшать съ желткомъ яйца. При прибавленіи этой смѣси къ водѣ получается равномерное распределеніе масла въ водѣ — эмульсія.

Давленіе, подъ которымъ впускаютъ воду въ прямую кишку, не должно быть слишкомъ высокимъ (1 арш.). Чѣмъ выше давленіе и чѣмъ быстрѣе вода вводится въ кишки, тѣмъ сильнѣе производимое ею раздраженіе.

Больную, которой намѣреваются ставить клистиръ, кладутъ на лѣвый бокъ, потому что въ такомъ положеніи вода легче всего входитъ въ кишки. Если больная должна оставаться на спинѣ, то клизму можно съ успѣхомъ поставить и въ такомъ положеніи. Когда всѣ приготовленія окончены, то наконечникъ смазываютъ стерильнымъ вазелиномъ или прованскимъ масломъ, выпускаютъ черезъ кранъ часть воды для того, чтобы выгнать изъ трубки воздухъ, и осторожно вводятъ наконечникъ въ задній проходъ; затѣмъ поднимаютъ кружку вверхъ не больше, чѣмъ на 1 арш., и впускаютъ медленно воду. При этомъ больной предлагаютъ глубоко дышать и не натуживаться.

Когда вода въ кружкѣ доходитъ до дна, то кранъ закрыва-

ютъ и вынимаютъ наконечникъ изъ задняго прохода. Послѣ полученнаго клистира больная должна полежать на боку и возможно дольше удерживать позывъ.

Когда позывъ становится очень сильнымъ, то больную поворачиваютъ на спину и подъ нее подкладываютъ судно.

Если имѣется въ виду произвести механическую очистку кишечника, то послѣ того, какъ часть воды вошла въ кишки, можно опусканіемъ и повторнымъ подниманіемъ кружки попеременно то выливать воду изъ кишечника, то вливать ее туда.

б) Для лекарственныхъ клизмъ примѣняютъ стерилизованную воду или жидкій отваръ крахмала 28—30° Р. въ количествѣ 25—50 граммъ. Такія небольшія количества жидкости не раздражаютъ прямой кишки и удерживаются въ послѣдней весьма хорошо, благодаря чему находящееся въ растворѣ лекарственное средство остается въ кишечникѣ достаточно долгое время, чтобы проявить свое цѣлебное дѣйствіе. Ставится лекарственная клизма лучше всего помощью обезпложеннаго стекляннаго шприца вмѣстимостью до 50 граммъ. Наконечникъ шприца снабженъ натянутой на него обезпложенной резиновой трубкой толщиной въ карандашъ и такой же длины, съ закругленными краями на выходномъ отверстіи. Резиновый наконечникъ, хорошо смазанный вазелиномъ, вводятъ по возможности глубоко въ кишку и медленнымъ надавливаніемъ поршня выливаютъ жидкость изъ шприца. Послѣ лекарственной клизмы больная должна нѣкоторое время сохранять покойное положеніе на лѣвомъ боку или на животѣ, воздерживаясь при этомъ отъ всякаго напряженія брюшнаго пресса. Такимъ путемъ вводятъ: *ichthyoli* 0,1 — 0,2 на приемъ; *phenacetini* 0,5—1,0; *antipyridini* 0,5—1,0; *extracti belladonnae* 0,01—0,03 *extract. opii* 0,015 — 0,03; *tincturae opii* 10 — 15 капель; *morphii; muriatici* 0,01 — 0,015; *codeini* 0,015 — 0,03 и т. п.

в) Горячіе клистиры примѣняются при воспалительныхъ процессахъ въ области тазовой клѣтчатки и придатковъ. Для этихъ клизмъ берутъ физиологическій растворъ поваренной соли, причемъ лучше сначала дѣлать ихъ не очень горячими. Начинаютъ лечение съ температуръ въ 31 — 32° Р. и съ каждой послѣдующей клизмой повышаютъ температуру раствора на 1° и такъ доходятъ до 35 — 38° Р. Въ нерѣдкихъ случаяхъ удается доводить температуру клизмы до 40° Р. Такъ какъ горячая вода должна оставаться возможно дольше въ кишечникѣ, то вливаютъ не очень большія количества ея (1 — 1½ стакана). Вливаніе лучше всего дѣлать въ колѣнно-локтевомъ положеніи больной и предла-

гають ей послѣ того оставаться еще нѣсколько минутъ въ этомъ положеніи.

Повернувшись затѣмъ на спину, больная должна лежать еще съ часть времени.

Горячія клизмы не должны вызывать позыва на низъ, и если вода останется въ кишечникѣ, то не слѣдуетъ беспокоиться, такъ какъ она безъ всякаго вреда всасывается въ кишкахъ. Обыкновенно такія клизмы ставятся 1 — 2 раза въ день.

г) Питательныя клизмы примѣняются тогда, когда кормленіе черезъ ротъ по какой-либо причинѣ оказывается невозможнымъ: при рвотѣ, значительной слабости, которая дѣлаетъ непосильнымъ глотаніе, или когда при глотаніи часть пищи попадаетъ въ дыхательное горло и т. д. Для питательныхъ клизмъ берутъ молоко, яичный желтокъ, мясной экстрактъ, пептонъ, бѣлокъ съ поджелудочнымъ сокомъ и т. д.

2. Лекарства можно вводить въ кишки также въ формѣ свѣчекъ (Suppositoria) изъ кокаоваго масла. Дозировка та же, что для лекарственныхъ клизмъ.

Такъ какъ изъ прямой кишки всасываніе происходитъ гораздо быстрѣе, чѣмъ изъ влагалища, то введеніе лекарствъ черезъ прямую кишку въ большинствѣ случаевъ заслуживаетъ предпочтенія передъ введеніемъ ихъ черезъ влагалище.

## V. Наружные лечебные приемы.

Очень часто прибѣгаютъ въ гинекологической практикѣ къ наружному примѣненію влажнаго тепла. Подъ его вліяніемъ успокаиваются боли, рассасываются выпоты, и если дѣло идетъ о нагноеніи, ускоряется образованіе нарыва и вскрытіе его наружу. Чаще всего употребляются:

1. **Согрѣвающие компрессы.** Они дѣлаются слѣдующимъ образомъ: берется вчетверо сложенное мягкое полотно или марлевая салфетка, пропитывается комнатной водой, водкой или разведеннымъ на половину съ водой 96° спиртомъ, выжимается до суха и расправленная кладется на больную часть тѣла. Салфетка прикрывается сверху тонкой клеенкой или вошанкой и фланелью, которая на 2 попер. пальца должны быть шире и длиннѣе самого компресса. Для удерживанія компресса, его укрѣпляютъ бинтомъ или повязкой. Согревающий компрессъ долженъ быть такъ положенъ, чтобы внѣшній воздухъ не проникалъ подъ него; иначе компрессъ начинаетъ охлаждаться и больныя забнутъ. Компрессъ

мѣняются по истеченіи 6 — 12 часовъ; за это время онъ иногда высыхаетъ совершенно, иногда же до того разогрѣвается, что, по снятіи, отъ него идетъ паръ. По снятіи компресса, согрѣтую часть тѣла необходимо осушить полотенцемъ. При продолжительномъ употребленіи компрессовъ у иныхъ больныхъ выступаетъ на кожѣ красная сыпь съ зудомъ. Въ такихъ случаяхъ необходимо прекратить прикладываніе компрессовъ, а пострадавшее мѣсто смазываютъ цинковой мазью. Больнымъ съ раздражительной кожей согрѣвающие компрессы дѣлаются изъ смѣси комнатной и свинцовой воды въ равныхъ частяхъ съ небольшимъ количествомъ глицерина.

**2. Припарки** дѣлаются съ цѣлью продолжительнаго при мѣненія влажнаго тепла болѣе высокой температуры. Для влажныхъ припарокъ берется какое-нибудь тѣсто, напр., ржаное тѣсто или каша изъ льняной муки. Припарки изъ льняной муки приготавливаются слѣдующимъ образомъ: въ миску насыпаютъ опредѣленное количество льняной муки, смѣшиваютъ съ кипяткомъ, чтобы образовалось густоватое тѣсто, затѣмъ посуду ставятъ на небольшой огонь и подогреваютъ до тѣхъ поръ, пока все тѣсто не нагрѣется весьма сильно. Нагрѣтое тѣсто размазывается на полотно равномернымъ слоемъ, толщиной въ 1 — 1½ пальца, прикрывается сверху полотномъ или фланелью и осторожно кладется на больную часть тѣла. Если больная не переноситъ теплоты припарки, то ее слегка охлаждають. Хорошо прикрытая сверху припарка сохраняетъ свою теплоту въ теченіи 1 — 1½ часовъ.

Съ цѣлью отвлечь кровь отъ воспаленнаго органа и тѣмъ уменьшить боли и способствовать всасыванію выпотовъ, примѣняются нѣкоторыми врачами еще и въ настоящее время т. н. отвлекающія средства. Чаще всего употребляются:

**3. Горчичники.** Они бываютъ домашняго приготовленія и въ видѣ горчичной бумаги Риголо. Предпочтеніе отдается домашнимъ горчичникамъ въ виду ихъ болѣе продолжительнаго дѣйствія. Для приготовленія горчичника берутъ горчичной муки и картофельной либо въ равныхъ частяхъ, либо 2 части первой на 1 часть второй и прибавляютъ горячей воды, пока не получится тѣстообразная масса, которую и намазываютъ на холстъ. Бумагу Риголо передъ употребленіемъ погружаютъ на нѣсколько секундъ въ холодную воду.

Мѣсто, на которое намѣреваются приложить горчичникъ, тщательно дезинфицируютъ и осушаютъ и тогда только прикладываютъ горчичникъ. Черезъ нѣсколько минутъ послѣ приложенія появляется чувство покальванія, которое постепенно смѣня-

ется чувствомъ жженія. Держать слѣдуетъ горчичникъ 10 — 30 минутъ, смотря по крѣпости горчицы и выносливости больной. Риголо трудно держать болѣе 10 мин. По снятіи горчичника, остается ярко-красное пятно, исчезающее очень медленно. Для уменьшенія жженія въ кожѣ ее смазываютъ вазелиномъ.

**4. Іодная настойка** есть растворъ одной части кристаллическаго іода въ 10 частяхъ спирта. Однократное смазываніе іодной настойкой раздражаетъ кожу, которая окрашивается въ желтый цвѣтъ, и вызываетъ чувство теплоты и покалыванія. При послѣдующихъ смазываніяхъ того же мѣста кожа все болѣе темнѣетъ, а чувство жженія становится сильнымъ и долгодлящимся — признакъ поверхностнаго воспаленія кожи, заканчивающагося черезъ нѣсколько дней слущиваніемъ кожицы въ видѣ цѣльныхъ пластинокъ. Смазываютъ іодной настойкой 1 — 2 раза въ день.

**5. Мушка.** Дѣйствующее начало — кантаридинъ — содержится въ шпанскихъ мухахъ, которыхъ высушиваютъ и измельчаютъ въ порошокъ. Изъ этого порошка съ прибавленіемъ прованскаго масла и воска приготавливается тѣсто, которое намазывается на холстъ или липкій пластырь. Мушка, приложенная къ кожѣ, вызываетъ воспаленіе ея — сосочковый слой кожи сильно краснѣетъ и припухаетъ, появляется выпотѣваніе прозрачной жидкости, благодаря чему кожа приподымается въ видѣ пузырьковъ, которые постепенно сливаются въ одинъ большой пузырь съ прозрачнымъ или мутноватымъ содержимымъ. Передъ приставленіемъ мушки слѣдуетъ продезинфицировать и осушить то мѣсто, къ которому мушка будетъ приложена. Держать мушку надо 9 — 12 часовъ. По истеченіи этого времени, пластырь осторожно снимаютъ, чтобы не сорвать образовавшагося пузыря. Послѣ прокола пузыря асептическимъ инструментомъ и его опорожненія, накладываютъ асептическую повязку, сухую или же съ какою-либо дезинфицирующей мазью.

## VI. Водоленіе.

При леченіи водою успѣхъ зависитъ главнымъ образомъ отъ дѣйствія температуры и въ меньшей степени отъ механическаго раздраженія и химическаго состава воды. Какъ холодная, такъ и горячая вода дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на кожу и сосудистую систему. Холодная вода первоначально вызываетъ суженіе периферическихъ сосудовъ, которое вскорѣ смѣняется расширеніемъ ихъ. Горячая вода сразу вызываетъ расширение кожныхъ сосудовъ. Разница въ дѣйствіи холодной и горя-

чей воды состоитъ въ томъ, что подъ вліяніемъ холода глубоко лежащіе сосуды остаются суженными даже въ то время, когда кожные уже успѣли расшириться, а тепло приводитъ въ длительный состояніе расширенія не только поверхностные, но и глубокіе сосуды, вслѣдствіе чего получается въ глубоко лежащихъ органахъ полнокровіе. Холодъ, вызывающій суженіе кровеносныхъ сосудовъ, повышаетъ, а тепло понижаетъ кровяное давленіе. Полнокровіемъ, особенно мѣстнымъ, весьма часто пользуются при леченіи воспалительныхъ процессовъ, такъ какъ ему присущи слѣдующія свойства: болеутоляющее, убивающее бактеріи, растворяющее и расщепляющее.

**1. Ванны.** Принимая во вниманіе температуру воды, какъ наиболѣе вліятельнаго дѣятеля, различаютъ ванны: холодныя—10—15° Р., прохладныя—15—23° Р., тепловатыя—23—28° Р., теплыя—28—32° Р. и горячія—32—35° Р.

Ванны, температура которыхъ равняется температурѣ здороваго человѣка, называются безразличными (28—29° Р.); онѣ имѣютъ только общее гигиеническое значеніе, т. е. очищаютъ кожу отъ перхоти, пота и грязи, облегчаютъ кожное дыханіе, а вмѣстѣ съ тѣмъ и другія отправления организма.

Для усиленія дѣйствія воды на кожу къ ваннѣ прибавляютъ иногда лекарственныя вещества. Смотри по примѣси различаютъ ванны: соляныя, щелочныя, желѣзныя, сѣрныя, ароматическія и т. п.

При приготовленіи лечебныхъ ваннъ нужно имѣть въ виду, что: 1) соли и щелочи предварительно слѣдуетъ растворять въ небольшомъ сосудѣ съ кипяткомъ и затѣмъ уже приливать къ ваннѣ, 2) ароматныя травы кладутъ въ мѣшокъ и предварительно отвариваютъ въ особой посудѣ, гдѣ и даютъ имъ постоять нѣкоторое время, потомъ уже выливаютъ въ ванну этотъ настой, вмѣстѣ съ тѣмъ кладутъ туда же и мѣшокъ съ травами.

Для соляныхъ ваннъ берется простая, морская, старорусская, друкенинская, крейцнахская и т. п. соль ( $\frac{1}{2}$  фунта на ведро воды), или маточный рассоль натуральныхъ минеральныхъ источниковъ ( $\frac{1}{2}$  бутылки на ведро воды).

Для ароматныхъ ваннъ берется около 2 ф. на ванну ароматнаго сбора, ромашки, мяты или сосновыхъ иголь. Вмѣсто сосновыхъ иголь берутъ также сосновый экстрактъ (1 рюмку на ванну), который предварительно распускаютъ въ особой посудѣ съ кипяткомъ.

Для щелочныхъ ваннъ берется 1 ф. поташа или  $1\frac{1}{2}$  ф. неочищенной соды.

Для желѣзныхъ ваннъ берется или желѣзный купоросъ (30 грм.) или имѣющіеся въ аптекахъ желѣзные шарики (3 шарика).

Сѣрныя ванны нельзя дѣлать дома, такъ какъ отдѣляющійся изъ нихъ газъ портитъ воздухъ въ жилыхъ помѣщеніяхъ и всѣ металлическія вещи отъ него чернѣютъ.

Не рѣдко бываетъ желательнымъ, чтобы жидкость ванны соприкасалась наивозможно тѣснѣе съ внутренними половыми органами. Въ такихъ случаяхъ передъ ванной вводятъ во влагалице трубчатое, т. н. ванное зеркало и съ нимъ сажаютъ больную въ ванну.

Если больныя не переносятъ общихъ ваннъ или если желательно повліять главнымъ образомъ на тазовые органы, то назначаютъ **2. сидящія ванны**. Сидячая ванна дѣлается въ особой для этой цѣли приспособленной ваннѣ, въ которую больная садится такъ, что въ воду погружаются нижняя половина живота, ягодицы, наружныя половыя части и верхняя треть бедеръ, а голени свѣшиваются черезъ край ванны. Части тѣла, не покрытыя водой, закрываютъ простыней или одѣяломъ. Температура воды для сидячихъ ваннъ берется въ 30—35° Р. Къ водѣ прибавляютъ обыкновенно ту или другую соль или маточный разсолъ.

Время пребыванія больной въ лечебной ваннѣ или полуванникѣ колеблется между 15 и 30 мин.

Для болѣе сильнаго дѣйствія ванны желательно, чтобы послѣ нея больная оставалась около часа въ постели. Повторяютъ ванну обыкновенно черезъ 3—4 дня. Ежедневная ванна не столько приноситъ пользы больной, сколько ослабляетъ ее. Сидячія ванны можно дѣлать черезъ день.

Значительно сильнѣе перечисленныхъ ваннъ дѣйствуютъ при многихъ заболѣваніяхъ женской сферы

**3. Грязевыя ванны.** Лечебныя грязи дѣлятся на торфяныя и иловыя. Торфяная грязь есть залежь торфяной массы, въ составъ которой входятъ растительные остатки и минеральныя части, выдѣляющіяся изъ омывавшей ихъ нѣкогда воды. Иловая грязь представляетъ собой осадочный продуктъ соляныхъ или сѣрныхъ источниковъ, соляныхъ озеръ и моря.

Грязевая ванна дѣйствуетъ своей температурой, раздражающими кожу веществами и твердыми частицами, примѣшанными къ грязи. Благодаря тому, что грязь обладаетъ гораздо меньшей теплоемкостью, чѣмъ вода, и кромѣ того частицы ея менѣе подвижны, чѣмъ частицы воды, грязевыя ванны переносятся го-

раздо болѣе высокой температуры, чѣмъ водянные. Грязевая ванна въ 37° Р. равняется приблизительно водяной въ 30° Р.

Ванны изъ торфа приготовляются слѣдующимъ образомъ. Торфъ осенью вырывается изъ залежей и размѣщается до весны на отлогомъ мѣстѣ для провѣтриванія. Готовый къ употребленію торфъ мелятъ и полученный порошокъ смѣшиваютъ съ минеральной водой въ такой пропорціи, чтобы получались, по желанію, ванны жидкія, полужидкія и густыя. Согрѣваются эти ванны или паромъ, или прибавленіемъ горячей минеральной воды. Наиболѣе сильнымъ дѣйствіемъ обладаютъ ванны густой консистенціи и высокой температуры. Чѣмъ выше температура ванны и чѣмъ гуще она, тѣмъ больше проявляется массирующее дѣйствіе ея. Примѣняется торфяная ванна слѣдующимъ образомъ. Больная сидитъ въ ваннѣ отъ 30—35° Р. около 20 или 30 минутъ. Рядомъ съ грязевой ванной стоитъ ванна съ чистой водой, температура которой градуса на 2 ниже грязевой. Изъ грязевой ванны больную пересаживаютъ въ очистительную ванну, чтобы смыть приставшую къ тѣлу грязь.

Грязевыя ванны изъ ила дѣлаются такимъ же образомъ; дѣйствіе ихъ немного слабѣе.

Главнѣйшіе курорты съ торфяными грязями: Липецкъ, Кеммернъ, Цѣхочинокъ, Elster, Franzensbad, Marienbad, Pyrmont.

Главнѣйшіе курорты съ иловыми грязями: Аренбургъ, Гапсаль, Одесса, Саки, Старая Русса, Aix les Bains, Battaglia.

## VII. Механическіе способы леченія.

1. Кольца или пессаріи. Леченіе кольцами или пессаріями имѣетъ свою цѣлью удерживать въ нормальномъ положеніи какой-либо изъ половыхъ органовъ, имѣющей склонность изъ такого положенія выходить. Изъ огромнаго числа инструментовъ, предложенныхъ для этой цѣли, надо большую часть окончательно вычеркнуть изъ списка. Прежде всего это относится къ внутриматочнымъ пессаріямъ, которые въ виду ихъ бесполезности и опасности больше уже не употребляются. Въ настоящее время примѣняются только влагалищныя пессаріи. Но и изъ нихъ бóльшая часть должна быть выброшена, какъ вредная. Непригодны всѣ кольца, сдѣланныя изъ резины, а также инструменты изъ гибкой мѣдной проволоки, обтянутые резиной. Резина не годится для продолжительнаго употребленія ея внутри влагалища и кольца, сдѣланныя изъ этого матеріала, несмотря на

дезинфицирующія спринцеванія, вызываютъ черезъ короткое время зловонное, гнойное истеченіе, что можетъ повлечь за собою заразное заболѣваніе матки или тазовой клѣтчатки. Мы имѣемъ въ каучукъ, целлулоидъ и алюминіѣ такія вещества, которыя можно долго носить во влагалищѣ безъ раздраженія его и которымъ, какъ каучуку и целлулоиду, послѣ непродолжительнаго лежанія въ кипящей водѣ можно придавать любую форму, соотвѣтственно индивидуальнымъ требованіямъ.

Самая простая форма влагалищныхъ колець—круглая. Такое кольцо употребляется почти исключительно для устраненія опущеній влагалища или матки и дѣйствуетъ такимъ образомъ, что оно сильно растягиваетъ влагалище и тѣмъ затрудняетъ выворачиваніе его наружу. Почти всегда тонусъ влагалищной стѣнки подъ вліяніемъ этого кольца постепенно ослабѣваетъ и въ концѣ концовъ кольцо выпадаетъ.

Леченіе пессаріями слѣдуетъ примѣнять только при не осложненномъ перегибѣ матки кзади. Для этого наиболѣе пригодны овальные пессаріи, у которыхъ продольный размѣръ больше поперечнаго. Главными представителями ихъ являются пессаріи Hodge, Smith'a, Thomas'a и 8-образные пессаріи Schultze.

Опредѣлить надлежащую величину и форму кольца это искусство, которому можно научиться только путемъ практики. Первое правило: сначала вставлять лучше маленькое, нежели слишкомъ большое кольцо. Пессарій лежитъ надъ мягкимъ дномъ таза и удерживается мышцей, поднимающей задній проходъ, и эластическимъ противодавленіемъ влагалищныхъ стѣнокъ. Всѣ кольца, въ томъ числѣ и круглыя, лежатъ притомъ не горизонтально, а косо, слѣдуя оси влагалища.

Вставленіе производится такимъ образомъ, что, раздвинувъ большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки половую щель, правой рукой захватываютъ пессарій, смазанный вазелиномъ или лизоломъ, за нижній (болѣе узкій) конецъ, ставятъ его косо, чтобы не коснуться отверстія мочеиспускательнаго канала, и вталкиваютъ во влагалище. Затѣмъ вводятъ 1 или 2 пальца руки во влагалище и ими проталкиваютъ верхній (болѣе широкий) конецъ пессарія мимо влагалищной части въ задній сводъ. Послѣ этого изслѣдуютъ, достаточно-ли хорошо, но и не слишкомъ-ли сильно пессарій растягиваетъ влагалище, и не выдается-ли нижній конецъ пессарія за гименальный край влагалища наружу. При стояніи и натуживаніи кольцо должно нѣсколько отходить книзу, но не выталкиваться въ преддверье. По прекращеніи дѣйствія брошного пресса, оно должно подъ вліяніемъ

эластическаго противодѣйствія влагалища снова возвращаться на свое мѣсто. Больная при стояннн, лежанн и ходьбѣ не должна чувствовать, что она носитъ кольцо. Оно не должно также мѣшать половому сношенню.

Послѣ перваго вложенн кольца черезъ нѣкоторое время надо провѣрить, удовлетворяетъ-ли пессарнн своему назначенн и не давитъ-ли онъ. Черезъ каждые 4—6 мѣсяцевъ надо вынимать пессарнн, вычищать его и снова вкладывать. Сама больная не должна его вынимать.

При ношенн пессарнн обязательны очищающн спринцеванн влагалища, особенно во время менструацн, такъ какъ пристающа къ пессарнн кровь легко разлагается.

Послѣдствнемъ слишкомъ большихъ пессарнневъ являются раны отъ давленн, которыя образуются на боковыхъ стѣнкахъ влагалища или въ заднемъ сводѣ. На этихъ мѣстахъ образуются постепенно язвы, которыя сопровождаются зловоннымъ истеченнмъ и болями. Прямо невѣроятно, до какой небрежности дѣло доходитъ въ этомъ отношенн, особенно среди простонароднн. Отъ глубокихъ язвъ (пролежней) наблюдались поврежденн мочевого пузыря, прямой кишки, Дугласова пространства и на этой почвѣ развитн перитонита. Поэтому надо поставить себѣ за правило каждой больной, которой вкладываютъ пессарнн, обозначать срокъ, когда онъ долженъ быть обязательно удаленъ.

**2. Гинекологическнй массажъ.** Ручное леченн болѣзней женскихъ тазовыхъ органовъ основано на томъ наблюденн, сдѣланномъ при общемъ массажѣ тѣла, что подъ влнннемъ опредѣленныхъ движенн обменъ веществъ повышается, нормальное питанн атрофирующихся тканей восстанавливается, атоническня состоянн мышцъ устраняются, венозная гиперемн исчезаетъ и воспалительные выпоты рассасываются. Поэтому цѣль гинекологическаго массажа заключается въ томъ, чтобы изъ массируемаго органа усилить оттокъ венозной крови и лимфы и путемъ раздраженн сосудодвигательныхъ нервовъ временно повысить кровяное давленн. Отсюда слѣдуетъ, что массажъ безусловно противопоказанъ при злокачественныхъ новообразованнхъ и при наличн микроорганизмовъ, такъ какъ онъ только способствовалъ-бы дальнѣйшему распространнн ихъ. Воспаленн въ половыхъ органахъ только тогда могутъ подвергаться массажу, когда продолжительное отсутствн всякаго повышенн температуры дѣлаетъ несомнѣннымъ, что всѣ бывшн тамъ микроорганизмы погибли. Наболѣе пригодны для леченн массажемъ изъ внутрибрюшинныхъ воспаленн тѣ, при которыхъ уже успѣли образо-

ваться соединительно-тканная сращения, а изъ воспаленій въ соединительной ткани тѣ періоды ихъ, когда уже образовались мозолистые утолщенія или сморщиванія. Нѣкоторыя изъ этихъ заболѣваній еще сопровождаются общими болѣзненными явлениями и тогда одного мѣстнаго леченія бываетъ недостаточно, а оно должно сочетаться съ общими гимнастическими движеніями или общимъ массажемъ.

Относительно гинекологическаго массажа существуютъ слѣдующія правила: начинаютъ слегка, больше въ окружности больного мѣста, и только тогда, когда наибольшая чувствительность исчезнетъ, увеличиваютъ силу. Во время сеанса дѣлаютъ короткія паузы, массируютъ опять легче и заключаютъ сотрясеніемъ, которое производитъ приложенная къ больному мѣсту рука.

Производится массажъ въ положеніи больной на спинѣ съ высоко поднятой головой и высоко положенными плечами. Врачъ, сидящій слѣва отъ больной, вводитъ изъ-подъ лѣваго бедра ея указательный палецъ лѣвой руки во влагалище, гдѣ этотъ палецъ служитъ опорой для движеній, производимыхъ правой рукой. Лѣвый локоть при этомъ опирается на внутреннюю поверхность лѣваго бедра самого массирующаго лица. Правая рука съ вытянутыми пальцами производитъ на соответственномъ мѣстѣ живота небольшія круговыя движенія, проникая все глубже, пока массируемый органъ не будетъ прощупываться прямо между пальцами этой руки и находящимся во влагалищѣ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки. Массируютъ не кончиками пальцевъ, а поверхностью третьей фаланги указательнаго, средняго и безымяннаго пальцевъ. При большихъ выпотахъ массажъ начинаютъ съ периферіи и постепенно переходятъ къ центру.

Въ помощь массажу больнымъ предлагается упражнять мышцы тазоваго дна такимъ образомъ, что онѣ напрягаютъ приводящія мышцы бедеръ при скрещенныхъ ногахъ и въ то же время производятъ движеніе, какъ будто удерживаются отъ опорожненія на низъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ производится еще легкое поколачиваніе по крестцу.

# Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней.

## Паразиты.

### Плосицы (Pediculi pubis).

Плосицы, длиною въ 1 миллиметръ и такой же ширины, бѣлаго цвѣта, съ коричневымъ отгѣнкомъ въ средней своей части. встрѣчаются на всѣхъ волосистыхъ частяхъ тѣла за исключеніемъ головы. На волосистой части половыхъ органовъ плосицы размножаются иногда въ столь громадномъ количествѣ, что густо обсыпаютъ весь лобокъ и большія губы.

Паразиты передаются легко отъ одного лица къ другому, большею частью при совокупленіи, рѣже черезъ бѣлье или платье.

Переползая съ одного мѣста на другое, плосицы вѣдряются хоботкомъ въ кожу и укрѣпляются когтями переднихъ ножекъ. „Укусы“ плосицъ вызываютъ чувство зуда, дѣлающееся иногда нестерпимымъ. Въ мѣстахъ своего заселенія паразиты нерѣдко вызываютъ сыпи, экземы и т. п.

Зародыши плосицъ, въ видѣ прозрачныхъ пузырьковъ, неподвижно прикрѣпляются къ волосу. Въ теченіи нѣсколькихъ дней зародыши превращаются во взрослыхъ недѣлимыхъ, способныхъ быстро плодиться.

Плосицы уничтожаются втираніемъ въ волосистыя части ртутныхъ препаратовъ: сѣрой мази или мази изъ бѣлой осадочной ртути;

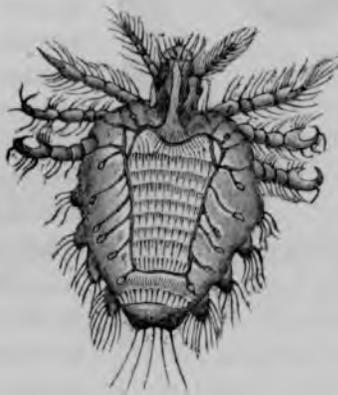


Рис. 28. Плосица.

обмываніемъ воднымъ или спиртнымъ растворомъ сулемы 1:1000. Хорошее дѣйствіе оказываютъ также смазыванія керосиномъ. Лучше всего и сразу паразиты уничтожаются, если предъ примѣненіемъ лекарственнаго средства сбрить волосы. Самой лучшей профилактической мѣрой является чистота.

### Острицы, острохвостки (*Oxyuris vermicularis*).

Острицы представляютъ собою маленькихъ червяковъ, живущихъ, по большей части, въ нижнихъ отдѣлахъ кишекъ, гдѣ онѣ появляются иногда въ огромныхъ количествахъ (нѣсколько тысячъ). Самцы, длиною въ 4 миллиметра, обладаютъ круглымъ, тупымъ хвостомъ, а самки, длиною до 1 сантиметра, шилообразнымъ хвостомъ (Рис. 29).



Яйца — овальной формы, съ одной стороны слегка сплюснутыя — содержатъ зародышей незначительной величины уже въ то время, когда самка ихъ кладетъ.

Острицы выходятъ преимущественно къ вечеру изъ задняго прохода и распространяются по промежности и наружнымъ половымъ органамъ. У дѣвочекъ онѣ могутъ проникать во влагалище или класть яйца въ бедренныхъ складкахъ. Своими оживленными движеніями паразиты вызываютъ сильный зудъ, что даетъ иногда поводъ къ рукоблудію.

Леченіе удается лучше всего при примѣненіи клизмъ съ примѣсью чеснока, уксуса, валеріановыхъ листьевъ и т. п. глистогонныхъ средствъ. Клизмы ставятъ 1—2 раза въ день.

Внутрь даютъ цытварное сѣмя (*flores cinae*, смѣсь цвѣточныхъ головокъ различныхъ видовъ чернобыльника) по 0,5—5,0 нѣсколько разъ въ день въ шоколадѣ или медовыхъ лепешкахъ. *Santoninum* (дѣйствующее начало *flores cinae*) прописываютъ въ порошкахъ по 0,025—0,05, смотря по возрасту, 2—3 раза въ день, или въ формѣ лепешекъ (*trochisci santonini*) по 0,03—0,06. Сантонинъ назначаютъ нѣсколько дней подрядъ. Клистиры слѣдуетъ продолжать до тѣхъ поръ, пока изъ кишки не будутъ удалены всѣ глисты и ихъ яйца.

Рис. 29. Острицы, острохвостки.

Грибокъ молочницы (*Oidium albicans*, *saccharomyces albicans*).

Грибокъ молочницы причисляется къ дрожжевымъ грибкамъ и состоитъ изъ овальныхъ или цилиндрическихъ клѣтокъ, развивающихся въ нитевидные мицелии (скопленія тонкихъ нитей). Образуется ли грибокъ молочницы споры, съ точностью еще не определено. Развивается грибокъ молочницы лучше всего при кислой реакціи.

Въ человѣческомъ организмѣ грибокъ молочницы растетъ преимущественно на плоскомъ эпителиѣ, въ виду чего излюбленными мѣстами его развитія являются поверхности слизистой оболочки полости рта и зѣва, пищевода, а также и влагалища. Здѣсь онъ образуетъ бѣлыя наслоенія на ярко красномъ фонѣ. Грибокъ встрѣчается на слизистой оболочкѣ малыхъ губъ и во влагалищѣ, чаще всего во время беременности, но и внѣ этого періода\*).

Леченіе: соблюденіе крайней чистоты. Обмыванія или спринцеванія растворомъ соды или буры (2—5%). Смазыванія спиртомъ или растворомъ *argenti nitrici* (2—10%). Механическое удаленіе наслоеній грибка, съ послѣдующимъ примѣненіемъ компрессовъ или тампоновъ, пропитанныхъ растворомъ борной или молочной кислоты.

## Болѣзни наружныхъ половыхъ органовъ.

### 1. Пороки развитія.

Первые зачатки наружныхъ половыхъ частей наблюдаются уже въ очень раннемъ періодѣ зародышевой жизни (на 6-ой недѣлѣ). Развитіе ихъ путемъ разростанія незначительнаго выпячивания наружныхъ покрововъ зародыша происходитъ первоначально самостоятельно, внѣ зависимости отъ развитія внутреннихъ половыхъ органовъ.

На четвертомъ мѣсяцѣ утробной жизни отдѣльные элементы наружныхъ половыхъ частей настолько сформированы, что могутъ служить половымъ отличіемъ.

\*) *Oidium albicans* и ему подобные грибки (*Leptotrix vaginalis*) обуславливаютъ заболѣваніе воспалительнаго характера (*vulvitis et colpitis mycotica*).

### Неразвитіе промежности (*Atresia ani vaginalis*).

При недостаточномъ развитіи частей, отдѣляющихъ влагалище отъ прямой кишки, послѣдняя открывается во влагалищѣ на задней его стѣнкѣ. Этотъ порокъ развитія влечетъ за собой недержаніе газовъ и кала и произвольное выдѣленіе ихъ изъ влагалища, вслѣдствіе недостаточнаго развитія жома. Частыми послѣдствіями такого уклоненія отъ нормы являются воспалительныя состоянія влагалища и наружныхъ половыхъ частей.

Лечение можетъ состоять лишь въ оперативномъ возстановленіи нормальныхъ отношеній.

### Недоразвитіе задней стѣнки мочевого канала (*hypospadiā*) и недоразвитіе передней стѣнки мочевого канала (*epispadiā*).

Эти пороки развитія сопровождаются недержаніемъ мочи. Недоразвитіе передней стѣнки мочевого канала осложняется иногда расщепленіемъ лоннаго сращенія и нижней части передней брюшной стѣнки, чѣмъ обуславливается выпаденіе слизистой оболочки мочевого пузыря.

### Удлиненіе клитора (*Hypertrophia clitoridis*).

У новорожденныхъ и въ раннемъ дѣтствѣ, какъ извѣстно, размѣры клитора и малыхъ срамныхъ губъ по сравненію съ большими губами представляются болѣе значительными, нежели у взрослыхъ женщинъ. Иногда такое несоотвѣтствіе встрѣчается у женщинъ и въ зрѣломъ возрастѣ. Особенно въ жаркомъ климатѣ наблюдается несоразмѣрное увеличеніе похотника, достигающаго длины нѣсколькихъ сантиметровъ.

### Удлиненіе малыхъ губъ (*Hypertrophia labiorum minorum*).

Уродство это встрѣчается весьма рѣдко въ холодномъ климатѣ, чаще въ тропическомъ.

Удлиненіе малыхъ губъ иногда является расовымъ отличіемъ, передаваемымъ по наслѣдству изъ рода въ родъ. У бушменокъ и готтентонокъ удлиненіе малыхъ губъ достигаетъ такой степени, что заслужило названіе „фартука готтентонокъ“. Въ нашемъ климатѣ такое чрезмѣрное удлиненіе малыхъ губъ не наблюдается; имѣются случаи, въ которыхъ удлиненныя губы достигаютъ 5—6 сантиметровъ.

Сращеніе большихъ или малыхъ губъ (Conglutinatio labiorum).

Этотъ порокъ развитія встрѣчается нерѣдко у новорожденныхъ и въ раннемъ дѣтствѣ. Сращеніе бываетъ обыкновенно поверхностное и легко разъединяемое зондомъ.

### Двуснастіе (Hermaproditismus).

Различаютъ два вида:

Настоящее двуснастіе — представляетъ собою очень рѣдкое явленіе. Здѣсь должны быть развиты половыя железы того и другого пола.

Ложное двуснастіе (pseudohermaproditismus) является въ двухъ типахъ — какъ мужское и какъ женское.

При мужскомъ двуснастіи имѣется членъ небольшой величины, мошонка расщеплена, въ нее не опустились яички.

При двуснастіи другого типа — при женскомъ двуснастіи — имѣется клиторъ, значительно увеличенный, съ рѣзко выраженою крайнею плотью; сращеніе большихъ и малыхъ губъ.

Изъ двухъ видовъ ложнаго двуснастія мужское встрѣчается чаще женскаго.

## II. Заболѣванія воспалительнаго характера.

Воспаленіе наружныхъ половыхъ частей (Vulvitis)

**Причины** (Этіологія. Aetiologia). Причины вульвита весьма разнообразны. На наружныхъ половыхъ частяхъ при нормальныхъ условіяхъ, а въ особенности при нечистоплотности, поселяются многочисленные микроорганизмы. Небольшія раненія, ссадины, расчесы даютъ возможность микроорганизмамъ проникнуть въ ткани и проявить здѣсь свою болѣзнетворную дѣятельность. Воспалительный процессъ въ острой формѣ обуславливается чаще всего зараженіемъ различными возбудителями гніенія, стрептококкомъ, стафилококкомъ, рѣже гонококкомъ.

Въ другихъ случаяхъ наружныя половыя части заражаются изъ вышележащихъ органовъ при заболѣваніяхъ послѣднихъ. При воспаленіяхъ матки и влагалища вытекающее отдѣленіе содержитъ множество болѣзнетворныхъ началъ. Заразительныя отдѣленія загрязняютъ наружныя половыя части и вызываютъ воспаленіе этихъ органовъ.

Острый вульвитъ наблюдается также какъ осложненіе различныхъ инфекціонныхъ болѣзней, особенно въ дѣтскомъ возрастѣ (при скарлатинѣ, оспѣ, дифтеритѣ, тифѣ и т. п.).

Хроническая форма вульвита наблюдается какъ послѣдствіе остраго воспаленія, но можетъ развиваться и самостоятельно, вслѣдствіе различныхъ неправильностей кровообращенія и питанія, нечистоплотности и т. п. Такіе воспалительные процессы характеризуются большею частью появленіемъ различныхъ сыпей (*eczema*, *акне*, *fungulosis* etc.).

**Анатомическія измѣненія.** Чаще всего при остромъ вульвитѣ наблюдается припухлость и краснота наружныхъ половыхъ частей; иногда имѣется, кромѣ того, еще отечное состояніе окружающихъ частей. Половые части покрыты гнойнымъ выдѣленіемъ.

При зараженіи гонококкомъ (гоноррея) поражается также мочеиспускательный каналъ, изъ котораго псявляется гнойное выдѣленіе.

При распространеніи воспалительнаго процесса болѣе вглубь губы значительно припухаютъ и затвердѣваютъ. Иногда питаніе тканей вслѣдствіе этого настолько нарушается, что наблюдается омертвѣніе наружныхъ половыхъ частей или отдѣльныхъ участковъ ихъ.

**Признаки или симптомы (Symptomata).** Главнѣйшими признаками этого заболѣванія являются боли и зудъ или чувство жженія въ воспаленныхъ частяхъ; при движеніяхъ боли обыкновенно въ значительной степени усиливаются. Лихорадка наблюдается большею частью лишь при тяжелыхъ формахъ. При участіи мочеиспускательнаго канала въ воспалительномъ процессѣ наблюдаются частые позывы и рѣзъ при мочеиспусканіи.

**Леченіе (Therapia).** Леченіе сводится, прежде всего, къ соблюденію чистоты и опрятности.

При острыхъ формахъ назначаютъ покой, обмыванія и примочки изъ свинцовой воды—*liquor plumbi acetici*—или легкихъ дезинфицирующихъ средствъ—борной кислоты, марганцовокислаго калия (1:1000) или салициловой кислоты (1:600). Въ случаѣ надобности — влагалищныя спринцеванія слабодѣйствующими дезинфицирующими растворами. Прохладныя полуванны. При тяжелыхъ формахъ — полный покой, ледъ, антисептическая повязка.

При хроническихъ формахъ — присыпки *salicyl-amylum* (1:5), *dermatoletc.*, мази (*unguentum zinci*, *unguentum hydrargyri praecipitati albi*, *unguentum acidi borici* etc.).

Вульвитъ гонорройнаго происхожденія часто осложняется воспаленіемъ Бартолиновыхъ железъ.

### Бартолинитъ (Bartholinitis).

**Анатомическія измѣненія.** При острой формѣ воспаленіе быстро распространяется на всю железу, которая сильно припухаетъ. Вслѣдствіе припуханія и закупорки выводного протока выдѣляемая железой слизь скопляется, разлагается и превращаетъ железу въ сплошной гнойникъ. Опухоль, величиною до куринаго яйца, занимаетъ заднюю треть или половину большой губы и выпячивается обыкновенно въ сторону входа во влагалище. Воспалительный процессъ распространяется отчасти также и на клѣтчатку, окружающую железу. Кожа надъ опухолью отекаетъ и краснѣетъ. Постепенно на внутренней поверхности губы, въ области наиболѣе выдающагося мѣста опухоли, слизистая оболочка истончается и гнойно-ихорозное содержимое опухоли пробиваетъ себѣ путь наружу.

Послѣ вскрытія нарыва наружу, опухоль большой губы спадаетъ, воспалительныя явленія уменьшаются, но не исчезаютъ совершенно. Черезъ небольшое отверстіе продолжаетъ сочиться гной и такое состояніе можетъ длиться очень долго.

При хронической формѣ бартолинита краснота и припухлость кожного покрова большой губы либо вовсе не наблюдаются, либо выражены въ значительно меньшей степени, нежели при острой формѣ. Въ самой железѣ хроническій воспалительный процессъ ведетъ лишь къ образованію небольшой опухоли, которая обыкновенно не нагнаивается. По временамъ скопившееся содержимое железы опоражняется чрезъ выводной протокъ, вслѣдствіе чего опухоль уменьшается. Въ концѣ концовъ получается хроническое затвердѣніе железы, изъ выводного протока которой при надавливаніи выдѣляется желтоватая, тягучая жидкость.

**Признаки.** Сверляція боли въ области одной изъ большихъ губъ, боли, усиливающіяся особенно при движеніяхъ — вотъ тѣ жалобы, съ которыми при бартолинитѣ больныя чаще всего обращаются за медицинской помощью. Больныя неохотно занимаютъ сидячее положеніе, такъ какъ при этомъ получается давленіе на воспаленныя части, чѣмъ усиливаются боли. Обыкновенно имѣются небольшія повышенія температуры, нерѣдко даже лихорадочное состояніе. Послѣ вскрытія нарыва боли значительно уменьшаются.

**Лечение.** Лечение сводится прежде всего къ полному покою. Въ началѣ примѣняется холодъ въ видѣ холодныхъ примочекъ или пузыря со льдомъ. Нѣкоторые рекомендуютъ втираніе сѣрой ртутной мази (*unguentum hydrargyri cinereum*). Если этими мѣрами не удастся предотвратить нагноенія, то согрѣвающими компрессами и припарками содѣйствуютъ быстрому „созрѣванію“ абсцесса. Нагноившуюся железу вскрываютъ широкимъ разрѣзомъ съ послѣдующей тампонадой опорожненной гнойной полости. При хроническихъ формахъ бартолинита прибѣгаютъ къ вылученію заболѣвшей железы.

### III. Опухоли и новообразованія.

Грыжа большой губы (*Hernia labii majoris*).

У женщинъ паховая грыжа, вышедшая черезъ паховой каналъ и наружное паховое отверстіе, образуетъ опухоль въ области лобка. При дальнѣйшемъ увеличеніи грыжа нерѣдко растетъ въ направленіи къ большой губѣ соответствующей стороны. Вслѣдствіе постепеннаго опущенія грыжи въ этомъ направленіи, образуется опухоль большой губы, величиною въ яйцо или въ кулакъ, занимающая переднюю треть или половину большой губы. Въ грыжевомъ мѣшкѣ большихъ грыжъ, кромѣ кишечныхъ петель и сальника, могутъ помѣщаться не только труба и яичникъ, но и матка, даже въ беременномъ состояніи.

**Распознаваніе** (*Diagnosis*). Опухоль имѣетъ гладкую поверхность. При постукиваніи надъ ней получается тимпаническій тонъ; при лежаніи положеніи больной опухоль обыкновенно становится менѣ напряженной и легко вправляется. Для различительнаго распознаванія важно еще и то обстоятельство, что удастся прослѣдить продолженіе опухоли по направленію къ паховому каналу.

**Лечение.** Лечение состоитъ въ назначеніи хорошо сидящаго и удерживающаго грыжу бандажа, или же въ радикальной операціи, во избѣжаніе возможности ущемленія грыжи со всѣми его грозными послѣдствіями.

Выхожденіе внутренностей черезъ отверстія тазоваго дна наблюдается очень рѣдко. Грыжевой мѣшокъ въ такихъ случаяхъ спускается по задней стѣнкѣ влагалища и вступаетъ сзади въ одну изъ большихъ губъ (задняя грыжа большой губы).

## Кисты наружныхъ половыхъ частей.

**Причины.** Почти всѣ кисты наружныхъ половыхъ частей принадлежать къ категоріи такъ называемыхъ ретенціонныхъ кистъ и представляютъ собою „мѣшеччатая опухоли“. Кисты наблюдаются сравнительно рѣдко на малыхъ губахъ и въ преддверіи, гдѣ онѣ образуются вслѣдствіе закупорки выводныхъ протоковъ кожныхъ железъ, заложенныхъ въ этихъ областяхъ. Кожа у основанія кисты наружныхъ половыхъ частей нерѣдко вытягивается въ видѣ ножки. Чаше встрѣчается:

Киста Бартолиновой железы (*Cystis glandulae Bartholini*).

**Анатомическія измѣненія.** Постепенно увеличиваясь, киста Бартолиновой железы рѣзко измѣняетъ объемъ губы и выпячиваетъ покровы, въ особенности на внутренней поверхности губы. Покрывающая кисту кожа значительно истончается. Въ образованіи кисты принимаетъ участіе или только выводной протокъ железы, или вся железа. Содержимое состоитъ обыкновенно изъ мутной жидкости желтоватаго цвѣта. Величина такихъ мѣшеччатыхъ опухолей доходитъ до куриного яйца (Рис. 30).

**Признаки.** При незначительной величинѣ эти опухоли не вызываютъ никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Лишь наличность воспалительныхъ явленій обуславливаетъ болевья ощущенія. По мѣрѣ же роста опухоли большія начинаютъ жаловаться на неприятныя ощущенія при ходьбѣ, сидѣніи, совокупленіи и т. д.



Рис. 30. Большая киста лѣвой Бартолиновой железы.

**Распознаваніе.** Распознаваніе не представляетъ затрудненій. Плотная эластическая консистенція и зыбленіе указываютъ на жидкое содержимое опухоли. Тупой тонъ при постукиваніи надъ опухолью и отсутствіе связи съ паховымъ каналомъ отличаютъ кисту отъ грыжи. Отсутствіе какихъ-либо воспалительныхъ явленій отличаетъ кисту Бартолиновой железы отъ нарыва.

**Леченіе.** Опухоли небольшихъ размѣровъ леченія не требуютъ, при кистахъ значительной величины умѣстно вылуценіе всей мѣшеччатой опухоли.

Бородавчатяя разращенія (*Condylomata acuminata*, острия кондиломы).

**Причины.** Развитію острыхъ кондиломъ способствуетъ всякаго рода раздраженіе (разъѣданіе кожи ѣдкими бѣлями, мочей и т. п.). Наиболѣе частой причиной появленія такихъ разращеній считаютъ гонорройное зараженіе. Беременность способствуетъ быстрому разростанію и распространенію бородавчатыхъ разращеній.

**Анатомическія измѣненія.** Кондиломы представляютъ собою остроконечныя, мелкія, легко рвущіяся возвышенія или сосочки. Въ началѣ своего появленія кондиломы обособлены, а впослѣдствіи сливаются и образуютъ опухоль съ изборожденною и расщепленною поверхностью, напоминающую по своему виду цвѣтную капусту (Рис. 31).



Рис. 31. Острия кондиломы у 20-лѣтней женщины.

Въ области задняго прохода кондиломы, вслѣдствіе давленія и тренія при ходьбѣ и т. п., принимаютъ иногда болѣе плоскую форму, причемъ поверхность ихъ представляется менѣе расщепленной. При поверхностномъ осмотрѣ такого рода кондиломы, покрытыя гноевиднымъ отдѣленіемъ, напоминаютъ широкія кондиломы или мокнущія папулы сифилитическаго происхожденія.

**Признаки.** Небольшія острия кондиломы, несмотря на свое множество, обыкновенно симптомами не проявляются. При большихъ опухляхъ ѣдкія выдѣленія и моча легко задерживаются на расщепленной поверхности опухоли, вызывая различныя воспалительныя явленія и жалобы на жженіе и зудъ. Очень объемистыя опухоли могутъ обусловить разстройства чисто механическаго характера. Въ послѣродо-

вомъ періодѣ острия кондиломы иногда исчезаютъ самопроизвольно.

**Леченіе.** Лекарственное леченіе, въ видѣ прижиганій вяжущими средствами (квасцы, *liquor Velostii*), уничтожаетъ лишь незначительныя бородавчатяя разращенія. Большія разращенія

лучше всего удалять ножницами, съ послѣдующимъ прижиганіемъ кровоточащей поверхности каленымъ желѣзомъ или ляписомъ. Очень большія опухоли изсѣкаютъ ножемъ, съ послѣдующимъ наложеніемъ швовъ на рану.

Изъ доброкачественныхъ новообразованій въ области наружныхъ половыхъ частей, въ особенности въ области большихъ губъ, встрѣчаются еще, хотя и довольно рѣдко—фибромы и липомы. Опухоль эти не достигаютъ большихъ размѣровъ. Подобно кистамъ, онѣ, съ увеличеніемъ своего объема, свѣшиваются внизъ, причемъ вытягиваютъ кожу у своего основанія въ тонкую ножку.

### Разращенія въ наружномъ отверстіи мочеиспускательнаго канала (Carunculae urethrae).

Разращенія эти представляютъ собою чаще всего послѣдствія воспалительныхъ заболѣваній канала или мочевого пузыря. У пожилыхъ женщинъ разращенія являются иногда какъ послѣдствія многочисленныхъ и трудныхъ родовъ.

Здѣсь мы имѣемъ опухоли краснаго цвѣта съ гладкой или дольчатой поверхностью, величиною отъ чечевичнаго зерна до лѣснаго орѣха. Чаще опухоли эти вырастаютъ изъ края отверстія мочеиспускательнаго канала въ видѣ дольчатаго разращенія на широкомъ основаніи, рѣже онѣ сидятъ на ножкѣ, подобно полипу.

Описываемыя разращенія иногда мало беспокоятъ больныхъ. При значительныхъ разращеніяхъ больныя обыкновенно жалуются на частые позывы или боли и затрудненія при мочеиспусканіи.

Леченіе опухолей, причиняющихъ беспокойство больнымъ, сводится къ оперативному удаленію этихъ новообразованій.

### Ракъ наружныхъ половыхъ частей (Carcinoma vulvae).

Причина этого заболѣванія пока еще не выяснена. Оно встрѣчается преимущественно въ болѣе зрѣломъ возрастѣ, въ періодѣ увяданія. Однако нерѣдки случаи и въ болѣе молодомъ возрастѣ. Какъ рожавшія, такъ и не рожавшія поражаются одинаково часто.

Анатомическія измѣненія. Ракъ наружныхъ половыхъ частей чаще всего развивается изъ плоскаго эпителия на мѣстахъ перехода кожи въ слизистую оболочку. Излюбленными мѣстами появленія первичнаго рака служатъ большія губы, окружность отверстія мочеиспускательнаго канала и клиторъ. Рѣже ракъ развивается изъ эпителиальныхъ элементовъ Бартолиновой железы.

Проявляется первичный рак въ видѣ небольшихъ плоскихъ узловъ въ кожѣ наружныхъ половыхъ частей. Узлы довольно быстро сливаются между собой и изъязвляются на своей поверхности, выдѣляя первоначально водянистую, впослѣдствіи-же гнойную и зловонную жидкость. Въ окружности изъязвленій появляются новыя, подобныя же возвышенія, которыя въ свою очередь изъязвляются и сливаются въ одну общую раковую язву (Рис. 32).

Язвенная поверхность представляется неровной, мутно-краснаго цвѣта, при дотрагиваніи легко кровоточить. Распространяясь въ глубину, раковое новообразование вызываетъ значительное уплотненіе тканей и доходить иногда до тазовыхъ костей.



Рис. 32. Ракъ наружныхъ половыхъ частей.

Ракъ наружныхъ половыхъ частей считается очень злокачественнымъ. Сравнительно рано заболѣваніе распространяется по лимфатическимъ сосудамъ на лимфатическія железы, изъ которыхъ первоначально поражаются поверхностныя паховыя железы, а позднѣе и глубокія. Отсюда уже по лимфатическимъ и кровеноснымъ сосудамъ раковое новообразование проникаетъ въ полость таза. Довольно быстро обнаруживаются признаки общаго раковаго истощенія (cachexia).

**Признаки.** Первымъ признакомъ заболѣванія иногда бываетъ сильный зудъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ракъ развивается въ области клитора. Обыкновенно только послѣдующія довольно обильныя и ѣдкія водянистыя выдѣленія и кровотеченія заставляютъ больныхъ обращаться къ врачу. Болевыя ощущенія начинаютъ появляться лишь тогда, когда раковая инфильтрація захватила уже глубоко лежащія ткани.

**Распознаваніе.** Распознаваніе только въ самомъ началѣ заболѣванія можетъ представить затрудненіе. При малѣйшемъ подозрѣніи больную слѣдуетъ направить къ врачу. Помощью изслѣдованія подъ микроскопомъ частицы, взятой съ опухоли, всегда удастся установить характеръ новообразованія.

**Леченіе.** Радикальное леченіе состоитъ въ изсѣченіи раковой опухоли и близлежащихъ лимфатическихъ сосудовъ и железъ. Возвраты наблюдаются часто. Чѣмъ раньше раковое новообразование подвергается оперативному леченію, тѣмъ больше надежды

на полное исцѣленіе больной; поэтому всѣ такіе случаи слѣдуетъ по возможности раньше направлять къ врачу.

Если въ виду значительнаго распространенія новообразования полное удаленіе опухоли не представляется возможнымъ, то стараются палліативными мѣрами облегчить тяжелое состояніе больной. Обмываніями, примочками и присыпками обеззараживающихъ и обезвонивающихъ средствъ стараются противодѣйствовать быстрому распаду и изъязвленію новообразования. Появляющіяся по временамъ изъ опухоли довольно сильныя кровотечения лучше всего можно остановить давящей повязкой изъ іодоформной марли. Наркотическими средствами слѣдуетъ, хотя бы и на короткое время, уменьшить боли и страданія этихъ несчастныхъ мученицъ.

Въ послѣднее время какъ въ начальныхъ стадіяхъ рака наружныхъ половыхъ частей, такъ и въ далеко зашедшихъ случаяхъ его примѣняется съ успѣхомъ лечение лучистой энергіей (Рентгеновскими лучами, радіемъ или мезоторіемъ).

Остальныя злокачественныя новообразования, а именно саркома и волчанка (*lupus vulvae*), наблюдаются рѣдко на наружныхъ половыхъ органахъ.

#### IV. Поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ.

Пораненія половыхъ частей въ гинекологической практикѣ наблюдаются вообще рѣдко.

**Причины.** Причиннымъ моментомъ прежде всего можетъ быть первое сношеніе, если оно производится путемъ насилія, если имѣются неправильности развитія половыхъ частей, или же если существуютъ несоотвѣтствія въ величинѣ органовъ, принимающихъ участіе въ этомъ актѣ (изнасилованіе малолѣтнихъ).

Другимъ причиннымъ моментомъ является несчастная случайность: паденіе на острый предметъ, выступъ и т. п.

Незначительныя пораненія либо ограничиваются большими и малыми губами, либо же наблюдаются въ области преддверія и клитора. При болѣе значительныхъ поврежденіяхъ раны могутъ захватить также и промежность, влагалище и прямую кишку.

**Признаки.** Смотря по мѣсту и степени пораненія, какъ боли, такъ и кровотечения носятъ весьма различный характеръ. Разсѣченіе мягкихъ частей возлѣ клитора сопровождается обыкновенно сильнымъ кровотеченіемъ. Гораздо рѣже наблюдаются значительныя кровотечения при разрывѣ дѣвственной плевы.

**Лечение.** На каждую болѣе или менѣе значительную рану должны быть наложены швы въ виду опасности зараженія и во избѣжаніе послѣдующаго при заживленіи вторымъ натяженіемъ рубцоваго стягиванія и обезображиванія. До прихода врача кровотечение изъ раны лучше всего останавливаютъ прижатіемъ кровоточащаго мѣста комкомъ ваты или марли. При пораненіи большого артеріальнаго сосуда концы его захватываются зажимами. Само собою разумѣется, что инструменты, перевязочный матеріаль и руки, приходящіе въ соприкосновеніе даже съ самой незначительной раной, должны быть предварительно обезпложены или обеззаражены.

„Кровоостанавливающихъ средствъ“, какъ то: полутора-хлористаго желѣза, лака, паутины и т. п. слѣдуетъ избѣгать.

Ушибы наружныхъ половыхъ частей не всегда сопровождаются пораненіемъ кожи и кровотеченіемъ наружу. Иногда здѣсь цѣлость наружныхъ покрововъ не нарушается, а разрушенію подвергаются глубоко лежащія ткани. При такихъ условіяхъ кровь, изливающаяся изъ разорванныхъ въ глубинѣ сосудовъ, скопляется подъ кожей и образуетъ, такъ называемую, кровяную опухоль.

#### Кровяная опухоль наружныхъ половыхъ частей (Haematoma vulvae).

**Анатомическія измѣненія.** Смотря по количеству излившейся крови образуется опухоль большихъ или меньшихъ размѣровъ, измѣняющая иногда въ значительной степени форму и положеніе наружныхъ половыхъ частей (чаще всего одной изъ большихъ срамныхъ губъ). Кожа надъ опухолью обыкновенно синеватаго или темно-багроваго цвѣта съ послѣдующимъ переходомъ въ желтоватый или зеленоватый оттѣнокъ. Первоначально довольно значительныя боли вскорѣ уступаютъ мѣсто неприятному чувству напряженія.

**Лечение.** Небольшія кровоизліянія, при соблюденіи покоя и примѣненіи холода, замѣняемаго затѣмъ согрѣвающими компрессами, вполне рассасываются. При начинающемся разложеніи кровяной опухоли или при возможномъ самопроизвольномъ ея разрывѣ слѣдуетъ прибѣгать къ оперативному вскрытію опухоли широкимъ разрѣзомъ и удаленію скопившейся крови, съ послѣдующей тампонадой полости іодоформной марлей.

Пораненія наружныхъ половыхъ частей скорѣе всего случаются во время родовъ. Поврежденія этого рода обыкновенно

захватывают промежность, образуя такъ называемые разрывы промежности.

Незашитые, а зачастую и зашитые, но затѣмъ нагноившіеся разрывы промежности заживаютъ вторичнымъ натяженіемъ съ образованіемъ значительныхъ рубцовъ. Благодаря этому-то мы и наблюдаемъ въ гинекологической практикѣ довольно часто застарѣлые разрывы промежности.

### Застарѣлый разрывъ промежности (*Ruptura perinei inveterata*).

Различаютъ два вида разрывовъ: полные и неполные разрывы промежности.

Разрывы промежности, какъ неполные, такъ въ особенности полные, нарушаютъ цѣлость промежности — этой существенной части тазоваго дна — и тѣмъ обуславливаютъ относительную недостаточность послѣдняго.

**Признаки.** Поэтому при болѣе или менѣе значительныхъ разрывахъ промежности рѣдко отсутствуютъ симптомы, вызываемые недостаточностью тазоваго дна и характеризующіеся, главнымъ образомъ, чувствомъ напиранія внизъ, затрудненнымъ мочеиспусканіемъ, смѣщеніями влагалища и матки по оси таза и т. п. (см. Опущеніе и выпаденіе влагалища).

Въ случаяхъ, гдѣ эти явленія не ясно выражены, все же имѣются, какъ результатъ зіянія половой щели, жалобы, указывающія на различные воспалительные процессы во влагалищѣ и магкѣ.

При полныхъ разрывахъ промежности къ этимъ явленіямъ присоединяется еще невозможность удерживать газы и жидкія испраженія.

**Леченіе.** Леченіе можетъ состоять лишь въ восстановленіи нормальныхъ анатомическихъ отношеній путемъ операціи, а потому каждая больная, страдающая разрывомъ промежности, должна быть направлена къ врачу.

## Болѣзни влагалища и дѣвственной плевы.

### 1. Пороки развитія.

Влагалище, точно также какъ и матка съ яйцепроводами, развивается изъ первоначально парнаго полога органа (ходовъ Müller'a), начинающаго во второмъ мѣсяцѣ утробной жизни сли-

ваться въ одинъ каналъ. Сліяніе не происходитъ одновременно на всемъ протяженіи органа. Первоначальная точка сліянія помѣщается на границѣ между средней и нижней третью—будущая влагалищная часть. Отъ этой исходной точки происходитъ сперва соединеніе нижней части—влагалище. На третьемъ мѣсяцѣ утробной жизни можно уже констатировать, что влагалище представляетъ единичный органъ, между тѣмъ какъ будущая матка состоитъ еще изъ двухъ частей. Сліяніе средней части—матки—заканчивается къ пятому мѣсяцу. Къ этому же времени и верхнія трети парнаго органа принимаютъ положеніе и свойство Фаллопиевыхъ трубъ. Въ пятомъ мѣсяцѣ утробной жизни при участіи какъ влагалища, такъ и срамныхъ органовъ образуется у входа во влагалище дѣвственная плева въ видѣ полулуннаго или кольцеобразнаго удвоенія слизистой оболочки.

Какъ при постепенномъ развитіи влагалища, такъ и при развитіи матки встрѣчаются отклоненія отъ нормальнаго хода развитія.

Изъ пороковъ развитія влагалища и дѣвственной плевы практическое значеніе имѣютъ слѣдующіе:

Чрезмѣрная плотность дѣвственной плевы (*Rigiditas hymenalis*).

Такое состояніе является результатомъ значительнаго размноженія и уплотненія соединительно-тканныхъ элементовъ плевы, вслѣдствіе чего послѣдняя утолщается и становится неподатливою.

Полное отсутствіе и зачаточное развитіе влагалища (*Defectus vaginae; vagina rudimentaria*).

Отсутствіе влагалища сопровождается полнымъ отсутствіемъ матки или, по крайней мѣрѣ, значительнымъ недоразвитіемъ ея. Наружные половые органы, въ свою очередь, могутъ быть нормальны, или же находятся въ состояніи недоразвитія.

При зачаточномъ развитіи влагалища нормально развиты лишь нижняя часть его и наружные половые органы. Внутренніе половые органы отсутствуютъ или находятся въ недоразвитомъ состояніи.

Заращеніе дѣвственной плевы или влагалища.  
(*Atresia hymenis seu vaginae*).

**Причины.** Заращенія являются слѣдствіемъ или чрезмѣрнаго развитія, или же воспалительныхъ процессовъ во время утроб-

ной жизни. Такія же измѣненія могутъ получаться и въ теченіе внѣ-утробной жизни не только въ дѣтскомъ возрастѣ при тяжелыхъ формахъ сыпныхъ болѣзней, но даже и въ зрѣломъ возрастѣ, какъ роковыя послѣдствія трудныхъ родовъ, пораненій и операцій.

Заращенія влагалища могутъ занимать протяженіе всего канала, но чаще всего они помѣщаются вблизи входа и представляютъ собою поперечно натянутыя перепонки.

**Анатомическія измѣненія.** Описываемыя уклоненія отъ нормы въ большинствѣ случаевъ даютъ себя знать лишь съ наступленіемъ половой зрѣлости и менструаціи. Въ виду невозможности выхода крови наружу картина болѣзни начинаетъ развиваться лишь съ этого періода жизни дѣвушки. Скопляющаяся менструальная кровь обуславливаетъ постепенно увеличивающееся растяженіе влагалища (*haematokolpos*). Вслѣдъ за расширеніемъ влагалища въ процессъ начинаетъ принимать участіе и матка (*haematometra*), причемъ сначала расширенію подвергается одна лишь шейка (Рис. 33).



Рис. 33. Кровяная опухоль, образовавшаяся вслѣдствіе заращенія дѣвственной плевы.

Опухоли, образовавшіяся вслѣдствіе такого растяженія внутреннихъ половыхъ органовъ, достигаютъ иногда значительныхъ размѣровъ и выполняютъ почти всю полость малаго таза, сильно выпячивая тазовое дно и доходя кверху до уровня пупа. Застаивающаяся въ этихъ опухоляхъ кровь представляется обыкновенно въ видѣ кофейной гущи, иногда довольно густой, съ значительной примѣсью слущивающагося эпителия влагалища. Несмотря на значительное внутривполостное давленіе, произвольный разрывъ перегородки во влагалищѣ или заращенной дѣвственной плевы наблюдается рѣдко.

**Признаки.** Съ наступленіемъ менструацій дѣвушки, страдающія прирожденнымъ заращеніемъ, и женщины съ прибрѣтаннымъ заращеніемъ одинаково начинаютъ жаловаться на чувство тяжести и напряженія внизу живота и на мѣстныя боли схваткообразнаго характера, появляющіяся вначалѣ періодически. Съ каждымъ мѣсяцемъ болѣзненные явленія усиливаются и съ теченіемъ времени прибрѣтаютъ постоянный характеръ. Вскорѣ присоединяются явленія со стороны мочевого пузыря (частые позывы) и ки-

шечника (запоры). Больныя сами замѣчаютъ постепенное увеличеніе живота. Иногда, въ особенно запущенныхъ случаяхъ, наблюдается лихорадочное состояніе и общій упадокъ силъ.

**Распознаваніе.** Распознаваніе даннаго страданія не представляетъ затрудненій. При изслѣдованіи половыхъ органовъ легко удается опредѣлить пальцемъ или зондомъ непроходимость плевъ или влагалища. Уже при осмотрѣ входа во влагалище бросается иногда въ глаза выпячивающаяся перепонка и просвѣчивающая синеватымъ цвѣтомъ скопившаяся позади нея кровь. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку прощупывается мягкая, зыблущаяся опухоль. Комбинированнымъ изслѣдованіемъ можно опредѣлить, принимаетъ-ли матка участіе въ образованіи опухоли.

**Леченіе.** Леченіе можетъ состоять лишь въ образованіи искусственнаго отверстія въ дѣвственной плевѣ или же въ удаленіи перепонки, закрывающей просвѣтъ влагалища.

#### Суженіе влагалища (*Stenosis vaginae*).

**Причины.** Врожденное суженіе влагалища обуславливается большею частью различными воспалительными процессами во время утробной жизни. Приобрѣтенныя суженія являются результатомъ воспаления влагалища въ дѣтскомъ возрастѣ при различныхъ заразныхъ заболѣваніяхъ (оспа, скарлатина, тифъ, дифтеритъ и т. п.), или же послѣ трудныхъ родовъ или тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній.

**Анатомическія измѣненія.** Перетяжка, образующая суженіе влагалища, можетъ быть тонкой, въ видѣ перепонки, или же весьма объемистой и плотной. Рѣдко суженіе занимаетъ всю длину влагалища. Большею частью лишь въ одномъ какомъ либо мѣстѣ на протяженіи влагалища имѣется суженіе просвѣта; рѣже встрѣчается рядъ суженій.

Степень суженія крайне разнообразна, начиная со слегка выраженаго уменьшенія просвѣта и кончая сплошной, закрывающей просвѣтъ влагалища, перепонкой, въ которой съ трудомъ удается открыть едва видимое отверстіе.

**Признаки.** Суженія влагалища сказываются болѣзненными симптомами только тогда, когда они въ значительной степени уменьшаютъ просвѣтъ влагалища. Въ такихъ случаяхъ выдѣленія матки и влагалища не могутъ вытекать совершенно свободно и задерживаются выше суженія. Легко подвергаясь разложенію, выдѣленія эти обуславливаютъ воспалительныя (катарральныя) измѣненія слизистыхъ оболочекъ влагалища и матки.

Суженія иногда могутъ представить значительныя препятствія при половыхъ сношеніяхъ и во время родовъ.

Во время беременности вслѣдствіе разрыхленія, испытываемаго всѣми половыми органами, рубцовая ткань, суживающая влагалище, зачастую настолько разрыхляется, что во время родовъ легко уступаетъ напору подлежащей части и можетъ быть достаточно растянута даже безъ нарушенія своей цѣлости. Въ другихъ случаяхъ растяжимость рубцовой ткани не столь значительна и тогда, при прохожденіи подлежащей части чрезъ суженное мѣсто, образуются глубокіе надрывы рубцового суженія, заходящіе нерѣдко далеко въ окружающія ткани. Въ рѣдкихъ случаяхъ рубцовое суженіе совершенно не поддается напору подлежащей части и роды не могутъ закончиться силами природы. Въ такихъ случаяхъ необходимо позаботиться о своевременной врачебной помощи, такъ какъ при отсутствіи послѣдней долго длящіеся роды, сопровождаемые судорожными болями, могутъ повлечь за собой либо лихорадочное состояніе съ полнымъ истощеніемъ больной, либо столбнякъ матки съ послѣдующимъ разрывомъ ея стѣнокъ.

**Леченіе.** При леченіи этого страданія расширение суженія разбухающими тѣлами не приводитъ къ полному исцѣленію, а потому и бесполезно. Охотнѣе въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ насѣчкамъ или надрѣзамъ. Радикальнымъ леченіемъ представляется исцѣненіе всей рубцовой ткани съ послѣдующимъ наложеніемъ швовъ на зіяющую рану или съ послѣдующей пересадкой нормальной слизистой оболочки на раневую поверхность

### Двойное влагалище (*Vagina duplex*).

Двойное влагалище развивается, если во время утробной жизни не происходитъ слиянія первоначально парнаго органа, изъ котораго образуется влагалище (ходы Müller'a).

**Анатомическія измѣненія.** Этотъ порокъ развитія можетъ проявляться въ двухъ формахъ. Въ первомъ случаѣ удвоеніе занимаетъ все протяженіе влагалища; здѣсь двойному влагалищу всегда сопутствуетъ и одинъ изъ видовъ двойной матки. Во второмъ случаѣ влагалище представляется двойнымъ лишь въ нижней своей части, благодаря имѣющейся толстой перепонкѣ, идущей отъ передней стѣнки влагалища къ задней. Здѣсь матка обыкновенно развита нормально.

При двойномъ влагалищѣ обыкновенно обѣ половины развиты одинаково. Встрѣчаются, однако, случаи, гдѣ одна изъ по-

ловинъ находится въ зачаточномъ состояніи и представляетъ собой глухой мѣшокъ, не доходящій до входа во влагалище.

Съ наступленіемъ половой зрѣлости въ зачаточно-развитомъ отдѣлѣ двойного влагалища могутъ имѣть мѣсто тѣ же измѣненія и болѣзненные припадки, какіе были уже описаны при зараженіи влагалища.

**Признаки.** Двойное влагалище обыкновенно не вызываетъ болѣзненныхъ симптомовъ, подтвержденіемъ чего можетъ служить уже одно то обстоятельство, что данный порокъ развитія чаще всего является случайной находкой при изслѣдованіи. Зачатію и нормальному ходу беременности этотъ порокъ не препятствуетъ. Роды большей частью также протекаютъ нормально. При напорѣ подлежащей части перегородка, раздѣляющая влагалище, обыкновенно разрывается, или-же оттѣсняется въ сторону. Въ исключительныхъ лишь случаяхъ перегородка, расположенная на подлежащей части, препятствуетъ нормальному опущенію послѣдней, въ виду чего является необходимымъ оперативное вмѣшательство. Нѣсколькими ударами ножницъ перегородку разсѣкаютъ. По окончаніи родовъ, кровоточащія ранки какъ на передней, такъ и на задней стѣнкѣ влагалища лучше всего закрыть нѣсколькими швами.

## II. Нервные заболѣванія влагалища и наружныхъ половыхъ частей.

Зудъ наружныхъ половыхъ частей (*Pruritus vulvae*).

**Причины.** Чаще всего зудъ наружныхъ половыхъ частей является лишь симптомомъ различныхъ воспалительныхъ процессовъ въ половомъ аппаратѣ, или хроническаго воспаленія почекъ, сахарной болѣзни и т. п. Однако, встрѣчаются случаи зуда, гдѣ это явленіе нельзя не признать самостоятельнымъ заболѣваніемъ нервнаго происхожденія; такіе случаи наблюдаются у женщинъ въ періодъ увяданія.

Обыкновенно зудъ появляется приступами, внезапно усиливается или возобновляется при движеніяхъ, въ теплой постели, при душевныхъ волненіяхъ и т. п., причемъ, нерѣдко, сопровождается сильнымъ половымъ возбужденіемъ.

Ощущеніе зуда невольно заставляетъ больныхъ треніемъ и расчесываніемъ, хотя отчасти, устранять это невыносимое чувство. Благодаря этому наружные половые органы женщинъ,

страдающихъ зудомъ, представляются припухшими и покрытыми расчесами, царапинами и ссадинами.

**Лечение.** При леченіи зуда, главнымъ образомъ, нужно стремиться выяснитъ причину, вызывающую зудъ, и устранить основную болѣзнь.

Мѣстное лечение состоитъ въ назначеніи примочекъ изъ раствора карболовой кислоты (3%), свинцовой воды, древеснаго уксуса и т. п. Хорошее дѣйствіе оказываютъ также примочки или мази съ примѣсю наркотическихъ средствъ (сосаинум). Прохладныя полуванны иногда значительно облегчаютъ состояніе больныхъ.

### Судорога входа во влагалище (Vaginismus).

Подъ названіемъ вагинизма подразумѣваютъ тоническія судорожныя сокращенія окружающихъ влагалище мышцъ.

**Причины.** Нервное состояніе, въ особенности повышенная рефлекторная возбудимость, предрасполагаетъ къ такому заболѣванію. Главной причиной, однако, нужно считать повышенную чувствительность и раздражительность половыхъ частей, особенно дѣвственной плевы, на которой нерѣдко замѣчаютъ болѣзненные надрывы или трещины и воспалительныя явленія.

Всего чаще судорожное сокращеніе входа наблюдается у недавно вышедшихъ замужъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ оно обнаруживается и послѣ долговременной половой жизни вслѣдствіе присоединяющихся заболѣваній половыхъ органовъ.

**Признаки.** Въ началѣ заболѣванія характеризующіе его симптомы проявляются лишь при прикосновеніи или попыткѣ къ сношенію. Въ дальнѣйшемъ иногда уже одна мысль вызываетъ появленіе весьма болѣзненныхъ судорожныхъ сокращеній входа во влагалище. Судорожныя сокращенія распространяются затѣмъ на мышцы промежности, дна таза, а иногда и на мышцы туловища и конечностей. Приступъ нерѣдко оканчивается истерическимъ припадкомъ.

**Лечение.** Лечение помощью прижиганій надрывовъ и трещинъ на дѣвственной плевѣ или во входѣ, также какъ и примѣненіе наркотическихъ средствъ рѣдко ведутъ къ цѣли. Самымъ лучшимъ и радикальнымъ леченіемъ считается насильственное расширеніе входа и изсѣченіе плевы.

### III. Воспаленіе влагалища (Kolpitis).

**Причины.** Причины воспаленія влагалища весьма разнообразны и различны. Чаще всего оно обусловливается внесеніемъ заразныхъ началъ извнѣ. Кромѣ различныхъ возбудителей гніенія (сапрофитовъ), попадающихъ во влагалище и вызывающихъ въ немъ воспаленіе, зараженіе можетъ быть обусловлено присутствіемъ стрептококковъ и стафилококковъ. Въ послѣднемъ случаѣ воспалительный процессъ обыкновенно принимаетъ весьма серьезный характеръ. Гонококкъ, столь часто обусловливающий воспаленіе внутреннихъ половыхъ органовъ женщины, сравнительно рѣдко вызываетъ воспаленіе влагалища, чаще всего еще у малолѣтнихъ. Многослойный эпителий, выстилающій слизистую оболочку влагалища, повидимому, не представляетъ благоприятной почвы для успѣшнаго развитія и процвѣтанія этого микро-организма.

Значительно рѣже воспаленіе влагалища развивается благодаря воздѣйствію на слизистую оболочку раздраженій химическаго и механическаго характера (рукоблудіе).

Иногда причину воспаленія влагалища приходится искать въ выше лежащихъ отдѣлахъ половыхъ органовъ при заболѣваніи послѣднихъ. При заболѣваніяхъ матки и придатковъ наблюдаются иногда весьма значительныя выдѣленія, содержащія болѣзнетворныя начала. Орошая слизистую оболочку влагалища, выдѣленія легко могутъ вызвать заболѣваніе и этой части полового аппарата.

Далѣе, при нѣкоторыхъ острыхъ, сыпныхъ или лихорадочныхъ заболѣваніяхъ (скарлатина, оспа, тифъ, холера и т. п.), точно такъ же, какъ и при нѣкоторыхъ хронически протекающихъ болѣзняхъ (блѣдная немочь, бугорчатка и т. п.), приходится наблюдать воспалительное состояніе влагалища.

**Анатомическія измѣненія.** Болѣзненные измѣненія, имѣющія мѣсто при воспаленіи влагалища, удобнѣе всего съ практической точки зрѣнія сгруппировать въ видѣ нѣсколькихъ патолого-анатомическихъ картинъ.

При катарральномъ воспаленіи имѣется въ остромъ періодѣ сплошная припухлость, ярко-красная окраска и повышенная температура слизистой оболочки, складки которой яснѣе выступаютъ. Отдѣленіе слизистой оболочки увеличено, слабокислой или щелочной реакціи, содержитъ множество болѣзнетворныхъ началъ, гнойныя тѣльца и слущенный эпителий.

Гнойное воспаленіе отличается еще бѣльшимъ припуханіемъ составныхъ частей слизистой оболочки. Сосочки подслизистаго слоя настолько припухаютъ и увеличиваются, что становятся доступны зрѣнію и осязанію. Вся слизистая оболочка имѣетъ на ощупь бархатистую поверхность.

Въ остромъ періодѣ заболѣванія выдѣленія представляются вначалѣ густыми, сливкообразными и содержатъ множество эпителиальныхъ клѣтокъ, гнойныхъ тѣлецъ, гонококковъ и разныхъ другихъ микроорганизмовъ; позднѣе выдѣленія становятся жидкими, чисто гнойными.

Переходя въ хроническое состояніе, процессъ держится особенно въ сводахъ, причеиъ часто обостряется, вслѣдствіе новаго зараженія либо извнѣ, либо изъ вышележащихъ отдѣловъ половыхъ органовъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается крупозное или дифтерійное воспаленіе влагалища. Воспаленіе этого характера чаще появляется въ видѣ островковъ, рѣже занимаетъ влагалище на всеиъ его протяженіи. Давленіе, производимое влагалищными кольцами, или поврежденія слизистой оболочки, если къ нимъ присоединяется зараженіе, могутъ быть причиноиъ этой формы заболѣванія. Рѣдко наблюдается сплошное заболѣваніе влагалища, какъ, напр., при скарлатинѣ, тяжелой кори, дифтеритѣ зѣва и оспѣ. При этой формѣ кольпита слизистая оболочка утолщена и отечна; по поверхности ея островками расположены сѣро-грязныя пленки. Выдѣленія обильны, ѣдки, зловонны и содержатъ массу различныхъ микроорганизмовъ. По отпаденіи пленокъ, остающіяся язвы медленно заживаютъ и обусловливаютъ иногда рубцовыя суженія влагалища.

Наконецъ, въ преклонномъ возрастѣ наблюдается особая форма—старческое или слипчивое воспаленіе влагалища, характеризующееся слущиваніемъ эпителия съ поверхности. Съ теченіемъ времени лишеныя эпителия, покраснѣвшіе участки, прилегающіе другъ къ другу, склеиваются. Слипчивое воспаленіе начинается обыкновенно въ сводахъ. Благодаря сращенію стѣнокъ влагалища своды постепенно исчезаютъ и влагалищную часть лишь съ трудомъ удается прощупать.

**Признаки.** Симптомы наблюдаются почти одни и тѣ же при всѣхъ формахъ кольпита и лишь степень ихъ измѣняется соотвѣтственно формѣ воспаленія.

При остромъ теченіи процесса наблюдается общее недомоганіе, а иногда и лихорадочное состояніе. Больныя испытываютъ чувство мѣстнаго жара и тупую боль въ глубинѣ таза. Выдѣленія

изъ влагалища усиливаются; вначалѣ слизистыя или слизисто-гнойныя, они затѣмъ густѣютъ и становятся чисто-гнойними.

Вытекая наружу, бѣли загрязняютъ наружныя половыя части и вызываютъ зудъ, раздраженіе и воспаленіе послѣднихъ. Иногда выдѣленія застаиваются во влагалищѣ, разлагаются и принимаютъ зловонный характеръ.

При заразительномъ кольпитѣ мочеиспускательный каналъ, рѣже также и прямая кишка, бываютъ въ большей или меньшей степени вовлечены въ воспалительный процессъ. Благодаря этому, частые позывы и рѣзъ при мочеиспусканіи являются частыми жалобами больныхъ, страдающихъ кольпитомъ. Сношенія при остромъ кольпитѣ чрезвычайно болѣзненны. Мѣсячныя иногда прекращаются или запаздываютъ, иногда приходятъ неправильно и въ обильномъ количествѣ.

Гораздо слабѣе выражены признаки хроническаго кольпита. Больныя жалуются, главнымъ образомъ, на бѣли, большею частью слизисто-гнойнаго характера. Количество выдѣленій мѣняется подъ вліяніемъ различныхъ причинъ: ходьбы, душевныхъ волненій, наступленія или окончанія регуль и т. п.

Крупозное воспаленіе влагалища обуславливаетъ болѣе сильныя припадки и сопровождается высокой лихорадкой, болями внизу живота, ихорозными выдѣленіями и воспалительными явленіями въ прилегающихъ органахъ.

При старческомъ кольпитѣ симптомы выражены въ незначительной степени.

**Леченіе.** При леченіи воспаленія влагалища слѣдуетъ обращать вниманіе прежде всего на предохранительныя мѣры. Къ послѣднимъ относятся: соблюденіе чистоты, частая смѣна бѣлья, подходящая одежда, удаленіе давящихъ маточныхъ колець, тампоновъ, разлагающихся или ѣдкихъ выдѣленій. Предохраняющими моментами являются, далѣе, соблюденіе извѣстныхъ правилъ предосторожности во время мѣсячныхъ, воздержаніе отъ сношеній съ мужчиной, страдающимъ трипперомъ, и т. п.

Въ остромъ періодѣ болѣзни совѣтуютъ больной покойное положеніе въ постели и назначаютъ спринцеванія слабыми дезинфицирующими растворами (*acidum salicylicum*, *acid. boricum*, *kali hypomanganicum* etc.) или стерилизованной водой (24—28°P.). Впослѣдствіи переходятъ къ спринцеваніямъ болѣе сильными дезинфицирующими веществами (*acid. carbolicum*, *lysol*, сулема 1:2000 и т. п.).

При хронической формѣ назначаютъ спринцеванія вяжущими

средствами (*zincum chloratum* или *sulfuricum*, таннинъ квасцы, отваръ дубовой коры и т. п.), или вводятъ тампоны, пропитанные соотвѣтствующими растворами.

При леченіи кольпита должно быть обращено надлежащее вниманіе также и на общее состояніе организма.

#### IV. Новообразованія влагалища.

##### Киста влагалища (*Cystis vaginae*).

**Причины.** Происхожденіе кистъ влагалища не всегда можно точно выяснитъ. Новообразованія исходятъ иногда изъ сохранившихся тканевыхъ элементовъ, послужившихъ во время утробной жизни къ образованію матки и влагалища (ходовъ Müller'a). Съ другой стороны, исходной точкой ретенціонныхъ кистъ могутъ иногда служить железы, случайно заложенныя въ слизистой оболочкѣ влагалища.

Кисты чаще встрѣчаются единично, рѣже—въ видѣ нѣсколькихъ небольшихъ опухолей. По большей части кисты влагалища представляютъ собою однополостныя опухоли съ тонкими стѣнками и прозрачнымъ или бѣловатымъ содержимымъ. Слизистая оболочка, покрывающая кисту, вслѣдствіе растяженія истончается, такъ что содержимое кисты просвѣчиваетъ. Величина такихъ кистъ рѣдко превышаетъ величину куриного яйца.

**Признаки.** Болѣзненныхъ явлений небольшія кисты обыкновенно не вызываютъ. Болѣе значительныя кисты суживаютъ просвѣтъ влагалища и тѣмъ обуславливаютъ задержку выдѣленій съ послѣдующимъ катарральнымъ состояніемъ вышележащихъ отдѣловъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Иногда имѣются также жалобы на припадки со стороны мочевого пузыря или прямой кишки, какъ результатъ давленія опухоли на эти органы. Кисты, развивающіяся въ ниж-



Рис. 34. Киста передней стѣнки влагалища.

немъ отдѣлѣ влагалища, нерѣдко при сильномъ ростѣ выходятъ изъ половой щели наружу (Рис. 34). Очень большія кисты могутъ явиться препятствіемъ для нормальнаго родоразрѣшенія.

**Леченіе.** Небольшія кисты леченія не требуютъ. Опухоли, вызывающія какіе-либо припадки, подлежатъ удаленію оперативнымъ путемъ.

Изъ остальныхъ доброкачественныхъ новообразованій влагалища довольно часто, особенно во время беременности наблюдаются:

### Бородавчатая разраженія (Condylomata acuminata).

Чаще всего разраженія переходятъ на влагалище съ наружныхъ половыхъ частей. Значительно рѣже влагалище является первичнымъ мѣстомъ ихъ образованія. Разраженія встрѣчаются не только на протяженіи всего влагалища, но и на влагалищной части. Относительно ихъ этиологии, припадковъ, которыми они проявляются, и ихъ леченія можно сказать то-же самое, что и относительно разраженій на наружныхъ половыхъ частяхъ.

Миомы и фибромы влагалища наблюдаются крайне рѣдко

### Первичный ракъ влагалища (Carcinoma vaginae).

Какъ первичное заболѣваніе, ракъ влагалища наблюдается гораздо рѣже рака влагалищной части. Ракъ влагалища чаще встрѣчается, какъ вторичное заболѣваніе, т. е. какъ результатъ распространенія процесса съ сосѣднихъ органовъ на влагалище.

**Анатомическія измѣненія.** Первично ракъ развивается чаще всего въ заднемъ сводѣ въ видѣ узловъ, сливающихся по мѣрѣ своего разрастанія и образующихъ, по изъявленіи своихъ поверхностей, одну общую язвенную поверхность, легко кровоточащую, покрытую гнойнымъ, зловоннымъ отдѣленіемъ. Сравнительно скоро раковое новообразование переходитъ и на глубокіе слои стѣнокъ влагалища и на тазовую клѣтчатку, съ послѣдующимъ уплотненіемъ стѣнки влагалища и суженіемъ его просвѣта. Результатомъ раковаго проростанія стѣнокъ влагалища являются прободенія въ прямую кишку и мочевоу пузырь. Процессъ захватываетъ быстро также и лимфатическіе сосуды и железы таза, расположенныя въблизи большихъ кровеносныхъ сосудовъ.

**Признаки.** Симптомы даннаго заболѣванія сказываются неправильными кровотечениями и ѣдкими бѣлями. Въ начальномъ періодѣ кровотечения являются при дотрагиваніи, сношеніи и т. п.,

съ теченіемъ времени они наступають безъ всякаго внѣшняго повода. При значительномъ разрастаніи новообразованія наблюдаются явленія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Боли появляются лишь тогда, когда раковая инфильтрація захватываетъ тазовую клѣтчатку, окружающую стѣнки влагалища. Наконецъ, какъ реакція всего организма—наблюдается быстро наступающее истощеніе и развитіе кахексіи.

**Предсказаніе.** Предсказаніе неблагоприятно; возвраты послѣ радикальной операціи встрѣчаются часто.

**Леченіе.** При леченіи первичнаго рака влагалища руководятся тѣми же принципами, какъ и при ракъ наружныхъ половыхъ частей или матки.

#### Саркома влагалища (Sarcoma vaginae).

Это новообразование встрѣчается очень рѣдко и носить крайне злокачественный характеръ. Повидимому, оно чаще поражаетъ малолѣтнихъ, нежели женщинъ пожилыхъ. Саркома влагалища растетъ очень быстро и даетъ почти тѣ же припадки, какъ и ракъ влагалища. Леченіе заключается въ возможно раннемъ удаленіи новообразованія.

### V. Поврежденія влагалища.

Пораненія влагалища наблюдаются въ гинекологической практикѣ еще рѣже пораненій наружныхъ половыхъ частей. Причины и признаки ихъ не представляютъ отклоненій отъ сказаннаго въ главѣ о пораненіяхъ наружныхъ половыхъ частей. Леченіе ведется по тѣмъ же правиламъ.

Здѣсь умѣстно остановиться на тѣхъ пораненіяхъ, которыя нарушаютъ цѣлость всей толщи влагалищной стѣнки и проникаютъ въ прилежающіе полые органы (мочевой пузырь, кишечникъ). Такія „сквозныя“ раны являются причиной образованія такъ называемыхъ свищей (fistulae).

Свищи образуются чаще всего во время трудныхъ и продолжительныхъ родовъ, протекающихъ безъ надлежащей врачебной помощи. При названныхъ условіяхъ нѣкоторые участки мягкихъ родовыхъ путей придавливаются въ теченіи продолжительнаго времени предлежащей головкой къ костнымъ стѣнкамъ таза (лонное сращеніе, крестецъ, копчикъ), или же ущемляются между послѣдними и предлежащей частью.

Для образованія свища во время родовъ имѣетъ значеніе не

столько сила, сколько продолжительность давленія или ущемленія. Подъ вліяніемъ давленія кровообращеніе въ тканяхъ измѣняется и питаніе послѣднихъ нарушается. Съ теченіемъ времени ткани омертвѣваютъ и образуется струпу, отпадающій въ послѣродовомъ періодѣ.

Различаютъ мочевые и каловые свищи:

### Мочевые свищи.

При мочевыхъ свищахъ имѣется сообщеніе между родовыми путями и мочевымъ аппаратомъ.

Мѣстоположеніе мочевого свища зависитъ отъ момента родового акта и положенія мочевого пузыря во время образованія свища.



Рис. 35. Схема мочевыхъ свищей.

Если головка стоитъ высоко и шейка еще не вполне сглажена, то къ лону придавливается тотъ или иной участокъ передней стѣнки шейки — образуется пузырно-маточный свищъ. При полномъ открытіи, когда шейка уже сползла съ головки кверху, давленію подвергается вытянутая передняя стѣнка влагалища — образуется пузырно-влагалищный свищъ. Если же головка долгое время задерживается въ узкой части полости таза, то, при поднявшемся кверху наполненномъ пузырьѣ, придавливается

нижній отдѣлъ передней стѣнки влагалища и мочеиспускательный каналъ — образуется свищъ мочеиспускательнаго канала (Рис. 35).

**Анатомическія измѣненія.** Въ послѣродовомъ періодѣ, послѣ отпаденія струпа (обыкновенно на 2—5 день), края отверстія представляются припухшими, легко кровоточащими, покрытыми островками омертвѣлой ткани. Спустя нѣкоторое время воспалительное раздраженіе краевъ свища уменьшается и рана начинаетъ заживать вторичнымъ натяженіемъ. Незначительные свищи заживаютъ такимъ путемъ самопроизвольно. При свищахъ болѣе значительныхъ размѣровъ такого рода возстановленія нормальныхъ условий

не наблюдается; уменьшается лишь величина свища, вслѣдствіе рубцового стягиванія краевъ раны, но вполне отверстіе не закрывается.

Величина остающагося послѣ зарубцованія раны свища бываетъ весьма различна. Въ однихъ случаяхъ отверстіе настолько незначительно, что едва пропускаетъ тонкій зондъ, въ иныхъ же случаяхъ вся передняя стѣнка влагалища разрушена. Чаще всего свищевое отверстіе позволяетъ провести только кончикъ пальца.

При мочевыхъ свищахъ пузырь находится въ состояніи сжатія, его стѣнки утолщены и объемъ уменьшенъ. Слизистая оболочка какъ пузыря, такъ и влагалища находится въ катарральномъ состояніи. При значительныхъ свищахъ припухшая и покраснѣвшая слизистая оболочка пузыря выпячивается черезъ свищевое отверстіе во влагалище. Наружныя половыя части и верхняя часть бедеръ представляются покраснѣвшими, припухшими и покрытыми ссадинами и изъязвленіями. На волосахъ большихъ срамныхъ губъ замѣчаются отложенія мочевыхъ солей.

**Признаки.** Въ большинствѣ случаевъ характерными признаками мочевыхъ свищей являются недержание мочи и отсутствіе позывовъ къ мочеиспусканію. Въ виду того, что омертвѣвшій участокъ стѣнки никогда сразу не выпадаетъ, то въ послѣродовомъ періодѣ замѣчается сначала только незначительное непроизвольное истеченіе мочи. Позднѣе, послѣ отторженія всего струпа, моча течетъ во влагалище уже въ большемъ количествѣ. Смотря по величинѣ и мѣстоположенію свища, во влагалище изливается либо вся моча постоянной струей, либо при извѣстномъ положеніи больной моча вполне задерживается и вытекаетъ лишь при измѣненіи положенія.

Вслѣдствіе воспаленнаго состоянія мочевого пузыря моча становится мутной, пріобрѣтаетъ щелочную реакцію и содержитъ большее или меньшее количество слизи и гноя. Съ мочевого пузыря воспаленіе нерѣдко распространяется по мочеточникамъ на лоханки и почки.

Постоянное орошеніе измѣненной мочей дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на кожу наружныхъ половыхъ органовъ, результатомъ чего является чувство жженія и боли. При несоблюденіи чистоты замѣчается краснота, припухлость, множество ссадинъ и поверхностныхъ изъязвленій какъ на наружныхъ половыхъ органахъ, такъ и въ области задняго прохода и на внутренней поверхности бедеръ.

Зачастую при мочевыхъ свищахъ встрѣчается скудость и неправильность регуль, а иногда даже полное ихъ прекращеніе.

Объясняется это отчасти развивающимся малокровіемъ, отчасти угнетеннымъ состояніемъ, которое обыкновенно овладѣваетъ женщинами, страдающими мочевыми свищами. Рѣже отсутствіе регулъ объясняется атрофическимъ состояніемъ матки или яичниковъ.

**Распознаваніе.** Въ большинствѣ случаевъ распознаваніе не представляетъ затрудненій. Непроизвольное истеченіе мочи, запахъ разлагающейся мочи и ощущаемое пальцемъ отверстіе въ передней стѣнкѣ влагалища—вотъ явленія, не оставляющія никакихъ сомнѣній.

Нѣкоторое затрудненіе можетъ иногда представить отысканіе небольшихъ или скрыто расположенныхъ свищей. Такіе свищи даже при изслѣдованіи зеркалами и примѣненіи подходящаго положенія больной (*à la vache*) нельзя сразу замѣтить. Въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ предварительному наполненію пузыря цвѣтной жидкостью (молоко, слабый растворъ синьки и т. п.), а затѣмъ наблюдаютъ, въ какомъ мѣстѣ стѣнки влагалища покажется капля этой жидкости. Въ сомнительныхъ случаяхъ приходится прибѣгнуть къ цистоскопіи. Съ ея помощью удастся опредѣлить присутствіе и мѣстоположеніе самыхъ маленькихъ свищей мочевого пузыря.

**Леченіе.** Леченіе состоитъ исключительно въ оперативномъ вмѣшательствѣ и сводится въ концѣ концовъ къ освѣженію краевъ свищевой отверстія и къ закрытію раны швами. Полнаго исцѣленія и заживленія раны достигаютъ иногда лишь путемъ нѣсколькихъ повторныхъ операцій.

Своеобразный характеръ раны требуетъ особаго ухода въ послѣоперационномъ періодѣ. Въ большинствѣ случаевъ представляется необходимымъ постоянное опорожненіе мочевого пузыря. Растянутое состояніе наполненнаго мочей пузыря легко можетъ повести къ разъединенію раневыхъ поверхностей. Въ цѣляхъ постоянного опорожненія пузыря въ послѣдній вводятъ, тотчасъ по окончаніи операціи, безпложенный катетръ, укрѣпляемый тѣмъ или другимъ способомъ у отверстія мочеиспускательнаго канала. Черезъ катетръ моча вытекаетъ при покойномъ положеніи больной на спинѣ въ помѣщенный между ея ногами сосудъ. По мѣрѣ надобности катетръ удаляютъ и сейчасъ же замѣняютъ новымъ. Благодаря такому приему рана въ продолженіи одной или двухъ недѣль не подвергается вредному вліянію растяженія мочевого пузыря. Такимъ путемъ создаются условія, способствующія заживленію раны первичнымъ натяженіемъ.

### Каловые свищи.

При свищахъ этого рода имѣется сообщеніе между влагалищемъ и однимъ изъ отдѣловъ кишечника.

Изъ каловыхъ свищей чаще всего приходится наблюдать свищи прямой кишки, рѣже свищи тонкихъ кишекъ. Вообще же каловые свищи встрѣчаются сравнительно рѣдко.

**Причины.** Свищи прямой кишки чаще всего представляютъ собою послѣдствія полныхъ разрывовъ промежности, не сросшихся въ верхней ихъ части.

Во время родовъ сравнительно рѣдко происходитъ нарушеніе цѣлости мягкихъ частей, отдѣляющихъ влагалище отъ прямой кишки. Послѣ трудныхъ акушерскихъ операцій (шипцы, перфорация) — гораздо рѣже при продолжительномъ стояніи головки въ узкой части таза или въ выходѣ — наблюдаютъ въ послѣродовомъ періодѣ частичное омертвѣніе влагалищно-кишечной перегородки съ послѣдующимъ отторженіемъ омертвѣвшаго участка.

Свищи тонкихъ кишекъ могутъ образоваться лишь при исключительныхъ условіяхъ, какъ, напримѣръ, при разрывѣ одного изъ сводовъ во время родовъ съ послѣдующимъ выпаденіемъ и ущемленіемъ петли тонкихъ кишекъ. Въ послѣродовомъ періодѣ извѣстный участокъ пострадавшей кишечной петли омертвѣваетъ и отторгается, результатомъ чего является сообщеніе влагалища съ тонкой кишкой.

**Анатомическія измѣненія.** Соотвѣтственно причинамъ образованія каловыхъ свищей, послѣдніе чаще всего наблюдаются въ нижней трети влагалища. Величина и форма каловыхъ свищей весьма разнообразна; обыкновенно свищевое отверстіе не пропускаетъ указательнаго пальца.

Черезъ свищевое отверстіе во влагалище выпячивается въ большей или меньшей степени слизистая оболочка кишки. Въ окружности свища во влагалищѣ нерѣдко наблюдаются значительные рубцы. Слизистая оболочка какъ кишки, такъ и влагалища находятся въ состояніи воспалительнаго раздраженія.

**Признаки.** Симптомы, указывающіе на существованіе каловаго свища, состоятъ въ недержаніи газовъ и кала. При небольшихъ свищахъ въ отверстіе выдѣляются только газы и жидкія испражненія. Изъ только-что сказаннаго ясно, что каловый свищъ лишаетъ больную возможности находиться въ обществѣ. Каловыя массы, выдѣляющіяся черезъ влагалище, вызываютъ воспаленіе не только влагалища, но и наружныхъ половыхъ органовъ, чѣмъ

обусловливаются жалобы больных на бѣли, чувство жженія и зуда въ наружныхъ половыхъ частяхъ.

**Распознаваніе.** Распознаваніе очень легко; жалобы больной такъ характерны, что прямо указываютъ на данное страданіе. Остается только опредѣлить мѣсто, величину и число свищей, что обыкновенно затрудненій не представляетъ. При небольшихъ свищахъ приходится иногда прибѣгать къ изслѣдованію зондомъ. Въ такихъ случаяхъ чрезъ отверстіе во влагалищѣ проводятъ зондъ въ прямую кишку, гдѣ пуговка зонда и нащупывается пальцемъ, введеннымъ въ кишку.

**Леченіе.** Леченіе можетъ быть только оперативное и основанное на тѣхъ же принципахъ, какъ и при мочевыхъ свищахъ.

## VI. Смѣщенія влагалища.

Опущеніе и выпаденіе влагалища (*Descensus et prolapsus vaginae*).

Стѣнки влагалища почти со всѣхъ сторонъ окружены рыхлой клѣтчаткой, соединяющей ихъ съ сосѣдними органами и допускающей довольно значительныя смѣщенія влагалища по направленію оси таза. Если эта физиологическая подвижность влагалища увеличена и смѣщеніе влагалища книзу является постояннымъ, то говорятъ, смотря по степени смѣщенія, объ опущеніи или выпаденіи влагалища. Рѣдко объ стѣнки влагалища смѣщаются одновременно. Въ большинствѣ случаевъ происходитъ сначала опущеніе только одной изъ стѣнокъ, преимущественно передней; позднѣе обыкновенно присоединяется смѣщеніе и задней стѣнки.

Самостоятельное опущеніе и выпаденіе влагалища встрѣчается рѣдко. Большею частью эти процессы наблюдаются одновременно съ выпаденіемъ матки и представляютъ собою только первоначальный періодъ развивающагося смѣщенія матки по оси таза.

**Причины.** Главными причинными моментами смѣщенія влагалища являются тѣ измѣненія, которымъ подвергается этотъ органъ во время беременности, родовъ и послѣродового періода.

Подъ вліяніемъ беременности, какъ извѣстно, разрыхляются въ значительной степени не только стѣнки влагалища, но и окружающая ихъ тазовая клѣтчатка. Съ другой стороны, во время родовъ вмѣстѣ съ влагалищемъ подвергается чрезмѣрному растяженію и тазовое дно, а при прохожденіи плода почти всегда

случаются, хотя бы незначительныя, нарушенія цѣлости тканей, сдавливанія, размозженія и т. п. Вмѣстѣ съ тѣмъ подъ вліяніемъ сильныхъ потугъ или труднаго искусственнаго извлеченія плода влагалище въ значительной степени смѣщается и вытягивается. Вслѣдствіе названныхъ условий вскорѣ послѣ родовъ почти всегда наблюдаютъ, какъ физиологическое явленіе, незначительныя степени недостаточности тазоваго дна.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ теченіи нормальнаго послѣродоваго періода всѣ эти измѣненія почти безслѣдно исчезаютъ. При недостаточномъ же обратномъ развитіи, осо-

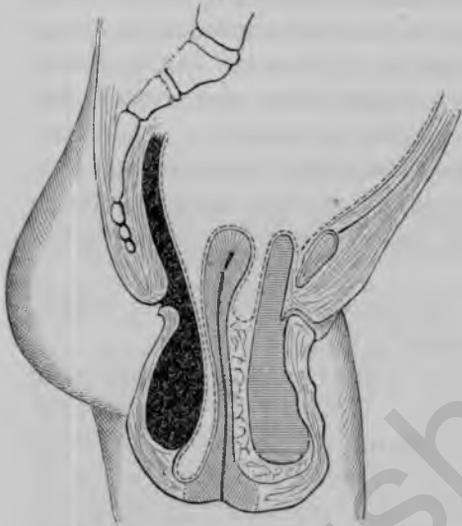


Рис. 36. Полное выпаденіе влагалища съ образованіемъ cysto- и rectocele.

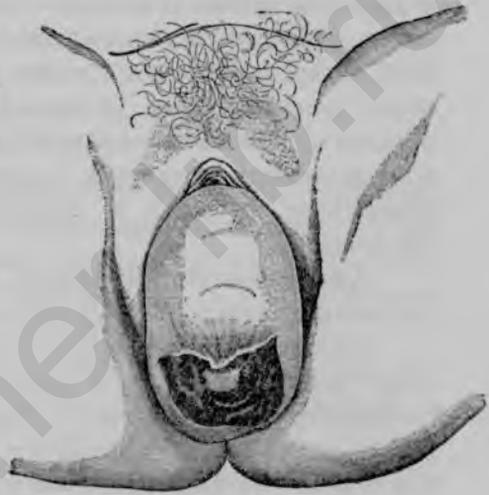


Рис. 37. Полное выпаденіе; вокруг наружнаго маточнаго зѣва большой пролежень.

бенно если оно касается и матки, появляется незначительное вначалѣ опущеніе влагалища, развивающееся затѣмъ все болѣе и болѣе подъ вліяніемъ напряженій брюшнаго пресса, тяжелой работы и т. п.

Развитію смѣщенія влагалища въ высокой степени благоприятствуютъ неправильно сросшіея разрывы промежности какъ не полные, такъ въ особенности полные. Разрывы эти нарушаютъ цѣлость замыкающаго входъ во влагалище аппарата и устраняютъ точку опоры влагалища.

Благодаря довольно прочной связи, существующей между передней стѣнкой влагалища и мочевымъ пузыремъ, одновременно съ опущеніемъ и выпаденіемъ влагалища происходитъ по большей части и смѣщеніе мочевого пузыря (cystocele). Чѣмъ больше

больныя при такомъ смѣщеніи пузыря вынуждены напрягать брюшную прессу для полного опорожненія пузыря, тѣмъ быстрѣе и совершеннѣе происходитъ выпаденіе влагалища и смѣщеніе пузыря (Рис. 36).

Клѣтчатка, соединяющая заднюю стѣнку влагалища съ прямой кишкой, представляется болѣе рыхлой, благодаря чему прямая кишка гораздо рѣже сопутствуетъ задней стѣнкѣ влагалища при выпаденіи послѣдней, гораздо рѣже, слѣдовательно, образуется выпаденіе задней стѣнки влагалища и прямой кишки (*rectocele*).

Развивающееся выпаденіе влагалища влечетъ за собой также и смѣщеніе матки. Вслѣдствіе постоянного потягиванія за шейку матки—мѣсто прикрѣпленія влагалища—образуется или опущеніе всей матки, или же одна шейка растягивается и удлиняется. Высокая степень такого удлиненія шейки наблюдается, главнымъ образомъ, при самостоятельно развивающемся (первичномъ) полномъ выпаденіи влагалища—состояніи, когда всѣ стѣнки влагалища равномѣрно опущены и имѣется полный выворотъ слизистой оболочки.

**Анатомическія измѣненія.** Анатомическія измѣненія носятъ различный характеръ, соотвѣтственно степени смѣщенія.

Выпавшая часть слизистой оболочки влагалища сравнительно скоро уже мѣняетъ свой характеръ. Складки ея мало-по-малу сглаживаются и исчезаютъ, сама слизистая оболочка дѣлается слегка отечной, а поверхность ея становится блѣдноватой и блестящей. Затѣмъ поверхностные слои эпителия подвергаются роговому перерожденію, вслѣдствіе чего выпавшая часть слизистой оболочки становится сухой и жесткой. На претерпѣвшей такія измѣненія слизистой оболочкѣ, подъ вліяніемъ различныхъ внѣшнихъ воздѣйствій—тренія, ушибовъ и т. п., весьма легко образуются поверхностныя ссадины, превращающіяся затѣмъ путемъ изъязвленія въ большія язвы съ острыми краями (Рис. 37).

Симптомы и леченіе выпаденія влагалища тѣ-же, что и при выпаденіи матки.

## Болѣзни матки.

### 1. Пороки развитія.

#### Отсутствіе матки (*Defectus uteri*).

Полное отсутствіе врядъ-ли наблюдается. Большею частью въ такихъ случаяхъ все-же находятъ, хотя иногда и въ крайне незначительномъ количествѣ, скопленія гладкихъ мышечныхъ элементовъ—зачатки матки—одновременно съ зачаточнымъ развитіемъ влагалища. Какъ трубы, такъ и яичники въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно также находятся въ недоразвитомъ состояніи, между тѣмъ какъ наружныя половыя части развиты нормально.

#### Однорогая матка (*Uterus unicornis*).

Этотъ порокъ развитія имѣетъ мѣсто въ томъ случаѣ, если во время утробной жизни только одна половина парнаго органа, служащаго для образованія матки, развивается въ достаточной мѣрѣ, между тѣмъ какъ другая половина совсѣмъ не развивается, или же значительно отстаетъ въ своемъ развитіи.

Тѣло однорогой матки представляетъ обыкновенно боковое дугообразное искривленіе, постепенно суживающееся кверху и незамѣтно переходящее въ трубу. Влагалище, въ свою очередь, развивающееся также только изъ одной половины парнаго органа, остается обыкновенно узкимъ, яичникъ и труба развиты обыкновенно нормально.

Вполнѣ развитая однорогая матка не проявляется никакими болѣзненными припадками, такъ какъ отпращиванія ея нормальны. Забеременѣваніе происходитъ такъ же легко, какъ и при нормальной маткѣ. Въ первые мѣсяцы беременности наблюдается веретенообразное увеличеніе матки съ значительнымъ наклономъ въ одну изъ боковыхъ сторонъ. Беременность и роды могутъ протекать нормально. При очень тонкихъ стѣнкахъ наблюдается иногда разрывъ матки.

#### Двурогая матка (*Uterus bicornis*).

Во время утробной жизни встрѣчаются иногда причины, препятствующія слянію парнаго органа (ходовъ Müller'a), т. е. образованію нормальной матки. Смотри по тому, въ какомъ періодѣ развитія и въ какихъ предѣлахъ произошла задержка нормаль-

наго хода развитія, образуются различные виды двурогой матки.

Двойная матка (*uterus didelphus*), въ которой обѣ половины достигли полной самостоятельности.

Двурогая матка, въ которой раздвоеніе имѣется только въ верхней части, между тѣмъ какъ ниже внутренняго зѣва маточныя шейки либо сросшены между собой (*uterus bicornis duplex*), либо соединены въ одинъ каналъ (*uterus bicornis unicolis*). При послѣдней формѣ двурогой матки раздѣленіе тѣла матки представляетъ различные степени. Раздѣленіе можетъ доходить до области шейки и въ такомъ случаѣ матка представляетъ рѣзкую двурогую форму. Если же раздѣленіе ограничивается только областью дна матки, то здѣсь получается сѣдлообразное вдавленіе (*uterus arcuatus*).

Обѣ половины двойной и двурогой матки бываютъ обыкновенно одинаково хорошо развиты, но наблюдается и зачаточное развитіе одного изъ роговъ.

При всѣхъ этихъ видахъ раздвоенія матки влагалище можетъ быть развито нормально или представляется также раздвоеннымъ.

При двойной маткѣ имѣется возможность для каждой изъ половинокъ функционировать независимо другъ отъ друга, но обыкновенно отправления ихъ наступаютъ одновременно.

Беременность возможна въ обоихъ рогахъ, причемъ одинъ рогъ можетъ забеременѣть раньше, другой позже. Въ случаѣ беременности въ одномъ рогѣ мѣсячныя изъ другого рога обыкновенно прекращаются. Слизистая оболочка небеременной половины измѣняется въ отпадающую оболочку, выдѣляющуюся послѣ родовъ.

Роды при двурогой маткѣ могутъ протекать нормально, но часто затягиваются. Рѣдко головка не вступаетъ правильно въ тазъ, а задерживается въ противоположной забеременѣвшему рогу подвздошной впадинѣ. Опусканію головки до нѣкоторой степени можетъ препятствовать и другой небеременный рогъ матки. Въ большинствѣ случаевъ роды оканчиваются силами природы. Сравнительно рѣдко наблюдаются неправильности, требующія акушерскаго вмѣшательства.

Въ послѣродовомъ періодѣ сравнительно часто получаютъ различныя осложненія и заболѣванія.

#### Недоразвитіе матки (*Uterus parvus*).

Вслѣдствіе различныхъ причинъ матка у взрослыхъ женщинъ можетъ сохранить форму, присущую ей въ зародышевой жизни или въ дѣтскомъ возрастѣ.

Зародышевая матка отличается незначительно величиною и состоит по преимуществу из шейки при сравнительно небольшомъ тѣлѣ съ тонкими стѣнками. Влагалищная часть имѣетъ видъ небольшого соска съ очень маленькимъ отверстиемъ.

Малая матка лишь своими размѣрами и незначительною толщиною стѣнокъ отличается отъ нормальной. Затѣмъ по большей части имѣется еще и неправильное положеніе матки (перегибъ матки). Мѣсячныя либо совершенно отсутствуютъ, либо наступаютъ поздно, появляются чрезъ длинные промежутки и рано прекращаются. Беременность обыкновенно не наступаетъ.

Отъ этой формы недоразвитія слѣдуетъ отличать атрофію матки. Малая (атрофическая) матка, какъ явленіе приобрѣтенное, образуется вслѣдствіе разныхъ причинъ, какъ-то: очень продолжительнаго кормленія, тяжелыхъ общихъ заболѣваній, въ особенности хроническихъ (чахотка и т. п.). Главнымъ симптомомъ такого состоянія матки является отсутствіе регуль (*amenorrhoea*).

Леченіе такихъ состояній матки должно быть направлено, главнымъ образомъ, на общее укрѣпленіе организма: хорошее питаніе, желѣзо, гимнастика, морскія купанья и т. п. Мѣстно иногда съ успѣхомъ примѣняютъ массажъ.

### Заращеніе шейки матки (*Atresia cervicis*).

Заращеніе наблюдается какъ у внутренняго, такъ и у наружнаго зѣва матки.

**Причины.** Сравнительно рѣдко заращенія представляются врожденными. Въ такихъ случаяхъ имъ обыкновенно сопутствуютъ другіе пороки развитія матки (двурогая матка и т. п.). Чаше заращенія развиваются во внѣутробной жизни, какъ результатъ различныхъ воспалительныхъ процессовъ, или измѣненій, претерпѣваемыхъ слизистой оболочкой при прижиганіяхъ сильно дѣйствующими веществами (ляписомъ, каленымъ желѣзомъ и т. п.). Далѣе въ продолженіи беременности могутъ образоваться заращенія наружнаго зѣва матки, благодаря язвеннымъ процессамъ различнаго происхожденія. Наконецъ, заращенія могутъ развиваться послѣ трудныхъ родовъ или послѣродовыхъ воспалительныхъ процессовъ.

**Анатомическія измѣненія.** Въ періодъ зрѣлости послѣдствіемъ заращенія отверстій матки является скопленіе менструальной крови въ полости матки и образованіе кровяной опухоли (*haematometra*). При заращеніи внутренняго зѣва растягивается только тѣло матки, при заращеніи же наружнаго зѣва

въ образованіи опухоли принимаетъ участіе также и шейка (Рис. 38).

Въ образованіи кровяной опухоли здѣсь чаще, чѣмъ при заращеніи влагалища или дѣвственной плевы, принимаетъ также участіе и расширенная кровью Фаллопиева труба.

**Признаки.** Симптомы здѣсь тѣ-же, что и при заращеніяхъ влагалища (см. стр. 89).

**Распознаваніе.** Что касается распознаванія, то кровяную опухоль матки можно смѣшать съ беременностью въ первые мѣсяцы. Для отличительнаго распознаванія имѣетъ значеніе разспросъ, если изъ него выясняется, что мѣсячныхъ отдѣленій вообще еще никогда не было. При изслѣдованіи наводятъ на истинный путь различіе на напряженіи стѣнокъ матки, отсутствіе разрыхленія въ области внутренняго зѣва, а также и отсутствіе вѣроятныхъ признаковъ беременности. Очень большія затрудненія представляетъ распознаваніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровяная опухоль развивается въ одномъ

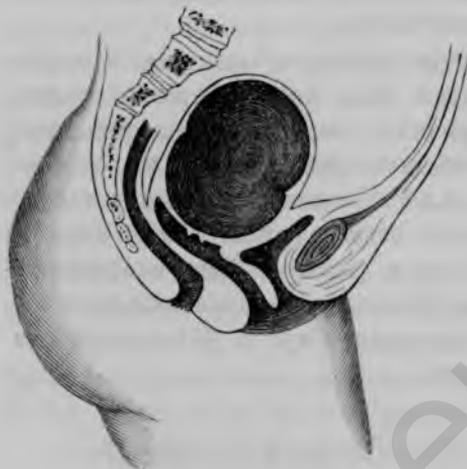


Рис. 38. Кровяная опухоль вслѣдствіе заращенія наружнаго зѣва матки.

рогѣ двурогой матки. Здѣсь менструація непораженнаго рога, вслѣдствіе какихъ-либо причинъ, можетъ прекратиться, между тѣмъ какъ рогъ другой стороны постепенно увеличивается вслѣдствіе накопленія крови.

**Леченіе** состоитъ въ опорожненіи растянутой кровью матки оперативнымъ путемъ.

При сращеніи наружнаго зѣва, развившемся въ теченіи беременности, во время родовъ можетъ не произойти раскрытія зѣва, даже послѣ полнаго сглаживанія шейки. Подъ вліяніемъ напорающаго плоднаго пузыря или подлежащей части, шейка растягивается настолько, что становится тонкой, какъ бумага. При изслѣдованіи не удается прощупать зѣва, а на мѣстѣ его замѣчается лишь небольшое ямкообразное углубленіе. Слѣдуетъ остерегаться, чтобы не принять растянутой шейки за напряженный плодный пузырь. Разрушеніе сращенія и восстановленіе зѣва удается обыкновенно легко при помощи какого-нибудь тупого инструмента (пинцетъ, корнцангъ), а въ крайнемъ случаѣ даже и

кончикомъ пальца. Теплыми спринцеваніями можно способствовать разрыхленію рубцового сращенія.

Въ рѣдкихъ лишь случаяхъ можетъ встрѣтиться надобность въ оперативномъ вмѣшательствѣ.

### Суженіе отверстій матки (Stenosis uteri).

Суженіе можетъ ограничиться только однимъ изъ отверстій, либо внутреннимъ, либо наружнымъ зѣвомъ, или же весь каналъ шейки представляется равномерно суженнымъ.

**Причины.** Какъ состояніе врожденное, суженіе одного изъ отверстій матки встрѣчается совмѣстно съ различнаго рода задержками развитія ея. Однако и при вполне правильномъ развитіи матки встрѣчается нерѣдко суженіе; въ такихъ случаяхъ обыкновенно наблюдается удлиненіе и коническая форма шейки матки.

Сравнительно рѣже встрѣчаются приобретенныя суженія. Послѣднія могутъ образоваться послѣ тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній, или же вслѣдствіе прижиганій, предпринятыхъ съ терапевтической цѣлью. Далѣе различные воспалительные процессы могутъ также обусловить суженіе отверстій матки. Наконецъ, у престарѣлыхъ женщинъ незначительныя степени суженія канала шейки представляются явленіемъ обычнымъ.

**Анатомическія измѣненія.** Какъ врожденныя, такъ и приобретенныя суженія чаще всего появляются у наружнаго отверстія матки, которое иногда настолько суживается, что лишь съ трудомъ пропускаетъ тонкій зондъ.

Врожденное суженіе обыкновенно сопровождается значительнымъ перегибомъ матки впередъ.

Какъ послѣдствіе суженій и не вполне свободнаго стока выдѣленій и слизи, нерѣдко встрѣчается катарральное состояніе слизистой оболочки матки.

**Признаки.** Главными симптомами суженія отверстій матки являются болѣзненные мѣсячныя и безплодіе. До появленія регуль больныя испытываютъ страшныя боли схваткообразнаго характера. Боли эти начинаютъ утихать лишь съ появленіемъ болѣе обильнаго выдѣленія крови. Нерѣдко боли достигаютъ такой степени, что больныя просто кричатъ; иногда наблюдается тошнота, рвота и сильныя головныя боли.

Безплодіе, встрѣчающееся при суженіяхъ матки, носитъ лишь относительный характеръ. Зачатіе возможно, но оно затруднено. Беременность, если она наступаетъ, протекаетъ нормально. Роды

обыкновенно затягиваются, а въ случаяхъ значительнаго суженія во время родовъ могутъ наступить осложненія, упомянутыя выше (стр. 91).

**Лечение.** Лечение стенозовъ отверстій матки состоитъ въ расширеніи суженнаго мѣста механическимъ или оперативнымъ путемъ.

## II. Воспаленіе матки.

Тѣсная связь, существующая между тканевыми слоями, составляющими стѣнку матки, дѣлаетъ понятнымъ, что воспалительный процессъ, начинающійся въ одномъ слоѣ, обыкновенно переходитъ и на остальные. Другими словами, почти всегда — по крайней мѣрѣ, при острыхъ формахъ—воспаленіе распространяется болѣе или менѣе на всю толщю стѣнки матки. Слѣдуетъ замѣтить, что болшею частью одновременно подвергаются заболѣванію какъ тѣло, такъ и шейка матки.

При хронически развивающихся формахъ воспаленія скорѣе уже возможно ограниченіе процесса либо только областью тѣла матки, либо только областью шейки, при участіи въ болѣзненномъ процессѣ только одного изъ слоевъ маточной стѣнки.

Если тѣмъ не менѣе въ слѣдующемъ будетъ рѣчь о воспаленіи слизистой оболочки матки (*endometritis*), или о воспаленіи мышечнаго слоя матки (*metritis*), то слѣдуетъ помнить, что такимъ обозначеніемъ имѣется лишь въ виду указать тотъ слой стѣнки, который главнымъ образомъ и болше всего подвергается измѣненію.

### Острое воспаленіе матки (*Metro-endometritis acuta*).

**Причины.** Острый воспалительный процессъ всегда начинается со слизистой оболочки и обусловливается зараженіемъ болѣзнетворными началами. Таковыми являются различные возбудители гніенія (сапрофиты), стрептококкъ, стафилококкъ, гонококкъ, палочка бугорчатки, палочка дифтеріи и т. д.

Менѣе ясна роль микроорганизмовъ при тѣхъ формахъ метроэндометрита, которыя наблюдаются при остро-заразныхъ заболѣваніяхъ.

**Анатомическія измѣненія.** Патолого-анатомическія измѣненія выражаются прежде всего въ томъ, что слизистая оболочка и мышечный слой матки полнокровны и отечны. Микроорганизмы гнѣздятся не только въ слизистой оболочкѣ, но проникаютъ, какъ,

напримѣръ, гонококки, даже и въ мышечный слой. Мѣстами въ тканяхъ замѣчаются кровоизліянія. Мерцательный эпителий слищивается и на поверхности слизистой оболочки образуются иногда сѣроватые налеты. Всѣ ткани представляются сочными съ гнѣздными скопленіями гнойныхъ тѣлецъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до образованія многочисленныхъ гнойничковъ, сливающихся въ большіе гнойники. Брюшинный покровъ находится въ состояніи гипереміи (полнокровія) и мѣстами покрытъ сывороточнымъ выпотомъ.

Выдѣленія изъ матки содержатъ множество микроорганизмовъ. Процессъ съ матки легко распространяется на трубы, влагалище и наружныя половыя части.

**Признаки.** Острыя формы метро-эндометрита всегда сопровождаются повышеніемъ температуры и прочими явленіями лихорадочнаго состоянія. Больныя жалуются на чувство тяжести и боли внизу живота, иногда столь сильныя, что двойное изслѣдованіе дѣлается невозможнымъ. Зачастую мѣсячныя очищенія внезапно прекращаются, а иногда, наоборотъ, наблюдается обильное выдѣленіе крови. Въ иныхъ случаяхъ изъ матки первоначально выдѣляется водянистая сукровица, принимающая затѣмъ гнойно-кровянистый характеръ. Имѣются также явленія со стороны мочевого пузыря.

Острый процессъ часто не разрѣшается, а переходитъ въ хроническую форму.

**Распознаваніе.** Для діагноза остраго метро-эндометрита большое значеніе имѣютъ какъ анамнестическія данныя, указывающія на происшедшее зараженіе, такъ и объективное изслѣдованіе, исключющее участіе придатковъ въ образованіи картины болѣзни. Характеръ микроорганизмовъ, обусловившихъ заболѣваніе, опредѣляется микроскопическимъ и бактериологическимъ изслѣдованіемъ выдѣлений матки.

**Леченіе.** Въ началѣ заболѣванія предписываютъ полный покой и примѣняютъ холодъ въ видѣ пузыря со льдомъ на низъ живота. Наркотическія средства въ формѣ свѣчекъ или клизмъ устраняютъ на нѣкоторое время боли, иногда весьма мучительныя. Для удаленія накопляющихся во влагалищѣ выдѣлений назначаютъ въ остромъ періодѣ спринцеваніе стерилизованной водой или слабыми дезинфицирующими растворами и лишь въ послѣдствіи прибѣгаютъ къ болѣе сильнымъ дезинфицирующимъ средствамъ.

## Хроническій эндометритъ тѣла матки (Endometritis chronica corporis uteri).

**Причины.** Хроническое воспаление слизистой оболочки матки является иногда исходомъ остраго воспаленія. Въ другомъ-же рядѣ случаевъ процессъ съ самаго начала развивается хронически и нерѣдко даже безъ участія микроорганизмовъ, подѣ влияніемъ затрудненнаго кровообращенія въ половыхъ органахъ. Такого рода эндометритъ наблюдается при смѣщеніяхъ и новообразованияхъ матки. Заболѣванія придатковъ также нерѣдко сопровождаются хроническимъ эндометритомъ. При различныхъ хроническихъ болѣзняхъ и расстройствахъ питанія наблюдается развитіе хроническаго эндометрита, такъ, на примѣръ, при золотухѣ, чахоткѣ, блѣдной немочи и т. д.

**Анатомическія измѣненія.** Измѣненія слизистой оболочки при хроническомъ воспаленіи ея чаще всего носятъ характеръ сплошнаго разращенія. Благодаря этому вся слизистая оболочка представляется утолщенной, припухшей, полнокровной и сочной. Иногда существенныя измѣненія слизистой оболочки сосредоточиваются въ железахъ, которыя при этомъ сильно разрастаются и ненормально развѣтвляются (железистая форма эндометрита). Въ другихъ случаяхъ измѣненію подвергаются, главнымъ образомъ, соединительно-тканные элементы, расположенные между железами; ткань эта сильно разрастается и въ ней появляется большое количество овальныхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ и волосныхъ сосудовъ (промежуточная форма эндометрита). Нѣкоторые хроническіе эндометриты представляютъ собою смѣшанную форму железистаго и промежуточнаго эндометрита. При этихъ формахъ мѣстами имѣются разрастанія железъ, мѣстами разрастанія соединительно-тканной основы слизистой оболочки.

При нѣкоторыхъ хроническихъ эндометритахъ наблюдается во время мѣсячныхъ отслойка поверхностныхъ слоевъ слизистой оболочки. Схваткообразными сокращеніями отслоенныя перепонки выдѣляются изъ матки (*dysmenorrhoea membranacea*). Въ климактерическомъ періодѣ хроническое воспаление слизистой оболочки принимаетъ нерѣдко иной характеръ. Въ этихъ случаяхъ слизистая оболочка представляется не утолщенной, а, напротивъ, весьма тонкой и плотной съ различными измѣненіями атрофическаго характера.

**Признаки.** Главными мѣстными симптомами хроническаго воспаленія слизистой оболочки являются бѣли и кровотеченія.

Бѣли по количеству бываютъ весьма различны, носятъ гноевидный, а иногда чисто гнойный характеръ. Кромѣ гнойныхъ элементовъ и эпителиальныхъ клѣтокъ, въ нихъ встрѣчаются и различные микроорганизмы. Мѣсячныя обыкновенно бываютъ обильны, продолжительны и появляются не въ правильные промежутки — то спѣшать, то запаздываютъ. Нерѣдко регулы продолжаются 7 — 14 дней. Иногда уже прекратившіяся регулы при движеніяхъ появляются вновь. Количество теряемой крови не всегда одинаково; иногда бываетъ много крови, даже со сгустками, иногда же кровь выдѣляется въ маломъ количествѣ и непостоянно. При отслаивающей формѣ эндометрита въ первые дни до отхожденія пленокъ всегда имѣются сильныя боли схваткообразнаго характера.

Многія больныя жалуются на болѣе или менѣе постоянныя боли внизу живота, въ поясницѣ или въ пахахъ; нерѣдко боли распространяются на бедра, въ особенности по внутренней и передней поверхностямъ.

Если эндометритъ продолжается долгое время, то замѣчаютъ признаки постепенно развивающагося малокровія, или же различныя болѣзненные явленія нервнаго характера: боли въ спинѣ, мигрень, сочувственныя явленія со стороны желудка, симптомы неврастеніи и истеріи. Бесплодіе часто. Наступающая беременность нерѣдко оканчивается выкидышемъ.

**Распознаваніе.** Если данными анемнеза и объективнаго изслѣдованія исключаются другія причины имѣющихся припадковъ, то послѣдніе могутъ обусловливаться только измѣненіями въ маткѣ, а потому полость матки подлежитъ изслѣдованію.

Съ соблюденіемъ всѣхъ мѣръ предосторожности въ полость матки вводятъ зондъ, при помощи котораго стараются опредѣлить гладкость или шероховатость поверхности, кровоточивость и, быть можетъ, имѣющееся мѣстное повышеніе чувствительности слизистой оболочки. Для распознаванія того или другаго вида эндометрита и исключенія злокачественнаго перерожденія слизистой оболочки требуется пробное выскабливаніе слизистой оболочки и микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ частичекъ. Въ случаѣ сомнѣнія относительно характера заболѣванія необходимо расширить полость матки настолько, чтобы стало возможнымъ изслѣдованіе полости матки пальцемъ. Нерѣдко только такимъ путемъ удается опредѣлить небольшія новообразованія (полипы), какъ причину кровотеченій и бѣлей.

**Леченіе.** Не всѣ хроническіе эндометриты требуютъ мѣстнаго леченія. Это въ особенности относится къ формамъ хрони-

ческаго воспаленія, которыя наблюдаются при различныхъ хроническихъ болѣзняхъ. Въ такихъ случаяхъ можно уже въ значительной степени облегчить состояніе больной примѣненіемъ покоя и назначеніемъ кровеостанавливающихъ средствъ. Успѣху такого леченія крайне способствуютъ заботы объ укрѣпленіи всего организма (различные желѣзистые препараты, рыбій жиръ и т. п.). Укрѣпляющее леченіе проводится въ періоды, свободные отъ болѣзненныхъ симптомовъ.

Промываніями влагалища стерилизованной водой, слабыми растворами соды, борной или салициловой кислоты удаляются застаивающіяся во влагалищѣ отдѣленія.

Въ тѣхъ случаяхъ эндометрита, гдѣ необходимо непосредственное воздѣйствіе на слизистую оболочку, примѣняютъ прижиганія слизистой оболочки іодной настойкой, крѣпкими растворами карболовой кислоты, формалина и т. п. Вещества эти вводятся въ полость матки съ помощью зонда Playfair'a или шприца Graun'a. При достаточной проходимости матки хорошее дѣйствіе оказываютъ промыванія полости матки дезинфицирующими растворами при помощи катетра Bozemann'a. Нѣкоторые рекомендуютъ методическую тампонаду полости матки іодоформной марлей. Весьма цѣлесообразнымъ средствомъ при нѣкоторыхъ формахъ эндометрита служитъ выскабливаніе слизистой оболочки матки. По окончаніи операціи нѣкоторые производятъ еще прижиганіе іодной настойкой при помощи шприца или зонда.

Хроническій эндометритъ шейки матки (*Endometritis chronica cervicis uteri*).

Одновременно съ хроническимъ воспаленіемъ слизистой оболочки дна и тѣла матки, а также и независимо отъ того процесса, довольно часто наблюдается хроническое воспаленіе маточной шейки, особенно влагалищной ея части.

**Причины.** Въ простой зависимости отъ развитія и размноженія различныхъ микроорганизмовъ эти процессы обыкновенно не стоятъ. Причиной возникновенія ихъ служатъ довольно часто большіе надрывы на шейкѣ; не срастаясь въ послѣродовомъ періодѣ, эти надрывы обуславливаютъ выворотъ маточныхъ губъ. Выпячивающаяся при такомъ состояніи зѣва слизистая оболочка шейки подвергается различнаго рода неблагоприятнымъ вліяніямъ, или же, подобно слизистой оболочкѣ неповрежденной шейки, воспаляется и изъязвляется, приходя въ соприкосновеніе съ їдкими или заразительными выдѣленіями влагалища.

**Анатомическія измѣненія.** При хроническомъ воспаленіи шейки слизистая оболочка канала дѣлается сочной, наливается кровью и разрастается. Вслѣдствіе разрастанія элементовъ мышечной соединительной ткани нерѣдко измѣняется и форма шейки; послѣдняя удлиняется и утолщается. Чаще измѣненію подвергается только влагалищная часть, губы которой утолщаются и отвердѣваютъ. Иногда объемъ влагалищной части значительно увеличивается. Покрывающая ее слизистая оболочка окрашена въ синевато-багровый цвѣтъ.

Подъ вліяніемъ развѣдающихъ влагалищныхъ выдѣлений многослойный эпителий въ окружности наружнаго зѣва нерѣдко случивается и замѣщается цилиндрическимъ. Образующая здѣсь ссадина (*erosio*) отличается отъ остальной слизистой оболочки влагалищной части своимъ яркокраснымъ цвѣтомъ и бархатистою поверхностью. При разрывахъ шейки получается съ теченіемъ времени выворотъ измѣненной слизистой оболочки (*ectropium*) (Рис. 39).

Въ слизистой оболочкѣ, разросшейся вслѣдствіе хроническаго воспаленія, замѣчается иногда образованіе многочисленныхъ пузырьковъ, происшедшихъ отъ закупорки выводныхъ протоковъ разросшихся слизистыхъ железъ (*ovula Nabothii*). Такія кистовидныя новообразованія возвышаются нѣсколько надъ поверхностью вывороченной или изъязвленной слизистой оболочки.

Наконецъ, на измѣненной слизистой оболочкѣ замѣчаются иногда болѣе ограниченныя разрастанія слизистой оболочки, въ видѣ возвышеній или сидящихъ на ножкѣ круглыхъ или продолговатыхъ небольшихъ опухолей (слизистый полипъ, *polypus mucosus*). Опухоли эти краснаго цвѣта, мягкой консистенціи, съ неровною дольчатою, легко кровоточащею поверхностью.

**Признаки.** Изъ болѣзненныхъ симптомовъ рѣзче всего бросается въ глаза количественное увеличеніе отдѣлений, обусловленное отчасти увеличеніемъ поверхности слизистой оболочки. Вслѣдствіе

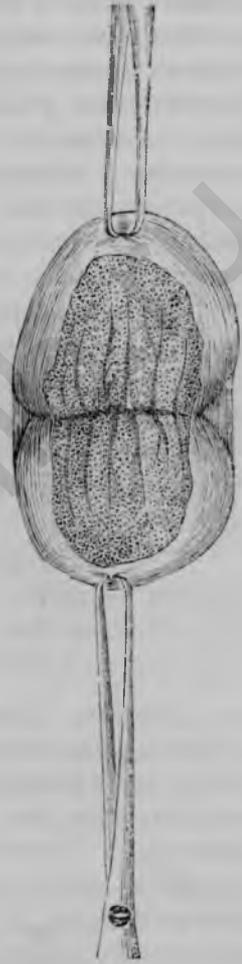


Рис. 39. Выворотъ слизистой оболочки шейки.

примѣси гноя стекловидная слизь мутнѣть, но остается тягучей и удерживаетъ щелочную реакцію. Съ увеличеніемъ содержанія гнойныхъ элементовъ, выдѣленія разжижаются и пріобрѣтаютъ нейтральную реакцію. Бѣли вытекаютъ не постоянно, а скопляются отчасти въ шейкѣ, отчасти въ сводахъ. Изливаясь тогда въ большомъ количествѣ, онѣ вызываютъ у больныхъ неприятное чувство влажности. Незначительныя потери крови наблюдаются сравнительно рѣдко: послѣ усиленныхъ движеній, изслѣдованія или совокупленія. Кровотеченія почти всегда встрѣчаются при слизистыхъ полипахъ. Больныя, страдающія хроническимъ эндометритомъ шейки, жалуются нерѣдко на чувство тяжести въ животѣ или боли въ поясницѣ. Иногда наблюдаются различныя явленія нервного характера.

**Распознаваніе.** При помощи зеркала установить діагнозъ затрудненій по большей части не представляетъ. По удаленіи слизи, покрывающей влагалищную часть, рѣзко выступаютъ ссадины или выворотъ шейки съ разросшейся слизистой оболочкой. Присутствіе выступающей изъ наружнаго зѣва пробки сѣровой густой слизи указываетъ на катарральныя измѣненія въ каналѣ шейки.

При малѣйшемъ подозрѣніи на недоброкачественность разращенія слизистой оболочки снимаютъ частицу ея и подвергаютъ микроскопическому изслѣдованію. Въ виду этого такихъ больныхъ слѣдуетъ по возможности скоро направлять къ врачу.

**Леченіе.** Первой задачей леченія является удаленіе слизи и бѣлей, поддерживающихъ воспалительный процессъ, что достигается влагалищными спринцеваніями, содержащими слизь-разжижающія вещества (сода, соль). Для устраненія выворотовъ и ссадинъ въ большинствѣ случаевъ примѣняютъ прижигающія вещества въ видѣ смазываній (*t-ga jodi*) и мѣстныхъ ваннъ влагалищной части (*acet. rugolignosum*), или же прибѣгаютъ къ непосредственнымъ прижиганіямъ ляписомъ и каленымъ желѣзомъ.

Весьма дѣйствительнымъ средствомъ оказывается иногда выскабливаніе измѣненной слизистой оболочки съ послѣдующимъ прижиганіемъ іодной настойкой или насѣчки скарификаторомъ.

При глубокихъ надрывахъ шейки возстановляютъ оперативнымъ путемъ нормальную форму наружнаго зѣва. При значительномъ же выворотѣ и разращеніи производятъ усѣченіе (ампутацію) влагалищной части.

## Воспаленіе вещества матки (Metritis chronica).

**Причина.** Хроническое воспаленіе матки представляет собою чаще всего послѣдствіе остраго метро-эндометрита, или же осложненіе хроническаго эндометрита. Лишь нѣкоторыя формы хроническаго метрита развиваются подъ вліяніемъ затрудненнаго кровообращенія въ тазовыхъ органахъ вообще и въ маткѣ въ частности. Въ этомъ смыслѣ и могутъ считаться причинами постепеннаго развитія хроническаго метрита такіе моменты, какъ: неправильное обратное развитіе матки послѣ родовъ и выкидышей, смѣщенія матки, воспаленія придатковъ, новообразованія, погрѣшности супружескаго сожителства, неосторожности или простуда во время регуль и т. п.

**Анатомическія измѣненія.** Подъ вліяніемъ указанныхъ выше причинъ стѣнки матки, въ особенности мышечный слой, претерпѣваютъ рядъ измѣненій. Въ началѣ стѣнки матки представляются сочными и полнокровными; сосуды, въ особенности венозные, переполнены кровью. Въ такомъ-же состояніи находятся и вены, расположенныя по сторонамъ матки. Съ теченіемъ времени эти разстройства кровообращенія вызываютъ застой лимфы и измѣненія въ тканяхъ. Соединительно-тканые элементы мышечнаго слоя разрастаются и размножаются, между тѣмъ какъ мышечныя волокна количественно не увеличиваются, или даже уменьшаются. Разросшіеся соединительно-тканые элементы постепенно преобразовываются въ плотную волокнистую ткань. Благодаря такимъ измѣненіямъ составныхъ частей матки, весь органъ увеличивается въ объемъ. Первоначально сочная матка затѣмъ становится плотной и неподатливой. При разрѣзѣ стѣнки хрустятъ, а поверхность разрѣза характеризуется блестящей и бѣловатой окраской, благодаря обилію волоконъ соединительной ткани.

Величина матки при хроническомъ метритѣ достигаетъ иногда величины этого органа на второмъ мѣсяцѣ беременности.

**Признаки.** Изъ болѣзненныхъ признаковъ прежде всего слѣдуетъ указать на то, что тяжеловѣсная матка обуславливаетъ ощущеніе тяжести и тупой боли внизу живота. При движеніяхъ и при изслѣдованіи боль эта усиливается. Вслѣдствіе давленія тяжелой матки на нервные стволы и сплетенія, обыкновенно наблюдаются и боли въ поясницѣ. Отправленія матки разстраиваются вслѣдствіе измѣненія ея вещества. Мѣсячныя въ началѣ заболѣванія обыкновенно болѣзненные, обильныя и частыя, позднѣе количественно уменьшаются и даже могутъ преждевременно прекратиться.

Бесплодіе наблюдается часто. Беременность возможна, но сопровождается по большей части сильными болями внизу живота и нерѣдко заканчивается выкидышемъ.

Обычныя жалобы указываютъ далѣе на разнообразныя отраженныя явленія: головная боль, невралгія, мигрень, общее нервное расстройство, отсутствие аппетита, тошнота, запоры и т. п.

**Распознаваніе.** При поверхностномъ изслѣдованіи можно смѣшать хроническую припухлость матки съ беременностью въ первые мѣсяцы. Продолжающіяся мѣсячныя, плотность нешарообразно увеличенной матки и отсутствіе остальныхъ вѣроятныхъ признаковъ беременности дадутъ возможность, при нѣкоторой внимательности, исключить беременность.

**Леченіе.** Въ виду того, что при развитіи болѣзни застой крови въ маткѣ играетъ существенную роль, на это обстоятельство слѣдуетъ при леченіи обратить вниманіе съ самаго начала. Здѣсь умѣстны всѣ тѣ средства, которыя дѣйствуютъ сокращающимъ образомъ на сосудистую систему или на мышечные элементы матки и тѣмъ обуславливаютъ мѣстное малокровіе этого органа. Сюда относятся: *extractum fluidum hydrastis canadensis* и ему подобные препараты, *secale cornutum*, *ergotinum* и т. п. Для устраненія прилива крови къ внутреннимъ половымъ органамъ во время мѣсячныхъ предписываютъ полный покой. Далѣе слѣдятъ за правильнымъ дѣйствіемъ кишечника, такъ какъ хроническіе запоры, въ свою очередь, способствуютъ переполненію кровью внутреннихъ половыхъ органовъ. Какъ средство, устраняющее застой крови въ маткѣ и тазовыхъ органахъ и регулирующее мѣсячныя, заслуживаетъ вниманія маминъ, особенно вмѣстѣ съ мѣстнымъ леченіемъ.

Въ начальныхъ періодахъ заболѣванія хорошее дѣйствіе оказываютъ мѣстныя кровопусканія путемъ насѣчекъ влагалищной части (*scarificatio*).

Въ болѣе позднихъ періодахъ стремятся различными мѣрами способствовать всасыванію и обратному развитію имѣющихся въ веществѣ матки измѣненій. Съ этой цѣлью примѣняютъ тампоны, пропитанные глицериномъ съ іодомъ, ихтіоломъ, іодистымъ калиемъ и т. п. То-же дѣйствіе должны оказывать горячіе души, полуванны или полныя ванны съ примѣсью солей, разсоловъ или грязей, а также и примѣненіе гинекологическаго массажа.

Если имѣется значительное увеличеніе влагалищной части, то прибѣгаютъ къ усѣченію ея.

Такъ какъ при этихъ заболѣваніяхъ никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду общаго леченія, то такихъ больныхъ охотно направляютъ въ различные курорты.

### III. Новообразованія матки.

Миома или фибромиома матки (Myoma seu fibromyoma uteri).

Миомы — опухоли, состоящія изъ гладкихъ мышечныхъ и соединительно-тканыхъ элементовъ — являются самыми частыми новообразованіями матки. Опухоли эти имѣютъ обыкновенно кругловатую форму и плотную консистенцію. Величина опухоли



Рис. 40. Промежугочныя и подслизистыя міомы.

бываетъ очень различна: отъ горошины до головы взрослого чело-вѣка и даже больше. Чаще всего въ маткѣ встрѣчается по нѣ-сколько опухолей, занимающихъ преимущественно дно и тѣло, рѣже шейку матки. Ростъ опухолей медленный.

**Причины.** Условія, при которыхъ начинаютъ развиваться эти новообразованія, пока еще неизвѣстны. Не подлежитъ однако сомнѣнію, что отправления матки вліяютъ на образованіе міомъ. Послѣднія развиваются, главнымъ образомъ, въ періодъ половой

дѣтельности матки; нерѣдко ростъ ихъ стоитъ въ связи съ менструальными приливами крови. Во время беременности ростъ опухолей ускоряется, въ періодъ увяданія, напротивъ того, замедляется.

Чаще всего опухоли наблюдаются у женщинъ въ возрастѣ отъ 35 до 45 лѣтъ, при чемъ нерожавшія даютъ немного большій процентъ, нежели рожавшія.

**Анатомическія измѣненія.** При своемъ развитіи опухоль первоначально располагается въ толщинѣ мышечнаго слоя матки и снабжена оболочкой (капсулой) изъ соединительной ткани, бо-

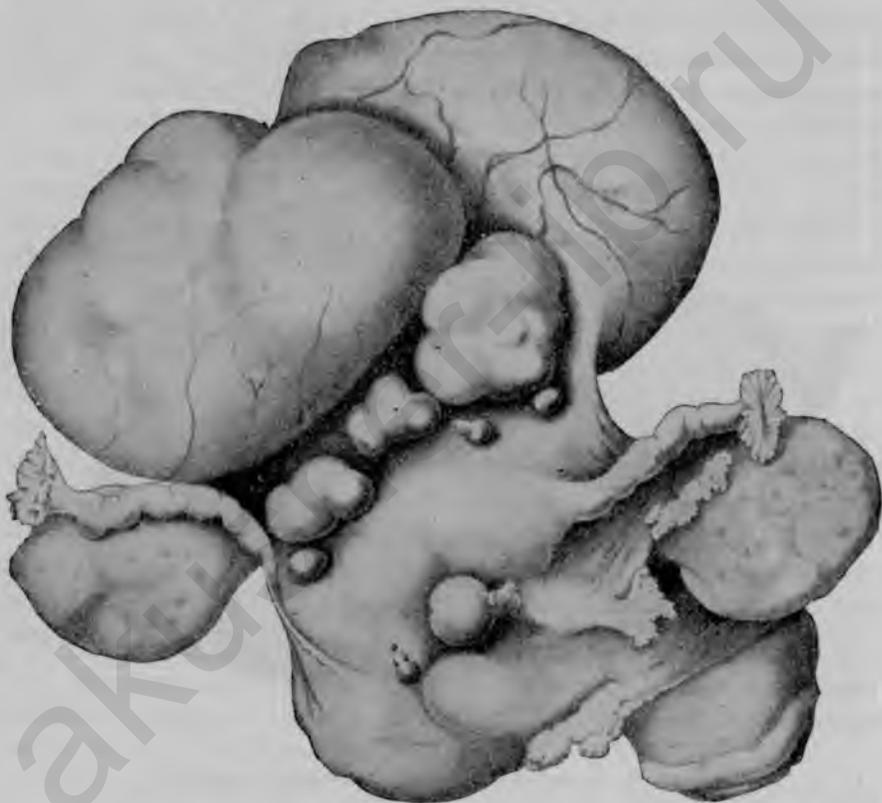


Рис. 41. Подбрюшинныя множественныя міомы.

гатой кровеносными сосудами, питающими опухоль. Если при дальнѣйшемъ развитіи и ростѣ опухоль не измѣняетъ своего положенія по отношенію къ стѣнкамъ матки, то такую міому называютъ промежуточной (Рис. 40). Опухоли, разрастающіяся по направленію къ наружной поверхности матки и располагающіяся въ концѣ концовъ въ видѣ бугровъ на ея поверхности, представляютъ собою подбрюшинную форму міомы. Подбрюшинныя

міомы находятъ иногда въ соединеніи съ поверхностью матки лишь посредствомъ тонкой ножки (Рис. 41). Подслизистыми міомами называются тѣ формы новообразованія, ростъ которыхъ идетъ по направленію къ полости матки, вслѣдствіе чего поверхность послѣдней въ значительной степени измѣняется (Рис. 42). Выпячивающіяся въ полость матки міомы покрыты

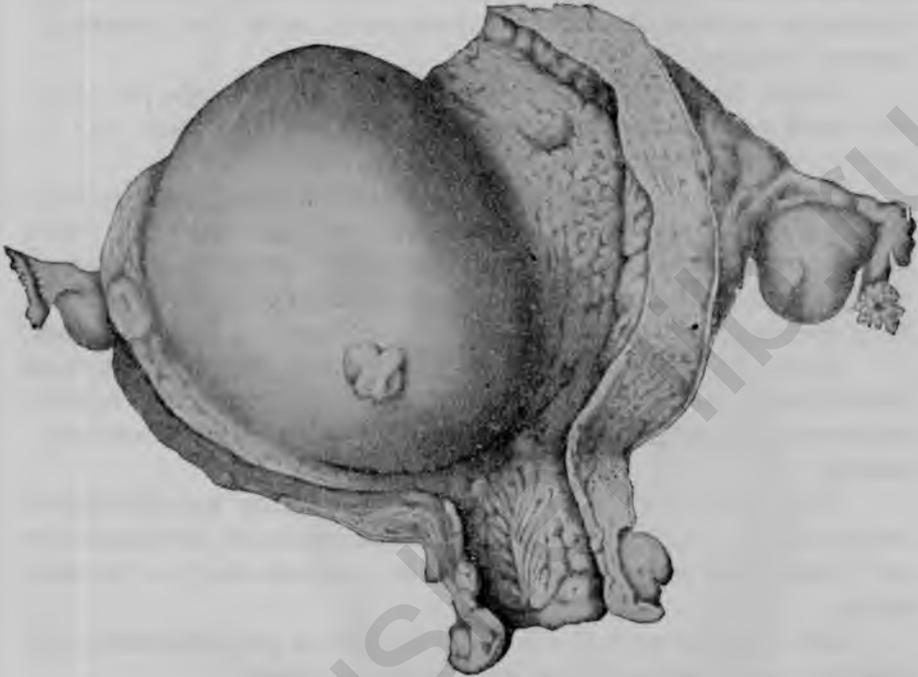


Рис. 42. Большая подслизистая міома.

слизистой оболочкой. Подслизистая опухоль иногда становится стебельчатой и представляетъ собою въ такомъ видѣ т. н. фиброзный полипъ.

Разрастающаяся міома можетъ вызвать измѣненія стѣнокъ и полости матки. Небольшія міомы могутъ обусловить перегибы матки кпереди или кзади. Фиброзные полипы бывають иногда причиной полного или неполного выворота матки.

Болѣе значительныя опухоли, помѣщающіяся въ полости таза, ведутъ къ смѣщенію матки въ сторону, кверху или книзу. При промежуточныхъ, а особенно при подслизистыхъ формахъ міомъ, полость матки расширяется и удлиняется. Въ слизистой оболочкѣ замѣчаются измѣненія, носящія характеръ хроническаго эндометрита. Подъ вліяніемъ объемистыхъ, равномерно увеличивающихъ матку, міомъ измѣняется положеніе широкихъ связокъ, трубъ и

яичниковъ приблизительно въ такомъ же родѣ, какъ и во время беременности. При неравномѣрномъ увеличеніи матки положеніе придатковъ принимаетъ иной характеръ. Кровеносные сосуды, въ особенности вены, заложенные въ широкихъ связкахъ, сильно расширяются.

Увеличивающаяся міоматозная матка обыкновенно свободно поднимается въ брюшную полость. Сравнительно рѣдко міомы вырастаютъ въ широкія связки и смѣщаютъ матку въ противоположную сторону.

Міомы шейки вообще встрѣчаются рѣдко; смотря по исходной своей точкѣ, онѣ или вырастаютъ въ клѣтчатку таза, или же растутъ по направленію къ брюшной полости.

Вслѣдствіе нарушенія питанія міоматозныя опухоли подвергаются иногда различнаго рода измѣненіямъ. На первомъ мѣстѣ здѣсь стоитъ жировое перерожденіе мышечныхъ элементовъ, наблюдаемое особенно часто въ послѣродовомъ періодѣ. Жировое перерожденіе міомы влечетъ за собой уменьшеніе опухоли.

Далѣе, по преимуществу въ старческомъ возрастѣ, опухоли подвергаются окостенѣнію (окаменѣнію). Послѣднее обусловливается отложеніемъ известковыхъ солей въ тканяхъ новообразованія.

При отечномъ пропитываніи опухоль представляется размягченной, соединительно-тканые элементы ея превращаются въ студенистую массу и объемъ самой опухоли быстро увеличивается.

Злокачественное перерожденіе (саркоматозное или раковое) міомы наблюдается сравнительно рѣдко.

Наконецъ, самымъ опаснымъ осложненіемъ, быть можетъ, представляется нагноеніе міомы. Проникая черезъ поврежденную капсулу въ вещество опухоли, возбудители гніенія обуславливаютъ разложеніе и омертвѣніе міомы. Процессы эти ведутъ къ уничтоженію опухоли, но больная при этомъ подвергается опасности гнилостнаго зараженія.

**Признаки.** Во многихъ случаяхъ міомы не даютъ болѣзненныхъ припадковъ и являются случайными находками при изслѣдованіи. Это относится, конечно, преимущественно къ небольшимъ опухолямъ. При сильномъ ростѣ опухоли или же при достиженіи ею извѣстной величины припадки рѣдко отсутствуютъ.

Самымъ частымъ проявленіемъ міомы служитъ кровотеченіе. Количество теряемой крови превышаетъ норму въ 2—4 раза. Первоначально мѣсячныя усиливаются, продолжаются 8—14 дней. Позднѣе промежутки между регулами становятся короткими.

Довольно часто мѣсячныя теряютъ вполне свою правильность, такъ что больныя кровоточатъ почти непрерывно. Кровь выдѣляется иногда въ жидкомъ видѣ, иногда сгустками. Значительныя потери крови влекутъ за собой малокровіе, слабость, сердцебіеніе, обмороки и головокруженіе. Больныя получаютъ блѣдный восковидный цвѣтъ лица, на конечностяхъ появляются отеки.



Рис. 43. Міома шейки матки, заграждающая родовые пути.

Подъ вліяніемъ хроническаго малокровія и истощенія развивается перерожденіе сердечной мышцы съ послѣдующей слабостью сердца.

Кровотеченія зависятъ отъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ и отъ увеличенія ея поверхности. Поэтому значительныя кровотеченія наблюдаются преимущественно при подслизистыхъ и промежуточныхъ міомахъ и фиброзныхъ полипахъ, гораздо рѣже при подбрюшинныхъ міомахъ.

Боли наблюдаются или во время мѣсячныхъ, или же незави-

симо отъ регуль и объясняются отчасти давленіемъ на стѣнки матки вслѣдствіе прилива крови.

Помимо болей въ самой маткѣ, ощущаются иногда еще отраженные боли въ поясницѣ, въ нижнихъ конечностяхъ и т. п. Явленія давленія зависятъ отъ мѣстоположенія и величины міомы. Сравнительно часто, даже при малыхъ опухоляхъ, больныя жалуются на явленія со стороны мочевого пузыря. Уже вскорѣ появляется чувство напряженія и тяжести внизу живота. Если опухоль свободно поднимается въ брюшную полость, то жалобы эти на нѣкоторое время прекращаются. Если же опухоль развивается межсвязочно, или же удерживается въ полости таза сращеніями, то въ такомъ случаѣ сказываются въ полной мѣрѣ признаки давленія опухоли на нервныя сплетенія, на мочевой пузырь и на прямую кишку. При очень большихъ опухоляхъ, помѣщающихся въ брюшной полости, наблюдаются явленія, подобныя вызываемымъ увеличенной маткой въ послѣдніе мѣсяцы беременности, а именно: неправильности въ отправленіяхъ желудка и кишекъ, одышка, затрудненное кровообращеніе, отекъ нижнихъ конечностей, образованіе варикозныхъ узловъ, геморроидальныхъ шишекъ и т. п.

Менѣе постояннымъ припадкомъ считаютъ выдѣленіе бѣлей. При воспаленіи или разложеніи міомы выдѣленія происходятъ въ обильномъ количествѣ, принимаютъ гнойный характеръ и отличаются зловоніемъ.

Бесплодіе наблюдается часто. Наступающая беременность часто оканчивается выкидышемъ. Во время беременности ростъ опухоли усиливается.

Роды осложняются чаще всего при межсвязочно развивающихся опухоляхъ и міомахъ шейки. Такія опухоли заграждаютъ иногда родовые пути и препятствуютъ нормальному родоразрѣшенію (Рис. 43).

Въ послѣдовомъ періодѣ родовъ міомы нерѣдко обуславливаютъ маточныя кровотеченія.

Въ послѣродовомъ періодѣ міомы обыкновенно уменьшаются, а иногда и совершенно исчезаютъ, благодаря жировому перерожденію. Подслизистыя и промежуточныя міомы иногда рождаются въ послѣродовомъ періодѣ, вылушаясь изъ своей капсулы. Какъ результатъ зараженія въ послѣродовомъ періодѣ, наблюдается также нагноеніе и разложеніе міоматозной опухоли.

Въ климактерическомъ возрастѣ ростъ міомъ обыкновенно приостанавливается и опухоли начинаютъ даже уменьшаться.

**Распознаваніе.** Что касается распознаванія, то подбрюшинныя міомы легко прощупываются при изслѣдованіи въ видѣ бугровъ или стебельчатыхъ новообразованій на поверхности матки. Если опухоль сидитъ на широкомъ основаніи, вблизи области внутренняго зѣва, то ее можно принять за перегнутую кпереди или кзади матку.

Опухоли большихъ размѣровъ, въ особенности ущемленныя или сращенныя въ полости таза, могутъ быть приняты за воспалительныя выпоты или скопленіе крови въ Дугласовомъ пространствѣ. Опухоли только что названнаго происхожденія никогда, однако, не обладаютъ такой правильной круглой формой и такой плотной консистенціей, какъ міомы, и обыкновенно распространяются до самыхъ стѣнокъ таза.

Подбрюшинныя міомы очень большихъ размѣровъ можно смѣшать съ опухолями яичниковъ. Въ такихъ случаяхъ тѣсная связь опухоли съ маткой и возможность перемѣщенія опухоли только совмѣстно съ измѣненіемъ положенія матки—говорятъ за міому. Кромѣ того, кисты яичниковъ характеризуются своей эластической консистенціей и зыбленіемъ.

Промежуточныя міомы небольшихъ размѣровъ распознать довольно трудно. Нерѣдко это удается только съ помощью изслѣдованія полости матки пальцемъ. Опухоли большихъ размѣровъ увеличиваютъ обыкновенно матку неравномѣрно. Міоматозную матку, сохранившую нормальную конфигурацію, можно принять за матку беременную или находящуюся въ состояніи хроническаго воспаления. При хроническомъ метритѣ матка сохраняетъ сплюсненную въ передне-заднемъ направленіи форму и становится болѣзненной. Міоматозная матка представляется болѣе или менѣе шарообразно увеличенной и нечувствительной при давленіи. При міомахъ увеличенію подвергаются, главнымъ образомъ, дно и тѣло матки; при хроническомъ метритѣ увеличивается въ объемѣ также и шейка. Смѣшать большую міоматозную матку съ правильно развивающейся беременностью довольно трудно. Неточныя или неправдоподобныя указанія больной и размягченіе опухоли, однако, могутъ ввести въ заблужденіе. При опухоляхъ, доходящихъ до пупка, вообще никогда не слѣдуетъ пренебрегать поисками за мелкими частями, сердцебіеніемъ или движеніемъ плода. Въ сомнительныхъ случаяхъ разрыхленіе въ области внутренняго зѣва можетъ служить признакомъ беременности. Уплотненіе матки при трениі—явленіе, характерное для беременности—наблюдается въ видѣ исключенія и при міомахъ. Маточный шумъ представляетъ собою лишь вѣроятный признакъ беременности и выслушивается

иногда и при больших миомах. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на вызываемыя беременностью измѣненія въ грудяхъ и наружныхъ половыхъ частяхъ. Загадочные случаи требуютъ неоднократнаго изслѣдованія и продолжительнаго наблюденія и выясняются иногда благодаря сравнительно быстрому росту беременной матки.

Подслизистыя миомы, равномерно увеличивающія матку, могутъ представить при распознаваніи тѣ же затрудненія, что и промежуточныя. Отличительное распознаваніе между ними и беременной или же хронически воспаленной маткой обыкновенно затрудненій не представляетъ, благодаря укороченію шейки, наблюдаемому довольно часто при этихъ формахъ миомъ, и возможности прощупать опухоль, введя палецъ въ расширенный каналъ шейки. Отъ кровяной опухоли матки (*haematometra*) отличить миоматозную матку обыкновенно не трудно, хотя и въ первомъ случаѣ наблюдается укороченіе шейки и увеличеніе матки.

Распознаваніе фиброзныхъ полиповъ, находящихся еще въ полости матки, можетъ представить при закрытомъ зѣвѣ значительныя затрудненія. Оно удается лишь послѣ расширенія шейки и изслѣдованія полости матки пальцемъ. Изгоняемый сокращеніями матки полипъ весьма легко можно принять, при поверхностномъ изслѣдованіи, за совершающуюся выкидышъ. Какъ здѣсь, такъ и тамъ имѣются схваткообразныя боли, болѣе или менѣе значительное кровотеченіе и расширеніе канала шейки. Плотность опухоли, соединеніе ея со стѣнкой матки посредствомъ ножки, отсутствіе какихъ-либо признаковъ беременности и, наконецъ, несоотвѣтствующій анамнезъ -- всегда дадутъ возможность при нѣкоторой внимательности поставить вѣрное распознаваніе.

**Леченіе.** Смотря по силѣ припадковъ, вызываемыхъ присутствіемъ опухоли, леченіе можетъ имѣть цѣлью либо только уменьшеніе и устраненіе припадковъ, либо удаленіе самой опухоли. Припадками, подлежащими леченію, являются кровотечения и боли.

Для уменьшенія кровопотери пользуются кровоостанавливающими средствами: препаратами спорыньи, *extract. fluid. hydrastis canadensis*, *stypticin* и т. п.

Временно оказываютъ иногда хорошее дѣйствіе горячіе души. Выскабливаніе слизистой оболочки можетъ быть также примѣнено подъ условіемъ осторожности при выборѣ подходящихъ случаевъ.

Кровоостанавливающимъ образомъ дѣйствуетъ также и электризація постояннымъ токомъ. Остановки кровотеченій, правильныхъ мѣсячныхъ и въ видѣ исключенія также уменьшенія опухоли можно въ иныхъ случаяхъ достигнуть употребленіемъ маммина (3—6 таблетокъ по 0,5 въ день) въ теченіи 1—2 мѣсяцевъ.

Болеутоляющимъ образомъ дѣйствуютъ иногда полный покой, согрѣвающие компрессы или горячія припарки. Въ виду измѣненій сердечной мышцы, столь часто встрѣчаемыхъ при міомахъ, къ наркотическимъ средствамъ прибѣгаютъ не особенно охотно, при чемъ отдаютъ предпочтеніе кодеину передъ морфіемъ.

Переворотъ въ леченіи міомъ произвели Рентгеновскіе лучи. Не подлежитъ уже никакому сомнѣнію, что эти лучи способны вызывать стойкую атрофію яичниковъ, и что, вслѣдствіе полученнаго такимъ путемъ преждевременнаго климактерія, можетъ произойти остановка кровотеченій и сморщиваніе міомы.

Въ виду весьма удовлетворительныхъ результатовъ, получаемыхъ отъ этого способа леченія, въ особенности при промежуточныхъ міомахъ, показанія для оперативнаго пособія при міомахъ должны подвергнуться значительному ограниченію. Лишь въ томъ случаѣ, если леченіе Рентгеновскими лучами оказалось бесполезнымъ или если оно по какой-либо причинѣ не примѣнимо или противопоказано, вступаетъ теперь въ свои права оперативное леченіе.

Оперативныя пособія, предпринимаемая какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны брюшной полости, имѣютъ въ виду либо удаленіе опухоли съ сохраненіемъ матки, либо удаленіе всего заболѣвшаго органа.

У молодыхъ особъ при міомотоміи долженъ быть оставляемъ, по меньшей мѣрѣ, одинъ яичникъ во избѣжаніе развитія явленій выпаденія.

Оперативное удаленіе однихъ яичниковъ съ оставленіемъ міоматозно перерожденной матки (оперативное холощеніе) теперь едва ли еще примѣняется.

### Ракъ матки (Carcinoma uteri).

Новообразование это эпителиальнаго происхожденія, разрушающее при своемъ развитіи нормальныя ткани, и поражаетъ, въ противоположность міомамъ, гораздо чаще шейку, нежели тѣло матки.

Ракъ шейки матки (*Carcinoma cervicis uteri*).

Молодой возрастъ (20—25 лѣтъ) даетъ лишь незначительный процентъ заболѣваній ракомъ шейки. Съ 25-тилѣтняго возраста число заболѣвающихъ быстро увеличивается, достигая самой высокой цифры между 46 и 52 годомъ. Въ болѣе позднемъ возрастѣ вновь замѣчается уменьшеніе заболѣваній. Въ большинствѣ случаевъ ракъ шейки наблюдается у женщинъ много рожавшихъ; у дѣвственницъ это заболѣваніе встрѣчается рѣже.



Рис. 44. Ракъ влагалищной части въ видѣ цвѣтной капусты.

**Анатомическія измѣненія.** Съ анатомической и практической точекъ зрѣнія различаютъ нѣсколько формъ рака шейки.

Прежде всего мы назовемъ ракъ влагалищной части. Ракъ влагалищной части встрѣчается иногда въ видѣ ворсистаго разращенія эпителиальныхъ клѣтокъ, при чемъ исходной точкой является одна изъ губъ. Своей неровной поверхностью и грибовидной формой опухоль напоминаетъ цвѣтную капусту (мозговидный ракъ) (Рис. 44).

Другой видъ рака влагалищной части носитъ болѣе уплотняющій характеръ. Въѣдряясь въ ткань влагалищной части, эпителиальные отростки образуютъ узлы, утолщающіе влагалищную часть и придающіе ей поверхности неровный характеръ (канкроидъ).

Подвергаясь распаду, оба вида рака влагалищной части

представляютъ собою въ болѣе позднемъ періодѣ своего развитія характерныя язвы съ подрытыми, изъѣденными краями и неровной, бугристой поверхностью. Разрушая влагалищную часть, новообразование переходитъ затѣмъ на своды и поражаетъ тазовую клѣтчатку.

Другая форма рака шейки, а именно ракъ канала шейки развивается какъ изъ клѣтокъ поверхностнаго эпителия слизистой оболочки шейки, такъ и изъ эпителия железъ. Изъ канала шейки новообразование распространяется либо въ полость матки, либо книзу за наружный зѣвъ (Рис. 45). Благодаря быстрому распространенію вглубь, эта форма рака рѣзко измѣняетъ шейку, которая становится твердой и утолщается. Вслѣдствіе распада новообразования каналъ шейки превращается въ большую полость съ изъязвленными стѣнками. Быстрое проростаніе рака въ околоматочную клѣтчатку и широкія связки (раковая инфильтрація) характеризуетъ ракъ канала шейки и придаетъ ему весьма злокачественный оттѣнокъ.



Рис. 45. Ракъ шейки матки.

При болѣе значительномъ разрастаніи и разрушеніи отличить отдѣльныя формы рака шейки обыкновенно не удается.

Распространеніе раковой инфильтраціи происходитъ отчасти въ тазовой клѣтчаткѣ, отчасти слѣдуетъ по ходу лимфатическихъ сосудовъ. Тазовая клѣтчатка уплотняется подобно тому, какъ это наблюдается при воспалительныхъ выпотахъ. Лимфатическіе сосуды утолщаются и становятся узловатыми, а лимфатическія железы значительно увеличиваются въ объемѣ.

Направленіе, по которому распространяется раковая инфильтрація, не всегда одинаково. Въ однихъ случаяхъ уплотненію подвергаются широкія связки, въ другихъ — инфильтрація распространяется по направленію къ прямой кишкѣ или мочевому пузырю. Органы, заложенные въ пораженной клѣтчаткѣ, а именно кровеносные сосуды, нервныя стволы, мочеточники и т. д., под-

вергаются сдавленію или прорастанію со стороны новообразованія. Среди лимфатическихъ железъ поражаются тазовыя железы и изъ нихъ иногда, сравнительно уже рано, железы, расположенныя на мѣстѣ раздвоенія общихъ подвздошныхъ артерій.

Въ конечной стадіи развитія новообразованія вся полость таза, а отчасти и брюшная полость, представляется выполненной плотной, бугристой, неподвижной опухолью. Въ составъ этой опухоли входятъ не только матка, но и придатки, а также и сосѣдніе органы. По направленію книзу опухоль переходитъ въ большую кратерообразную язву. Вслѣдствіе распада опухоли образуются иногда сообщенія (свищи) между влагалищемъ и прямой кишкой или мочевымъ пузыремъ (Рис. 46).



Рис. 46. Ракъ шейки матки, распространяющійся на мочевой пузырь и прямую кишку.

Ракъ шейки, въ большинствѣ случаевъ, такъ быстро ведетъ къ печальному исходу, что переносы (метастазы) во внутренніе органы наблюдаются сравнительно рѣдко. Чаще всего они еще встрѣчаются въ печени, легкихъ и почкахъ.

**Признаки.** Къ несчастію для женщинъ, ракъ шейки сравнительно поздно проявляется болѣзненными припадками, и то настолько нехарактерными, что больныя обращаются за врачебной помощью большею частью уже въ сравнительно позднемъ періодѣ. Болѣзненные симптомы пріобрѣтаютъ рѣзкій характеръ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда въ наступившемъ уже климактерическомъ возрастѣ вдругъ вновь появляется выдѣленіе крови. Развивающійся въ періодъ до наступленія климактерія ракъ даетъ въ началѣ мало характерныхъ симптомовъ. Первымъ признакомъ

развивающагося рака у 30—40-лѣтней женщины бываютъ обыкновенно усиленныя регулы. Иногда появляются случайныя небольшія потери крови въ промежуткахъ между регулами. Онѣ обусловливаются, большей частью, незначительными поврежденіями при сношеніяхъ, сильномъ напряженіи, изслѣдованіи и т. п. Позднѣе, въ промежуткахъ между регулами, наблюдаются сукровичныя выдѣленія. Послѣ образованія изъязвленій выдѣляются въ большомъ количествѣ жидкія, гнойныя бѣли съ большей или меньшей примѣсью крови. Нерѣдко наблюдаются сильныя и упорныя кровотеченія. При несоблюденіи опрятности, а въ особенности при начавшемся распадѣ новообразованія, выдѣленія становятся зловонными. Дурной запахъ, издаваемый раковыми больными, носить совершенно своеобразный характеръ и дѣлаетъ несчастныхъ больныхъ бичемъ для окружающихъ. Подъ вліяніемъ ѣдкихъ выдѣленій на наружныхъ половыхъ частяхъ развиваются воспалительные процессы, сопровождаемые зудомъ и чувствомъ жженія.

Сравнительно рѣдко больныя жалуются уже въ началѣ на тупую боль внизу живота или въ поясницѣ. Острыя стрѣляющія боли появляются при переходѣ рака на тазовую клѣтчатку и усиливаются до невозможности переносить ихъ по мѣрѣ распространенія раковой инфильтраціи.

Съ момента появленія вонючихъ выдѣленій и сверлящихъ болей происходитъ обыкновенно и перемѣна въ состояніи больной. Блѣдный цвѣтъ лица, отличавшій больную до этого времени, получаетъ желтоватую окраску; больныя видимо худѣютъ, теряютъ аппетитъ и сонъ. Мучительные позывы на мочеиспусканіе обусловливаются переходомъ раковой инфильтраціи на стѣнки мочевого пузыря. Запоры, смѣняющіеся поносами, постоянные позывы на низъ съ выдѣленіемъ слизи заставляютъ предполагать распространеніе новообразованія на прямую кишку. Съ образованіемъ мочевого или калового свища, ко всему этому присоединяется еще недержаніе мочи, газовъ и испражнений. Вслѣдствіе сдавленія мочеточниковъ наблюдается въ нѣкоторыхъ случаяхъ задержаніе мочи и постепенное развитіе мочекаменной болѣзни. Въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ можетъ такимъ путемъ развиться ужасная картина раковой кахексіи и наступить полное истощеніе больной. Исхудалая, какъ скелеты, больныя, не имѣющія ни минуты покоя отъ мучительныхъ болей, чаще всего погибаютъ отъ постепеннаго изнуренія. Въ другихъ случаяхъ смерть наступаетъ при явленіяхъ хроническаго, рѣже остраго мочекаменья. Наблюдается печальный исходъ также и вслѣдствіе остраго вос-

паленія брюшины и гноекровія. Несмотря на значительныя иногда потери крови, смерть отъ остраго малокровія наблюдается рѣдко.

Продолжительность болѣзни далеко не одинакова; въ среднемъ больныя умирають спустя 2—3 года.

При ракъ шейки зачатіе наблюдается не очень часто.

Если образованіе рака совпадаетъ съ беременностью, то ростъ опухоли и ея распространеніе значительно ускоряются. То же самое относится и къ новообразованію, существовавшему уже до зачатія. Во время беременности наблюдаются частыя кровотечения, могущія дать поводъ къ ошибочному распознаванію начинающагося выкидыша или предлежанія дѣтскаго мѣста. Беременность можетъ продлиться до нормальнаго срока, но нерѣдко дѣло заканчивается выкидышемъ.

Во время родовъ уплотненіе и неподатливость шейки замедляютъ раскрытіе зѣва и обусловливають иногда значительныя кровотечения. При извѣстной степени раковой инфильтраціи полнаго раскрытія вообще не получается. Въ такихъ случаяхъ прохожденіе плода сопровождается размноженіемъ новообразованія и глубокими разрывами. Очень значительное раковое уплотненіе можетъ даже послужить непреодолимымъ препятствіемъ для нормальнаго родоразрѣшенія. Въ послѣродовомъ періодѣ септическихъ заболѣванія часты, а распространеніе новообразованія быстро подвигается впередъ.

**Распознаваніе.** Затрудненіе въ распознаваніи представляетъ только начальный періодъ рака. Выворотъ шейки или ссадины влагалищной части могутъ быть приняты за начинающееся раковое новообразованіе. Отличительнымъ признакомъ въ такихъ случаяхъ считается уплотненіе окружности у основанія раковаго изъязвленія, а также невозможность смѣстить слизистую оболочку съ уплотненныхъ подлежащихъ тканей шейки. Если сомнѣваются въ характерѣ изъязвленія, или если появляется малѣйшее подозрѣніе на раковое перерожденіе, то слѣдуетъ направить больную къ врачу. Slѣдуетъ относиться къ такимъ случаямъ съ особеннымъ вниманіемъ и не успокаивать больную, объясняя неправильныя кровянистыя отдѣленія признаками наступающаго климактерическаго возраста. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ помощью микроскопа. Съ этою цѣлью изъ губы или изъ шейки вырѣзываютъ кусочекъ ткани, который и подвергаютъ, послѣ надлежащей обработки, изслѣдованію подъ микроскопомъ.

Въ позднѣйшихъ періодахъ распознаваніе затрудненій не представляетъ. Увеличеніе объема и уплотненіе шейки, изъязвлен-

ная, крупно зернистая, легко кровоточащая поверхность опухоли, или же уплотненное, изрытое дно воронкообразной язвы, переходящей отчасти на своды, вонючія отдѣленія—все это вмѣстѣ взятое даетъ такую характерную картину, подобная которой не встрѣчается ни при какомъ иномъ заболѣваніи влагалищной части и шейки.

Распознавъ ракъ маточной шейки, необходимо еще опредѣлить и степень его распространенія.

Переходъ рака на влагалище легко опредѣляется изслѣдующимъ пальцемъ. Опредѣлить распространеніе новообразования на тазовую клѣтчатку представляетъ уже больше затрудненія. Влагалищную часть захватываютъ пулевыми щипцами и стараются низвести матку; чѣмъ легче и больше матка смѣщается внизъ, тѣмъ слабѣе пораженіе клѣтчатки. Оттягивая матку книзу, легко опредѣляютъ введеннымъ въ прямую кишку пальцемъ уплотненія въ клѣтчаткѣ, препятствующія низведенію матки. Болѣзненность уплотненій, широко распространяющихся къ стѣнкамъ таза, говоритъ въ пользу злокачественнаго ихъ происхожденія. Остатки воспалительныхъ процессовъ, ограничивающіе также подвижность матки, представляются большею частью въ видѣ тяжей. Иногда удается путемъ изслѣдованія чрезъ прямую кишку даже опредѣлить узловатія утолщенія лимфатическихъ сосудовъ и раковоизмѣненныя лимфатическія железы.

**Леченіе.** Если путемъ точнаго изслѣдованія, въ случаѣ надобности даже подъ хлороформомъ, удалось выяснить, что раковое новообразование ограничивается шейкою или лишь въ незначительной степени захватило тазовую клѣтчатку, то леченіе должно состоять въ оперативномъ удаленіи всего пораженнаго органа.

Операціи, имѣющія въ виду удаленіе матки въ связи съ небольшими участками тазовой клѣтчатки, производятся со стороны влагалища. При необходимости же вылущить большіе инфильтраты и заболѣвшія железы показано удаленіе матки со стороны брюшной полости. Несмотря на такое радикальное леченіе полное исцѣленіе получается сравнительно не очень часто. Даже по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ послѣ операціи наблюдались возвраты. Въ виду только что сказаннаго, раннее распознаваніе рака и имѣеть такое громадное значеніе. Чѣмъ раньше пораженная ракомъ матка подвергается удаленію, тѣмъ больше надежды на полное исцѣленіе больной.

Пораженную ракомъ беременную матку въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ еще не потеряна надежда на успѣхъ радикальнаго леченія,

слѣдуетъ удалять возможно скорѣе. Удаленіе такой матки производится либо цѣликомъ (въ ранніе періоды беременности), либо послѣ предварительнаго удаленія плода (кесарское сѣченіе).

Въ тѣхъ случаяхъ рака шейки матки, которые уже недоступны оперативному леченію, до послѣдняго времени примѣнялось лишь симптоматическое леченіе. Въ настоящее же время мы имѣемъ въ радіѣ или мезоторіѣ и въ Рентгеновскихъ лучахъ такія средства, съ помощью которыхъ нерѣдко удается какъ въ недалекомъ еще зашедшихъ случаяхъ, такъ и въ безнадежныхъ, добиться такого состоянія, которое приближается къ выздоровленію. Вопросъ о томъ, можетъ-ли леченіе лучистой энергіей радикально излечивать ракъ, можно будетъ рѣшить окончательно только послѣ того, какъ такіе случаи пробудутъ подъ наблюденіемъ достаточное число лѣтъ (не меньше 5). Однако, уже и теперь не подлежитъ никакому сомнѣнію, что благодаря этому способу леченія жизнь больныхъ можетъ быть значительно удлинена и что удается самые мучительные симптомы болѣзни, зловонное выдѣленіе, кровотеченія и боли успокоить, а въ подходящихъ случаяхъ даже устранить совсѣмъ. Такъ какъ благоприятное дѣйствіе лучистой энергіи на ракъ бываетъ тѣмъ полнѣе, чѣмъ свѣжѣе процессъ болѣзни, то, несмотря на леченіе лучистой энергіей, остается въ силѣ требованіе, чтобы болѣзнь возможно раньше распознавалась и подвергалась леченію специалистомъ.

Только будущее покажетъ, сумѣетъ-ли леченіе лучистой энергіей предупреждать въ оперированныхъ случаяхъ частое появленіе рецидивовъ рака.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція уже невозможна и леченіе лучистой энергіей непримѣнимо, умѣстно симптоматическое леченіе.

Кровотеченія и зловонныя выдѣленія стоятъ въ прямой зависимости отъ распада раковой опухоли. Удаленіе или разрушеніе раковыхъ массъ должно до нѣкоторой степени прекратить или по крайней мѣрѣ уменьшить эти болѣзненные явленія. Въ этихъ видахъ прибѣгаютъ къ выскабливанію раковыхъ массъ острой ложкой съ послѣдующимъ прижиганіемъ каленымъ желѣзомъ.

Дѣйствіе лекарственныхъ прижигающихъ средствъ менѣе надежно и представляетъ затрудненіе въ дозировкѣ. Чаще всего еще употребляютъ 50% растворъ карболовой кислоты въ спиртѣ или водный растворъ хлористаго цинка той же крѣпости.

При кровотеченіяхъ тампонируютъ влагалище іодоформною марлею.

Обильныя вонючія выдѣленія удаляютъ спринцеваніями обезвоживающими растворами марганцовокислаго калия, лизола, креолина и т. п.

Наркотическія средства — начиная съ небольшихъ и кончая весьма сильными дозами — дѣлаютъ лишь на короткое время сноснымъ состояніе этихъ приговоренныхъ къ смерти страдалицъ.

Если во время беременности устанавливаютъ наличность раковаго новообразованія, не допускающаго уже оперативнаго леченія, то въ такомъ случаѣ жизнь плода слѣдуетъ поставить выше жизни приговоренной уже къ вѣрной смерти матери; другими словами, здѣсь нѣтъ повода къ прекращенію беременности. Въ большинствѣ подобныхъ случаевъ нормальное родоразрѣшеніе дѣлается невозможнымъ вслѣдствіе суженія родовыхъ путей. Поэтому здѣсь приходится прибѣгать къ искусственному извлеченію плода посредствомъ кесарскаго сѣченія (Рого).

#### Ракъ тѣла матки (*Carcinoma corporis uteri*).

Гораздо рѣже рака шейки наблюдается ракъ тѣла матки; чаще всего въ періодѣ увяданія у нерожавшихъ и у старыхъ дѣвственницъ.

**Анатомическія измѣненія.** Ракъ тѣла матки развивается изъ цилиндрическаго эпителия либо железъ, либо поверхностнаго слоя слизистой оболочки. Проникая въ мышечный слой, эпителиальныя разращенія образуютъ то сплошныя утолщенія, то лишь полипообразныя наросты на слизистой оболочкѣ. Постепенно новообразование прорастаетъ всю стѣнку матки, вслѣдствіе чего весь органъ въ значительной степени увеличивается (Рис. 47). Сравнительно уже скоро наступаетъ распадъ новообразованія, что сопровождается кровотечениями и гнойными выдѣленіями. Изъ полости матки раковый процессъ довольно поздно переходитъ на слизистую оболочку канала шейки. Если не затронута



Рис. 47. Ракъ тѣла матки.

Если не затронута

шейка, то большей частью не поражена и тазовая клетчатка. Тазовыя лимфатическія железы перерождаются поздно. Сравнительно часто въ заболѣваніи принимаютъ участіе яичники. Переносы встрѣчаются рѣдко.

Ракъ тѣла матки растетъ медленно. Извѣстны случаи, гдѣ развитіе его тянулось 6—7 лѣтъ.

**Признаки.** Болѣзненными признаками являются выдѣленія и кровотеченія, къ которымъ позднѣе присоединяются и боли. Если регулы еще идутъ, то онѣ дѣлаются обильными и продолжительными. Позднѣе появляются кровотеченія, иногда довольно сильныя. Зачастую вначалѣ больныя жалуются только на обильныя мутно-кловчатые выдѣленія. Въ періодъ разложенія опухоли выдѣленія становятся зловонными. Сравнительно поздно появляются боли перемежающагося характера. Постоянныя боли, на которыя также иногда жалуются больныя, указываютъ на участіе въ заболѣваніи брюшиннаго покрова матки. И при ракъ тѣла матки постепенно развивается состояніе общаго истощенія. Однако участь этихъ больныхъ далеко не такъ ужасна, какъ женщинъ, страдающихъ ракомъ шейки.

**Распознаваніе.** Въ началѣ заболѣванія и у молодыхъ женщинъ распознаваніе рака тѣла матки довольно затруднительно въ виду сходства его припадковъ съ наблюдаемыми при хроническомъ эндометритѣ, подслизистой міомѣ и слизистыхъ полипахъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ удается поставить вѣрное распознаваніе лишь послѣ пробнаго выскабливанія или изслѣдованія полости матки пальцемъ съ предварительнымъ расширеніемъ шейки.

Когда новообразование достигло полнаго развитія, распознаваніе его дѣлается довольно легкимъ. Увеличеніе матки, напряженность ея стѣнокъ, присутствіе рыхлыхъ мозговидныхъ массъ, прощупываемыхъ пальцемъ, введеннымъ чрезъ проходимый зѣвъ, и, наконецъ, ясно выраженная кахексія—не оставляютъ сомнѣній въ характерѣ заболѣванія.

**Леченіе.** Единственнымъ рациональнымъ способомъ леченія является оперативное удаленіе матки, если новообразование еще не распространилось на широкія связки и сосѣдніе органы.

Наблюденія, сдѣланныя до сихъ поръ съ леченіемъ рака тѣла матки лучистой энергіей, заставляютъ признать эту форму рака не подходящимъ объектомъ для этого способа леченія.

Если болѣзненный процессъ достигъ уже сильнаго развитія, то приходится ограничиваться выскабливаніемъ разросшихся массъ

съ послѣдующей тампонадой іодоформной марлей и назначеніемъ наркотическихъ средствъ.

#### IV. Смѣщенія матки.

Матка точно также, какъ и остальные органы брюшной полости, весьма часто измѣняетъ свое положеніе подъ вліяніемъ различныхъ причинъ. Если по устраненіи причинъ, обусловившихъ измѣненіе положенія матки, послѣдняя не возвращается самопроизвольно въ свое нормальное, наклоненное впередъ положеніе, то такое состояніе матки слѣдуетъ уже считать болѣзненнымъ явленіемъ.

Разнообразныя смѣщенія, испытываемыя маткой, дѣлятся на двѣ группы— на смѣщенія внѣ тазовой оси и на смѣщенія по оси таза. Въ первую группу смѣщеній входятъ наклоненія и перегибы матки кпереди и кзади, а во вторую—опущенія, выпаденія и вывороты матки.

Наклоненіе и перегибъ матки кпереди (*Anteversio-flexio uteri*).

Прежде полагали, что ось матки совпадаетъ съ осью таза и считали наклоненное кпереди положеніе матки — болѣзненнымъ явленіемъ. Въ настоящее время доказано, что при стоячемъ положеніи женщины матка покоится въ изогнутомъ впередъ положеніи на днѣ мочевого пузыря. Даже искривленіе впередъ, съ образованіемъ болѣе или менѣе остраго угла, не слѣдуетъ считать патологическимъ явленіемъ (Рис. 48).

Тѣмъ не менѣе и въ настоящее время признаютъ патологическую *anteversio-flexio* въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, благодаря воспалительнымъ процессамъ — либо въ самомъ веществѣ матки, либо въ Дугласовомъ пространствѣ—такое искривленіе матки дѣлается настолько прочнымъ, что уголь не сглаживается при условіяхъ, нормально выпрямляющихъ матку (наполнен-

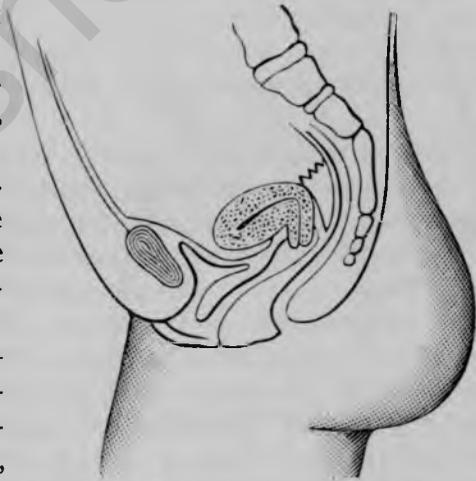


Рис. 48. Перегибъ матки кпереди.

ный мочевоу пузырь, ручные приемы и т. д.). Другими словами, при патологической anteversio-flexio болѣзненнымъ явлениемъ нельзя считать самое положеніе матки, остающееся нормальнымъ, а лишь тѣ процессы, благодаря которымъ такое положеніе матки является неизмѣняемымъ. Происходятъ-ли эти процессы въ самомъ веществѣ матки или въ окружающихъ ее тканяхъ (крестцово-маточныя связки), это представляется безразличнымъ.

Изъ только-что сказаннаго ясно, что при патологической anteversio-flexio въ исправленіи положенія матки нѣтъ надобности. Рациональное лечение состоитъ въ томъ, чтобы приложить всѣ старанія къ устраненію причинъ — болѣею частью воспалительнаго происхожденія, — удерживающихъ и закрѣпляющихъ матку ненормальнымъ образомъ.

Наклоненіе и перегибъ матки кзади (Retroversio-flexio uteri).

Подъ этимъ названіемъ подразумѣваютъ такое смѣщеніе матки внѣ оси таза, при которомъ дно матки перемѣщается кзади въ крестцовую впадину или Дугласово пространство — далеко за предѣлы нормальной своей подвижности, между тѣмъ какъ влагалищная часть перемѣщается немного книзу и приближается къ лонному сращенію (Рис. 49).

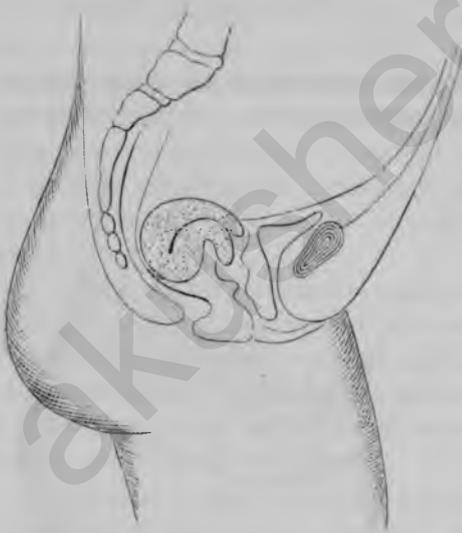


Рис. 49. Перегибъ матки кзади.

**Причины.** Большинство наклоненій и перегибовъ матки кзади являются страданіями, приобрѣтенными послѣ первыхъ родовъ. Во всѣхъ такихъ случаяхъ ближайшими причинами ненормальнаго положенія матки служатъ недостаточное обратное развитіе матки или различныя воспалительныя состоя-

нія связочнаго аппарата ея, обуславливающія временную недостаточность послѣдняго, а также и процессы, вызывающіе сращенія задней стѣнки матки съ прямой кишкой.

Многія наклоненія и перегибы матки кзади образуются и внѣ послѣродоваго періода подъ вліяніемъ воспаленій въ при-

даткахъ или въ тазовой брюшинѣ. При этихъ заболѣваніяхъ матка постепенно оттягивается изъ своего нормальнаго положенія кзади и въ такомъ положеніи удерживается.

Довольно большое число наклоненій и перегибовъ кзади представляютъ собою состояніе врожденное. Такіе случаи ложнымъ образомъ принимаютъ иногда за приобрѣтенные въ послѣ-родовомъ періодѣ, благодаря тому, что они до этого не давали никакихъ симптомовъ.

**Анатомическія измѣненія.** Матка, сохранившая свою нормальную гибкость, первоначально всегда принимаетъ лишь наклонное кзади положеніе. Изъ такого наклоненія перегибъ матки кзади образуется только послѣ продолжительнаго воздѣйствія брюшнаго пресса и давленія внутренностей на смѣщенную въ этомъ смыслѣ матку.

При смѣщеніяхъ матки дѣятельное участіе принимаютъ окружающіе органы, въ особенности влагалище, яичники, широкія связки и мочевоі пузырь.

Вслѣдствіе пониженія влагалищной части, верхняя часть влагалища болѣе или менѣе опускается. Яичники, соединенные съ маткой посредствомъ короткихъ и неподатливыхъ яичниковыхъ связокъ, смѣщаются вмѣстѣ съ маткой кзади и опускаются въ Дугласово пространство. Широкія связки наклоненной кзади матки представляются закрученными. Вслѣдствіе такого измѣненнаго положенія связокъ сосуды, въ особенности тонкостѣнныя вены, сдавливаются, что вызываетъ нѣкоторый застой крови въ маткѣ. Мочевоі пузырь отчасти опускается книзу, отчасти оттягивается кзади.

Въ маткѣ, находящейся продолжительное время въ наклонномъ кзади положеніи, постепенно начинаютъ проявляться послѣдствія застоя. Ткань матки отекаетъ, вся матка представляется сочной и увеличенной и въ послѣдствіи обнаруживаетъ всѣ признаки хроническаго метро-эндометрита.

Весьма важное значеніе имѣетъ при смѣщеніяхъ матки кзади состояніе брюшины. Благодаря постоянному прилеганію брюшиннаго покрова матки къ тазовой брюшинѣ, весьма легко образуются путемъ механическаго раздраженія спайки и сращенія. Первоначально нѣжныя и тонкія, сращенія въ послѣдствіи становятся болѣе прочными и обуславливаютъ полное приращеніе задней поверхности матки. Такимъ образомъ подвижное наклоненіе или перегибъ матки можетъ превратиться въ совершенно неподвижное смѣщеніе (*retroversio-flexio fixata*). Такого рода слипчивые процессы, помимо механическаго происхожденія,

могутъ являться послѣдствіями воспаленій, переходящихъ съ придатковъ на брюшину.

Воспаленія придатковъ матки въ дѣйствительности служатъ чаще всего причиной неподвижнаго наклоненія или перегиба матки кзади.

**Признаки.** Болѣзненные припадки, вызываемые смѣщеніями матки кзади, весьма разнообразны. Иногда неправильное положеніе матки существуетъ годами, не вызывая жалобъ со стороны больной. Въ другихъ-же случаяхъ вскорѣ появляются значительныя разстройства.

Припадки, вызываемые *retroversio-flexio*, бываютъ иногда только мѣстные. Прежде всего мѣсячныя становятся обильными и продолжительными. Зачастую больныя жалуются на неприятое ощущеніе или боль въ крестцѣ или поясницѣ — боль, усиливающуюся съ появленіемъ менструацій. Затѣмъ на сцену выступаютъ явленія со стороны мочевого пузыря (задержаніе мочи) и прямой кишки (запоры). Всѣ эти симптомы пріобрѣтаютъ постоянный характеръ и становятся крайне тягостными съ того момента, какъ измѣненное положеніе матки будетъ закрѣплено воспалительными процессами въ ея окружности. Въ другихъ случаяхъ кромѣ мѣстныхъ припадковъ, болѣе внизу живота и въ поясницѣ, болѣзненныхъ регуль и бѣлей, имѣется рядъ явленій отраженнаго характера: разстройства желудка, головныя боли, невралгіи, истерія и т. п.

**Распознаваніе.** Коль скоро при внутреннемъ изслѣдованіи введенный во влагалище палецъ находитъ болѣе или менѣе отодвинутую кпереди влагалищную часть, то уже одно это должно дать поводъ подозрѣвать смѣщеніе матки кзади. Неправильное положеніе матки вполне выясняется, если при сочетанномъ изслѣдованіи пальцы наружной и внутренней рукъ не опредѣляютъ тѣла матки позади лоннаго сращенія, а находятъ ее въ крестцовой впадинѣ. Помощью изслѣдованія чрезъ влагалище и прямую кишку удастся точно опредѣлить не только степень искривленія матки и подвижность ея, но и возможныя измѣненія придатковъ, а также и сращенія, фиксирующія матку. Лишь послѣ всесторонняго изслѣдованія придатковъ, устанавливающаго отсутствіе воспалительныхъ процессовъ или сращеній, можно приступить, безъ вреда для больной, къ исправленію ненормальнаго положенія матки. Введеніе маточнаго зонда для опредѣленія положенія матки дозволается лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Перегибъ матки кзади можно чаще всего смѣшать съ небольшими опухолями, расположенными въ Дугласовомъ пространствѣ, непосредственно позади матки. Прощупываніе дна матки позади лоннаго сращенія, далѣе плотная эластическая консистенція опухоли и возможность пройти изслѣдующимъ пальцемъ между опухолью и шейкой — вотъ данныя, дающія возможность отличить опухоль яичника или трубы отъ перегиба матки кзади. Если-же дно матки прощупывается на нормальномъ мѣстѣ, а болѣе или менѣе плотная опухоль непосредственно переходитъ въ заднюю стѣнку матки, то такого рода данныя говорятъ за новообразованіе, исходящее изъ вещества самой матки. При скопленіяхъ крови въ Дугласовомъ пространствѣ, или при воспалительныхъ выпотахъ, отличительное распознаваніе можетъ представить большія затрудненія. Данныя анамнеза, консистенція и неясныя границы опухоли — служатъ въ такихъ случаяхъ путеводными нитями. Если въ затруднительныхъ случаяхъ не удастся сразу установить вѣрнаго распознаванія, то лучше ожидать выясненія даннаго случая путемъ повторныхъ послѣдующихъ изслѣдованій, нежели добиваться этого насильственными и грубыми приѣмами.

**Леченіе.** Лишь случаи перегиба или наклоненія матки, проявляющіеся какими-либо симптомами, подлежатъ леченію. Если при изслѣдованіи больной случайно находятъ смѣщеніе матки кзади, то иногда полезнѣе умолчать объ имѣющейся неправильности положенія матки въ виду того, что во многихъ случаяхъ уже одно сознаніе неправильности можетъ вызвать у больной различныя отраженныя явленія. Однако въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможна беременность, слѣдуетъ предупредить больную, что, въ случаѣ прекращенія регуль и наступленія беременности, она обязательно должна обратиться къ врачебной помощи, въ виду возможнаго выкидыша или ущемленія запрокинутой кзади матки.

При наклоненіяхъ и перегибахъ матки кзади, проявляющихся какими-либо болѣзненными симптомами, задача леченія состоитъ: 1) въ исправленіи положенія матки и 2) въ упроченіи приданнаго маткѣ нормальнаго положенія.

Вправленіе производится ручными приѣмами при обычномъ положеніи больной на спинѣ. Двумя пальцами одной руки, введенными во влагалище, надавливаютъ на матку со стороны задняго свода и тѣмъ стремятся приподнять тѣло матки и вывести его изъ крестцовой впадины. Выведенное такимъ путемъ тѣло матки захватываютъ наружной рукой и направляютъ его къ лонному сращенію. Во время дѣйствія наружной рукой пальцы во влагалищѣ перемѣщаютъ въ передней сводъ и надавливаніемъ на

влагалищную часть въ направленіи кзади придаютъ послѣдней нормальное положеніе.

Вправленіе матки введеннымъ въ ея полость зондомъ недопустимо.

Если не удастся вправить матку, не прибѣгая къ наркозу, то пытаются достигнуть этого подъ наркозомъ. Если и здѣсь терпятъ неудачу, то, по крайней мѣрѣ, точно устанавливаютъ мѣстоположеніе, степень и свойство сращеній, удерживающихъ матку въ неправильномъ положеніи.

Насильственное разрываніе сращеній производится только въ исключительныхъ случаяхъ и то лишь при наличности незначительныхъ перепончатыхъ сращеній. Безопаснѣе и совершеннѣе препятствія устраняются оперативнымъ путемъ или помощью гинекологическаго массажа.

Вправленная матка удерживается въ нормальномъ положеніи хорошо лежащимъ влагалищнымъ кольцомъ (пессарии Hodge, Thomas'a, Schultze и др.) (Рис. 50).



Рис. 50. Пессарій Thomas'a, удерживающій вправленную матку въ нормальномъ положеніи.

Выборъ и прилаживаніе кольца требуютъ большого навыка и осторожности. Примѣненіе кольца противопоказано при всѣхъ острыхъ или обострившихся воспалительныхъ процессахъ придатковъ, тазовой брюшины и околоматочной клѣтчатки.

Введенный по всѣмъ правиламъ искусства пессарій, соотвѣтственно выбранный, долженъ удерживать матку въ нормальномъ положеніи, нисколько не затрудняя при этомъ больной.

Для достиженія прочнаго положенія матки кольцо необходимо носить годъ и даже больше. Во все время ношенія кольца больная должна для контроля, отъ времени до времени, представляться свѣдущему лицу. Каждые три-четыре мѣсяца кольцо вынимается и дезинфицируется. Если замѣчаютъ начинающіеся пролежни, то кольцо на нѣкоторое время совершенно удаляютъ, а затѣмъ замѣняютъ другимъ, лучше лежащимъ. Даже хорошо прилаженное

кольцо требуетъ, при долговременномъ ношеніи, нѣкотораго ухода. При обильныхъ выдѣленіяхъ и во время регулъ необходимы ежедневныя спринцеванія влагалища; при отсутствіи бѣлей достаточно проспринцовывать влагалище раза два въ недѣлю дезинфицирующимъ растворомъ. Въ случаѣ наступленія беременности кольцо удаляютъ къ концу третьяго или на четвертомъ мѣсяцѣ.

Тѣ случаи, гдѣ кольцо не устраняетъ тягостныхъ симптомовъ, или же гдѣ приросшая матка не вправляется, могутъ потребовать оперативнаго вмѣшательства. При подвижной маткѣ наиболѣе успѣшны операціи, имѣющія цѣлью укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ. При приращенной маткѣ показаны различные оперативные методы, съ помощью которыхъ со стороны либо влагалища, либо брюшной стѣнки отдѣляютъ сращения матки, а дно освобожденной матки пришиваютъ затѣмъ къ передней стѣнкѣ влагалища или къ передней брюшной стѣнкѣ.

#### Опущеніе и выпаденіе матки (Descensus et prolapsus uteri).

Опущеніемъ называютъ смѣщеніе матки по оси таза книзу до такого уровня, что влагалищная часть лежитъ непосредственно позади половой щели. Выпаденіе представляетъ бѣльшую степень смѣщенія матки книзу. Выпаденіе называется неполнымъ, когда только влагалищная часть помѣщается внѣ наружныхъ половыхъ частей, между тѣмъ какъ тѣло матки еще находится въ полости таза. Полное выпаденіе матки представляетъ собою то состояніе, когда вся матка находится внѣ полости таза и помѣщается впереди наружныхъ половыхъ частей въ мѣшкѣ вывернутаго влагалища (Рис. 51).

**Причины.** Большая часть опущеній и выпаденій матки встрѣчается, какъ послѣдовательное явленіе, при выпаденіи влагалища, въ виду чего причины, обуславливающія смѣщеніе и того и другого органа, взаимно совпадаютъ. Причины эти стоятъ въ прямой зависимости отъ условій, нарушающихъ цѣлость тазоваго дна или вызывающихъ относительную его недостаточность. Сюда относятся повторныя беременности и роды и въ особенности недостаточное обратное развитіе въ послѣродовомъ періодѣ; къ смѣщеніямъ матки предрасполагаютъ, кромѣ того, особенно у пожилыхъ женщинъ, исчезновеніе (атрофія) мышечныхъ элементовъ и жира тазовой клѣтчатки, а также и уменьшеніе фізіологической напряженности (тонуса) мышцъ тазоваго дна.

При указанномъ состояніи тазоваго дна для образованія опу-

щення и выпаденія матки достаточно уже незначительныхъ погрѣшностей, какъ раннее вставаніе съ постели послѣ родовъ, чрезмѣрное напряженіе брюшнаго пресса, усиленный физическій трудъ и т. п.

Смѣщеніе матки происходитъ обыкновенно исподволь; въ исключительныхъ случаяхъ наблюдается внезапно выпаденіе подъ вліяніемъ чрезмѣрнаго напряженія брюшнаго пресса.

Относительно рѣдко наблюдается выпаденіе матки, какъ самостоятельное (первичное) заболѣваніе, у нерожавшихъ, дѣв-



Рис. 51. Полное выпаденіе наклоненной къзади матки.

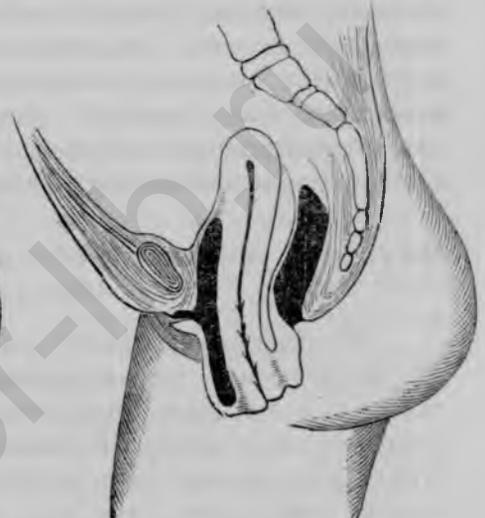


Рис. 52. Выпаденіе матки; значительное удлиненіе шейки.

ственницъ и дѣтей. По большей части выпаденіе матки встрѣчается у многорожавшихъ, какъ послѣдовательное (вторичное) явленіе при выпаденіи влагалища, особенно передней его стѣнки (см. стр. 104).

**Анатомическія измѣненія.** При выпаденіи матки, смотря по степени смѣщенія, находятъ впереди наружныхъ половыхъ частей опухоль величиною съ кулакъ или съ дѣтскую головку. На самой выдающейся части опухоли замѣчаютъ отверстіе — наружный зѣвъ матки. Слизистая оболочка влагалища, покрывающая опухоль, представляется блѣдной, сухой и производитъ впечатлѣніе скорѣе кожи, нежели слизистой оболочки. Въ окружности зѣва, а иногда и на боковыхъ поверхностяхъ опухоли, нерѣдко имѣются значительныя изъязвленія. При ощупываніи опухоли чрезъ стѣнки вывернутаго влагалища большею частью удается прощупать удлиненную и плотную шейку матки, постепенно расширяющуюся къ

наружному зѣву (Рис. 52). Сочетаннымъ изслѣдованіемъ легко установить, вмѣщается-ли вся матка въ опухоли (полное выпаденіе), или же тѣло и дно ея находятся еще въ полости таза, обыкновенно въ наклоненномъ кзади положеніи (неполное выпаденіе). Въ послѣднемъ случаѣ матка обыкновенно удлинена, главнымъ образомъ за счетъ шейки, и зондъ, введенный черезъ наружный зѣвъ, нерѣдко проникаетъ въ полость матки на 15—17 сантиметровъ. Измѣненія шейки отчасти объясняются отекомъ вслѣдствіе затрудненія кровообращенія, отчасти же являются результатомъ постепенно развивающагося хроническаго воспаленія вещества матки. Слизистая оболочка матки также нерѣдко подвергается измѣненіямъ и представляетъ всѣ признаки хроническаго эндометрита. Отчасти подъ вліяніемъ хроническаго застоя крови, претерпѣваемаго не только маткой, но и остальными органами таза, отчасти же вслѣдствіе большей возможности зараженія, въ окружности матки разыгрываются въ иныхъ случаяхъ воспалительные процессы различнаго характера. Благодаря этимъ процессамъ, матка прирастаетъ и спаивается съ окружающими ее органами.

Не малымъ опасностямъ подвергается при выпаденіи матки, смѣщенный вмѣстѣ съ передней стѣнкой влагалища, мочевого пузыря. Измѣненное положеніе пузыря лишаетъ больную возможности вполнѣ опоражнивать послѣдній. Часть мочи застаивается въ пузырьѣ, принимаетъ щелочную реакцію и разлагается, обуславливая катарральное состояніе слизистой оболочки мочевого пузыря.

**Признаки.** Первымъ болѣзненнымъ симптомомъ опущенія является непріятное чувство напирания внизъ. Это ощущеніе даетъ себя особенно знать въ тѣхъ случаяхъ, когда родильница рано встала съ постели, или рано начала усиленно работать. Иногда въ скоромъ времени, иногда лишь черезъ нѣсколько лѣтъ больныя ощущаютъ выходненіе внутренностей изъ половой щели. Въ сидячемъ положеніи, или же при покойномъ положеніи на спинѣ это непріятное ощущеніе уменьшается и даже совершенно исчезаетъ, при вставаніи же и ходьбѣ появляется вновь. Если, кромѣ смѣщенія матки книзу, имѣется еще наклоненіе или перегибъ матки кзади, то больныя обыкновенно жалуются на боли въ поясницѣ. Въ началѣ заболѣванія выпадающая опухоль самопроизвольно исчезаетъ при лежачемъ положеніи или легко вправляется самою больною. Съ развитіемъ отечнаго состоянія или воспаленія вправленіе больше не удается; выпавшія части сильно припухаютъ, появляется сильная боль внизу живота и поясницы.

Сравнительно рано больныя начинаютъ жаловаться на явленія

со стороны мочевого пузыря. Больныя принуждены часто опораживать мочевой пузырь, причемъ иногда выдѣляются лишь незначительныя количества мочи.

При большихъ степеняхъ выпаденія моча нерѣдко при усиленныхъ напряженіяхъ брюшного пресси выдѣляется произвольно. Иногда мочеиспусканіе возможно лишь послѣ вправленія выпаденія. До тѣхъ поръ, пока нѣтъ катаррального состоянія пузыря, моча остается нормальной.

Вслѣдствіе изъязвленія влагалищной части и стѣнокъ влагалища при выпаденіяхъ матки часто наблюдаются клейкія жидкогнойныя выдѣленія. Благодаря клейкости выдѣлений бѣлье легко прилипаетъ къ язвенной поверхности; случайныя движенія, отрывая бѣлье, обусловливаютъ кровоточивость язвы. Подсыхая, выдѣленія образуютъ буроватыя корки.

Регулы нерѣдко бываютъ обильны и неправильны. Беременность при значительномъ выпаденіи наблюдается рѣдко; незначительныя степени опущенія, наоборотъ, облегчаютъ зачатіе. Забеременѣвшая, выпавшая матка на 2 или 3 мѣсяцѣ постепенно поднимается въ полость таза и, начиная съ 4 мѣсяца, уже больше не выпадаетъ. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности удлиненная влагалищная часть можетъ снова выступить наружу; чаще это явленіе наблюдается во время родовъ. Если забеременѣвшая, выпавшая матка сама собою не вправляется вполне, то при дальнѣйшемъ ростѣ она можетъ ущемиться въ тазу и вызвать явленія, соотвѣтствующія ущемленію перегнутой кзади, беременной матки.

**Распознаваніе.** Характерныя измѣненія вывернутой слизистой оболочки влагалища, покрывающей опухоль, и расположеніе наружнаго зѣва на выдающейся части послѣдней чрезвычайно облегчаютъ распознаваніе. Отличіе выпаденія отъ новообразованій, выпячивающихся изъ влагалища, при нѣкоторой внимательности не можетъ представить затрудненій.

**Леченіе.** При опущеніяхъ и выпаденіяхъ влагалища и матки леченіе прежде всего должно носить предупреждающій характеръ. Съ этою цѣлью въ послѣродовомъ періодѣ старательно наблюдаютъ за хорошимъ обратнымъ развитіемъ внутреннихъ половыхъ органовъ; наложеніемъ швовъ способствуютъ заживленію разрывовъ промежности первичнымъ натяженіемъ, запрещаютъ раннее вставаніе съ постели и занятія, требующія усиленнаго напряженія брюшного пресси. При начинающемся наклоненіи и перегибѣ матки кзади тотчасъ принимаютъ мѣры къ приведенію этого органа въ нормальное положеніе.

Больныхъ съ вполне развитымъ выпаденіемъ лучше всего

подвергать операціи. Кольцами удается удержать матку въ нормальномъ положеніи лишь при незначительныхъ степеняхъ выпаденія. Различнаго рода поддерживающіе аппараты (гистерофоры) можно предложить больнымъ, страдающимъ полнымъ выпаденіемъ матки, только въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя по какимъ бы то ни было причинамъ произвести операцію.

Число операцій, предложенныхъ для устраненія выпаденій, очень значительно. Большая часть операцій ставитъ себѣ цѣлью искусственное суженіе просвѣта влагалища и возстановленіе цѣлости аппарата, замыкающаго входъ во влагалище. Другіе оперативные приемы, кромѣ суженія просвѣта влагалища, стремятся еще прикрѣпить матку къ высоколежащему участку передней брюшной стѣнки. Въ тяжелыхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ удаленію всей матки, какъ самой тяжеловѣсной изъ выпадающихъ частей. Въ престарѣломъ возрастѣ иногда прибѣгаютъ къ частичному или полному закрытію просвѣта влагалища.

Забеременѣвшая, выпавшая матка, въ особенности при наличности признаковъ ущемленія, должна быть вправлена. Съ этой цѣлью больной придають колѣно-локтевое или горизонтальное положеніе на спинѣ съ высоко поднятымъ тазомъ; затѣмъ тываютъ матку одной рукой и постепенно продвигаютъ ее кверху, пока она не скроется за наружными половыми частями. Теперь введенными во влагалище двумя пальцами одной руки продвигаютъ влагалищную часть еще выше, между тѣмъ какъ другой рукой обхватываютъ матку снаружи, стараясь привести ее въ нормальное положеніе. Послѣ вправленія предписываютъ беременной покойное положеніе въ постели, по крайней мѣрѣ, на 2 недѣли. Нормальное положеніе матки сохраняютъ, въ случаѣ надобности, въ теченіе всего этого времени посредствомъ тампоновъ, введенныхъ во влагалище при соблюденіи всѣхъ необходимыхъ въ такихъ случаяхъ правилъ антисептики и асептики. Введеніе пессарія въ первые мѣсяцы беременности слѣдуетъ избѣгать у женщинъ, не носившихъ еще кольца, въ виду возможности выкидыша вслѣдствіе раздраженія, вызываемаго присутвіемъ инороднаго тѣла во влагалищѣ.

### Выворотъ матки (*Inversio uteri*).

Подъ выворотомъ матки понимаютъ такого рода смѣщеніе послѣдней по оси таза, когда внутренняя поверхность матки, т. е. слизистая оболочка, становится наружною, а наружная, брюшинная поверхность, внутреннею. Если въ смѣщеніи принимаетъ уча-

стіе вся матка, за исключеніемъ влагалищной части, которая остается на мѣстѣ, то такая степень выворота носить названіе полного выворота. При неполномъ выворотѣ надвлагалищная часть шейки также сохраняетъ свое нормальное положеніе, и только дно вдается въ полость матки, подобно дну винной бутылки.



Рис. 53. Хроническій выворотъ матки.

**Причины.** Большинство выворотовъ образуется во время родовъ въ періодѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста. Гораздо рѣже такое смѣщеніе матки вызывается опухолями, исходящими со дна матки и спускающимися по направленію къ зѣву.

Механизмъ и припадки послѣродового выворота матки извѣстны изъ курса акушерства.

Если выворотъ матки послѣ родовъ не распознается и не вправляется, то обратное развитіе матки происходитъ въ этомъ неправильномъ положеніи ея, результатомъ чего является хроническій выворотъ матки (Рис. 53).

**Признаки.** Припадки, вызываемые хроническимъ выворотомъ матки послѣ родовъ, представляютъ мало характернаго. То же

самое слѣдуетъ сказать и относительно симптомовъ выворота матки, образовавшагося вслѣдствіе выхожденія опухоли изъ полости матки. Больныя жалуются на чувство напиранія внизъ и на ощущеніе выхожденія внутренностей. Всего больше больныхъ беспокоятъ обильныя мѣсячныя, несвоевременныя кровотеченія и обильныя жидкія гнойныя бѣли.

**Распознаваніе.** При тщательномъ сочетанномъ изслѣдованіи распознаваніе выворота матки особыхъ затрудненій не представляетъ. Опухоль грушевидной формы, помѣщающаяся во влагалищѣ или на уровнѣ наружныхъ половыхъ частей, обладаетъ нѣсколько неровной, легко кровоточащей, поверхностью; постепенно суживаясь кверху, опухоль переходитъ въ края расширеннаго наружнаго зѣва. Наружная рука прощупываетъ на мѣстѣ матки воронкообразное углубленіе, въ которомъ помѣщаются трубы и яичники.

Изслѣдованіе зеркаломъ обнаруживаетъ красную, легко кровотокающую, слизистую оболочку матки, иногда покрытую сѣроватыми налетами. Въ углахъ вывернутаго дна иногда бываютъ легко доступны зрѣнію и зондированію отверстія трубъ.

При поверхностномъ изслѣдованіи выворотъ матки скорѣе всего можно еще принять за фиброзный полипъ, вышедшій изъ полости матки. Нахожденіе тѣла матки въ полости таза, возможность введенія пальца въ полость матки черезъ расширенный зѣвъ, прощупываніе ножки полипа, отходящей отъ одной изъ стѣнокъ или со дна матки—вотъ моменты, служащіе въ такихъ случаяхъ отличительными признаками.

**Леченіе.** Задача правильнаго леченія состоитъ въ восстановленіи нормальнаго положенія матки, другими словами—во вправленіи вывернутой матки.

Первыя попытки вправленія производятъ ручными способами и лишь въ случаѣ неудачи переходятъ къ примѣненію кольпейринтера.

Регулярными измѣреніями температуры контролируютъ, не происходитъ ли всасыванія отдѣленій, застаивающихся позади кольпейринтера.

Этотъ способъ леченія примѣняется въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль и часто увѣнчивается успѣхомъ.

Оперативные методы состоятъ въ разрѣзѣ передней или задней стѣнки вывернутой матки, послѣ чего вправленіе обыкновенно легко удается. Послѣ вправленія расщепленную стѣнку матки соединяютъ швами. Только въ крайнемъ случаѣ прибѣгаютъ къ отсѣченію всей выпавшей части вывернутой матки.

## Болѣзни придатковъ.

### 1. Воспаленіе трубъ и яичниковъ (Salpingo-oophoritis).

Трубы и яичники зачастую принимаютъ одновременное участіе въ воспалительныхъ процессахъ, или же заболѣваніе поражаетъ первоначально одинъ органъ, а затѣмъ вскорѣ распространяется и на другой придатокъ. Кромѣ того, картина болѣзни при воспаленіи трубъ и яичниковъ настолько совпадаетъ, что съ практической точки зрѣнія оба заболѣванія можно разсматривать совмѣстно, несмотря на то, что каждый органъ представляетъ весьма опредѣленные анатомическія измѣненія.

**Причины.** Въ большинствѣ случаевъ воспаленіе придатковъ обусловливается зараженіемъ. При нормальныхъ условіяхъ въ трубахъ и яичникахъ микроорганизмовъ нѣтъ. Послѣдніе могутъ проникнуть въ ткани придатковъ изъ нижележащихъ отдѣловъ внутреннихъ половыхъ органовъ, или же изъ брюшной полости и ея органовъ. Изъ полости матки болѣзнетворныя начала распространяются на придатки какъ путемъ непосредственнаго перехода по поверхности слизистой оболочки, такъ и путемъ заноса по лимфатическимъ и кровеноснымъ сосудамъ. Гонококкъ, быть можетъ, чаще всего обусловливаетъ воспаленіе придатковъ. Далѣе слѣдуютъ различные возбудители гніенія, стафилококкъ и стрептококкъ. Значительно рѣже воспалительные процессы возникаютъ вслѣдствіе зараженія другими микроорганизмами, какъ, напр., палочкой бугорчатки, *bacterium coli* и т. п.

Безъ сомнѣнія, нѣкоторыя формы воспаленія придатковъ развиваются и безъ участія микроорганизмовъ, вслѣдствіе механическихъ или химическихъ раздраженій или неправильностей кровообращенія. Въ этомъ смыслѣ внутриматочныя впрыскиванія, неправильное положеніе придатковъ и матки, новообразования, ушибы и т. п.—всѣ эти моменты могутъ служить причинами воспалительныхъ процессовъ въ придаткахъ, правда, болѣе хроническаго характера.

**Анатомическія измѣненія.** Что касается анатомическихъ измѣненій, то при катарральномъ воспаленіи трубы слизистая оболочка находится въ состояніи полнокровія и припухлости. Утолщаясь и развѣтвляясь, складки слизистой оболочки, отличающіяся ярко-краснымъ цвѣтомъ, нерѣдко выполняютъ весь просвѣтъ трубы. Отдѣленіе со слизистой оболочки усиливается. Процессъ распространяется какъ на мышечные, такъ и на соединительно-тканые элементы стѣнки; послѣдняя утолщается и тѣмъ самымъ увеличиваетъ объемъ трубы.

При болѣе тяжелой, гнойной формѣ всѣ эти явленія усиливаются. Поверхностный эпителий слущивается; слизистая оболочка изъязвляется и начинаетъ отдѣлять гной. Далѣе, воспалительный процессъ распространяется на мышечный слой и на брюшину, въ результатѣ чего, нерѣдко, получаютъ сращенія утолщенной, извилистой трубы съ сосѣдними органами. Черезъ наружное отверстіе трубы гной можетъ попасть въ брюшную полость и вызвать цѣлый рядъ болѣзненныхъ явленій со стороны послѣдней.

Въ очень многихъ случаяхъ воспаленія трубы наблюдаются сращенія ея наружнаго отверстія. Въ измѣненной такимъ образомъ трубѣ начинаютъ скопляться отдѣленія, что, въ свою очередь,

ведетъ къ растяженію стѣнокъ трубы, въ особенности въ наружномъ ея концѣ, отверстіе котораго зарощено. Такимъ путемъ труба превращается въ продолговатую, колбасовидную, мѣшеччатую опухоль (*sactosalpinx*) (Рис. 54).

Содержимое мѣшеччатой опухоли трубы не всегда представляется одинаковымъ. Всего чаще мы имѣемъ серозную, прозрачную жидкость, иногда съ желтоватой или буроватой окраской—водянка трубы (*sactosalpinx serosa*).

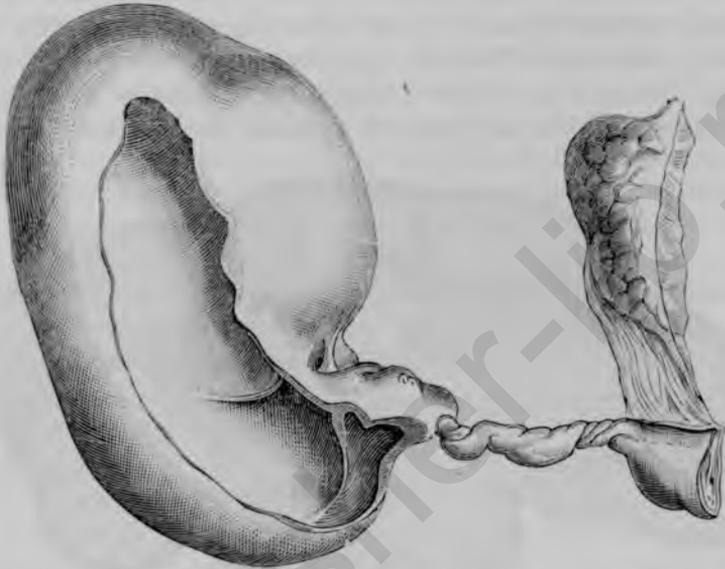


Рис. 54. Мѣшеччатая опухоль трубы съ перекрученной ножкой.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ содержимымъ трубы является темная кровь (*sactosalpinx haemorrhagica*).

Наконецъ, въ иныхъ случаяхъ въ расширенной трубѣ содержится гной (*sactosalpinx purulenta*).

Какъ рѣдкость случается, что скопившаяся въ трубѣ жидкость въ силу довольно высокаго давленія, испытываемаго ею, растягиваетъ просвѣтъ маточнаго конца трубы и внезапно изливается въ обильномъ количествѣ изъ матки.

Иногда скопившійся въ трубѣ гной прорывается въ брюшную полость или же вскрывается въ какой-либо изъ сосѣднихъ органовъ, чему, конечно, должно предшествовать образованіе сращеній между трубою и сосѣдними органами.

При остромъ воспаленіи яичника заразнаго происхожденія ткань этого органа представляется полнокровной, отечной

и пронизанной гнойными тѣльцами. Въ большинствѣ случаевъ Граафовы пузырьки также подвергаются разлагающимъ процессамъ. При дальнѣйшемъ развитіи болѣзненного процесса въ веществѣ яичника мѣстами наблюдается нагноеніе. Въ рѣдкихъ случаяхъ небольшіе гнойные фокусы, сливаясь между собой, образуютъ большіе нарывы яичника (pyoovarium).

Хроническое воспаленіе яичника, образующееся безъ участія микроорганизмовъ, болѣе всего сказывается на соединительно-тканыхъ элементахъ яичниковой ткани. Первоначальное увеличеніе соединительной ткани въ послѣдствіи уступаетъ мѣсто рубцовому уплотненію. Яичникъ представляется значительно уплотненнымъ. Утолщается также и наружная оболочка яичника (бѣлочная оболочка), что затрудняетъ лопанье фолликуловъ. Распола-



Рис. 55. Двусторонніе гнойники трубы и яичника съ обширными сращениями трубной и яичниковой брюшины.

гаясь на поверхности яичника, нелопнушіе фолликулы образуютъ наполненные серозной жидкостью пузырьки (мелкокистозное перерожденіе яичника).

На поверхности воспаленнаго яичника нерѣдко отлагаются фибриновые или гнойно-фибриновые выпоты, спаивающіе яичникъ съ окружающими органами и брюшиной (perioophoritis) (Рис. 55).

Воспаленія придатковъ не представляютъ собою однородной

картины заболѣванія; соотвѣтственно причинамъ, вызвавшимъ заболѣваніе, и органамъ, принимающимъ участіе въ воспалительномъ процессѣ, болѣзненные симптомы отличаются большимъ разнообразіемъ.

**Признаки.** Воспаленія, обусловленныя зараженіемъ микроорганизмами, какъ напр.: гоннококкомъ, стрептококкомъ и стафилококкомъ, вызываютъ, почти безъ исключенія, довольно бурныя припадки. Почти всегда имѣется повышеніе температуры, особенно вечерней. При нагноеніяхъ наблюдается высокая, продолжительная лихорадка. При остромъ воспалительномъ процессѣ дѣло рѣдко обходится безъ участія брюшины. Больныя, благодаря этому, обыкновенно жалуются на сильныя боли внизу живота. Весь животъ немного вздутъ и въ нижней своей части, особенно въ паховыхъ областяхъ, очень чувствителенъ при давленіи. Стулъ обыкновенно задержанъ, испражненія сопровождаются значительнымъ усиленіемъ болей. Наблюдаются довольно частыя позывы на мочеиспусканіе.

Болѣе хронически протекающія воспаленія, развивающіяся, по большей части, безъ участія микроорганизмовъ, вызываютъ обыкновенно тупую боль въ какой-нибудь одной или же въ обѣихъ паховыхъ областяхъ. Боль усиливается при движеніи, изслѣдованіяхъ, сношеніи, а также передъ регулами или во время послѣднихъ.

Разстройства менструацій наблюдаются почти при всѣхъ формахъ воспаленія придатковъ. Регулы часто бываютъ обильны и спѣшатъ; иногда онѣ длятся долго. Лишь при значительныхъ измѣненіяхъ яичника встрѣчается задержаніе мѣсячныхъ или даже преждевременное прекращеніе ихъ. Въ промежуткахъ между регулами появляются обыкновенно усиленныя отдѣленія, указывающія на сопутствующее воспаленіе матки. Самопроизвольно вскрывающіяся мѣшеччатыя опухоли трубы вызываютъ схваткообразныя боли, сопровождающіяся обильнымъ выдѣленіемъ изъ матки серозной жидкости или гноя.

Безплодіе является обычнымъ послѣдствіемъ двусторонняго воспаленія придатковъ.

Острыя формы воспаленія придатковъ могутъ заканчиваться выздоровленіемъ; однако чаще онѣ переходятъ въ хроническое состояніе. Поэтому для большинства воспалительныхъ процессовъ придатковъ характерна наклонность къ возврату. Временами больныя чувствуютъ себя вполне хорошо; но уже незначительныя погрѣшности вродѣ продолжительной прогулки, танцевъ, неосторожности во время регулъ, чрезмѣрныхъ сношеній и т. п. легко

вызываютъ новыя вспышки болѣзненнаго процесса, нерѣдко приковывающаго больную на продолжительное время къ постели.

Повторные приступы воспаления ведутъ къ образованію весьма крѣпкихъ и прочныхъ спаекъ и сращеній придатковъ съ окружающими органами (Рис. 56). Трубы и яичники нерѣдко смѣшаются при этомъ въ Дугласово пространство, гдѣ и удерживаются въ своемъ ненормальномъ положеніи, результатомъ чего и являются наклоненія и перегибы матки кзади. Съ другой



Рис. 56. Гнойное воспаленіе трубъ; сращенія съ маткой, прямой кишкою, червовиднымъ отросткомъ и трубъ другъ съ другомъ.

стороны, обостреніе воспалительнаго процесса ведетъ иногда къ образованію тазоваго гнойника. Послѣдній, подобно гнойникамъ яичника или трубы, можетъ вскрыться въ брюшную полость или въ какой-нибудь сосѣдній органъ (прямая кишка, влагалище, мочевоу пузырь).

При прободеніи такихъ гнойниковъ въ брюшную полость развивается бурная картина остраго воспаления брюшины. При прободеніи въ сосѣдніе органы, по опорожненіи гноя, наступаетъ временное улучшение припадковъ, взаи́мнъ непосредственно бывшаго до того ухудшенія; процессъ рѣдко заканчивается однимъ лишь прободеніемъ съ выходомъ гноя. Въ большинствѣ случаевъ остаются свищи, значительно осложняющіе болѣзненное состояніе и изнуряющіе силы больной продолжительнымъ выдѣленіемъ гноя.

У женщинъ, расположенныхъ къ нервнымъ заболѣваніямъ, съ теченіемъ времени развиваются тяжелыя разстройства нервной системы, иногда даже при сравнительно незначительномъ хрони-

ческомъ заболѣваніи придатковъ, особенно яичниковъ. Головныя боли, бессонница, отсутствіе энергіи и угнетенное душевное состояніе представляютъ обычные явленія этого рода. Боли въ сосѣднихъ органахъ, распространяющіяся и далѣе на органы брюшной полости, объясняются разстройствами въ области симпатическихъ нервовъ.

**Распознаваніе.** Распознаваніе здѣсь основывается, главнымъ образомъ, на данныхъ сочетаннаго изслѣдованія, производимаго лучше всего одновременно чрезъ влагалище и прямую кишку. Въ остромъ періодѣ заболѣванія придатковъ изслѣдованіе не даетъ иногда опредѣленныхъ данныхъ, благодаря значительной чувствительности и напряженности нижней части живота, что дѣлаетъ почти невозможныхъ сочетанное изслѣдованіе.

По окончаніи болѣе остраго періода, удается въ прощупываемой первоначально общей массѣ выдѣлить контуры измѣненныхъ придатковъ, окруженныхъ воспалительными выпотами. При существованіи сращеній, даже и въ хроническихъ случаяхъ, контуры придатковъ никогда не выступаютъ очень рѣзко; края опухоли какъ-бы сливаются съ окружающими частями.

При отсутствіи сплошныхъ сращеній путемъ сочетаннаго изслѣдованія большей частью удается отчетливо прощупать утолщенную трубу и увеличенный яичникъ, причемъ оба органа при давленіи представляются болѣе или менѣе болѣзненными.

Мѣшечатая опухоль трубы съ серознымъ или кровянистымъ содержимымъ представляется въ видѣ болѣе подвижныхъ, напряженныхъ, колбасовидныхъ опухолей болѣе или менѣе значительнаго размѣра. Трубное происхожденіе опухолей становится вѣроятнымъ, если вблизи опухоли удается ясно прощупать яичникъ. При гнойныхъ процессахъ въ придаткахъ большей частью наблюдаются разлитыя, мало подвижныя опухоли. Обширныя сращенія и спайки трубы съ яичникомъ въ высокой степени затрудняютъ опредѣленіе, въ какомъ изъ этихъ двухъ органовъ, въ трубѣ или яичникѣ, образовался нарывъ.

Еще большее затрудненіе для распознаванія представляютъ случаи воспаления придатковъ, гдѣ, благодаря обширнымъ сращеніямъ, въ составъ опухоли вошли не только придатки, но и петли тонкихъ кишекъ и части сальника.

Характерно для воспаления придатковъ появленіе измѣненій на обѣихъ сторонахъ.

Водянку трубы легче всего смѣшать съ кистой яичника. Отличительными признаками слѣдуетъ считать положеніе опухоли позади матки и возможность прощупать яичникъ отдѣльно отъ

опухоли. Кисты яичника, напротивъ того, чаще всего помѣщаются впереди матки.

Трубная беременность отличается отъ мѣшечатыхъ опухолей придатковъ, кромѣ данныхъ анамнеза, наличностью вѣроятныхъ признаковъ беременности и постепеннымъ ростомъ опухоли при безлихорадочномъ теченіи.

**Леченіе.** Почти ни при какой другой болѣзни внутреннихъ половыхъ органовъ успѣхъ леченія не зависитъ въ такой мѣрѣ отъ полного покоя больной и воздержанія отъ сожителства, какъ мы это видимъ при воспаленіи придатковъ. Сообразуясь съ особенностями каждаго даннаго случая, больныхъ укладываютъ въ постель на недѣлю, двѣ и еще дольше. При острой формѣ заболѣванія, кромѣ льда на низъ живота, питательной и легко переваримой пищи и наркотическихъ средствъ, никакихъ иныхъ назначеній не требуется. Если боли уменьшились и температура пришла къ нормѣ, то постепенно начинаютъ примѣнять разсасывающія и отвлекающія средства въ видѣ лекарственныхъ клизмъ, свѣчей и влагалищныхъ шариковъ. При отсутствіи вечернихъ подлихорадочныхъ повышенной температуры, больной разрѣшаютъ, если она чувствуетъ себя хорошо, сидѣть и назначаютъ общія и сидячія ванны. Влагалищные шарики замѣняютъ тампонами, пропитанными разсасывающими средствами. Постепенно больной разрѣшаютъ вставать съ постели и при хорошемъ самочувствіи съ ея стороны, а также и при болѣе хроническихъ формахъ, понемногу переходятъ къ примѣненію всѣхъ лечебныхъ приѣмовъ, способствующихъ болѣе энергичному и совершенному всасыванію воспалительныхъ выпотовъ. Здѣсь выступаетъ на сцену леченіе давленіемъ, электрическимъ свѣтомъ или постояннымъ электрическимъ токомъ, грязевыми ваннами, горячими душами и клизмами, гинекологическимъ массажемъ, внутриматочными впрыскиваніями и т. п. Примѣняя тотъ или иной способъ леченія, больной запрещаютъ всякое усиленное движеніе, а во время регулъ ее лучше всего уложить въ постель. Въ теченіи всего времени болѣзни постоянно слѣдятъ—и это считается весьма важнымъ—за температурой и болѣзненными ощущеніями. При малѣйшихъ признакахъ ухудшенія леченіе тотчасъ прерываютъ, а больную на нѣкоторое время снова укладываютъ въ постель. Лишь по исчезновеніи угрожающихъ явленій, снова осторожно приступаютъ къ прерванному методу леченія или избираютъ иной.

Изъ сказаннаго вытекаетъ, что консервативное леченіе воспалительныхъ процессовъ въ придаткахъ требуетъ много времени, настойчивости и терпѣнія со стороны самой больной и врача. Въ

общемъ оно даетъ, однако, лучше результаты, нежели оперативное лечение.

При значительномъ нагноеніи, образованіи свищей и иныхъ состояніяхъ, представляющихъ серьезную опасность для жизни, оперативное вмѣшательство становится неизбежнымъ. Гнойники, располагающіеся позади матки, въ Дугласовомъ пространствѣ, могутъ быть вскрыты разрѣзомъ въ заднемъ сводѣ. Послѣ опорожненія гноя нерѣдко наступаетъ излеченіе. Въ болѣе сложныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ операціямъ, состоящимъ въ удаленіи лишь заболѣвшихъ придатковъ или же придатковъ вмѣстѣ съ болѣе или мѣнѣе измѣненной маткой. Операціи эти могутъ быть произведены какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны брюшной полости.

## II. Опухоли яичниковъ.

Съ практической стороны опухоли яичниковъ раздѣляютъ на двѣ группы: 1) мѣшчатая опухоль — кисты, 2) плотная опухоль — фибромы, саркомы и карциномы.

### Киста яичника (*Kystoma ovarii*).

**Анатомическія измѣненія.** При развитіи кисты весьма важное значеніе имѣетъ то обстоятельство, служатъ ли тканевые элементы яичника только для образованія вмѣстилища выдѣляемой ими жидкости, или же эти элементы подвергаются еще и различнымъ процессамъ разрастанія. Въ первомъ случаѣ образуется однополостная киста, ростъ которой останавливается съ того момента, когда давленіе внутри полости становится равнымъ давленію, подъ которымъ жидкость выдѣляется въ полость; во второмъ случаѣ образуются многополостныя опухоли, ростъ которыхъ неограниченъ. Опухоли эти носятъ весьма различный характеръ, соотвѣтственно происхожденію разращеній и тѣмъ элементамъ яичниковой ткани, которые послужили исходной точкой кисты.

Кистовидныя опухоли яичниковъ встрѣчаются въ слѣдующихъ видахъ:

#### I. Неразростающіяся (ретенціонныя) кисты:

- а) Киста Граафова пузыря.
- б) Киста желтого тѣла.

## II. Разрастающіяся (пролиферирующія) кисты.

1. Происходящія изъ эпителиальныхъ элементовъ ткани яичника:

а) Железистая киста (*kystadenoma pseudomucinosum*).

б) Ворсистая киста (*kystadenoma serosum*).

2. Происходящія изъ элементовъ самого яичка:

Дермоидная киста (*kystoma dermoides*), ко-  
жевикъ.

Ретенціонныя кисты образуются вслѣдствіе растяже-  
нія полости фолликула или желтаго тѣла накапливающеюся тамъ  
жидкостью. Онѣ представляютъ собою однополостныя опухоли,  
величина которыхъ рѣдко превышаетъ величину головки ново-  
рожденнаго. Опухоль эти содержатъ совершенно прозрачную,  
водянистую жидкость, весьма бѣдную бѣлкомъ, съ большимъ ко-  
личествомъ распавшихся клѣтокъ. Стѣнки кисты фолликула чрез-  
вычайно тонки и выстланы на внутренней своей поверхности  
иногда еще слоемъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Кисты желтаго тѣла  
отличаются болѣе плотными стѣнками и внутренняя поверхность  
ихъ носитъ волнообразный характеръ.

Разрастающіяся кисты представляютъ собою самую,  
частую форму мѣшеччатыхъ опухолей яичника; источникомъ ихъ  
развитія служатъ эпителиальныя образования, встрѣчающіяся въ  
ткани яичника. Опухоль, развивающіяся изъ остатковъ зароды-  
шеваго эпителия или изъ клѣтокъ фолликула (*kystadenoma*), раз-  
дѣляются не столько по виду разрастанія клѣтокъ, сколько по  
химическому составу содержимаго кисты на двѣ формы.

Первая изъ нихъ — железистая киста (*kystadenoma pseudomucinosum*) характеризуется преимущественно желе-  
зистымъ строеніемъ и ложно-слизистымъ содержимымъ (псейдо-  
муцинь). Другая форма — ворсистая киста (*kystadenoma serosum*) разрастается въ видѣ ворсинокъ и заключаетъ въ  
себѣ серозное содержимое.

*Kystadenoma pseudomucinosum* — железистая ки-  
ста по прежнему обозначенію — наблюдается чаще остальныхъ  
формъ разрастающихся кистъ. Она растетъ довольно быстро и  
достигаетъ очень большихъ размѣровъ, причѣмъ можетъ содержать  
въ себѣ до 30, 40 и даже болѣе литровъ жидкости. Поверхность  
этихъ многополостныхъ кистъ не представляется такой ровной,  
гладкой и шарообразной, какъ у однополостныхъ кистъ, а обла-  
даетъ выступами и буграми различной величины. Стѣнка кисты  
состоитъ изъ волокнистой соединительнотканной оболочки, вы-

стланной по внутренней своей поверхности слоеъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Оболочка не богата сосудами, почему цвѣтъ ея по большей части матово-бѣлый. Толщина оболочки неодинакова на всемъ протяженіи; мѣстами она просвѣчиваетъ, мѣстами представляетъ мозолистыя утолщенія. *Kystadenoma pseudomucinosum* состоитъ обыкновенно изъ нѣсколькихъ большихъ полостей и множества малыхъ (Рис. 57). Рѣдко вся киста со-



Рис. 57. Железистая киста яичника съ перекрученной ножкой.

стоитъ изъ маленькихъ полостей и напоминаетъ тогда на разрѣзѣ строеніе медовыхъ сотъ. Содержимое кисты носить весьма различный характеръ. Чаще всего оно представляетъ густую, тянущуюся въ нити жидкость, приобретающую иногда плотность студня. Въ другихъ случаяхъ содержимое болѣе жидко и клейко; цвѣтъ жидкости бываетъ то молочно-бѣлый, то желтовато-или зеленовато-коричневый. Въ жидкости содержится въ большемъ или меньшемъ количествѣ псевдомucinъ — вещество, похоее на муцинъ.

*Kystadenoma serosum* — сосочковая или ворсистая киста по прежнему обозначенію — встрѣчается рѣже и обыкновенно поражаетъ оба яичника. Кисты эти не достигаютъ значительной величины и обладаютъ богатой сосудами соединительно-тканной оболочкой, выстланной внутри мерцательнымъ эпителиемъ. Содержимое кисты — негустая, прозрачная или желтовато-мутная жидкость — въ большинствѣ случаевъ псевдому-

цина не содержитъ. Вслѣдствіе разрастанія выстилающаго полость эпителия на внутренней поверхности образуются ворсистые, древовидно развѣтвляющіеся сосочки; послѣдніе съ теченіемъ времени заполняютъ всю полость кисты (Рис. 58). Нерѣдко сосочки даже прорастаютъ стѣнку кисты насквозь и пышно разрастаются по наружной поверхности кисты. Рано или поздно сосочки съ поверхности кисты переходятъ на сосѣдніе органы и распространяются по всей брюшинѣ.



Рис. 58. Сосочковая киста яичника.

Своимъ распространеніемъ на органы брюшной полости, своей особенностью поражать одновременно оба яичника и частымъ появленіемъ водянки живота, какъ осложненія, *kystadenoma serosum* походитъ на злокачественное новообразованіе.

*Kystoma dermoïdes*. Дермоиды или кожныя кисты развиваются въ любомъ возрастѣ; чаще всего эти кисты наблюдаются въ періодѣ половой зрѣлости женщины. Однако онѣ наблюдались и у новорожденныхъ.

Дермоиды растутъ медленно и обыкновенно не достигаютъ значительной величины. Опухоли имѣютъ чаще круглую форму, иногда съ перетяжкой по срединѣ, обладаютъ гладкой поверхностью и отличаются болѣе плотной, неравномѣрной консистенціей. На внутренней поверхности довольно толстой стѣнки дермоидныхъ кистъ встрѣчаются участки, вдающіеся въ полость кисты и усаженные на своей поверхности волосами; по своему строенію эти участки

соотвѣтствуютъ кожѣ. Кромѣ сосочковъ кожи, волосъ, сальныхъ и потовыхъ железъ, такіе участки стѣнки иногда заключаютъ въ себѣ различнѣйшія образования: зубы, части костьяка, зачатки нервной системы, дыхательнаго аппарата и кишечника. Содержимое кожной кисты состоитъ изъ жирового вещества, твердѣющаго при холодной температурѣ, со множествомъ спутанныхъ волосъ, иногда сбитыхъ въ комокъ.

Кисты яичника, развивающіяся по направленію къ брюшной полости, вытягиваютъ яичниковую связку, трубу и часть широкой связки на подобіе стебелька или ножки. Чѣмъ больше киста перемѣщается въ брюшную полость, тѣмъ больше вытягивается ножка. Труба обыкновенно тѣсно прилегаетъ къ поверхности опухоли. Кисты, развивающіяся изъ болѣе глубокихъ отдѣловъ вещества яичника, вырастаютъ въ широкую связку (межсвязочное развитие); въ такихъ случаяхъ образования ножки не наблюдается. Такія опухоли имѣютъ лишь ограниченную подвижность и, разрастаясь въ полости таза, смѣщаютъ матку въ сторону и вверхъ.

**Признаки.** Небольшія кисты, расположенныя въ полости таза, обыкновенно не проявляются особенными припадками. Если киста принимаетъ большіе размѣры, не покидая полости малаго таза, или если она развивается межсвязочно, то явленія давленія нарастаютъ постепенно. Больныя начинаютъ жаловаться на чувство тяжести внизу живота, на тупую боль въ тазу и крестцѣ. Вслѣдствіе давленія со стороны опухоли на пузырь наблюдаются частые позывы на мочеиспусканіе. Когда киста поднимается въ полость живота, эти явленія на нѣкоторое время затихаютъ. Вскорѣ, однако, наступаетъ увеличеніе живота и затрудненіе при движеніяхъ. Съ дальнѣйшимъ ростомъ кисты начинаютъ появляться жалобы на одышку и сердцебіеніе. Больныя страдаютъ отсутствіемъ аппетита и могутъ принимать пищу лишь въ небольшихъ количествахъ. Стулъ обыкновенно бываетъ задержанъ. При опухляхъ, достигающихъ очень большихъ размѣровъ, всѣ эти явленія усиливаются. Пульсъ становится слабѣе и чаще; больныя не въ состояніи лежать, особенно на спинѣ, плохо спятъ и нерѣдко страдаютъ отеками нижнихъ конечностей, отвислыхъ частей живота и наружныхъ половыхъ частей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ брюшной полости скопляется свободная жидкость (водянка живота). Послѣднія явленія особенно часто наблюдаются при злокачественномъ перерожденіи кисты и служатъ дурнымъ признакомъ.

Затрудненное усвоеніе пищи, расстройство дѣятельности сердца и дыхательныхъ путей, наконецъ, бессонница влекутъ за

собою слабость и постепенное истощение организма. Въ соответствии съ этимъ измѣняется и наружность больной: лицо принимаетъ страдальческое выраженіе, черты лица рѣзко обозначаются, губы сжимаются, глаза глубоко западаютъ въ глазныя впадины.

Обычное теченіе болѣзни нерѣдко нарушается различнаго рода осложненіями.

Такъ развиваются мѣстныя воспаленія брюшины, сопровождаемыя обыкновенно болями въ области кисты и повышеніемъ температуры. Слипчивый характеръ такихъ воспаленій обуславливаетъ образование спаекъ и сращеній кисты съ близлежащими петлями тонкихъ кишекъ, съ сальникомъ, а также и съ передней брюшной стѣнкой.

Далѣе, при тонко-стѣнныхъ кистахъ нерѣдко наблюдается разрывъ кисты. Содержимое кисты обыкновенно быстро всасывается брюшиной. При зарощеніи разрыва въ опорожненной кистѣ можетъ снова накопиться жидкость. Не всегда, однако, исходъ разрыва столь благопріятный. Попадая въ брюшную полость, гнойное или заключающее въ себѣ микроорганизмы содержимое кисты вызываетъ быстро развивающееся воспаленіе брюшины. Рѣже наблюдается сильное внутри-брюшное кровотеченіе вслѣдствіе разрыва большого кровеноснаго сосуда въ стѣнкѣ кисты.

Довольно частымъ осложненіемъ является перекручиваніе ножки кисты, происходящее тѣмъ легче, чѣмъ длиннѣе ножка и чѣмъ подвижнѣе киста. Перекручиваніе ножки обуславливается быстрымъ измѣненіемъ положенія больной, напряженіемъ брюшного пресса, перистальтикой кишекъ и т. п.

Измѣненія, происходящія въ кистѣ при перекручиваніи ея ножки, представляютъ собою главнымъ образомъ явленія застоя и бываютъ различны, смотря по степени перекручиванія. Даже при незначительныхъ степеняхъ перекручиванія происходитъ уже сдавленіе венъ, хотя и небольшое. Съ усиленіемъ перекручиванія и сдавленія венъ наступаетъ отеочное состояніе кисты, и количество жидкости увеличивается, благодаря чему опухоль принимаетъ большіе размѣры и становится болѣе плотной. Нерѣдко наблюдаются также кровоизліянія въ стѣнку и полость кисты. Въ этомъ случаѣ пропитанная кровью стѣнка принимаетъ багровый цвѣтъ, а содержимое — коричневатую или буроватую окраску. Высокія степени перекручиванія обуславливаютъ нарушеніе питанія кисты, на поверхности которой развиваются воспалительные процессы слипчиваго характера. Благодаря этому образуются

сплошныя спайки кисты съ кишечными петлями, что даетъ возможность микроорганизмамъ переходить изъ кишекъ въ полость кисты, содержимое которой нагнаивается и разлагается.

Припадки, вызываемые перекручиваніемъ, объясняются преимущественно раздраженіемъ и воспаленіемъ брюшины. Животъ крайне чувствителенъ и вздуть, газы задержаны; затѣмъ наступаетъ рвота, лихорадка, знобы и общій упадокъ силъ.

Весьма серьезнымъ осложненіемъ является нагноеніе и разложеніе содержимаго кисты. Оно встрѣчается какъ послѣдствіе перекручиванія ножки, но можетъ быть вызвано и другими причинами, облегчающими зараженіе.

Чаще всего нагноенію подвергаются дермоидныя кисты. Нагноительный процессъ сопровождается весьма бурными мѣстными и общими припадками; но въ большинствѣ случаевъ онъ не ведетъ къ роковому концу. Обыкновенно происходитъ прободеніе гнойника въ сосѣдніе органы (прямую кишку, влагалище, мочевой пузырь).

Наконецъ, сравнительно часто (приблизительно 20% оперированныхъ случаевъ) наблюдается, какъ осложненіе, злокачественное перерожденіе кисты раковаго или саркоматознаго характера. Быстрый ростъ опухоли, водянка живота, отекъ нижнихъ конечностей и истощеніе больной — вотъ признаки, указывающіе на злокачественное перерожденіе кисты, въ особенности, если такіе симптомы наступаютъ у старыхъ женщинъ.

Образованіе кисты яичника нерѣдко вызываетъ измѣненія въ функціяхъ матки.

Регулы обыкновенно протекаютъ гравильно. Прекращеніе регулъ наблюдается у очень истощенныхъ больныхъ или при полномъ перерожденіи яичниковъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдаются кровотеченія или болѣзненные мѣсячныя. Бесплодіе представляетъ довольно частое явленіе.

Беременность считается довольно серьезнымъ осложненіемъ кисты яичника. Увеличивающаяся матка передвигаетъ опухоль въ брюшную полость — обстоятельство, облегчающее перекручиваніе кисты. Въ другихъ случаяхъ кисты яичника являются причиною не только неправильнаго положенія матки, но и ущемленія запрокинутой назадъ матки. Съ другой стороны, препятствуя увеличенію матки, очень большія кисты нерѣдко обуславливаютъ выкидышъ или преждевременные роды.

При наличности кисты яичника роды иногда затягиваются вслѣдствіе значительнаго растяженія брюшныхъ стѣнокъ и слабости родовыхъ болей. Во время потугъ можетъ произойти раз-

рывъ кисты, благодаря повышенію внутрибрюшного давленія. Небольшія опухоли, сидяція на длинной ножкѣ и спускающіяся въ полость таза, а также кисты, развившіяся межсвязочно, могутъ послужить препятствіемъ для нормальнаго родоразрѣшенія (Рис. 59).

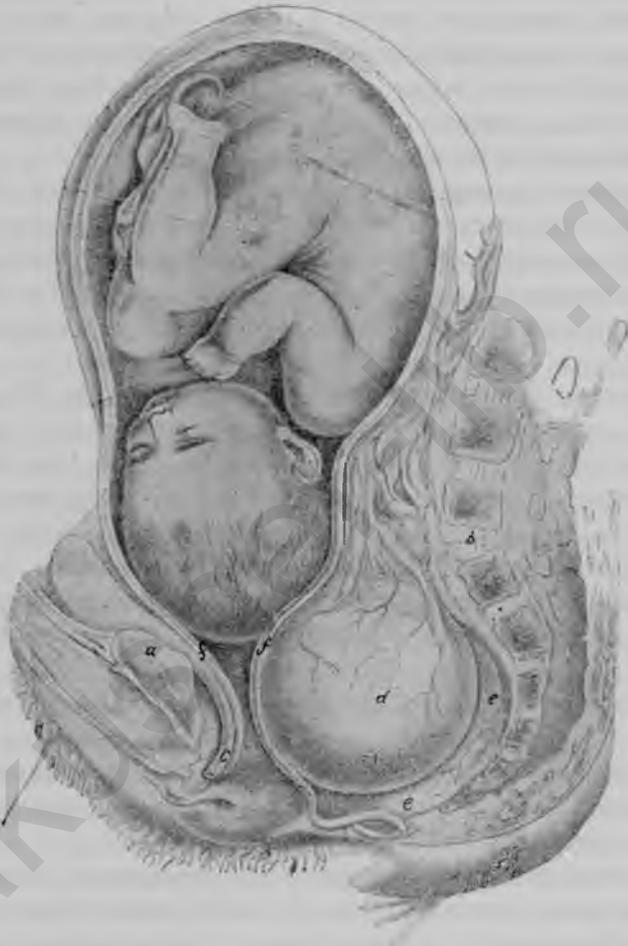


Рис. 59. Киста яичника, спустившаяся въ полость малаго таза.

Въ послѣродовомъ періодѣ, при наличности зараженія, наблюдается нагноеніе или разложеніе кисты. Быстрый ростъ кисты и перекручиваніе ножки, наблюдаемые также въ этомъ періодѣ, объясняются пониженіемъ внутрибрюшного давленія.

**Распознаваніе.** Распознаваніе большихъ кистъ. Увеличеніе объема живота представляется здѣсь не всегда равно-

мѣрнымъ; часто одна сторона выдается больше другой. При значительномъ растяженіи брюшныхъ стѣнокъ въ кожѣ живота замѣчаются расширенные венозные сосуды и рубцовыя полоски. При ощупываніи, по большей части, удается весьма ясно опредѣлить контуры опухоли, ея гладкую или слегка бугристую поверхность и плотную, эластическую консистенцію. Зыбленіе опухоли обнаруживается иногда весьма рѣзко. Обхватывая нижнюю часть опухоли и приподымая ее кверху, нерѣдко удается прощупать ножку, спускающуюся въ видѣ тяжа отъ нижняго полюса опухоли въ глубину таза.

При постукиваніи получается надъ опухолью тупой тонъ, а въ отлогихъ частяхъ живота — ясный кишечный тонъ. При выслушиваніи живота слышны кишечный шумъ, пульсація аорты и нерѣдко дующій шумъ, указывающій на значительное расширение кровеносныхъ сосудовъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть нерѣдко оказывается смѣщенной въ сторону. Въ переднемъ или заднемъ сводѣ изслѣдующій палецъ ощупываетъ нижній полюсъ опухоли, лежащій надъ входомъ въ тазъ.

Путемъ сочетаннаго изслѣдованія остается еще установить отношеніе опухоли къ маткѣ и исходную ея точку. Оттѣсная опухоль кверху, въ особенноти при изслѣдованіи чрезъ влагалище и прямую кишку, обыкновенно легко удается опредѣлить контуры и положеніе матки, а также свободную подвижность матки независимо отъ опухоли. Въ затруднительныхъ случаяхъ выясненію отношенія опухоли къ маткѣ способствуетъ низведение матки пулевыми шипцами, наложенными на одну изъ губъ влагалищной части. При двойномъ изслѣдованіи и оттягиваніи опухоли кверху ножка кисты обыкновенно хорошо прощупывается. Благодаря этому большею частью не представляется затрудненій опредѣлить, съ какой стороны исходитъ киста; опредѣленіе это еще болѣе облегчается, если на одной сторонѣ удается прощупать яичникъ, между тѣмъ какъ на другой его не оказывается.

Отличительное распознаваніе при большихъ кистахъ. Беременная матка уже не разъ была принимаема за кисту яичника. При нормальныхъ условіяхъ, особенно во второй половинѣ беременности, такая ошибка едва-ли возможна, если придерживаться правила — при всякомъ изслѣдованіи опухоли живота обращать вниманіе на наличіе вѣрныхъ или вѣроятныхъ признаковъ беременности. Затрудненія могутъ встрѣтиться при неправильныхъ беременностяхъ, какъ чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости (*hydramnion*) или образование пузыр-

наго заноса. Встрѣчаются также случаи беременности, гдѣ разрыхленіе въ области внутренняго зѣва достигаетъ такой степени, что при поверхностномъ изслѣдованіи можно принять шейку за неувеличенную матку, а мягкое тѣло матки за кистовидное новообразование. Въ подобныхъ случаяхъ путемъ тщательнаго и повторнаго изслѣдованія все-таки удается установить связь мнимой опухоли съ шейкой. Измѣненія влагалищной части, баллотированіе головки при наличности вѣроятныхъ признаковъ беременности дадутъ, въ свою очередь, возможность распознать истинную причину увеличенія матки.

Скопленіе свободной жидкости въ животѣ (ascites) можетъ

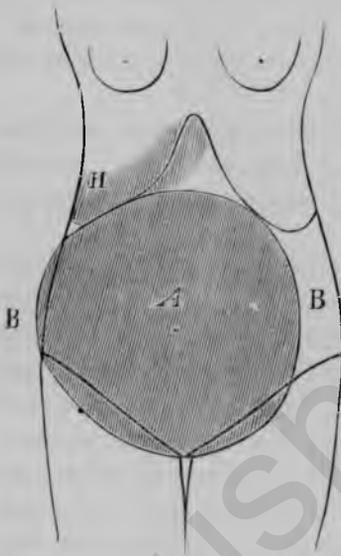


Рис. 60. Киста яичника при положеніи больной на спинѣ. А — площадь притупленія кисты. В — тимпанический тонъ кишекъ. Н — печень.

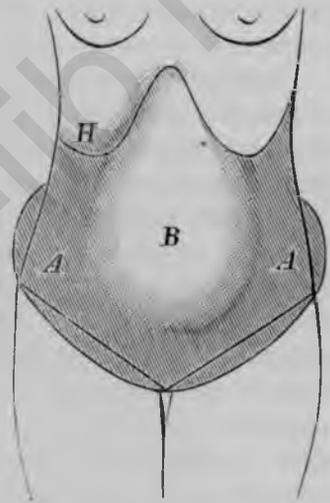


Рис. 61. Ascites при положеніи больной на спинѣ. А — притупленіе свободной жидкости. В — тимпанитъ кишечника. Н — печень.

лишь въ рѣдкихъ случаяхъ вводитъ при распознаваніи въ заблужденіе. При водянкѣ животъ болѣе растянутъ въ ширину, и его форма нѣсколько измѣняется при боковомъ положеніи больной. Въ лежачемъ положеніи больной на спинѣ при постукиваніи получается ясный тонъ въ верхней части живота, а въ боковыхъ и нижнихъ отдѣлахъ живота тонъ переходитъ въ тупой (Рис. 60 и 61). При перемѣнѣ положенія больной изъ спиннаго въ боковое ясный тонъ перемѣщается въ противоположномъ направленіи, т. е. при положеніи больной на правомъ боку ясный тонъ получается на лѣвомъ боку и наоборотъ. Далѣе, при водянкѣ живота

зыбленіе выражено крайне рѣзко. Наконецъ, при ощущеніи нигдѣ не замѣчаются болѣе плотные участки.

Если жидкость въ брюшной полости не свободна, а осумкована, какъ это наблюдается при бугорчаткѣ или разлитомъ раковымъ пораженіи брюшины и т. п., то въ такомъ случаѣ отличительное распознаваніе въ высокой степени затрудняется. Чувствительность опухоли, неясные контуры ея, отдѣльные бугорки, прощупываемые черезъ брюшныя стѣнки или своды, наконецъ, анамнезъ и общее состояніе больной — дѣлають тѣмъ не менѣе въ большинствѣ случаевъ распознаваніе возможнымъ.

Отличительные признаки міомы и кисты яичника упомянуты уже въ главѣ о міомахъ матки (см. стр. 127).

Распознаваніе небольшихъ кистъ, помѣщающихся еще въ полости малаго таза, обыкновенно не представляетъ затрудненій. Опухоль расположена впереди матки, рѣже позади послѣдней, въ крестцовой впадинѣ, и легко выводится изъ полости малаго таза въ брюшную полость. При изслѣдованіи чрезъ влагалище и прямую кишку ясно прощупывается ножка, направляющаяся къ одному изъ краевъ матки. На той сторонѣ, гдѣ яичникъ послужилъ исходной точкой кистовиднаго образованія, этотъ органъ не прощупывается. Отношенія опухоли къ маткѣ выясняются еще лучше, если пулевыми щипцами низвести матку.

Скажемъ еще нѣсколько словъ объ отличительномъ распознаваніи кисты яичника отъ другихъ небольшихъ опухолей, находящихся въ полости таза.

Мѣшеччатая опухоль трубы отличаются продолговатою формою и постепеннымъ расширеніемъ по направленію къ наружному концу. Въ сосѣдствѣ съ опухолью прощупывается иногда очень ясно, иногда менѣе отчетливо, неизмѣненный яичникъ. Трубную беременность въ раннемъ періодѣ развитія легко можно принять за кисту яичника въ тѣхъ случаяхъ, когда яичникъ неясно прощупывается. Гѣстоватая консистенція опухоли, пульсація сосудовъ въ ея окружности, присутствіе нѣкоторыхъ вѣроятныхъ признаковъ беременности и, наконецъ, данныя анамнеза — вотъ моменты, говорящіе за трубную беременность.

Объ отличительныхъ признакахъ кисты и міомы матки было уже сказано.

Воспалительные выпоты не представляютъ ясныхъ границъ, неподвижны и доходятъ до самыхъ стѣнокъ таза.

Воспаленные придатки отличаются неправильностью очертаній, чувствительностью и сращеніями съ сосѣдними органами, что уменьшаетъ ихъ подвижность.

Отличительное распознавание запрокинутой кзади беременной матки не может представить затруднений при внимательном изслѣдованіи. Непосредственная связь опухоли съ шейкою матки, мягкая консистенція опухоли, разрыхленіе влагалищной части и остальные признаки беременности такъ ясно указываютъ на характеръ опухоли, что ошибка является непростительной.

**Лечение.** Разнообразіе и серьезность осложнений, встрѣчаемыхъ при кистахъ яичника, и частота злокачественнаго перерожденія ихъ дѣлають оперативное удаленіе кисты единственнымъ рациональнымъ способомъ леченія. Въ виду того, что моментъ наступленія осложнения или злокачественнаго перерожденія предвидѣть невозможно, каждая распознанная киста подлежитъ оперативному удаленію. При небольшихъ кистахъ выжидать увеличенія ихъ объема представляется совсѣмъ неумѣстнымъ еще и потому, что операція, производимая въ подобныхъ случаяхъ со стороны влагалища, является сравнительно несложнымъ и безопаснымъ вмѣшательствомъ. Путемъ чревосѣченія удаляютъ только кисты большихъ размѣровъ или съ обширными сращениями.

По вышеизложеннымъ причинамъ удаленіе кисты показано и во время беременности.

Кисту, заграждающую во время родовъ родовые пути, стараются прежде всего вправить. Если это не удастся, является болѣе умѣстнымъ удаленіе новообразованія со стороны влагалища, нежели опорожненіе кисты проколомъ. Въ исключительныхъ случаяхъ можетъ явиться показаніе къ кесарскому сѣченію.

Въ послѣродовомъ періодѣ при угрожающихъ явленіяхъ немедленно приступаютъ къ удаленію кисты. При отсутствіи какихъ-либо осложнений со стороны кисты умѣстнѣе отложить операцію до полного обратнаго развитія половыхъ органовъ.

### Плотныя опухоли яичника.

Новообразованія этого характера развиваются либо изъ соединительно-тканной основы яичника (фибромы и саркомы), либо изъ эпителия яичниковаго вещества (карциномы). Плотныя опухоли яичника встрѣчаются несравненно рѣже мѣшеччатыхъ и при томъ по большей части одновременно въ обоихъ яичникахъ. Опухоли эти рѣдко достигаютъ значительной величины и сидятъ въ большинствѣ случаевъ на широкой ножкѣ, образующейся подобно ножкѣ кисты яичника.

Развитіе карциномы или саркомы яичника сопровождается скопленіемъ свободной жидкости въ животѣ.

Припадки, вызываемые плотными опухолями яичника, тѣ же, что и при кистахъ яичника. Распознаваніе — гадательное; леченіе исключительно оперативное.

## Воспаленіе тазовой брюшины (Pelveoperitonitis).

**Причины.** Чаще всего воспаленіе тазовой брюшины обусловливается зараженіемъ стафило-, стрепто- и гоннококкомъ, кишечной палочкой, палочкою бугорчатки и т. п.

Обычно исходной точкой зараженія служатъ внутренніе половые органы, рѣже — прочіе органы брюшной полости (кишечникъ). Извнѣ зараза вносится въ тазовую брюшину при операціяхъ, случайныхъ пораненіяхъ и т. п.

Безусловно лишь меньшинство случаевъ воспаленія тазовой брюшины происходитъ помимо участія микроорганизмовъ вслѣдствіе раздраженія брюшины механическимъ или химическимъ путемъ.

**Анатомическія измѣненія.** Воспалительный процессъ можетъ ограничиться мѣстомъ первичнаго своего появленія (perisalpingitis, regioophoritis, perimetritis), можетъ распространиться на всю тазовую брюшину (pelveoperitonitis) или же, наконецъ, занять всю брюшную полость (peritonitis diffusa).

При острой (заразной) формѣ брюшина представляется покраснѣвшей, припухшей и помутнѣвшей. Нерѣдко на поверхности брюшины замѣчаются фибриновые или гнойно-фибриновые налеты. При дальнѣйшемъ развитіи процесса образуется выпоть фибринознаго или гнойнаго характера, содержащій массу микроорганизмовъ. Вздутыя петли тонкихъ кишекъ плаваютъ въ скопляющейся въ Дугласовомъ пространствѣ жидкости. На тѣхъ участкахъ, гдѣ между кишечными петлями нѣтъ выпота и гдѣ воспаленныя поверхности брюшиннаго покрова прилегають другъ къ другу, кишечныя петли склеиваются и срастаются. Такимъ путемъ самый выпоть осумковывается. Подобные выпоты, величиною до дѣтской головки и болѣе, обыкновенно скопляются позади матки и смѣщаютъ послѣднюю впередъ и вверхъ. Дальнѣйшая судьба осумкованнаго выпота можетъ быть двоякая. Фибриновая жидкость иногда быстро всасывается, результатомъ

чего остаются обширныя сращенія тазовыхъ органовъ между собой. Въ другихъ случаяхъ вслѣдствіе нагноенія образуется тазовый нарывъ, который со временемъ и прокладываетъ себѣ путь въ близлежащіе органы или брюшную полость.

Воспаленіе тазовой брюшины незаразнаго происхожденія отличается болѣе хроническимъ теченіемъ и отсутствіемъ какого-либо значительнаго выпота. Здѣсь, главнымъ образомъ, происходятъ спайки и сращенія прилегающихъ другъ къ другу органовъ. Первоначально рыхлыя и легко разъединимыя сращенія въ послѣдствіи становятся очень прочными и плотными. Подъ вліяніемъ движеній тазовыхъ органовъ такія сращенія иногда вытягиваются въ длинныя тяжи и перепонки; въ другихъ случаяхъ они на подобіе паутины окружаютъ органы тазовой полости.

**Признаки.** Заразныя формы воспаленія тазовой брюшины всегда сопровождаются рѣзкими болѣзненными припадками, а именно: сильными болями, высокой лихорадкой ( $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ ), учащеніемъ пульса, вздутіемъ живота, тошнотой и рвотою. Стулъ и газы обыкновенно задержаны. Изслѣдованіе очень болѣзненно. Въ началѣ заболѣванія въ заднемъ сводѣ прощупывается лишь нѣкоторая припухлость, уступающая въ послѣдствіи мѣсто выпоту, доходящему до боковыхъ стѣнокъ таза. Достигающіе большихъ размѣровъ выпоты выпячиваютъ задній сводъ, приподнимаютъ матку вверхъ и придавливаютъ ее къ лонному сращенію. Кверху выпоты вначалѣ не ограничены ясно и контуры ихъ лишь съ теченіемъ времени дѣлаются рѣзкими. Нерѣдко на одной сторонѣ выпотная припухлость больше, чѣмъ на другой.

Въ большинствѣ случаевъ острое воспаленіе разрѣшается всасываніемъ. Чаше всего спустя 2 или 3 недѣли отъ начала болѣзни постоянная лихорадка прекращается, остаются лишь незначительныя вечернія повышенія температуры; боли постепенно ослабѣваютъ, выпоть уменьшается въ объемъ и при соответствующемъ леченіи постепенно исчезаетъ. Подвижность внутреннихъ половыхъ органовъ остается, по большей части, ограниченной еще въ теченіи долгаго времени.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ наблюдается—при повышеніяхъ температуры, учащеніи пульса и усиленіи болей—вскрытіе тазоваго нарыва въ прямую кишку, въ задній сводъ или мочевоу пузырь. Послѣ прободенія лихорадка за рѣдкими исключеніями уменьшается или даже совершенно прекращается. Выдѣленіе гноя продолжается часто еще долгое время, что въ значительной мѣрѣ истощаетъ больныхъ.

Замѣчательна склонность воспаленія тазовой брюшины къ

возврату. Неосторожное или порывистое движение, грубое изслѣдованіе, частыя сношенія и т. п. нерѣдко обусловливаютъ новую вспышку воспалительнаго процесса. Какъ послѣдствія перенесенныхъ воспаленій брюшины наблюдаются довольно часто болѣзненные мѣсячныя, бесплодіе, боли при сношеніяхъ и т. п.

Незаразное воспаленіе тазовой брюшины обыкновенно протекаетъ безлихорадочно, и только въ иныхъ случаяхъ больныя испытываютъ довольно сильныя болевыя ощущенія.

Спайки и тяжи, образовавшіеся въ тазу, могутъ иногда вызывать припадки разнообразнѣйшаго характера. Чаще всего наблюдаются болѣзненные мѣсячныя, боли при движеніяхъ, испраженіи или мочеиспусканіи. Въ рѣдкихъ случаяхъ тяжи, оставшіеся послѣ воспаленія брюшины, бываютъ причиной заворота кишекъ.

**Распознаваніе.** Картина болѣзни при остромъ воспаленіи тазовой брюшины настолько характерна, что это заболѣваніе трудно смѣшать съ какимъ-нибудь другимъ. Затрудненія для распознаванія можетъ представить очень медленно разсасывающійся выпотъ. Такое состояніе можно чаще всего смѣшать съ воспалительнымъ выпотомъ тазовой клѣтчатки. При пельвеоперитонитѣ опухоль характеризуется слѣдующими признаками: она стоитъ высоко, верхнія границы ея ясно не очерчены и переходъ опухоли на боковыя стѣнки таза не представляется такимъ сплошнымъ. Кромѣ того, опухоль находится въ тѣсной связи съ маткой или придатками и выдѣлить эти органы изъ общей массы опухоли по большей части не удается.

Тяжи и спайки, образовавшіеся послѣ слипчиваго воспаленія тазовой брюшины, обыкновенно хорошо прощупываются при сочетанномъ изслѣдованіи чрезъ прямую кишку и влагалище. Затруднительнымъ представляется лишь опредѣленіе тяжей, расположенныхъ высоко и соединяющихъ матку или придатки съ петлями кишекъ и съ сальникомъ.

**Леченіе.** При начинающемся остромъ воспаленіи тазовой брюшины леченіе сводится къ покойному положенію больной, строгой діетѣ и примѣненію холода. Въ самомъ началѣ умѣстны небольшія дозы опія, лучше всего чрезъ прямую кишку въ формѣ свѣчь или лекарственныхъ клизмъ. Послѣ образованія выпота ледъ замѣняютъ компрессами, тщательно слѣдятъ за температурой и пульсомъ и выжидаютъ, какой оборотъ приметъ воспалительный процессъ. Придерживаясь выжидательнаго способа леченія, слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на питаніе больной. Вслѣдствіе покойнаго положенія больной нерѣдко развивается вялость (атонія) кишечника и задержаніе стула; необходимо, слѣдовательно,

принять мѣры къ ежедневному опорожненію кишечника (клизмы). По этимъ причинамъ въ болѣе поздніе періоды болѣзни изъ болеутоляющихъ средствъ охотнѣе назначаютъ кодеинъ и морфій, нежели опій.

Если при повышеніяхъ температуры боли усиливаются и зыбленіе опухоли становится вполнѣ яснымъ, оперативное вмѣшательство дѣлается иногда неизбѣжнымъ. Смотря по измѣненіямъ въ каждомъ данномъ случаѣ, здѣсь могутъ явиться показанія къ различнѣйшимъ оперативнымъ пособіямъ, начиная съ простаго вскрытія нарыва разрѣзомъ и кончая полнымъ вылученіемъ матки и придатковъ.

Если же, какъ это бываетъ чаще, воспалительный выпотъ обнаруживаетъ склонность къ всасыванію, если боли постепенно уменьшаются, если температура и пульсъ становятся нормальными, то въ такихъ случаяхъ примѣняютъ всѣ тѣ лекарственныя средства и способы леченія, благодаря которымъ всасываніе воспалительныхъ выпотовъ прискорбляетъ быстрѣе и совершеннѣе. Конечно, здѣсь должна быть проведена строгая послѣдовательность и крайняя осторожность при переходѣ отъ слабыхъ къ болѣе сильно дѣйствующимъ методамъ леченія.

Въ виду большой склонности пельвеоперитонита къ возвратамъ, необходимо во время леченія слѣдить за температурой и пульсомъ, руководствуясь показаніями ихъ для болѣе осторожнаго или болѣе энергичнаго вмѣшательства.

Остающіяся послѣ слипчиваго пельвеоперитонита болѣзненные измѣненія рѣдко уступаютъ дѣйствию ускоряющихъ всасываніе методовъ леченія. Въ виду этого тяжи и спайки, вызывающіе болѣзненные припадки, лучше всего лечитъ массажемъ или удалятъ оперативнымъ путемъ.

---

## Воспаленіе тазовой клѣтчатки (Parametritis).

**Причины.** Острая форма названнаго заболѣванія обусловливается зараженіемъ стрепто- или стафилококкомъ, проникающими въ тазовую клѣтчатку при поврежденіяхъ въ области внутреннихъ половыхъ органовъ, преимущественно маточной шейки. Вслѣдствіе этого параметриты наблюдаются чаще всего въ послѣродовомъ періодѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ микроорганизмы проникаютъ въ тазовую клѣтчатку и изъ другихъ органовъ, стоящихъ

въ связи съ тазовой клѣтчаткой: придатковъ, кишекъ, костныхъ стѣнокъ таза и т. п.

Въ гинекологической практикѣ въ настоящее время параметритъ наблюдается сравнительно рѣдко, благодаря тому, что гинекологическія операціи и различныя лечебныя воздѣйствія на внутренніе половые органы производятся теперь съ соблюденіемъ правилъ антисептики и асептики.

**Анатомическія измѣненія.** Распространеніе заразныхъ началъ въ тазовой клѣтчаткѣ стоитъ въ зависимости какъ отъ количества и злобности микробовъ, такъ и отъ воспримчивости даннаго организма.

Дѣйствуя раздражающимъ образомъ на ткани, микроорганизмы, распространяющіеся по лимфатическимъ сосудамъ, а также и ихъ птомаины, вызываютъ реакцію со стороны тканей въ видѣ воспалительнаго выпота. Благодаря первоначальному отечному пропитыванію тканей и полнокровію ихъ, выпоть представляетъ въ первое время мягкую консистенцію. Постепенно консистенція выпота теряетъ свою мягкость и въ концѣ концовъ становится твердымъ и плотнымъ. Соотвѣтственно мѣсту внѣдренія микроорганизмовъ параметритъ обыкновенно развивается по бокамъ шейки. Распространяясь отсюда дальше, воспаленіе можетъ поразить одновременно всю клѣтчатку, или же послѣдовательно отдѣльные участки ея. При особенно злокачественномъ характерѣ зараженія воспаленіе можетъ перейти по клѣтчаткѣ пузыря на переднюю стѣнку живота; по направленію кзади оно можетъ достигнуть почечной области. Наконецъ, по боковымъ поверхностямъ оно можетъ подняться въ подвздошную впадину.

Воспалительный выпоть можетъ либо постепенно всосаться, либо перейти въ нагноеніе. При переходѣ въ нагноеніе обыкновенно гной прокладываетъ себѣ дорогу въ сосѣдніе органы, или же прорывается наружу въ паховой области надъ Пупартовой связкой.

При обширныхъ воспаленіяхъ тазовой клѣтчатки въ процессъ принимаетъ большее или меньшее участіе и брюшина.

Помимо заразнаго воспаленія тазовой клѣтчатки встрѣчаются случаи параметрита съ хроническимъ теченіемъ, гдѣ, повидимому, микроорганизмамъ не представлялось ни повода, ни возможности проникнуть въ клѣтчатку. Въ подобныхъ случаяхъ причину заболѣванія слѣдуетъ, по всей вѣроятности, искать въ различныхъ условіяхъ, разстраивающихъ кровообращеніе въ половомъ аппаратѣ и въ полости таза. Разстройства такого рода, хотя бы и непродолжительныя, но частыя, дѣйствуютъ раздражающимъ обра-

зомъ на тканевые элементы. Образующіяся въ концѣ концовъ уплотненія или мозолистыя затверднія располагаются чаще всего позади матки по направленію крестцово-маточныхъ связокъ (parametritis posterior).

**Признаки.** Что касается болѣзненныхъ припадковъ, то острое заболѣваніе характеризуется лихорадочнымъ состояніемъ, которое нерѣдко начинается ознобомъ при сравнительно хорошемъ самочувствіи. Вечерняя температура часто доходитъ до  $39,5^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$  и выше, пульсъ учащенъ до 90—100, рѣже—до 110 ударовъ въ минуту. Въ болѣе легкихъ случаяхъ температура начинаетъ уже черезъ нѣсколько дней понижаться. Въ тяжелыхъ случаяхъ высокая температура держится недѣлями и лишь постепенно падаетъ. При покойномъ положеніи острыхъ болей по большей части нѣтъ и только въ глубинѣ таза ощущается всего чаще тупая боль. Подъ вліяніемъ продолжительной лихорадки общее состояніе больной ухудшается, сонъ и аппетитъ пропадаютъ, появляется мучительная жажда и по временамъ головная боль. Тѣмъ не менѣе больныя параметритомъ не производятъ такого тяжелаго впечатлѣнія, какъ страдающія пельвеоперитонитомъ.



Рис. 62 и 63. Лѣвосторонній выпотъ въ тазовой клѣтчаткѣ, смѣстившій матку вправо. Оставшіеся послѣ всасыванія выпота рубцовые тяжи притянули впослѣдствіи матку влево и вызвали перегибъ ея кпереди.

Выведенная свѣжими выпотами изъ нормальнаго своего положенія матка смѣщается обыкновенно въ противоположную сторону (Рис 62 и 63). При послѣдующемъ же всасываніи и рубцеваніи матка притягивается, наоборотъ, въ сторону бывшаго выпота. При переходѣ въ нагноеніе лихорадочное состояніе усиливается, усиливаются также и боли, которыя нерѣдко отражаются въ поясницѣ и нижнихъ конечностяхъ.

Хроническій параметритъ нерѣдко сопровождается болевыми ощущеніями въ тазу и разнообразными расстройствами отправленій органовъ таза, запорами, болями при мѣсячныхъ, болевыми ощущеніями или острой болью при сношеніяхъ и т. п. Къ этимъ припадкамъ часто присоединяются явленія неврастеніи и истеріи.

**Распознаваніе.** Распознаваніе основывается здѣсь, главнымъ образомъ, на данныхъ изслѣдованія.

При сочетанномъ изслѣдованіи находятъ неясно ограниченныя, низко лежащія уплотненія, начинающіяся чаще всего въ области шейки матки и идущія въ боковомъ направленіи, постепенно увеличиваясь въ своихъ размѣрахъ, вплоть до самой стѣнки таза. Здѣсь никогда не нужно пренебрегать изслѣдованіемъ чрезъ прямую кишку и влагалище. Только что указанныя особенности замѣчаются, главнымъ образомъ, въ нижнихъ отдѣлахъ выпота, что и удается ясно прощупать при этомъ способѣ изслѣдованія.

При нагноеніи выпотъ становится чувствительнѣе при дотрагиваніи и въ немъ замѣчается размягченіе или зыбленіе.

При хронической формѣ чрезъ прямую кишку ясно прощупываютъ уплотненія ткани въ видѣ тяжей или лентъ, расположенныхъ позади матки по направленію крестцово-маточныхъ связокъ, либо по бокамъ матки у основанія широкихъ связокъ.

Плотный параметрической выпотъ скорѣе всего можно смѣшать съ раковой инфильтраціей, такъ какъ данныя изслѣдованія какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ одинаковы. Однако остальные измѣненія и болѣзненные проявленія при ракѣ дадутъ возможность поставить вѣрное распознаваніе.

**Леченіе.** Леченіе воспаленія тазовой клѣтчатки проводится съ тою же осторожностью и по тѣмъ же правиламъ, какъ и леченіе воспаленія тазовой брюшины.

Вообще при соблюденіи правилъ антисептики и асептики воспаленія тазовой клѣтчатки должны составлять большую рѣдкость.

## **Кровяная опухоль въ тазу.**

Кровяная опухоль образуется тогда, когда большое количество излившейся крови скопляется въ какомъ-либо мѣстѣ и свертывается. Кровь можетъ излиться въ свободную полость брюшины или въ тазовую клѣтчатку. Поэтому надо отличать внутрибрюшинную кровяную опухоль (haematocele) отъ внѣбрюшинной (haematoma).

### **1. Внутрибрюшинная кровяная опухоль. (Haematocele).**

**Этіологія.** Большинство внутрибрюшинныхъ кровяныхъ опухолей развиваются вслѣдствіе перерыва трубной беременности въ первые мѣсяцы ея развитія. Изъ различныхъ исходовъ трубной

беременности трубный выкидышъ чаще всего ведетъ къ образованію кровяной опухоли. При разрывѣ трубы кровь обыкновенно изливается такъ быстро и въ такомъ большомъ количествѣ, что больная погибаетъ или подвергается операциі прежде, чѣмъ кровь успѣетъ свернуться. Сравнительно гораздо рѣже haematocеле образуется вслѣдствіе кровотеченій, происходящихъ послѣ лопанія фолликула во время менструальнаго прилива, послѣ разрыва кровяной опухоли яйцепровода (haemotosalpinx) или узловато расширенныхъ венъ широкой связки.

**Анатомическія измѣненія.** При трубномъ выкидышѣ кровотечение происходитъ медленно и толчками изъ брюшнаго отверстия трубы, скопляется въ окружности этого отверстия и свертывается. Отъ повторныхъ кровотеченій скопленіе все увеличивается—образуется околотрубная кровяная опухоль (haematocеле peritubaria). Если съ самаго начала излилось большое количество крови, то она, слѣдуя закону тяжести, скопляется въ Дугласовомъ пространствѣ—образуется заматочная кровяная опухоль (haematocеле retrouterina). (Рис. 64). Если отверстие трубы лежитъ впереди или если Дугласово пространство занято перегнутой кзади маткой или вовсе облитерировано, то кровь собирается въ пузырно-маточномъ пространствѣ (excavatio vesico-uterina)—образуется предматочная кровяная опухоль (haematocеле anteuterina). Свертываніе скопившейся крови начинается по периферіи. Образуется разлитая кровяная опухоль, въ которой открывается отверстие трубы и которая тѣсно срастается съ окружающими частями, главнымъ образомъ съ сальникомъ и кишечными петлями. Если другихъ изліяній крови не происходитъ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ свернувшаяся кровь постепенно всасывается. Въ другихъ случаяхъ по периферіи кровяной опухоли образуется изъ фибрина сумка, которая становится все толще и крѣпче, организуется и въ результатѣ получается осумкованная кровяная опухоль. Такія ограниченныя кровяныя опухоли хорошо вылущаются изъ ихъ сращеній съ окружающими частями.

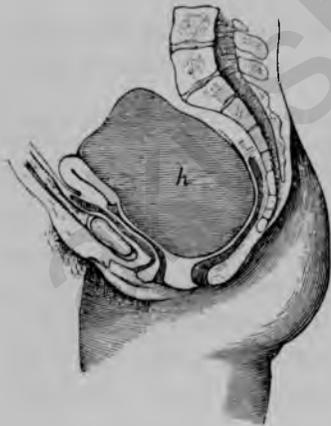


Рис. 64.

**Признаки.** Симптомы кровяной опухоли раздѣляются на общіе и мѣстные. Среди общихъ симптомовъ на первый планъ

выступаютъ послѣдствія острой потери крови. Блѣдный цвѣтъ лица, малокровіе видимыхъ слизистыхъ оболочекъ, усталость, головокруженіе, тошнота и учащенный малый пульсъ по большей части бывають ясно выражены. Боли почти никогда не отсутствуютъ и нерѣдко носятъ характеръ схватокъ. Если онѣ внезапно усиливаются, что нерѣдко бываетъ послѣ изслѣдованій, то это въ большинствѣ случаевъ служитъ признакомъ новаго кровотечения. Изъ мѣстныхъ симптомовъ надо прежде всего назвать явленія давленія на сосѣдніе органы и маточныя кровотечения. Больныя жалуются на полноту внизу живота, послѣдній вздутъ и выпячивается между пупкомъ и лобкомъ. По большей части существуютъ частые позывы на мочу, рѣже задержаніе ея. Стулъ вслѣдствіе механическаго давленія прямой кишки задержанъ и происходитъ съ болью. Кровотеченія изъ половыхъ органовъ почти никогда не отсутствуютъ и нерѣдко вмѣстѣ съ кровью отходятъ тканевые клочья (отпадающая оболочка). Сила кровотеченій можетъ быть весьма различной. По большей части въ теченіи многихъ недѣль отходить въ небольшомъ количествѣ кровь, отличающаяся бурой окраской.

Теченіе длительное и нерѣдко прерывается повторными кровоизліяніями въ брюшную полость. Послѣднія сказываются усиленіемъ признаковъ малокровія, увеличеніемъ болѣзненности и объема опухоли. Лихорадка не принадлежитъ къ признакамъ, характеризующимъ картину кровяной опухоли, но подлихорадочныя повышенія температуры бывають. Въ нѣкоторыхъ, однако, случаяхъ существуетъ и лихорадка безъ того, чтобы имѣлось нагноеніе опухоли. Въ благоприятныхъ случаяхъ кровь рассасывается въ 6—8 недѣль. Въ другихъ случаяхъ обратное развитіе опухоли замедляется; болѣзненные явленія не уменьшаются, маточныя кровотечения не прекращаються и замѣтно истощають больныхъ. Не рассосавшаяся кровь можетъ послѣ долгаго существованія вскрыться въ любомъ направленіи (въ кишки, мочевой пузырь, влагалище). При замедленіи всасыванія существуетъ опасность, что вслѣдствіе внѣдренія бактерій изъ кишечника или трубы произойдетъ зараженіе кровяной опухоли и нагноеніе ея.

**Распознаваніе.** Для распознаванія анамнезъ имѣетъ огромное значеніе. Однакратное, рѣдко двукратное выпаденіе мѣсячныхъ, внезапное начало болѣзни обморокомъ послѣ физическаго напряженія и длительныя маточныя кровотечения—вотъ очень характерные признаки перерыва внѣматочной беременности. Въ животѣ находятъ тогда неподвижную опухоль, которая распространяется больше въ одну сторону и сначала имѣетъ мягкую кон-

систенцію, которая въ послѣдствіи становится все плотнѣе. Изъ влагалища выдѣляется старая, темнубурая, грязная кровь. При заматочной кровяной опухоли задній сводъ бываетъ выпяченъ плотно-мягкой опухолью, верхнія границы которой ясно очертить не удается. Матка стоитъ высоко и придавлена къ лонному сращенію. Задняя поверхность ея прилегаетъ къ самой опухоли. Черезъ прямую кишку нижній отдѣлъ опухоли хорошо прощупывается. Прямая кишка смѣщена въ сторону и просвѣтъ ея сдавленъ опухолью.

При отличительномъ распознаваніи прежде всего надо имѣть въ виду перегибъ матки кзади. Рѣшающее значеніе имѣютъ здѣсь: сплошное, неравномѣрное выпячиваніе Дугласова пространства, отсутствіе максимально растянутого мочевого пузыря и вѣроятныхъ признаковъ беременности, которые при ущемленномъ перегибѣ матки кзади обыкновенно бываютъ очень ясно выражены, такъ какъ дѣло имѣется тогда съ позднимъ срокомъ беременности. Большія трудности можетъ представить отличіе заматочной кровяной опухоли отъ выпотовъ при воспаленіи тазовой брюшины, хотя начало и теченіе, въ особенности же температура обыкновенно бываютъ въ обоихъ случаяхъ весьма различными. Въ сомнительныхъ случаяхъ вѣрное рѣшеніе вопроса даетъ пробный проколъ задняго свода.

**Леченіе.** При небольшихъ кровяныхъ опухоляхъ, если онѣ обнаруживаютъ признаки всасыванія, показано выжидательное леченіе. Въ этихъ случаяхъ, по окончаніи остраго періода, можно посредствомъ мѣръ, способствующихъ всасыванію, добиваться скорѣйшаго и болѣе полного исчезновенія излившейся крови. Если же имѣется дѣло съ большими кровяными опухолями, съ постоянно повторяющимися изліяніями крови внутри брюшины или съ длительными кровотеченіями изъ матки, то операція является единственнымъ средствомъ, которое можетъ скорѣе и вѣрнѣе всего вернуть больнымъ здоровье.

## 2. Внѣбрюшинная кровяная опухоль. (Haematoma).

Кровоизліяніе въ тазовую клѣтчатку можетъ происходить отъ разрыва грубой беременности, если она развилась межсвязочно. Но гораздо чаще такія кровоизліянія происходятъ вслѣдствіе поврежденій, наблюдающихся послѣ родовъ, паденій съ высоты или послѣ операций. Изъ поврежденнаго сосуда тазовой клѣтчатки кровь изливается въ рыхлую ткань и распространяется въ границахъ, опредѣляемыхъ фасціями, по типу послѣродового пара-

метрита. Кровь можетъ разлиться книзу и тогда останавливается у тазовой фасціи, или же она разливается кверху, выпячиваетъ передъ собою брюшину и образуетъ опухоль, лежащую въ паховой области или въ подвздошной впадинѣ. Какъ для параметрита, такъ и для гематомы характерно боковое расположеніе опухоли. Излившаяся кровь постепенно свертывается и образуетъ тогда опухоль, которая становится все болѣе и болѣе плотной. При безлихорадочномъ теченіи обыкновенно наступаетъ мало по малу всасываніе кровяной опухоли; нагноенію она подвергается рѣдко.

Боль, появляющаяся послѣ травмы, явленія внутренняго кровотеченія при отсутствіи раздраженія брюшины и внезапное появленіе сбоку сидящей опухоли дѣлаютъ распознаваніе легкимъ.

Леченіе при небольшихъ гематомахъ выжидательное. Покой, ледъ и впослѣдствіи средства, способствующія всасыванію. При большихъ гематомахъ или если кровотеченіе изъ поврежденнаго сосуда не останавливается, показана операція. Послѣдняя имѣетъ цѣлью не только удалить кровяные свертки, но прежде всего обнаружить и перевязать кровоточащій сосудъ.

**Рауберъ, А. проф.** Руководство анатоміи человѣка. Въ обработкѣ проф. Ф. Копша. Томъ I. Общая часть. Перев. съ нѣм. подъ редакц. проф. А. С. Догеля. Съ 235 отчасти въ краскахъ рис. 1912. Ц. 3 р. Томъ 2. Остеология, синдесмология. Переводъ съ нѣм. подъ редакц. проф. А. Г. Зоммера. Съ 439 отчасти въ краскахъ рис. 1914. Ц. 5 р. Томъ 3. Мышцы и сосуды. Переводъ съ 8 нѣм. изд. подъ редакціей д-ра мед. К. З. Яцута. Съ 407 отчасти въ краск. рис. 1911. Ц. 8 р., въ пер. 9 р. Томъ 4. Внутренности. Перев. съ нѣм. подъ редакц. д-ра Г. А. Адольфи. Съ 434 отчасти въ краскахъ рис. 1911. Ц. 7 р. 20 к. Томъ 5. Нервная система. Перев. подъ ред. проф. А. С. Догеля. Съ 427 отчасти въ краскахъ рис. 1912. Ц. 7 р. Томъ 6. Ученіе объ органахъ чувствъ и общій указатель. Перев. подъ редакц. проф. А. С. Догеля. Съ 257 рис. частью въ краскахъ. 1915. Ц. 4 р. 50 к.

**Россійскій, Д. М. д-ръ.** Краткое руководство къ клиническимъ лабораторнымъ методамъ изслѣдованія. 1914. Ц. 80 к.

**Словцовъ, И. проф.** Учебникъ физиологической химіи. Для студент. и врачей. Съ 47 рис. 1914. Ц. 3 руб.

**Его-же.** Руководство для клиническаго изслѣдованія мочи. Для врачей и студентовъ. 2 испр. и доп. изд. съ 35 рис. 1913. Ц. 2 р.

**Его-же.** Уросеміология. Клиническое значеніе анализа мочи. Руководство для врачей и студентовъ. III—222 стр. Съ 19 діагр. 1910. Ц. 1 р. 80 к.

**Его-же.** Краткій учебникъ физиологии. Составл. примѣнит. къ програм. фельдшерск. школь. 2-ое перераб. и дополнен. изд. Съ 84 рис. 1915. Ц. 1 р. 40 к.

**Соколовскій, А. д-ръ.** Болѣзни органовъ дыханія. Клиническая лекція. Ч. I. Болѣзни дыхательнаго горла и бронховъ. Переводъ съ польск. и ред. проф. К. Э. Вагнера. X+273 стр. съ 2 рис. 1906. Ц. 2 р. 80 к. Ч. III. Болѣзни плевры, средостѣнія и туберкулезъ легкихъ. Переводъ съ польскаго д-ра С. С. Садовской, пересмотр. и дополн. самимъ авторомъ, съ предислов. прив.-доц. Г. Ф. Ланга. XII+714 стр. съ 1 рис. 1913. Ц. 5 р. 20 к.

**Хлопинъ, Г. В. проф.** Химическіе методы изслѣдованія питьевыхъ и сточныхъ водъ. Практ. руководство для врачей, слушат. медиц. курсовъ и студентовъ. Съ 58 рис. въ текстѣ и 1 цвѣтн. табл. 1913. Ц. 2 р. 40 к.

**Его-же.** Методы изслѣдованія пищевыхъ продуктовъ. Практ. руковод. для врачей, слушательн. медиц. курсовъ и студентовъ. Вып. I. Молоко. Кумысъ. Кефиръ. Сыры. Масло. VIII+163 стр. Съ 37 рис. въ текстѣ. 1913. Ц. 1 р. 50 к. Вып. II. Мясо и мясные продукты. Продукты растительнаго происхожденія. VIII+313 стр. Съ 62 рис. въ текстѣ и 2 цвѣтн. табл. 1915. Ц. 3 р. 40 к.

**Хосроевъ, Г. П.** Краткое руководство къ изученію клинической гематологии. Для врачей и студентовъ. VIII+118 стр. съ 5 рис. и 2 цвѣтн. табл. 1913. Ц. 2 р.

**Шепилевскій, Е. проф.** Зараза и обеззараживаніе. Практическое руководство и справочникъ для производства дезинфекціи. 1915. Ц. 50 к.

**Шмидтъ, А. проф.** Изслѣдованіе функций кишечника пробной діетой, его примѣненіе во врачебной практикѣ и его значеніе для діагностики и терапіи. Перев. съ 2 нѣм. изд. д-ра мед. В. С. Коняева и Е. А. Пасторъ. Съ 3 хромолитограф. табл. 1909. Ц. 1 р. 40 к.

**Шредеръ, К. проф.** Учебникъ акушерства. Перев. съ 5 нѣм. обработ. 1. Ольсгаузеномъ и I. Фейтомъ изданія подъ редакц. и съ дополн. проф. В. С. Груздева. 6-ое русск. изд. съ 181 рис. и 1 лит. табл. 1908. Ц. 5 р.

**Штеръ, Ф.** Учебникъ гистологии и микроскопической анатоміи человѣка со включеніемъ микроскоп. техники. Перев. съ 12 нѣм. изд. подъ ред. и съ дополн. проф. А. С. Догеля. 3-е русск. изд. съ 414 рис. 1908. Ц. 5 р.

**Эдингеръ, Л. проф.** Введеніе въ ученіе о строеніи нервной системы. Разр. авт. перев. съ нѣм. подъ ред. и съ дополненіемъ главы „Общій очеркъ проводящихъ путей мозга“ прив.-доц. В. Я. Рубашкина. Съ 161 рис. и 1 табл. 1911. Ц. 2 р. 80 к.

**Эрлихъ, П. проф.** Матеріалы къ ученію о химіотерапіи. Перев. съ нѣмецк. прив.-доц. Ф. В. Вербицкаго. 228 стр. съ 9 рис. и портретомъ автора. 1911. Ц. 2 р. 20 к.

**Якобзонъ, Л. Я. д-ръ.** Половое безсиліе. 436 стр. съ 54 рис. въ текстѣ. 1915. Ц. 3 руб.

**Яновскій, М. В. проф.** Курсъ общей терапіи внутреннихъ болѣзней. Лекціи, читан. студентамъ Импер. Воен. Медиц. Академіи. 3-е исправл. и дополн. изд. 1913. Ц. 3 р. 50 к.