

снр 137.319 — 137.320

И

1959

**Prof. Dr. J. Veit.**

Директоръ университетской клиники женскихъ болѣзней въ Галле.

**ДОКТОРЪ**

*Вейт*

ВАЛЕНТИНЪ ВАЛЕНТИНОВИЧЪ

ШИШОВЪ.

618

**ЛЕЧЕНИЕ**

618-1

13

# ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Для практическихъ врачей

ПЕРМСКАЯ  
ГОРОДСКАЯ  
БИБЛИОТЕКА  
въ текстъ. 137.319

Съ 39 частью цвѣтными рисунками

*Трашман и Кати*  
Переводъ съ немецкаго  
врач. мед. Д. А. Гусякова.

**ПРОВЕРЕН**

(Prof. Dr. J. Veit. Die Behandlung der Frauenkrankheiten. Mit 39 Abbildungen. Berlin. 1911).

1935 г.

*Внуффмант. Анр Кесел.*



Пермская об-  
щественная библиотека имени  
**Разрешено к п**  
Акт № 260 от 12. 12.  
Подпись *БК*

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издательство «Практической Медицина» (В. С. Эттингеръ).  
О. В. Эттингеръ.

Б. Сампсоньевскій просп., 61.  
1913.

*с. Шевелев*  
*И. И. 30*

akusher-lib.ru

ДОКТОРЪ  
ВАЛЕНТИНЪ ВАЛЕНТИНОВИЧЪ  
ШИШОВЪ.

## Оглавление.

	Стр.
Введение . . . . .	1
<b>А. Общая часть.</b>	
I. Внѣшняя обстановка для леченія гинекологическихъ больныхъ . . . . .	7
1. Дезинфекція . . . . .	7
2. Леченіе въ амбулаторіи . . . . .	8
) Методы мѣстнаго леченія . . . . .	8
) Методы общаго леченія въ амбулаторіи . . . . .	20
3. Стационарное леченіе . . . . .	22
) Комната для стационарнаго леченія . . . . .	22
) Операционная комната . . . . .	22
) Неоперативное леченіе . . . . .	26
II. Методы леченія . . . . .	27
1. Техника чревосѣченія . . . . .	27
2. Дренажъ брюшной полости . . . . .	35
3. Повязка и способы послѣдовательнаго леченія . . . . .	38
4. Антисептическое подготовленіе операционнаго поля . . . . .	40
5. Проколъ и разрѣзъ влагалища . . . . .	41
6. Вскрытіе матки путемъ hysterotomia anterior или разрѣза шейки . . . . .	42
7. Безкровное расширеніе шейки . . . . .	45
8. Наркозъ . . . . .	46
Заключеніе . . . . .	49
<b>В. Спеціальная часть.</b>	
I. Леченіе заболѣваній наружныхъ половыхъ частей женщины . . . . .	50
II. Леченіе болѣзней влагалища . . . . .	57
III. Леченіе атрезіи половыхъ частей и нѣкоторыхъ аномалій развитія матки . . . . .	67
IV. Леченіе большого эндометрія . . . . .	70
1. Леченіе эндометрита тѣла матки . . . . .	70
Леченіе хроническаго или подостраго эндометрита . . . . .	71
2. Леченіе маточныхъ кровотеченій, зависящихъ отъ эндометрія . . . . .	79
3. Леченіе болей, зависящихъ отъ эндометрія . . . . .	91
4. Выводы . . . . .	93
V. Леченіе измѣненій положенія матки . . . . .	94
1. Предварительныя замѣчанія . . . . .	94
2. Загибъ матки кзади . . . . .	95
3. Леченіе выворота матки . . . . .	105
4. Выпаденіе матки . . . . .	106
) Оперативное леченіе начинающагося выпаденія . . . . .	107
) Леченіе болѣе сильныхъ степеней выпаденія . . . . .	108
) Леченіе очень большихъ выпаденій . . . . .	109
VI. Леченіе такъ назыв. хроническаго метрита . . . . .	114
VII. Леченіе заболѣваній влагалищной части . . . . .	116
VIII. Леченіе атрофіи матки и аменорреи . . . . .	121
IX. Леченіе миомъ матки . . . . .	125

1. Показанія къ операци . . . . .	125
2. Техника влагалищныхъ операций . . . . .	129
а) Операция полипозной миомы . . . . .	129
б) Операция миомы, находящейся въ каналъ шейки . . . . .	130
γ) Hysterotomia anterior и влагалищное вылушение . . . . .	131
δ) Другія влагалищныя операци . . . . .	135
ε) Влагалищное вылушение матки . . . . .	136
3. Брюшная операци при миомѣ . . . . .	139
α) Брюшная энуклеаци миомы . . . . .	139
β) Операци подбрюшинныхъ миомъ . . . . .	140
γ) Вылушение изъ тазовой клѣтчатки . . . . .	140
δ) Полная брюшная экстирпаци . . . . .	141
4. Другіе методы . . . . .	144
5. Примѣненіе рентгеновскихъ лучей . . . . .	145
6. Заключение . . . . .	145
X. Лечение рака матки . . . . .	146
XI. Лечение саркомы матки . . . . .	154
XII. Лечение злокачественной хоріоэпителиомы . . . . .	155
XIII. Лечение половой невралгій . . . . .	155
XIV. Стерилизаци женщины . . . . .	159
XV. Лечение перитонита . . . . .	160
1. Разлитой перитонитъ . . . . .	160
α) Оперативное лечение . . . . .	162
β) Неоперативное лечение . . . . .	163
2. Лечение ограниченнаго перитонита . . . . .	164
XVI. Лечение параметрита . . . . .	165
1. Оперативное лечение . . . . .	165
2. Рассасывающее лечение . . . . .	170
XVII. Лечение опухолей яичника . . . . .	177
XVIII. Лечение заболѣваній Фаллопиевыхъ трубъ . . . . .	187
XIX. Лечение свѣжей гонорреи . . . . .	193
XX. Лечение туберкулеза . . . . .	194
XXI. Лечение болѣзней уретры . . . . .	197
XXII. Лечение болѣзней мочевого пузыря . . . . .	200
XXIII. Лечение половыхъ свищей . . . . .	205
1. Уретрально-влагалищныя свищи . . . . .	205
2. Пузырно влагалищныя свищи . . . . .	205
3. Пузырно-шечные свищи . . . . .	207
4. Мочеточниковые свищи . . . . .	209
XXIV. Лечение болѣзней мочеточниковъ . . . . .	210
Алфавитный указатель . . . . .	211

## Введение.

Поставивъ себѣ задачей изложить въ нижеслѣдующемъ леченіе гинекологическихъ заболѣваній, я руководствовался прежде всего опытомъ, указавшимъ мнѣ, что врачи особенно интересуются лечебными мѣропріятіями; кромѣ того у меня сложилось убѣжденіе, что разсмотрѣніе лечебныхъ способовъ и критика, которой они подвергаются со стороны всякаго внимательнаго врача, приведутъ къ тому, что врачи заинтересуются и другими отдѣлами научной гинекологіи и тогда поймутъ, что, производя теоретическія изслѣдованія, мы въ нашихъ клиникахъ способствуемъ и усовершенствованію леченія. Всякая научная работа въ нашей специальности имѣетъ конечной цѣлью лишь благо нашихъ больныхъ.

Предварительнымъ условіемъ для пользованія этой книгой является полное знакомство съ патологіей и діагностикой заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ.

Если сравнить современное леченіе заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ съ леченіемъ, примѣнявшимся лѣтъ 50 тому назадъ, то нельзя не признать, что оно претерпѣло громадныя измѣненія; только знакомство съ развитіемъ терапіи за это время даетъ понятіе о фундаментальной перемѣнѣ нашихъ представленій. Но подобный взглядъ на прошлое напоминаетъ намъ и объ осторожности при обсужденіи современныхъ воззрѣній. И то, что общепринято въ настоящее время, можетъ быть поколеблено вслѣдствіе улучшенія общихъ терапевтическихъ воззрѣній; въ леченіи лишь немногое долговѣчно; основы остаются, методы мѣняются.

При послѣдующемъ изложеніи моихъ взглядовъ на гинекологическое леченіе я хотѣлъ бы представить моимъ читателямъ не только извѣстный отчетъ о томъ, какъ я использовалъ довѣренный мнѣ клиническій матеріалъ для усовершенствованія нашихъ методовъ; обосновывая леченіе, я хотѣлъ бы также показать, когда надо приложить стараніе для улучшенія; я хочу также указать и на слабыя пункты, которые въ будущемъ, я надѣюсь, будутъ усовершенствованы. Я не предлагаю здѣсь учебника съ неопровержимыми положеніями, а лишь фиксирую мои теперешніе взгляды; я лишь отчасти рассматриваю методы другихъ авторовъ и не общаю полного изложенія всѣхъ воззрѣній. Нѣкоторые методы я вовсе не упоминаю, такъ какъ не считаю ихъ правильными, другіе—потому что не обладаю относительно нихъ личнымъ опытомъ, нѣкоторые,—наконецъ, потому что ожидаю дальнѣйшихъ модификацій, прежде чѣмъ они мнѣ покажутся пригодными къ употребленію.

Съ наибольшимъ затрудненіемъ связано обоснованіе нашихъ оперативныхъ стремленій. Публика всегда спрашиваетъ, что же происходило со всѣми больными до оперативной эры? Умирали

ли онѣ всѣ несоразмѣрно рано? Могли ли онѣ быть спасены отъ гибели при помощи другихъ методовъ?

Отвѣтъ на это я ищу въ побочныхъ обстоятельствахъ. Безконечная амбулаторія гинеколога лѣтъ 40—50 тому назадъ служила доказательствомъ его особенной дѣятельности; но что же, спрашивается, онѣ въ этой амбулаторіи дѣлалъ? По нашимъ современнымъ воззрѣніямъ — ничего, кромѣ развѣ недопущенія половой инфекціи! Ибо прежній гинекологъ въ своей амбулаторіи лишь неохотно выходилъ за предѣлы леченія влагалищной части. Скарификаціи на послѣдней, прижиганія «язвъ на маточномъ зѣвѣ» составляли обычныя манипуляціи; наряду съ этимъ производилось вкладываніе тампоновъ, введеніе пессаріевъ, назначеніе спринцованій и т. п. Кромѣ того практиковались продолжительныя и повторныя курсы леченія на водахъ. Они были особенно дѣйствительны, если повторялись въ теченіе ряда лѣтъ. Если гинекологъ рекомендовалъ какой-нибудь курортъ, то конкуренты старались найти особенныя рекомендованной воды, и если они находили какую-нибудь особенностъ или какую-нибудь особую составную часть въ водѣ, то они указывали, что то же самое находится также и въ другихъ водахъ; иногда успѣхъ для вновь появившихся курортовъ былъ очень хорошъ. Иногда однако обстоятельства складывались иначе; обсужденіе ихъ бывало затруднительнѣе; гинекологъ удивлялся въ какое-нибудь лѣсное мѣсто съ хорошимъ воздухомъ, и когда становилось извѣстнымъ, гдѣ это мѣсто расположено, то за нимъ слѣдовала его женская кліентура. Мѣстное управленіе бывало крайне удивлено, видя свою мѣстностъ въ качествѣ источника неизвѣстныхъ до того цѣлебныхъ свойствъ, — которыя впрочемъ быстро снова исчезали, какъ только гинекологъ находилъ какое-нибудь другое мѣсто отдыха; тогда повторялась та же исторія въ другомъ, дотолѣ неизвѣстномъ мѣстѣ.

Этого рода гинекологіи въ настоящее время больше не существуетъ. Раньше, бывало, больная съ опухолью яичника долгое время лечилась въ подобной амбулаторіи; затѣмъ появилась оваріотомія, и больная, поправившись, возвращалась снова къ «гинекологическому леченію», котораго она не хотѣла лишать.

Неврастеническія больныя настолько привыкали ходить къ гинекологу, что онѣ обращались за совѣтомъ и тогда, когда у нихъ уже явно ничего больше не болѣло. Успѣхи состояли въ томъ, что мужья меньше беспокоили въ половомъ отношеніи своихъ больныхъ женъ, которыя такимъ образомъ получали извѣстный отдыхъ, и какъ только у нихъ наступали болѣе серьезныя разстройства, онѣ своевременно подвергались выжидательному леченію.

Затѣмъ наступила перемѣна послѣ того, какъ анатомически образованные, научные врачи занялись гинекологіей и стали лечить лишь то, что можно было опредѣлить анатомически; они убѣдились, что многія серьезныя заболѣванія не могутъ быть излечены прежнимъ путемъ и что нервностъ и перелойная инфекція много содѣйствовали гинекологическимъ разстройствамъ. Первая разсматривалась, какъ зависящая отъ какого-нибудь полового страданія, и самыя разнообразныя заболѣванія подвергались леченію, потому что они обусловливали, если и не мѣстные, то во всякомъ случаѣ вторичныя симптомы.

За періодомъ, когда на здоровой влагалищной части слишкомъ

много манипулировали при многихъ болѣзняхъ, слѣдовала новая эпоха, въ которой дано было обоснованіе старыхъ методовъ соотвѣтственно новому положенію вещей; нервозность старались устранить тѣмъ или другимъ гинекологическимъ леченіемъ, какъ это уже пробовали задолго до этого. Особенно у истерическихъ женщинъ наблюдались часто поразительные успѣхи. Я самъ еще видѣлъ пациентокъ, гинекологъ которыхъ умеръ, и которыя требовали отъ своего домашняго врача того же леченія, которое примѣняли покойный; если домашній врачъ вкладывалъ во влагалище тампонъ, какъ это дѣлалъ и умершій, то онъ ее не вылечивалъ; но если направлялъ больную, напр., ко мнѣ и я вкладывалъ тампонъ во влагалище съ тѣмъ же самымъ лекарствомъ,—то это такъ хорошо помогало, что домашній врачъ пациентки почти сердился на меня. Подобныя женщины требовали безконечнаго и исполнѣ безболѣзненнаго леченія, а равно и внимательнаго прислушиванія къ ихъ желаніямъ, какъ онѣ къ этому были приучены своимъ прежнимъ «гинекологомъ». «Леченіе, направленное на одинъ пунктъ» достигло скоро поразительныхъ размѣровъ, но если задавали себѣ вопросъ, какимъ средствомъ добились блестящаго результата, то отвѣта нельзя было дать. Чѣмъ рациональнѣе мы становились, чѣмъ болѣе анатомически мы начали размышлять, тѣмъ болѣе дискредитировалась подобная дѣятельность. Остатки послѣдней мы еще видимъ въ захолустныхъ мѣстахъ; невѣроятный ореолъ окружаетъ того или иного «гинеколога», и съ тѣхъ поръ какъ вошло въ обычай устраивать для себя клиники, имѣется рядъ гинекологовъ, предписывающихъ своимъ пациенткамъ каждый годъ или чаще продолжительное пребываніе въ своей клиникѣ, гдѣ прежнее амбулаторное ничего недѣланіе продолжается и здѣсь на современный ладъ; часто запасаются отзывомъ, что леченіе необходимо вслѣдствіе вторичныхъ нервныхъ расстройствъ, вызванныхъ заболѣваніемъ половыхъ органовъ.

Если нѣкоторыя подобныя учрежденія существуютъ еще и теперь, то большинство вновь учреждаемыхъ держится иныхъ путей. Заболѣванія, бывшія совершенно неизлечимыми и обрекавшія больныхъ на хроническое недомоганіе, какъ опухоль яичника и миома, теперь могли быть успѣшно удаляемы операціей; вмѣстѣ съ этимъ должна была наступить перемѣна въ прежнихъ методахъ. Разумная работа, потраченная на діагностику и терапію этого заболѣванія, была существенно выше той, которая тратилась до того въ амбулаторіи; чѣмъ больше операторъ убѣждался, что успѣхи амбулаторнаго леченія часто должны быть объяснены внушеніемъ, тѣмъ чаще онъ прибѣгалъ къ оперативной гинекологіи, ограничиваясь въ амбулаторной терапіи лишь самымъ необходимымъ.

Вліяніе оперативныхъ удачъ нельзя было игнорировать; большія и малыя вмѣшательства становились необходимыми, и если при строгой критикѣ нѣкоторыя операціи и не бывали показаны, то все же пациентки къ своему удивленію замѣчали, что оперативное леченіе заканчивается значительно быстрѣе и раньше, и поэтому часто сами побуждали врачей къ подобнымъ вмѣшательствамъ. Кто однако былъ склоненъ подвергнуть злой критикѣ это положеніе вещей, тотъ долженъ былъ признать, что и операціи подвержены модѣ; такъ, напр., Етмет'овская операція одно время господствовала въ гинекологіи; разрывъ шейки считался причиной нервозности, и если

его нельзя было найти снаружи, то онъ долженъ былъ находиться изнутри. Если нервозность, несмотря на зашиваніе шейки, все же оставалась, то было ясно, что слишкомъ много зашито и получилось суженіе, и приходилось вслѣдствіе этого снова раскрывать зашитое; мало того, иногда снова вскрытая шейка зашивалась еще разъ. 25 лѣтъ тому назадъ не было ни одного гинеколога, который не признавалъ бы и не лечилъ бы разрывъ, какъ причину нервозности, пока психіатры не разъяснили, что гинекологическія вмѣшательства вызываютъ заболѣваніе мозга и нервной системы, о чемъ равнѣе въ психіатріи не упоминалось.

Какъ только были высказаны эти возраженія, это вмѣшательство уже больше не производилось ради вторичныхъ симптомовъ, а лишь исключительно вслѣдствіе мѣстныхъ измѣненій. Знаніе того, что при эрозіи имѣется дѣло не съ язвой, а съ новообразованіемъ железъ, или увеличеніемъ количества послѣднихъ на наружной сторонѣ влагалищной части, заставило еще до Emmet'овской операціи прибѣгать къ ампутаціи влагалищной части; у большинства еще въ памяти то громадное количество подобныхъ операцій, которыя мы всѣ видѣли или дѣлали. И здѣсь повторилась та же исторія: блестящіе результаты, достигнутые въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ операція была настоятельно показана, повели къ чрезмѣрному расширенію показаній, что должно было привести къ тому, что операцію эту снова оставили, геср. стали дѣлать ее только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ она дѣйствительно была необходима.

Теперь мы находимся въ періодѣ, когда измѣненія придатковъ матки и ретрофлексія послѣдней являются главными показаніями для оперативныхъ способовъ леченія. Мы пока не знаемъ, останется ли это такъ и въ будущемъ; возможно, что и при этихъ состояніяхъ слишкомъ широко оперируемъ и что для нѣкоторыхъ пациентокъ было бы лучше попасть въ нервную лечебницу для леченія усиленнымъ питаніемъ, чѣмъ въ гинекологическую клинику для операціи. Я не хочу очень подчеркивать моду, которой подвержены наши методы; каждый изъ насъ однако знаетъ внезапное распространеніе и такой же быстрый упадокъ массажа и электротерапіи по Apostoli. Я могъ бы еще болѣе расширить списокъ грѣховъ, если бы я привелъ еще смѣну нашихъ лекарственныхъ веществъ, какъ дальнѣйшее доказательство того, что наше гинекологическое леченіе часто не придерживается строгихъ показаній и еще теперь подвержено модѣ. Я не касаюсь того, происходитъ ли это больше, чѣмъ въ другихъ отрасляхъ медицины, но для нашей спеціальности это фактъ несомнѣнный.

Выводы, къ которымъ можно придти на основаніи сказаннаго, различны: прежде всего ясно, что самые разнообразныя методы могутъ привести къ цѣли, во вторыхъ, становится понятнымъ, что въ прежнее время могли достигать успѣха и безъ современной мѣстной или оперативной терапіи.

Точно также несомнѣнно, что въ прежнее время иной діагнозъ бывалъ неправиленъ и нѣкоторыя блестящія излеченія путемъ операціи основывались на внушеніи. Я, напр., подобно Kaltenbach'у, устранилъ «неукротимую» рвоту тѣмъ, что далъ одной беременной немного хлороформа и при ея пробужденіи, послѣ поверхностнаго наркоза, заявилъ ей, что беременность устранена; подобно J. Israel'ю, я устранилъ тяжелыя «яичниковыя боли» путемъ цара-



пины брюшной стѣнки — пока страдавшая «неукротимой» рвотой беременная, излеченная «искусственнымъ выкидышемъ», не замѣтила, что она все же осталась беременной, или пока мнимо-оперированная не прочла въ медицинскомъ журналѣ своей исторіи болѣзни.

Мое стремленіе теперь направлено къ тому, чтобы установить по возможности объективно половое заболѣваніе съ его послѣдствіями и лечить по возможности лишь то, что объективно подверглось измѣненіямъ. Затѣмъ я хочу сдѣлать попытку охарактеризовать случаи, въ которыхъ невинная ложь необходима для внушенія, а также случаи, въ которыхъ вмѣсто мѣстнаго леченія необходимо общее.

Во наше время эта глава имѣетъ большое значеніе и для болѣе широкихъ круговъ: социальное законодательство требуетъ отъ насъ объективныхъ диагнозовъ и соотвѣтственно этому избѣганія бесполезнаго или вреднаго леченія.

Я до сихъ поръ останавливался больше на прошломъ; какъ будетъ идти дальнѣйшее развитіе гинекологіи, конечно, трудно предсказать. Распространеніе гинекологической терапіи на области, которыхъ раньше не знала и хирургія, и которыми она теперь вполне владѣетъ, очень легко приводитъ нѣкоторыхъ гинекологовъ къ желанію взять на себя всю брюшную хирургію. Технически всякій хирургъ въ состояніи произвести всѣ гинекологическія операціи, но и каждый гинекологъ можетъ заняться брюшной хирургіей. Пока однако отказъ отъ влагалищныхъ операцій и еще болѣе отклоненіе консервативнаго гинекологическаго леченія было бы несчастіемъ для женщины.

Акушеръ, который долженъ считаться съ половыми функціями женщины, охотно присоединитъ къ своей области и гинекологическую дѣятельность. Свою акушерскую работу онъ дополнитъ гинекологическими операціями. Если же появятся снова чистые акушеры, то опять исчезнетъ успѣшное хирургическое направленіе въ акушерствѣ. И хотя мы съ хирургическими операціями въ акушерствѣ желаемъ держаться извѣстной мѣры, но все же въ качествѣ акушеровъ мы не можемъ теперь отказаться отъ ножа и иглы. Точно также было бы несчастіемъ, если бы хирургъ, занимающійся специально брюшной хирургіей, вздумалъ взять на себя всѣ внутрибрюшныя заболѣванія женщинъ, а гинекологъ дѣлалъ бы только влагалищныя операціи. Неизбѣжнымъ послѣдствіемъ этого было бы чрезмѣрное расширеніе области послѣднихъ, а хирургъ, посвятившій себя брюшной хирургіи, проглядѣлъ бы изъ-за лапаротоміи тазовое заболѣваніе, подлежащее тоже леченію или оперированію. Мы считаемъ счастіемъ для больныхъ женщинъ, что гинекологическая специальность должна заниматься всѣми методами, излечивающими болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Если наступило бы въ гинекологіи раздѣленіе на оперирующихъ и неоперирующихъ, то несчастье было бы значительно болѣшимъ. Невольно иной гинекологъ пришелъ бы къ тому, чтобы спросить, что я могу у данной женщины оперировать, въ то время, какъ вопросъ долженъ гласить, что я долженъ у данной женщины оперировать; съ другой стороны неоперирующій гинекологъ былъ бы склоненъ расширить опаснымъ образомъ консервативную влагалищную терапію и на случаи, которые можно излечить только оперативно. Только владѣніе всѣми мето-

дами можетъ привести гинеколога къ тому, что онъ для каждаго отдѣльнаго случая будетъ примѣнять голько соответствующій методъ.

Въ настоящее время я считаю спеціализацію въ гинекологіи необходимой, особенно въ интересахъ больвыхъ женщинъ. Хорошо образованный гинекологъ будетъ оперировать лишь то, что дѣйстви-тельно необходимо, и будетъ лечить консервативно все, что для этого подходитъ. Необходимый выводъ изъ этого взгляда приводитъ насъ естественно къ тому, что въ каждой большой больницѣ должно быть устроено гинекологическое отдѣленіе, веденіе котораго слѣдуетъ поручить врачу, оперирующему и черезъ влагалище, и черезъ животъ, и въ то же время вполне владѣющему гинекологической діагностикой, а равно и консервативными методами.

---

акusher-lib.ru

## А. Общая часть.

### 1. Внешняя обстановка для лечения гинекологических больных.

#### 1. Дезинфекция.

В то время, как прежние гинекологи главным образом в амбулатории производили небольшие влагалищные манипуляции и самое большее зондировали матку или работали зондом в матке, а также производили маленькие уколы на влагалищной части, современные гинекологи у каждой пациентки, подлежащей исследованию, должны считаться с возможностью или вероятностью, что через более или менее короткий промежуток времени после влагалищного исследования может понадобиться какое-либо оперативное пособие. В виду этого уже при подготовке больной к исследованию нужно обратить особенное внимание на соблюдение строжайшей чистоты. Уже для исследования мы должны себя дезинфицировать. Поэтому последний пункт, принадлежащий собственно диагностике, должен быть упомянут и в терапевтическом учебнике, так как он в качестве профилактической меры имеет громадное значение для всех методов лечения. В сущности дезинфекция наших рук в амбулатории невозможна; даже если бы мы пожелали применить новейший метод Schumburg'a, заключающийся в дезинфекции исключительно алкогалем, мы так часто должны были бы дезинфицироваться, что наши руки едва ли могли бы это вынести. Вследствие этого нам ничего другого не остается, как пользоваться при исследовании перчатками, отказываясь, конечно, от дезинфекции руки, на которую должна быть надета перчатка; по общему убеждению можно при этом спокойно отказаться от дезинфекции руки, ибо при влагалищном исследовании перчатка никогда не рвется. Перчатку же можно очень легко дезинфицировать, а именно либо мытьем с водой и мылом под струей воды в течение двух минут с последующим в течение также 2 минут погружением и вытиранием в 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> раствором сулемы, либо погружением руки с надётой перчаткой в 8% раствор формалдегида, либо, наконец, смазыванием одной настойкой с последующим испарением алкоголя, пока перчатка совершенно не высохнет.

Из этих трех способов я теперь чаще всего применяю смазывание одной настойкой, как способ наиболее удобный. Мытье с мылом и водой можно применять, когда на обеих руках перчатки, а это необходимо не всегда, или очень редко; раствор же формалдегида раздражает слизистые оболочки дыхательных путей.

В общем тут возможны и допустимы различные отступления. Мы только не нравятся дезинфицируемый так назыв. «Ту-

schierhandschuh», который теперь Döderlein старается ввести въ употребленіе; дезинфекція этой перчатки производится фабрикантомъ; кромѣ того резина этого вида перчатки толще таковой другихъ перчатокъ, вслѣдствіе чего ощупываніе для нѣсколько менѣе опытнаго изслѣдователя немного затрудняется. Затѣмъ, если пожелать быть послѣдовательнымъ, нужно послѣ однократнаго примѣненія этихъ перчатокъ брать новые экземпляры, а это опять-таки не всѣ согласятся дѣлать.

Поэтому я рекомендую для гинекологическаго изслѣдованія надѣвать на одну—не стерилизованную—руку необезпложенную перчатку и послѣднюю дезинфицировать уже на рукѣ.

Какъ бы то ни было—дезинфицировать ли руку или перчатку, во всякомъ случаѣ слѣдуетъ строго соблюдать правило: введенный во влагалище для гинекологическаго изслѣдованія палецъ долженъ быть стерильнымъ, или на него долженъ быть надѣтъ стерильный матеріалъ; основаніемъ для этого является профилактика въ виду могущей потребоваться вслѣдъ за изслѣдованіемъ оперативной помощи.

Послѣ изслѣдованія пациентки перчатки снова дезинфицируются; руки моются мыломъ и водой и затѣмъ перчатку, надѣтую на руку, можно опять дезинфицировать іодной настойкой, или послѣ 2-минутнаго мытья снова на 2 минуты погрузить въ сулему и въ растворѣ послѣдней обтереть, или, наконецъ, погрузить на одну минуту въ 8% растворѣ формалдегида.

Комната для гинекологическихъ изслѣдованій служитъ зачастую одновременно и комнатой для леченія, и мнѣ кажется важнымъ отмѣтить, что въ общемъ гораздо лучше, если эти комнаты отдѣлать другъ отъ друга. Пріемную комнату лучше устроить въ томъ мѣстѣ, гдѣ принимаютъ вновь входящихъ больныхъ, и она въ то же время является комнатой для леченія амбулаторныхъ больныхъ. Кромѣ того тамъ, гдѣ пациентки остаются, необходимо имѣть стационарную комнату для леченія и кромѣ нея, конечно, операціонныя помѣщенія, о которыхъ рѣчь впереди. Весьма цѣлесообразно и почти необходимо, чтобы комнаты для амбулаторнаго пріема и леченія были отдѣлены отъ комнаты для стационарнаго леченія.

## 2. Леченіе въ амбулаторіи

### а) Методы мѣстнаго леченія.

Гинекологическое амбулаторное леченіе должно быть прежде всего чрезвычайно осторожнымъ. Нѣтъ ничего болѣе непріятнаго для врача, чѣмъ если пациентъ, бывшій, повидимому, еще въ состояніи ходить, и который, по мнѣнію публики, пришелъ къ врачу «здоровымъ», оставляетъ пріемную комнату трудно-больнымъ или даже выносятся оттуда въ тяжкомъ состояніи.

Я употребляю и рекомендую исключительно кресло для изслѣдованія G. v. Veil'a, введенное въ практику Schröder'омъ; я имъ всегда оставался доволенъ, хотя въ клиникѣ примѣняю кресла и столы, оставшіеся отъ моего предшественника. Въ комнатѣ для амбулаторнаго леченія всегда слѣдуетъ имѣть инструменты, необходимые для простыхъ влагалищныхъ пособій. Я употребляю для этой цѣли Simon'овскія зеркала, зонды для прижиганія по Playfair'у или по Menge, маточный зондъ, пулевые щипцы, ножницы, пин-

цеты, маточные шприцы, спринцовки для мочеиспускательнаго канала и цистоскопъ.

Чтобы имѣть эти инструменты стерильными для леченія, достаточно зеркала, зонды, пулевые щипцы послѣ каждаго употребленія поверхностно очистить и затѣмъ въ теченіе 5 минутъ прокипятить. Точно также наконечники для шприцевъ послѣ каждаго употребленія должны быть прокипачены. Тогда ими можно снова пользоваться. Цистоскопъ долженъ сохраняться въ парахъ формола; нужно поэтому имѣть нѣсколько инструментовъ, такъ какъ для подобной дезинфекціи требуется извѣстное время. Послѣ того какъ инструменты прокипачены, я сохраняю ихъ обыкновенно укрѣпленными



Рис. 1. Кресло для изслѣдованія G. v. Veit-Schröder'a.

на свободной отъ пыли металлической доскѣ (рис. 2) и считаю ихъ достаточно подготовленными для непосредственнаго употребленія. Кромѣ того въ комнатѣ для амбулаторнаго леченія долженъ быть, конечно, пригаторъ на подставкѣ. Для амбулаторнаго леченія необходимо еще и аппаратъ для вибраціоннаго массажа.

Разумѣется, не для всякаго врача возможно устроить комнату для изслѣдованія амбулаторныхъ больныхъ такъ, чтобы можно было примѣнять въ ней и амбулаторное леченіе. Во всякомъ случаѣ, по крайней мѣрѣ въ принципѣ, я горячо рекомендую устраиваться вышеописаннымъ образомъ.

Гинекологъ долженъ считаться съ возможностью кровотеченія и зараженія. Кровотеченія изъ половыхъ частей бываютъ при выкидышѣ, міомѣ и рактѣ; при выкидышѣ кровотеченіе является опаснымъ только въ томъ случаѣ, когда оно было уже раньше, слѣ-

довательно, когда есть уже опасные признаки анемии; въ такихъ случаяхъ врачъ долженъ быть особенно осторожнымъ; всякое вхожденіе въ матку зондомъ, пальцемъ или кюреткой можетъ вызвать опасное кровотеченіе, прекращающееся лишь тогда, когда изъ матки все будетъ удалено; но удаленіе содержимаго матки безъ содѣйствія помощника далеко не всегда возможно; поэтому, чтобы избѣжать неприятностей отъ кровотеченія при абортѣ, слѣдуетъ въ амбулаторіи установить лишь необходимость въ очищеніи маточной полости; попытки къ самому очищенію допустимы лишь въ томъ случаѣ, когда условія даннаго случая позволяютъ навѣрняка надѣяться на полное окончаніе вмѣшательства, или когда имѣется подъ руками помощникъ. Въ противномъ случаѣ лишь указываютъ на необходи-

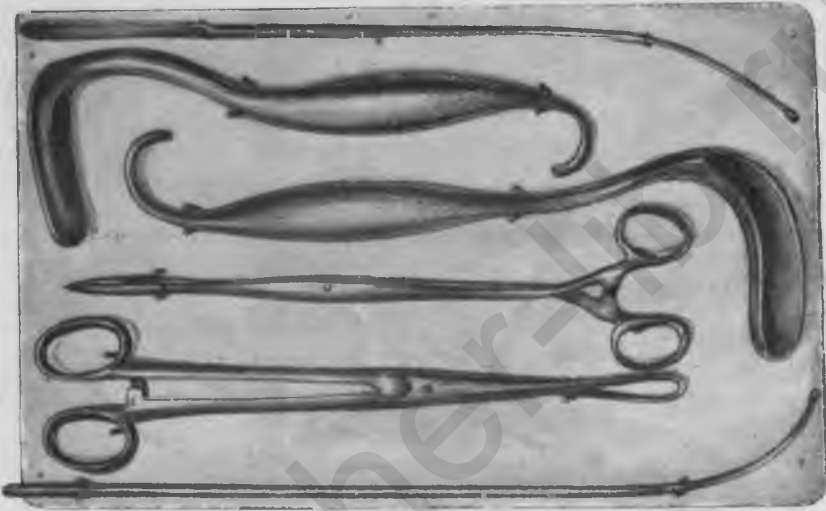


Рис. 2. Амбулаторный инструментарій. На металлической доскѣ лежатъ слегка укрѣпленные штифтиками: маточный зондъ, передняя и задняя ложка Симпсона, зеркало, корнцангъ, пулевые щипцы и зондъ Playfair'a для прижиганій. (По порядку сверху внизъ).

мость опорожнить матку, но для этого больная должна поступить въ клинику.

Ракъ и миома также могутъ сильно кровоточить при изслѣдованіи; во избѣжаніе этого стараются не наносить пальцемъ никакихъ поврежденій, особенно въ области раковаго пораженія, гдѣ хрупкость тканей особенно велика.

Кромѣ кровотеченія можетъ угрожать еще инфекция, и притомъ не только со стороны микробовъ, находящихся на рукѣ изслѣдующаго; удаленіе ихъ послѣ вышесказаннаго предполагается само по себѣ. Но присутствіе микробовъ возможно и въ тѣлѣ больной, что можетъ угрожать ей большой опасностью. Особенно здѣсь слѣдуетъ указать на воспалительныя опухоли въ окружности матки; изъ трубы при ощупываніи ея можетъ быть выдавленъ гной въ свободную брюшную полость; сюда же можетъ попасть гной и изъ разорванныхъ срощеній; гнойная труба можетъ разорваться вслѣдствіе давленія ощупывающей руки. Нѣтъ ничего болѣе непріятнаго, если больная заявляетъ, что со времени изслѣдованія въ амбулато-

ри у нея появились боли, которыхъ раньше не было; еще хуже, конечно, если послѣ изслѣдованія развивается перитонитъ.

Чтобы избѣжать этого, слѣдуетъ быть осторожнымъ какъ при ощупываніи, такъ и при амбулаторномъ леченіи. Для установки діагноза лучше назначить больной явиться еще разъ, чѣмъ увлечься неосторожнымъ ощупываніемъ. При леченіи лучше дѣйствовать медленно, но вмѣстѣ съ тѣмъ слѣдуетъ озаботиться, чтобы въ результатѣ не получилось воспаленія.

Инструментарій прежняго гинеколога состоялъ главнымъ образомъ изъ зеркала той или другой конструкціи, причемъ главное значеніе придавалось тому, чтобы, благодаря устройству зеркала, можно было бы обойтись безъ помощника. Исходя изъ этого принципа, употребили зеркало изъ молочнаго стекла Carl'a Meyer'a, также трубчатое зеркало Fergusson'a, самодержащіяся желобоватая зеркала и многія другія. Я начну поэтому также съ рекомендаціи зеркала, я пользуюсь для діагностическихъ, терапевтическихъ и оперативныхъ цѣлей преимущественно зеркаломъ G. Simon'a; устройство этого зеркала подверглось, правда, различнымъ измѣненіямъ, но мнѣ кажется наиболѣе удобной форма, изображенная на рис. 2. Главное преимущество его заключается, по моему мнѣнію, въ томъ, что это зеркало изъ одного куска и что въ общемъ достаточно имѣть всего двѣ ложки—большаго калибра и меньшаго—для задней стѣнки и одну—плоскую для передней. Этотъ инструментъ примѣняется такимъ образомъ, что задняя ложка скользитъ по длинѣ влагалища вдоль его задней стѣнки и уже въ полужелобѣ задней ложки вводится передняя ложка—плоская; послѣ этого послѣдней приподымають кверху переднюю стѣнку влагалища, и если инструментъ правильно введенъ, то въ зеркалѣ тотчасъ же появляется влагалищная часть; если же этого не происходитъ, то влагалищная часть должна вставиться благодаря легкимъ движеніямъ обѣихъ ложекъ, изъ которыхъ одна остается неподвижной; это также удается легко, безъ помощи пальца; научить этому приему начинающаго является важной задачей гинекологическаго преподаванія. Производство этой манипуляціи должно быть безболѣзненно и безопасно. Итакъ, обѣ руки заняты; для всякаго леченія была бы необходима помощь ассистента, если бы не было возможности путемъ нѣкоторыхъ манипуляцій фиксировать влагалищную часть; это достигается тѣмъ, что только передняя ложка придерживается, тогда какъ задняя держится даже предоставленная самой себѣ.

Благодаря этому одна рука освобождается, и если желательно произвести какую-либо манипуляцію на влагалищной части, то это производится рукой, которой была введена во влагалище задняя ложка зеркала и которая теперь свободна. Въ дальнѣйшемъ можно себя облегчить еще тѣмъ, что захватываютъ пулевыми щипцами переднюю губу, въ то время какъ одной рукой приподымають кверху переднюю стѣнку влагалища. Въ благопріятныхъ случаяхъ достаточно бываетъ одного пальца для фиксаціи влагалищной части, а именно когда пулевые щипцы можно замѣнить кремальерой (см. рис. 3). Такимъ образомъ одна рука совершенно свободно можетъ брать инструменты и работать надъ влагалищной частью, тогда какъ четыре пальца другой руки могутъ быть использованы для дальнѣйшаго держанія инструментовъ.

Само собою понятно, что если пособие имѣетъ нѣкоторымъ об-

разомъ оперативный характеръ, то ничего нельзя возразить противъ помощи ассистента; но при нѣкоторыхъ небольшихъ терапевтическихъ пособіяхъ пріятнѣе обойтись безъ чужой помощи и поэтому я особенно указываю на упрощеніе, изображенное на рис. 3.

Для леченія нужны затѣмъ пулевые щипцы или корнцангъ для



Рис. 3. Обнаженная влагалищная часть; введена задняя ложка Simon'овскаго зеркала; пулевые щипцы фиксируютъ переднюю губу и тѣмъ самымъ и матку. Передняя губа удерживается однимъ пальцемъ; задняя ложка держится сама по себѣ.

захватыванія ваты или кусковъ марли, которые могутъ понадобиться для обтиранія влагалищной части или дезинфекціи всего влагалища.

Остальной инструментарій находится въ зависимости отъ способа леченія: для внутриматочнаго прижиганія необходимы нейзильберные шприцы или шприцы изъ твердаго каучука (рис. 6), а также зонды для прижиганій (рис. 4); для выскабливанія или рас-



ширения матки нужно имѣть различные расширители, изъ которыхъ самые извѣстные Негар'овскіе (рис. 5); затѣмъ пользуются кюретками или острыми ложками, въ зависимости отъ того, какимъ кто инструментомъ предпочитаетъ работать; наконецъ надо имѣть маточный катетеръ для промыванія матки.

При всѣхъ другихъ пособіяхъ пользуются ножомъ, зубчатыми пинцетами, пулевыми щипцами, зажимами, иглодержателемъ, иглами, ножницами и т. д.

Первые изъ названныхъ инструментовъ необходимы для амбулаторіи, т. е. для амбулаторнаго леченія, вторые—предназначены для оперативныхъ пособій и мѣсто имѣть въ операціонной комнатѣ и только въ видѣ исключенія въ амбулаторіи; въ послѣдней необходимъ ирригаторъ съ рядомъ наконечниковъ къ нему и затѣмъ, кромѣ удобнаго кресла для изслѣдованія, также аппаратъ для кипяченія вышеуказанныхъ инструментовъ.

Въ заключеніе необходимо устройство электричества для примененія извѣстныхъ методовъ леченія массажемъ, для цистоскопіи, для освѣщенія, а равно и для прижиганія.

Такимъ образомъ, въ противоположность прежней гинекологіи, создается большой инвентарь.

Амбулаторное леченіе теперь въ сравненіи съ прошлымъ значительно ограничено или, по крайней мѣрѣ по моему мнѣнію, должно быть ограничено. Способъ гинекологическаго леченія, при которомъ каждая больная должна была ежедневно являться для смазыванія



Рис. 4. Зонды для прижиганія по Playfair'y.



Рис. 5. Расширитель Негар'а.

влагалищной части, теперь можетъ считаться всѣми оставленнымъ; еще развѣ только въ какой-нибудь глухой всѣми забытой провинціи можно услышать про такого рода леченіе, при которомъ 50 пациентокъ проходятъ въ нѣсколько часовъ чрезъ пріемную комнату гинеколога, подвергающаго у всѣхъ влагалищную часть одной и той же манипуляціи; въ настоящее время мы не задумаемся назвать это либо обманомъ больной, либо самообманомъ со стороны врача.

Дѣятельность гинеколога въ амбулаторіи заключается теперь въ подачѣ совѣта новымъ больнымъ, затѣмъ въ леченіи острыхъ катарровъ половыхъ и мочевыхъ путей, въ послѣдовательномъ леченіи хроническихъ катарровъ прижиганіями или прижигающими впрыскиваніями, въ массажѣ, во вставленіи пессаріевъ и послѣдующемъ контролѣ, въ леченіи катарра влагалища, въ устраниеніи неправиль-

ныхъ положеній матки путемъ выпрямленія и, наконецъ, въ тампонадѣ влагалища.

Для леченія катарровъ необходимо имѣть изъ лекарственныхъ средствъ всѣ антисептическія жидкости, какими желательно пользоваться.

На первомъ планѣ стоятъ сулема, лизоль, азотнокислосое серебро, въ растворахъ различной крѣпости. Къ этимъ старымъ испытаннымъ средствамъ примыкаютъ, мѣняясь сообразно съ модой, разныя другіе препараты, общее значеніе которыхъ однако невелико. Охотно пользуются глицериномъ для влагалищныхъ тампоновъ; къ глицерину часто прибавляется ихтиоль, такъ какъ доказано, что эта смѣсь усиливаетъ рассасываніе и особенно успокаиваетъ боли. Іодная настойка и растворы хлористаго цинка, употребляющіеся для прижиганій, должны также находиться въ амбулаторіи гинеколога. Для примѣненія цистоскопа и массажа желательно присоединеніе къ электрической сѣти. Пессаріи имѣются у меня въ амбулаторіи лишь въ небольшомъ запасѣ, главнымъ образомъ красныя круглыя, съ діаметромъ отъ 7 до 11 см., постепенно увеличивающимся на  $\frac{1}{2}$  см. Эти пессаріи изъ целлюлоида и заключаютъ въ себѣ гибкую мѣдную проволоку. Въ теплой водѣ они легко гнутся, а при охлажденіи до 40° гибкость ихъ уменьшается, либо иногда вовсе исчезаетъ. Кромѣ этихъ, у меня имѣются еще въ запасѣ пессаріи съ ножкой Löhlein'a, употребляемые противъ выпаденія.

Леченіе въ амбулаторіи сводится главнымъ образомъ къ влагалищному леченію. Во влагалище вкладывается ватный тампонъ, смоченный какимъ-либо средствомъ, чаще всего однимъ глицериномъ, либо съ добавленіемъ ихтиола, раствора іодистаго калия и т. д. къ глицерину. Способъ вкладыванія простъ: вводятъ заднюю ложку Simon'овскаго зеркала, захватываютъ корнцангомъ тампонъ, погружаютъ послѣдній въ соответствующую жидкость и, отдавивъ къзади введенную ложку зеркала, продвигаютъ тампонъ глубоко во влагалище. Если желательно воспользоваться для этой цѣли стариннымъ зеркаломъ изъ молочнаго стекла, то оно вводится раньше, затѣмъ продвигаютъ вовнутрь тампонъ, придерживаютъ послѣдній крѣпко корнцангомъ и извлекаютъ зеркало изъ влагалища.

Введеніе зеркалъ производится по возможности безболѣзненно. Чтобы ввести цилиндрическое зеркало, слѣдуетъ одной рукой развести наружныя половыя части, а другой рукой надавить скошеннымъ концомъ зеркала на заднюю стѣнку влагалища по направленію къзади, и благодаря этому приему удается ввести зеркало безъ того, чтобы послѣднее коснулось передняго края области уретры или клитора; если зеркало уже прошло окружность дѣвственной плевы, то дальнѣйшее введеніе удается уже легко. Величина зеркала опредѣляется шириной влагалища, т. е. слѣдуетъ выбрать зеркало, которое еще можетъ быть введено безъ боли.

Simon'овское зеркало вводится такимъ образомъ: сперва одной рукой разводятся наружныя половыя части и затѣмъ задняя ложка скользитъ вдоль по задней стѣнкѣ влагалища; послѣ этого продвигаютъ переднюю ложку, стараясь также при этомъ не касаться уретры или клитора; если передняя ложка вся введена, то поднимаютъ ею переднюю стѣнку влагалища кверху, чѣмъ создается возможность обзоренія всего влагалища и влагалищной части.

Тампонада влагалища въ смыслѣ плотнаго набиванія всего вла-

галища производится очень рѣдко. Она показана въ амбулаторіи лишь въ случаѣ нужды при сильномъ кровотеченіи, чтобы имѣть возможность перевести больную въ клинику или въ операционную комнату. Тампонада, конечно, производится антисептическимъ матеріаломъ и стерильными инструментами. Удобнѣе всего для этого ввести заднюю ложку Simon'овскаго зеркала, сильно оттянуть его къзади и, захвативъ корнцангомъ тампонъ, вводить послѣдній одинъ за другимъ, причемъ слѣдуетъ обратить вниманіе на то, чтобы концы нитокъ оставались снаружи. Этимъ способомъ можно такъ плотно набить влагалище, что давленіе на кровоточащее мѣсто будетъ очень сильно. вмѣсто стерильнаго или іодоформнаго тампона часто пользуются іодоформной или виоформной марлей, продвигая ее корнцангомъ въ глубину, причемъ конецъ каждой отдѣльной полоски долженъ выдаваться кнаружи.

Спринцованіе влагалища было раньше предписаніемъ, которое давалось очень часто больной, долженствовавшей производить его у себя на дому.

Спринцованія влагалища должны были производиться отъ одного до двухъ разъ ежедневно. Резиновый баллонъ и воршневые шприцы замѣнилъ ирригаторъ, получившій настолько широкое распространеніе, что почти казалось, что и здоровая женщина не можетъ обойтись безъ него; предполагалось, что спринцованіе влагалища относится къ туалету женщины.

Спринцованія однако имѣютъ свои недостатки; уже техника ихъ не такъ проста. Съ резиновыми баллонами спринцовками, емкостью въ 250—300 куб. см., дѣло обстояло еще благополучно; сидя на бидѣ, пациентка вводила себѣ глубоко во влагалище наконечникъ и, соединивъ его съ баллономъ, сдавливала послѣдній. Вода вытекала обратно въ бидѣ. Съ введеніемъ ирригатора дѣло осложнилось. Если предоставить больной откровенно описать процессъ спринцованія, то оказывается, что оно производилось обыкновенно слишкомъ обильно. Со времени введенія ирригаторовъ и спринцованіе становится возможнымъ лишь въ томъ случаѣ, если больная садится на подкладное судно, что очень неудобно, или если пациентка ложится въ постель и подкладное судно кладется подъ ягодицы.

Каковъ же спрашивается смыслъ спринцованій? Приходится признать, что послѣднія дѣйствительно не выдерживаютъ серьезной критики. При описаніи отдѣльныхъ заболѣваній я обращаю особенное вниманіе на то, когда слѣдуетъ рекомендовать спринцованія и въ какихъ случаяхъ они могутъ быть предоставлены самой больной. Если спринцованіями дѣйствительно желаютъ добиться серьезныхъ результатовъ, то врачъ самъ спринцуетъ больную на креслѣ для изслѣдованій, или поручаетъ это опытной сидѣлкѣ, либо акушеркѣ.

При этомъ одной рукой наружныя половыя части разводятся и стерильный наконечникъ ирригатора вводится во влагалище, послѣ того какъ пущена струя воды при поднятомъ ирригаторѣ. Спринцованія горячей водой въ 50° С. производятся одновременно съ орошеніемъ наружныхъ частей холодной водой изъ другого ирригатора. Чтобы предохранить больную отъ промоканія, подкладываютъ ей подъ ягодицы клеенку. По окончаніи спринцованія кожа больной тщательно осушивается. Всѣ сложные аппараты, предназначенные для защиты наружныхъ половыхъ частей и отводящіе воду

въ ведро черезъ вторую трубку, должны примѣняться либо врачомъ, либо акушеркой, но не самой пациенткой.

Леченіе шейки также возможно въ амбулаторіи. Смазываніе влагалищной части іодной настойкой, что нрежде особенно рекомендовалось въ качествѣ «всасывающаго» метода, производится также просто черезъ Simon'овское зеркало, какъ смазываніе эрозіи древеснымъ уксусомъ; для этого нужно только устроить такъ, чтобы задняя ложка зеркала сама держалась.

Такимъ же образомъ, освободивъ одну руку отъ держанія зеркала, благодаря пулевымъ щипцамъ, ущемляющимъ переднюю губу (см. рис. 3), производится скарификація влагалищной части для опорожненія маленькихъ ovula Nabothi, или для мѣстнаго кровозвлеченія; съ этой цѣлью употребляютъ остроконечный ножъ или «скарификаторъ». Такъ же производится пробная эксцизія; пулевые щипцы вкалываютъ въ переднюю губу и оттягиваютъ послѣднюю книзу; благодаря этому фиксируется матка; изъ подозрительнаго мѣста вырѣзается ножомъ н. большой клинъ и, когда послѣдній вырѣзанъ, его удаляютъ зубчатымъ пинцетомъ.

Наконецъ можетъ понадобиться и расширеніе шейки бужами Hegar'a; это также возможно произвести амбулаторно. Передняя губа обнаженной Simon'овскимъ зеркаломъ влагалищной части сильно оттягивается книзу и въ шеечный каналъ проводятъ зондъ, а затѣмъ и расширители въ 2—6 или самое большее 8 мм.; введеніе большихъ нумеровъ возможно лишь, когда каналъ былъ очень расширенъ, или если больная усыплена. Въ общемъ въ амбулаторіи не производится большаго расширенія, чѣмъ на 6—8 мм. Подобное расширеніе очень цѣлесообразно для избѣжанія маточныхъ колликъ послѣ внутриматочныхъ впрыскиваній, а также и въ другихъ случаяхъ, особенно передъ прижиганіемъ слизистой оболочки матки. Рукоятка Hegar'овскихъ расширителей, а равно и зонда, теперь не должна быть гладкой, иначе она будетъ легко скользить въ рукѣ, одѣтой въ перчатку.

Леченіе матки въ амбулаторіи сводится къ прижиганію эндометрія, къ внутриматочнымъ впрыскиваніямъ, къ выпрямленію и массажу матки.

Отсутствіе въ окружности матки воспаленія является условіемъ для всякой внутриматочной терапіи, особенно въ амбулаторіи. Техника и соблюденіе антисептики не трудны. Для внутриматочнаго прижиганія пользуются зондами Playfair'a или Saenger'a, или рекомендованными Menge палочками. Послѣднія очень распространены; онѣ сохраняются въ формалинѣ и прямо изъ него вынимаются. Playfair'овскіе зонды, послѣ обертыванія ихъ ватой, стерилизуются въ текущемъ парѣ и затѣмъ погружаются въ жидкость, которую желательно прижечь.

Если палочки Menge или зонды Playfair'a уже смочены жидкостью, то обнажается Simon'овскимъ зеркаломъ шейка, передняя губа захватывается пулевыми щипцами и шеечный каналъ расширяется до 6 мм.; послѣ этого введеніе зонда или палочки для прижиганія производится легко, причѣмъ стѣнокъ влагалища даже не приходится касаться. Такимъ образомъ наблюдается полнѣйшая чистота.

Точно такъ же производится и впрыскиваніе въ матку, для каковой цѣли пользуются Braun'овскимъ шприцомъ въ его совре-

менной конструкции (см. рис. 6). Так как теперь известно, что возможно проникание впрыснутой жидкости в трубы, то, во-первых, предварительным сильным расширением шейки стараются дать достаточный обратный отток жидкости и, во-вторых, слѣдятъ за тѣмъ, чтобы давленіе поршня въ шприцъ было невелико. При соблюденіи этихъ мѣръ предосторожности я никогда не видѣлъ неприятныхъ послѣдствій отъ впрыскиваній. Во всякомъ случаѣ для послѣднихъ никогда не слѣдуетъ примѣнять раствора хлористаго цинка; допускается лишь іодная настойка или растворъ полуторохлористаго желѣза.

Промыванія матки производятся маточнымъ катетеромъ Bozema-Fritsch'a или его модификаціей, предложенной Weinhold'омъ; модель послѣдняго обезпечиваетъ вѣрный оттокъ жидкости и препятствуетъ задержанію гдѣ бы то ни было въ инструментѣ частичекъ слизи.

Впрыскиваніе, какъ Braun'овскимъ шприцомъ, такъ и маточнымъ катетеромъ, производится постоянно при обнаженной влагалищной части и послѣ предварительнаго расширенія шеечнаго канала расширителями Hegar'a до 6 мм.

Выпрямленіе матки также можетъ быть произведено амбулаторно; подробности этого метода будутъ описаны въ главѣ о загибѣ матки къзади, ибо только при этомъ заболѣваніи этотъ методъ



Рис. 6. Внутриматочный шприцъ Braun'a.

и примѣняется; при загибѣ къзади и при выпаденіи будутъ описаны пессаріи и способы ихъ вкладыванія.

Большое значеніе получилъ массажъ матки съ тѣхъ поръ, какъ благодаря ему Thure Brandt добился блестящихъ практическихъ результатовъ; сочетаніе гимнастическихъ упражненій съ манипуляціями на половыхъ органахъ представляетъ собой несомнѣнный прогрессъ. Нельзя, конечно, осуждать многихъ противниковъ за то, что они указывали ошибки и преувеличенія; излеченіе загибовъ къзади, выпаденій, устраненіе хроническихъ «метритовъ» и т. д. было заблужденіемъ, которому поддался Thure Brandt и его сторонники. Успѣховъ у истерическихъ особъ можно было добиться лучшимъ образомъ. Собственно область для примѣненія массажа была правильно установлена критикой; сюда относятся: срощенія кишки или придатковъ съ маткой и затѣмъ рубцовыя образованія. При производствѣ массажа слѣдуетъ раньше всего озаботиться, чтобы не вызвать обостренія воспаленія, бывшаго до того хроническимъ; поэтому нужно начинать массажъ безъ примѣненія большой силы. Затѣмъ слѣдуетъ обратить вниманіе на то, чтобы раздраженіе наружныхъ половыхъ частей было сведено къ минимуму; по возможности слѣдуетъ избѣгать движеній частей пальцевъ, находящихся въ области вульвы. Пальцы, введенные во влагалище, подходятъ прямо къ рубцамъ и къ срощеніямъ; сюда же, но снаружи, направляется вторая рука. Рубцовыя тяжи между пальцами обѣихъ рукъ растягиваются, или даже разрываются. Какого рода движенія

пальцами слѣдуетъ дѣлать (дрожательныя, давящія и т. п.) не имѣетъ особеннаго значенія; гораздо важнѣе указаніе Thure Brandt'a, который рекомендуетъ путемъ постепенныхъ подготовительныхъ движеній наружной руки уменьшить напряженіе брюшной



Рис. 7. Аппаратъ для вибраціоннаго массажа, соединенный съ электрической сѣтью.

стѣнки, чтобы можно было дѣйствительно проникнуть въ глубину таза. Рекомендованное Thure Brandt'омъ держаніе пальцевъ не имѣетъ значенія, равно какъ и пользованіе особымъ положеніемъ больной. Способъ этотъ представляетъ собою вѣрный методъ для растяженія рубцовъ. Предположеніе, что этимъ методомъ можно «укрѣпить мышцы тазового дна» и «поднять тонусъ», оказалось въ дѣйствительности ошибочнымъ.

Дальнѣйшее измѣненіе состоитъ въ вибраціонномъ массажѣ (рис. 7). На большій шаръ вибраціоннаго аппарата, соединеннаго съ электрической сѣтью, навинчивается меньшій шарикъ (рис. 8), который передаетъ вибрирующія движенія на тѣмѣста, на которыхъ пальцемъ производится сильное противодавленіе. Повидному, этотъ методъ оказываетъ особенно благоприятное вліяніе при рубцовыхъ образованіяхъ.

Какъ дополненіе къ этому методу имѣетъ большое значеніе при рубцахъ или сращенияхъ примѣненіе тяже-

сти. Это замѣняетъ кратковременное сильное давленіе или потягиваніе пальца тѣмъ, что въ теченіе продолжительнаго времени производится длительное давленіе, какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны брюшной стѣнки. Примѣняется для этой цѣли ртуть или дробь. Во влагалщѣ пациентки, лежащей со слегка приподнятымъ тазомъ, вводится пустой резиновый баллонъ — кольнейринтеръ — въ

сложенномъ видѣ, что удается очень легко; съ нимъ соединенъ посредствомъ стеклянной и резиновой трубки другой, подобный же баллонъ, наполненный ртутью. Послѣ введенія пустого баллона ртутный баллонъ поднимается, причемъ ртуть тогда переходитъ въ пустой баллонъ; наполненный такимъ образомъ внутривенный баллонъ запирается зажимомъ, а снаружи на животъ кладется тяжелый мѣшокъ съ пескомъ или дробью. Послѣ нѣкотораго времени ртуть изъ внутренняго баллона переводится въ наружный и кольпейринтеръ удаляется. Этотъ способъ такъ простъ и чистъ, что я его особенно рекомендую. Кромѣ того примѣняется еще введеніе дроби. Въ зер-



Рис. 8. Меньшій шарикъ, навинченный на большой шаръ (см. рис. 7) аппарата для вибраціоннаго массажа.

кало молочнаго стекла вводится кусокъ полотна и въ это послѣднее всыпается дробь; зеркало при этомъ постепенно извлекается, вслѣдствіе чего дробь, окруженная полотномъ, проникаетъ во влагалищный сводъ. Когда влагалище все выполнено, то полотно завязывается на-подобіе мѣшка. Можно поступать согласно вышеописанному, но я предпочитаю наполненіе ртутью, какъ способъ болѣе простой.

До сихъ поръ я описалъ тѣ методы леченія, которые могутъ или должны быть примѣнены амбулаторно при разнообразныхъ заболѣваніяхъ, и впоследствии при соответствующихъ главахъ я буду ссылаться на это описаніе техники вышеупомянутыхъ методовъ. Остается еще собственно техника катетеризаціи, промыванія и прижиганія пузыря, леченія мочеиспускательнаго канала



Рис. 9. Фарфоровая чашка съ нависающей стеклянной крышкой (X) для сохраненія катетеровъ. (Стеклянные катетеры—въ растворѣ сулемы, металлическіе—въ растворѣ лизола). Рукоятки катетеровъ лежатъ надъ уровнемъ жидкости; инструменты сохраняются стерильными и готовы къ употребленію въ любой моментъ.

и катетеризаціи мочеточниковъ. Такъ какъ эти методы примѣняются лишь при опредѣленныхъ заболѣваніяхъ пузыря, уретры или мочеточниковъ, то здѣсь я останавливаться на нихъ не буду и сошлюсь на соответствующія главы.

Только катетеризаціи мочеиспускательнаго канала требуетъ краткаго описанія, такъ какъ опорожненіе пузыря катетеромъ показано при разныхъ видахъ гинекологическаго леченія. Я примѣняю стеклянный катетеръ и рекомендую держать его въ амбулаторіи стерильнымъ наготовѣ; послѣ кипяченія стеклянные катетеры сохраняются въ растворѣ сулемы, металлическіе катетеры—въ растворѣ лизола, и закрываются крышкой для предохраненія отъ

пыли (см. рис. 8 а). Сами они выдаются надъ поверхностью жидкости и могутъ быть вынуты безъ того, чтобы пришлось смочить руку въ растворѣ сулемы. Передъ введеніемъ наружное отверстие уретры обтирается тампономъ, смоченнымъ въ растворѣ сулемы, и затѣмъ подъ контролемъ зрѣнія вводится катетеръ.

Мѣстное влагалищное или вульварное примѣненіе рентгеновскихъ лучей лучше всего не производить амбулаторно; точно также фульгурація и примѣненіе каленаго желѣза должны быть принципиально отнесены къ стационарному леченію.

### β) Методы общаго леченія въ амбулаторіи.

Наряду съ мѣстнымъ леченіемъ со стороны влагалища придается въ амбулаторіи примѣнять, кромѣ того, также различные методы леченія со стороны живота, либо давать предписанія, касающіяся леченія всего организма.

Сюда относятся обыкновенный или вибраціонный массажъ живота, дѣйствіе на животъ свѣтовой ванной или аппаратомъ горячаго воздуха, постояннымъ или фарадическимъ токомъ, а равно и примѣненіемъ рентгеновскихъ лучей.

Само собою разумѣется, что въ нашей гинекологической амбулаторіи приходится назначать и леченіе минеральными водами, регулировать діету, бороться съ переполненіемъ кишечника, однимъ больнымъ назначать леченіе противъ ожирѣнія, другимъ, наоборотъ, усиленное питаніе (Mastkur), а нѣкоторымъ противосифилитическое леченіе.

Кое-что изъ этихъ методовъ является непосредственно лечебнымъ средствомъ, кое-что лишь частью наблюденія; это имѣетъ значеніе уже какъ выжидательное леченіе.

Ибо, какъ и всякому врачу, гинекологу также нужно и выжидательное леченіе. Случай, которые должны еще нѣкоторое время находиться подъ наблюденіемъ, прежде чѣмъ можно поставить окончательный діагнозъ, или такіе, которые уже сами по себѣ имѣютъ извѣстный шансъ на улучшеніе, излечиваются большею частью не тѣмъ, что говорятъ больной объ отсутствіи необходимости что-нибудь дѣлать. Пациентки вполне справедливо требуютъ отъ врача индифферентнаго леченія. Это выжидательное леченіе не должно вредить, слѣдуетъ выработать себѣ опредѣленные правила леченія, которыя были бы вполне безвредны. Эти правила должны приблизительно соответствовать тому, что въ старину дѣлала внутренняя медицина, когда она прописывала слабый растворъ соляной кислоты съ сиропомъ для пріема маленькими порціями черезъ каждые 2 часа. «Выжидательное леченіе» подобнаго рода заключается главнымъ образомъ въ наблюденіи, и очень часто въ такихъ случаяхъ врачъ долженъ заручиться надежной сидѣлкой. Наблюденіе температуры есть первое, что въ этомъ отношеніи интересуетъ врача, но кромѣ того должны быть отмѣчены также и другія явленія у больной. Человѣкъ не посвященный не можетъ передать всего такъ, какъ вышколенная сидѣлка, и для большинства случаевъ при выжидательномъ леченіи необходима помощь опытной сидѣлки. Изъ средствъ, которыя можно отнести къ вполне индифферентнымъ, я отмѣчу на первомъ планѣ прикладываніе холоднаго или теплаго компресса на животъ, затѣмъ опорожненіе кишечника и назначеніе какого-нибудь индифферентнаго лекарства.



Въ прежнее время у всѣхъ пациентокъ, которыя считали свои половыя органы больными, назначались спринцованія влагалища. Въ настоящее время этого уже не дѣлаютъ. Я лично не склоненъ считать влагалищныя спринцованія вполне индифферентными.

Причиной, побудившей меня быть осторожнымъ, является возможность, вслѣдствіе неловкости, попаданія чего-нибудь черезъ маточную полость въ брюшину и появленіе вслѣдствіе этого даже перитонита. Подобные случаи возможны при нѣкоторой неопытности и въ особенности тогда, когда больныя сами дѣлаютъ спринцованія. Если пациентка приучена къ этимъ манипуляціямъ, то она не причинитъ себѣ этимъ вреда, и никто, конечно, не будетъ возражать противъ того, чтобы больная продолжала спринцованія при свѣжемъ заболѣваніи, если эти спринцованія больная дѣлала уже раньше. Не слѣдуетъ только думать, что всякое случайное заболѣваніе половыхъ органовъ непременно въ качествѣ леченія требуетъ примѣненія спринцованій влагалища. Если больная съ этого и начинается безъ строгихъ показаній къ тому, то она дѣйствительно можетъ себѣ только повредить, а не помочь, особенно если она полагаетъ, что она сама можетъ дѣлать эти спринцованія. Это и есть то основаніе, которое побудило меня быть осторожнымъ при назначеніи спринцованій.

Уже гораздо менѣе вредно вкладываніе глицериновыхъ тампоновъ; слѣдуетъ только это дѣлать самому или озаботиться, чтобы вкладываніе производилось чистыми руками. Поручать введеніе тампоновъ самимъ больнымъ я считаю нецѣлесообразнымъ. Этимъ можно принести больше вреда, чѣмъ пользы, особенно если при этомъ не будетъ соблюдена строгая чистота. Къ выжидательному леченію относятся еще назначеніе компрессовъ на животъ, опорожненіе нижняго отрѣзка кишечника, отчасти вкладываніе тампона и наблюденіе за температурой.

Нѣкоторыя другія назначенія, подлежащія исполненію на дому у больной, также просты; дальнѣйшее леченіе въ амбулаторіи уже не требуетъ особаго описанія.

Здѣсь только слѣдуетъ упомянуть о леченіи рентгеновскими лучами.

Рентгеновское леченіе въ гинекологическихъ случаяхъ стремится достигнуть, только при патологическомъ состояніи, результатовъ, которые наступили подъ вліяніемъ рентгеновскихъ лучей не намѣренно, у врачей и у не-врачей. Рѣчь идетъ о дѣйствіи на поверхность и въ глубину. Поверхностному дѣйствію лучей могутъ подвергнуться болѣзненные измѣненія только промежности или влагалища. Мягкая трубка вкладывается въ гильзу изъ свинцоваго стекла и единственное отверстіе послѣдняго, воспринимающее лучи, направляется на больное мѣсто промежности или вульвы. Чтобы еще лучше защитить остальные части, можно вставить въ эту свинцовую гильзу еще трубчатое зеркало изъ того же свинцоваго стекла; кромѣ того, возможно также этотъ трубчатый инструментъ ввести на короткое разстояніе во влагалище. Подобный сеансъ продолжается лишь короткое время съ промежутками въ одинъ день. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ требуется болѣе длинный промежутокъ, около 14 дней.

Дѣйствіе рентгеновскими лучами въ глубину возможно

также и въ гинекологіи. Для этой цѣли примѣняютъ жесткія или очень жесткія трубки и дѣйствуютъ ими на нижнюю часть живота. Лицо и ноги больной прикрываютъ свинцовой пластинкой и даютъ возможность лучамъ дѣйствовать черезъ стеклянный фильтръ на больную. Въ своей клиникѣ я поступаю такимъ образомъ, что паціентка ложится въ кровать, надъ которой, на различной высотѣ, находится рама, соотвѣтствующая по величинѣ кровати. На этой рамѣ совершенно свободно накладывается или вдвигается свинецъ или стекло, въ зависимости отъ мѣста, на которое желательно подѣйствовать. Относительно продолжительности и способа воздѣйствія пока еще ничего опредѣленнаго сказать нельзя. Дѣлаются лишь пока опыты съ леченіемъ кровотокашихъ міомъ и усиленныхъ маточныхъ кровотеченій, а равно и для обратнаго развитія оставшихся раковыхъ гнѣздъ. Я еще не считаю дѣйствие рентгеновскихъ лучей на глубину вѣрнымъ лечебнымъ средствомъ, чтобы его можно было рекомендовать для всеобщаго употребленія, но опыты съ рентгеновскими лучами въ подобной формѣ—жесткія трубки со стекляннымъ фильтромъ и защитой кожи — несомнѣнно показаны.

### 3. Стаціонарное леченіе.

#### а) Комната для стаціонарнаго леченія.

Въ комнатѣ для стаціонарнаго леченія требуется то же устройство, что и въ амбулаторной комнатѣ, и кромѣ вышеописанныхъ аппаратовъ и инструментовъ нужно еще все, что необходимо для наркоза, слѣдовательно, кромѣ стола для изслѣдованія еще удобное ложе, чтобы можно было лечить больную въ положеніи на спинѣ. Здѣсь должны находиться также свѣтоты дуги для согрѣванія, равно какъ аппараты для гальванизации, фарадизации и прижиганія, тогда какъ въ амбулаторной комнатѣ не всѣ эти аппараты необходимы. Слѣдуетъ, конечно, позаботиться и объ источникахъ свѣта, для каковой цѣли электричество является наиболѣе употребительнымъ.

#### б) Операціонная комната.

Для операцій необходимы особыя операціонныя помѣщенія, которыя, въ зависимости отъ количества работы, должны устраиваться съ удобствами. Кто въ своей работѣ можетъ держаться вдали отъ заразныхъ случаевъ, тотъ нуждается въ устройствѣ только одной операціонной; кто же вынужденъ оперировать и заразныхъ больныхъ, тотъ долженъ имѣть непременно двѣ операціонныя комнаты. Въ случаѣ недостатка помѣщенія операціонной комнатой для сомнительныхъ и септическихъ больныхъ можетъ служить также комната для стаціонарнаго леченія.

Помѣщеніе для асептическихъ операцій должно однако быть отдѣлено отъ другихъ помѣщеній. Оно должно состоять изъ 3—4 комнатъ, болѣе или менѣе другъ съ другомъ соединенныхъ. Собственно операціонная комната должна имѣть одно окно, по возможности обращенное на сѣверъ; комната эта должна быть высока, стѣны должны быть гладкими и съ закругленными углами. При выборѣ облицовочнаго матеріала я отдаю предпочтеніе гипсу, выкрашенному эмалевой краской, передъ изразцами. Послѣдніе выгля-

дять очень красиво, но между отдѣльными изразцами находятся свободныя пространства, задѣланныя цементомъ, въ послѣднемъ же возможны маленькія трещины, которыя могутъ служить мѣстомъ для поселенія насѣкомыхъ. Чѣмъ операціонная комната выше, тѣмъ затруднительнѣе контроль изразцовъ. Конечно, при облицовкѣ гипсомъ возможны небольшія поврежденія стѣны, вслѣдствіе чего необходимо ихъ немедленно исправить. Во всякомъ случаѣ мы знаемъ вполне точно, что зараженіе ранъ у нашихъ паціентокъ происходитъ не отъ стѣвъ; но все же очень пріятно, если есть возможность оперировать въ безукоризненно чистой комнатѣ.

Полъ операціонной долженъ быть непроницаемымъ, для какой цѣли, его дѣлаютъ цементнымъ, изъ террацо и т. п., причѣмъ слѣдуетъ имѣть въ виду, чтобы въ немъ не было никакихъ трещинъ, могущихъ служить гнѣздами для микробовъ гніенія. Кромѣ того слѣдуетъ озаботиться объ оттокахъ, а равно и притокахъ воды; для послѣдняго должны существовать рукава, съ помощью которыхъ можно было бы оросить всю комнату. Наибольшія затрудненія вызываютъ съ системой отопленія; лучше всего, конечно, установить печь внѣ операціонной комнаты, такъ какъ иначе образуется много неровныхъ поверхностей. Въ операціонной на стѣнахъ, кромѣ приспособленій для освѣщенія, ничто не должно укрѣпляться.

Вопросъ о томъ, какъ лучше всего устроить въ операціонной комнатѣ освѣщеніе и направить его на операціонное поле, разрѣшается различно. Днемъ лучше всего пользоваться прямымъ разсѣяннымъ дневнымъ свѣтомъ. Всѣ искусственные аппараты имѣютъ свои неудобства; но въ пасмурные зимніе дни, если приходится рано оперировать, всегда полезно употреблять особое освѣщеніе операціоннаго поля.

Тогда освѣщеніе по Zeiss-Siedentopf-Krönig'у такъ же цѣлесобразно, какъ и ночью. Кто въ состояніи устроить такое освѣщеніе для своей операціонной, тотъ это долженъ непременно сдѣлать. Неудобства установки зеркалъ можно значительно уменьшить умѣлымъ ихъ распредѣленіемъ. Этотъ интенсивный способъ освѣщенія операціоннаго поля оказался особенно полезнымъ ночью; дуговыя лампы бросаютъ свой свѣтъ сперва на потолокъ и только оттуда свѣтъ распредѣляется по комнатѣ и, вслѣдствіе этого, онѣ освѣщаютъ болѣе равномерно; къ этому тогда уже присоединяется прямое освѣщеніе операціоннаго поля по Zeiss-Siedentopf-Krönig'у.

Это освѣщеніе я однако больше не примѣняю днемъ, такъ какъ имѣю прекрасное дневное освѣщеніе, но для ночного времени оно представляетъ существенное улучшеніе. Предложенный Parisomъ въ Альтонѣ способъ освѣщенія очень удобенъ для малыхъ помѣщеній; подобные аппараты рекомендуетъ теперь Lautenschläger.

Рядомъ съ операціонной комнатой должно находиться помѣщеніе, въ которомъ готовится больная. Въ моей клиникѣ устроено такъ, что въ этомъ помѣщеніи дезинфицируется и помощникъ, который долженъ дезинфицировать больную.

Такъ какъ я мало оперирую съ хлороформомъ или эфиромъ, то мнѣ не требуется особаго помѣщенія для начала усыпленія. Дезинфекція помощника необходима для спинномозговой анестезіи, которая производится въ томъ же помѣщеніи, гдѣ обычно дезинфици-

пируютъ. Приятно, если, кромѣ того, имѣется еще помѣщеніе для кипяченія инструментовъ, дезинфицированія аппаратовъ и перевязочныхъ матеріаловъ текучимъ паромъ и, наконецъ, еще одна комната для сохраненія инструментовъ. Такимъ образомъ необходимо имѣть уже четыре комнаты, а въ моей клиникѣ имѣются кромѣ того еще двѣ, которыя предназначены для дезинфекціи оператора, помощника и сестры, подающей инструменты; кромѣ того имѣется еще одна комната для ванны до и послѣ операціи. Что касается послѣдняго обстоятельства, то я замѣчу, что способъ Gaseg'a въ Галле оказался полезнымъ. Мой костюмъ при операціи существенно отличается отъ моего обычнаго костюма. Онъ стирается и поэтому при операціи мнѣ не нужно никакихъ защитныхъ резиновыхъ передниковъ; обычно, если я при операціи запачкаюсь жидкостью или кровью, я снимаю платье и заново переодѣваюсь въ ванной комнатѣ.

Поверхъ этого нестерильнаго, стирающагося костюма надѣвается послѣ дезинфекціи стерильный костюмъ. Для удобства полной смѣны костюма я передъ операціей снимаю чулки и сапоги и оперирую въ валенкахъ и галошахъ.

Въ отдѣлѣ амбулаторнаго леченія я высказался за то, что дезинфицируется только наша перчатка, а не рука; этотъ способъ для дезинфекціи при операціяхъ совершенно недостаточенъ; здѣсь непременно дезинфицируется рука, прежде чѣмъ надѣтъ на нее перчатку. Насчетъ того, какъ это сдѣлать, мнѣнія расходятся. Я употребляю теперь теплую струю воды и въ ней мою руки съ мыломъ пять минутъ, а слѣдующія 5 минутъ мою ихъ алкоголемъ. Можно придерживаться мнѣнія, что уже одного алкоголя достаточно; я однако думаю, что для достиженія болѣе продолжительной стерильности руки необходимо до алкоголя мыть съ мыломъ и водой, послѣ чего крѣпко вытираютъ руки стерилизованнымъ полотенцемъ; при этой манипуляціи удаляется много частицъ, содержащихъ микробы.

Чѣмъ суше обтирать руку послѣ мытья, тѣмъ болѣе энергично вліяніе алкоголя. Послѣ дезинфекціи послѣднимъ лицо закрывается покрываломъ, затѣмъ надѣвается стерильный халатъ и перчатки, а наконецъ, для болѣе вѣрнаго соединенія халата и перчатки надѣвается тесьма.

Невозможно, конечно, описать всѣ правила, относящіяся къ личной дезинфекціи; у разныхъ операторовъ они различны; важенъ только принципъ, предписывающій строгую дезинфекцію, а частности неважны. Способъ дезинфекціи только алкоголемъ, рекомендованный недавно Schumburg'омъ, недостаточенъ для большихъ операцій, такъ какъ онѣ долго продолжаются; вслѣдствіе этого во время операціи дезинфекцію приходится повторять. При этомъ способъ надѣвать перчатки, конечно, не требуется.

Я здѣсь не привожу описанія различныхъ методовъ дезинфекціи; я пользовался вышеприведеннымъ методомъ и многократная провѣрка доказала мнѣ его надежность.

Если операція не была особенно нечистой, то достаточно при дальнѣйшемъ оперированіи переменить стерильный халатъ и дезинфицировать перчатки на рукахъ путемъ мытья съ мыломъ и водой, а равно погруженіемъ ихъ въ растворъ сулемы минуты на двѣ.

Устройство септической операціонной комнаты ничѣмъ не отличается отъ вышеописаннаго; она должна только по воз-

возможности быть расположенной подалеже отъ асептической, причемъ, при рѣдкости септическихъ операций, трудно имѣть для послѣднихъ помѣщеніе такое же большое, но принципъ однако долженъ оставаться неизмѣннымъ, а именно: помѣщенія для чистыхъ и септическихъ операций должны быть другъ отъ друга отдѣлены, равно какъ и инструментарій долженъ быть вполне отдѣльнымъ. Только такимъ образомъ возможно избѣжать распространенія инфекции въ учрежденіи.

Изъ аппаратовъ въ операционной комнатѣ, кромѣ вышеупомянутыхъ для дезинфекціи и освѣщенія, гинекологъ нуждается еще только въ каленомъ железѣ, которое теперь лучше всего приспособить къ электрической проводкѣ, и въ аппаратъ для фульгураціи. Оба эти аппарата слѣдуетъ помѣстить на столѣ съ колесиками; это очень цѣлесообразно, ибо проволоки аппаратовъ долго не выдерживаютъ при продолжительномъ пребываніи въ очень влажномъ воздухѣ операционной комнаты съ ея кипятилниками.

Указаніе инструментовъ, конечно, невозможно; родъ ихъ зависитъ отъ привычки оператора. Подготовленіе инструментовъ происходитъ путемъ кипяченія ихъ въ растворѣ соды. Аппараты для этого разогреваются газомъ, электричествомъ или паромъ. Кто пользуется газомъ, тотъ въ общемъ наиболѣе независимъ, въ то время какъ электрическое и паровое нагрѣваніе зависятъ отъ центральной станціи, которая, до сихъ поръ по крайней мѣрѣ, чаще портится, чѣмъ газовая проводка. Цѣлесообразно имѣть аппараты для кипяченія инструментовъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ операционной комнатой, такъ какъ всегда можетъ понадобиться прокипятить снова какой-нибудь инструментъ. У меня устроено такимъ образомъ, что комната возлѣ операционной предназначена для кипяченія и надъ кипятилникомъ устроена дымовая труба, отводящая влажный воздухъ.

Въ качествѣ матеріала для швовъ я употребляю кэтгутъ, целлулоидныя нити и шелкъ. Несмотря на извѣстное сомнѣніе по поводу происхожденія кэтгута, я думаю, что безъ послѣдняго нельзя обойтись; всѣ швы, накладываемые на влагалище, удаляются съ трудомъ; успѣхъ нѣкоторыхъ пластическихъ операций подвергается даже риску при удаленіи швовъ. Въ виду этого во влагалищѣ я примѣняю исключительно кэтгутъ, обрабатываемый антисептически кумоломъ по Кгönig'у или, еще лучше, іодомъ. Послѣдній способъ относительно простъ; рекомендованное недавно Купномъ пользованіе навѣрняка здоровымъ кэтгутомъ заслуживаетъ большого вниманія, но практически у меня до сихъ поръ не возникло сомнѣнія и по поводу раньше получавшагося кэтгута, такъ какъ я ни разу не наблюдалъ зараженія на почвѣ употребленія кэтгута.

Всѣ швы, которые не подлежатъ удаленію, и которые не должны особенно крѣпко удерживать, накладываются изъ кэтгута.

Целлулоидныя нити я примѣняю въ качествѣ мало или совсемъ не разсасывающагося матеріала. По этому поводу я охотно подтверждаю указанія Pagenstecher'a. Это хорошая, а равно и дешевая замѣна металлическихъ швовъ. Стерилизація производится текучимъ паромъ подъ давленіемъ въ особыхъ коробкахъ или футлярахъ въ тѣхъ же аппаратахъ, въ которыхъ дезинфицируется перевязочный матеріалъ.

Шелкъ ничѣмъ нельзя замѣнить, если требуется крѣпкое и

продолжительное соединеніе, напр. фасцій. Въ этихъ случаяхъ я оставляю безъ страха шелкъ погруженнымъ въ большомъ количествѣ, причѣмъ я его стерилизую не только кипяченіемъ, но и пропитываю сулемой путемъ кипяченія въ 1% растворѣ послѣдней. Шелкъ можно безъ всякаго опасенія оставлять погруженнымъ, если только озаботиться, чтобы послѣ этого не попадало грязи, или чтобы въ области шелка не образовался застой секрета.

При описаніи общихъ возрѣній на наше подготовленіе къ гинекологическимъ операціямъ, или, лучше, на нашу постоянную готовность къ нимъ, я сознательно приводилъ только личныя предписанія; зная что они основаны на долготѣнѣмъ собственномъ опытѣ, что они много разъ испытаны, что они подвергались критикѣ и улучшеніямъ, я могу за нихъ поручиться. Отсюда однако не слѣдуетъ, что нельзя поступать иначе.

Нуждается въ улучшеніи вопросъ о перчаткахъ; попытки замѣнить перчатки растворами резины не оправдались; но дешевая, удобная и безопасная замѣна перчатокъ мнѣ представляется желательной; при этомъ, конечно, не должна страдать надежность нашей антисептики.

#### γ) Неоперативное леченіе. 3

Я возвращаюсь къ стационарному леченію. Оно также различно въ зависимости отъ болѣзни; нѣкоторые методы однако одинаковы при разныхъ заболѣваніяхъ, и эти-то методы я здѣсь вкратцѣ опишу.

Въ помѣщеніи для леченія производится все то же, что выше описано въ отдѣлѣ амбулаторнаго леченія; только здѣсь можно поступать болѣе энергично, такъ какъ больная послѣ окончанія леченія тотчасъ переносится въ кровать. Въ общемъ я могу сослаться на то, что уже было сказано при амбулаторномъ леченіи.

Къ общему леченію, которое можетъ и должно примѣняться стационарно, относится раньше всего покой; послѣдній очень полезенъ для организма пациентки, сильно истощенной и исхудавшей. Это относится къ области усиленнаго питанія, затѣмъ возможно примѣненіе леченія для уменьшенія тучности. Для всего этого мы должны быть заранѣе подготовлены, чтобы на практикѣ приложить наши познанія о связи гинекологическихъ заболѣваній съ общими. Точно также наряду съ мѣстнымъ леченіемъ невратеническая больная нуждается и въ гимнастикѣ.

Въ то время какъ усиленное питаніе у истощенныхъ больныхъ намъ было особенно полезно, гимнастика является особенно цѣнной тогда, когда мы имѣемъ дѣло съ нервной пациенткой, у которой леченіе половыхъ органовъ способствуетъ появленію невольныхъ возбужденій. Несомнѣнно, что, благодаря выбору различныхъ методовъ, въ зависимости отъ природы каждаго индивидуума, гинекологъ добьется хорошихъ результатовъ; при устройствѣ стационарія и вообще при примѣненіи подобнаго леченія никогда не слѣдуетъ забывать объ общей терапіи. Что ванны съ ихъ различной температурой, въ зависимости отъ намѣченной цѣли, имѣютъ благотворное вліяніе, равно какъ и примѣси къ водѣ, объ этомъ особенно говорить не приходится. Нервнымъ пациенткамъ охотно назначаютъ углекислыя ванны. Грязевыя ванны, ванны съ фанго, иловыя и

сѣрные ванны усиливаютъ разсасываніе. Относительно способа дѣйствія другихъ примѣсей мы еще мало знаемъ, но все же въ ваннахъ мы усматриваемъ дѣйствительно важный методъ леченія; кто для леченія гинекологическихъ больныхъ устраиваетъ частную клинику, тотъ не малое помѣщеніе долженъ отвести для леченія ваннами и гимнастикой.

## II. Методы леченія.

Оперативное леченіе, конечно, еще блѣе разнообразно, въ зависимости отъ наличности того или иного страданія. Но и здѣсь имѣется та же особенность: одни и тѣ же пособія оказываются при различныхъ заболѣваніяхъ; эти пособія я здѣсь и описываю.

### 1. Техника чревосѣченія.

Я начинаю съ техники этого вмѣшательства, ставшаго особенно частымъ въ нашей спеціальности. Раньше приходилось только тогда думать о вскрытіи брюшной полости, когда дѣйствительно имѣлась опасность для жизни, такъ какъ всякое вскрытіе брюшной полости угрожало жизни.

Операция производится въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ.

Однимъ изъ величайшихъ благодѣяній антисептики является то, что мы теперь вовсе устранили опасность для жизни при чревосѣченіи; наше вниманіе теперь послѣ антисептики направлено главнымъ образомъ на предупрежденіе брюшныхъ грыжъ, развитія которыхъ раньше можно было ожидать послѣ cadaго вскрытія брюшной полости. Основные положенія, которымъ мы теперь должны слѣдовать, чтобы предупредить развитіе грыжи брюшной стѣнки, заключаются впрочемъ всего въ надежной антисептикѣ. Каждая брюшная рана, хорошо зашитая при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики, представляетъ полную гарантію противъ возникновенія грыжи. Казалось бы, что на этотъ пунктъ особенно напирать не надо; но все же необходимо помнить именно о возможности образованія грыжи, такъ какъ зажившая брюшная рана у женщины при послѣдующей беременности должна удовлетворять особенно высокимъ требованіямъ. Тщательное зашиваніе фасціи было отмѣчено Winter'омъ, хотя оно рекомендовалось и раньше, но оставалось въ забвеніи. Для меня не подлежитъ сомнѣнію, что уже указаніе на необходимость тщательнаго наложенія шва заставило насъ всѣхъ примѣнить это основное положеніе Winter'a. Но, кромѣ подобнаго шва, соблюденіе антисептики при чревосѣченіи иной разъ затрудняется тѣмъ обстоятельствомъ, что въ брюшной полости приходится имѣть дѣло съ органами, содержащими микробовъ. Для устраненія этой опасности требуется особенная техника, на что здѣсь же должно быть обращено вниманіе.

Не довольствуясь основнымъ положеніемъ, что одной антисептики и хорошаго шва достаточно для предупрежденія грыжъ, Pfannenstiel предложилъ для предотвращенія образованія грыжъ оперировать такимъ образомъ, чтобы линія разрѣза фасціи и кожи не совпадала съ линіей разрѣза брюшины. Онъ предложилъ поперечный разрѣзъ надъ симфизомъ черезъ кожу и фасцію и, наоборотъ, расщепленіе мускулатуры и брюшины по средней линіи. Этотъ спо-

собъ вскрытія скорѣ получилъ всеобщее признаніе; несмотря на это, я все же не думаю, чтобы этотъ методъ остался и въ будущемъ, такъ какъ онъ удобенъ лишь для маленькихъ операцій въ брюшной полости. Въ тѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ приходится удалять большія опухоли, или когда нужно оперировать глубоко въ тазу, методъ этотъ только тогда примѣнимъ, если рану сдѣлать необыкновенно большой, вслѣдствіе чего вскрытіе уже теряетъ характеръ безразличнаго вмѣшательства.

Я опишу сперва методы вскрытія брюшной полости (см. рис. 10) и начну съ антисептики.

Страхъ передъ трудностью дезинфекціи кожи разсѣивается. Имѣется достаточно способовъ для надежной дезинфекціи кожи; больше всего распространѣнъ теперь методъ Döderlein'a; вечеромъ, наканунѣ операціи, онъ очень тщательно дезинфицируетъ кожу въ области операціи и покрываетъ ее послѣ этого стерильнымъ полотенцемъ. Затѣмъ, незадолго предъ самой операціей, онъ смазываетъ кожу іодъ-бензиномъ, потомъ іодной настойкой и, наконецъ, растворомъ резины, который онъ называлъ гауданиномъ. Послѣдній послѣ высыханія посыпается стерильнымъ талькомъ, благодаря чему опасность со стороны микробовъ кожи при этихъ операціяхъ совершенно устраняется. Другой способъ состоитъ въ смазываніи кожи одной іодной настойкой. Слѣдуетъ еще упомянуть также старую Fürbring'er'овскую дезинфекцію съ мыломъ и теплой водой, затѣмъ алко-големъ съ сулемой, равно какъ и современный методъ Schumburg'a дезинфекціи однимъ только алкоголемъ; наконецъ при извѣстныхъ операціяхъ я еще примѣняю Billroth'овскій батистъ для прикрытія кожи, какъ это мнѣ рекомендовалъ словесно Zweifel.

Послѣ самой тщательной дезинфекціи кожи—для каковой цѣли примѣняютъ одинъ изъ вышеописанныхъ методовъ, которые въ своихъ частностяхъ, конечно, могутъ быть улучшены—и послѣ дезинфекціи помощника и оператора, производится первый разрѣзъ. Я начинаю съ описанія чревосѣченія по бѣлой линіи. Въ зависимости отъ ожидающагося размѣра операціи должна быть различна и длина разрѣза. Кожа съ подкожной клѣтчаткой перерѣзается продольно, затѣмъ двумя пинцетами фасція поднимается кверху и такъ же вскрывается по бѣлой линіи. Нѣкоторые указывали на цѣлесообразность проведенія разрѣза сбоку отъ бѣлой линіи, чтобы уклониться отъ послѣдней. Я это считаю совершенно неважнымъ и не даю себѣ вовсе труда ни отыскивать бѣлую линію, ни уклоняться отъ нея. Фасція между двумя пинцетами приподнимается и перерѣзается; если попадаютъ на мышцу, то проникаютъ тупымъ путемъ черезъ нее и тотчасъ же приподымаютъ кверху глубокую фасцію, чтобы ее перерѣзать. Если держаться строго бѣлой линіи, то съ ея разсѣченіемъ встрѣчаются уже съ подбрюшинной клѣтчаткой. Теперь наступаетъ единственный моментъ, когда дѣйствительно нужно быть осторожнымъ, чтобы избѣжать невольныхъ поврежденій. Иногда, въ особенности при большой неопытности, возможно, что передъ вскрытіемъ брюшины пинцетомъ захватывается уже кишка и затѣмъ послѣдняя разрѣзается. Это можетъ не всегда зависѣть отъ оператора, но иногда и отъ помощника, когда послѣдній захватываетъ пинцетомъ больше ткани, чѣмъ операторъ, который этого не замѣчаетъ. Чтобы избѣжать раненія кишки, необходимо рѣзать какъ можно осторожнѣе, захватывая возможно меньше.



Цѣлесообразно въ этотъ моментъ уже приподнять тазъ больной. Этимъ приобретается особенное удобство. Въ тотъ самый моментъ, когда брюшина вскрывается на очень маломъ протяженіи, врывается со свистомъ воздухъ, ибо кишки теперь западаютъ по направленію къ діафрагмѣ и воздухъ пасасывается въ брюшную полость. Если отверстіе еще небольшое, то при внимательномъ оперированіи этотъ звукъ ясно слышенъ; тогда уже, при отсутствіи сращеній, нечего бояться.

Все же можетъ быть трудно избѣжать поврежденія кишки при кишечныхъ сращенияхъ. Здѣсь слѣдуетъ замѣтить, что чѣмъ выше

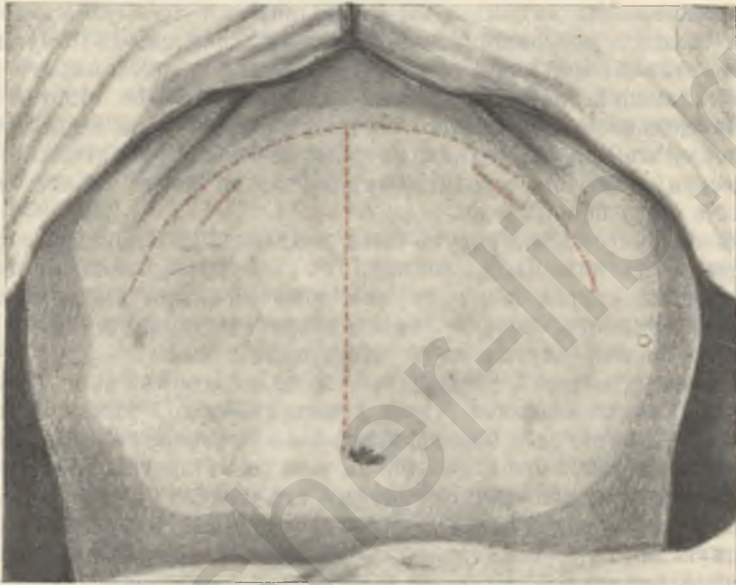


Рис. 10. Направленіе разрѣзовъ брюшной стѣнки при положеніи съ приподнятымъ тазомъ. Одна пунктированная линия—разрѣзъ по средней линіи; другая пунктированная линия — для поперечнаго фасціального разрѣза по Pfannenstiel'ю; непрерывная линия—для укороченія круглыхъ связокъ.

идти къ верхнимъ частямъ живота, тѣмъ вообще сращеній становится меньше. Если увѣрены, что имѣютъ передъ собою брюшину, и если, несмотря на это, не удастся вскрыть брюшину надъ кишками вслѣдствіе сращеній на большомъ протяженіи, то удлиняютъ разрѣзъ кожи и фасціи выше уровня пупка, оставляя послѣдній справа отъ линіи разрѣза, и здѣсь вскрываютъ свободную брюшную полость. При опухоляхъ яичника едва ли встрѣтятся большія затрудненія; если опухоль даже очень сращена съ передней брюшной стѣнкой, то не будетъ никакого вреда, если киста будетъ вскрыта и жидкость выпущена. Иначе дѣло обстоитъ при туберкулезѣ. Здѣсь иной разъ можно придти въ полное отчаяніе при попыткѣ попасть въ брюшную полость, такъ какъ почти повсюду попадають на кишечныя сращения. Здѣсь я поступаю двоякимъ образомъ: либо я вскрываю надъ пупкомъ, либо совершенно отказываюсь отъ операціи, о чемъ будетъ сказано въ главѣ о туберкулезѣ. Во всякомъ случаѣ о возможности этихъ поврежденій слѣдуетъ всегда думать, и

надо стараться избѣгать ихъ путемъ удлиненія разрѣза кверху. При нѣкоторой опытности можно быть увѣреннымъ въ томъ, что кишки не будутъ повреждены.

Иначе дѣло обстоитъ съ поврежденіями пузыря, которыхъ также всегда надо избѣгать. Опытъ показалъ, что и здѣсь съ большой увѣренностью можно избѣгать бѣды. Катетеризаціей нельзя уклониться отъ опасности поврежденія пузыря. Одна лишь катетеризація для этого ни въ коемъ случаѣ не достаточна. Поврежденіе пузыря объясняется исключительно тѣмъ, что имѣется дѣло съ аномальной развитіи или, лучше сказать, съ неправильнымъ предрасположеніемъ. Здѣсь пузырь направляется кверху выше, чѣмъ онъ обычно расположитъ. Мы имѣемъ дѣло съ развитіемъ пузыря въ остатокъ *utachus* или съ недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ *utachus*. Эти случаи отличаются тѣмъ, что при вскрытіи фасціи, вмѣсто тонкой просвѣчивающей ткани брюшины, предлежитъ болѣе толстая ткань, которой только тогда можно избѣгать, если снова подняться выше кверху въ область пупка на разстояніи приблизительно одного сантиметра сбоку отъ средней линіи; только тогда удастся вполне избѣжать этого поврежденія.

Всѣ эти поврежденія могутъ быть избѣгнуты, слѣдовательно, тѣмъ, что при всѣхъ опасныхъ состояніяхъ вскрытіе брюшной полости производится сперва внизу пупка; а именно при высокостоящемъ пузырь—сбоку отъ средней линіи на уровнѣ пупка, а при опасности повредить кишки—лучше надъ, чѣмъ подъ пупкомъ.

Наконецъ слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ маленькомъ затрудненіи, встрѣчающемся чаще у начинающаго, чѣмъ у опытнаго оператора. Именно изъ боязни нечаяннаго поврежденія пузыря или кишки начинающій отслаиваетъ на большомъ протяженіи нѣсколько утолщенную пристѣночную брюшину отъ глубокой фасціи, или послѣднюю отъ мышцъ; онъ полагаетъ, что имѣетъ предъ собою кистовидную опухоль, висцеральная брюшина которой склеена съ пристѣночной брюшиной. Случается, что такая отслойка производится на довольно большомъ протяженіи; но бѣда все же невелика; пристѣночная брюшина въ концѣ-концовъ разрывается сбоку и тогда брюшная полость открыта. Но этихъ бесполезныхъ отслоекъ слѣдуетъ по возможности избѣгать; для этого необходимо точно придерживать анатомическихъ условій передней брюшной стѣнки. Нужно знать, сколько слоевъ осталось для разсѣченія, и тогда затрудненія будутъ легко устранены.

На остановкѣ кровотеченія при разрѣзѣ брюшной стѣнки я почти вовсе не останавливаюсь, если мнѣ приходится дѣлать продольный разрѣзъ. Большія кровотечения происходятъ собственно только изъ мускулатуры, и притомъ лишь тогда, когда мышцы разсѣкаются ножомъ.

Предложенное Pfannenstiel'емъ надлобковое поперечное вскрытіе фасціи я дѣлаю слѣдующимъ образомъ:

Непосредственно надъ симфизомъ я разсѣкаю кожу и подкожную клетчатку такимъ образомъ, что веду ножъ косо и кверху. При большихъ операціяхъ разрѣзъ долженъ начинаться отъ одной *spina iliaca anterior superior* и доходить до другой; въ большинствѣ же случаевъ разрѣзъ не долженъ быть такимъ большимъ.

Косымъ веденіемъ ножа я добиваюсь того, чтобы разрѣзъ фасціи не лежалъ прямо подъ разрѣзомъ кожи. Послѣ того какъ кожа

и жировая клетчатка поперечно разсѣчены, я захватываю зажимомъ по средней линіи верхній конецъ перерѣзанной кожи и поручаю помощнику оттянуть его кверху. Направляясь косо кверху, я получаю большій или меньшій кожный лоскутъ, который по окончаніи операціи удобно укладывается на фасцію. Сантиметра 2—3 надъ кожнымъ разрѣзомъ разсѣкается затѣмъ поперечно фасція вплоть до мускулатуры, причемъ стараются послѣднюю не поранить; послѣ этого лигатурами останавливается кровотеченіе изъ кожи. Перерѣзанную фасцію сверху и снизу захватываютъ зажимомъ по средней линіи и отслаиваютъ ее отъ мускулатуры; только по средней линіи необходимо перерѣзать болѣе крѣпкія волокна; все остальное при потягиваніи фасціи отходитъ. Чѣмъ большее вскрытіе брюшной полости желательно сдѣлать, тѣмъ шире въ поперечникѣ долженъ быть разрѣзъ кожи и фасціи. Послѣ разсѣченія фасціи и полной остановки кровотечения, мускулатура по средней линіи тупымъ путемъ разъединяется вправо и влѣво; открывающаяся теперь брюшина также вскрывается по бѣлой линіи съ вышеописанными предосторожностями.

Выборъ между этими двумя способами я считаю неважнымъ. Я убѣдился, что указанный Winter'омъ фасціальныи шовъ, если удалось избѣжать всякаго нагноенія, при продольномъ разрѣзѣ препятствуетъ навѣрняка появленію грыжи. Кроме того я нахожу, что вскрытіе и закрытіе брюшной полости при разрѣзѣ по бѣлой линіи происходитъ быстрѣе. Дальнѣйшее преимущество разрѣза по бѣлой линіи заключается по моему въ томъ, что если неожиданно при операціи оказывается необходимымъ удлинитъ разрѣзъ кверху, то это можно сдѣлать весьма просто. Напротивъ, при поперечномъ разрѣзѣ по Pfannenstiel'ю возникаетъ большое неудобство въ томъ случаѣ, когда разрѣзъ произведенъ недостаточно большой; тогда приходится отслаивать дальше кверху, что удается только въ томъ случаѣ, если продолжитъ поперечный разрѣзъ фасціи; такимъ образомъ въ случаѣ подобной надобности при этомъ способѣ предстоитъ больше затрудненій. Поэтому если я не увѣренъ въ величинѣ необходимаго разрѣза, то въ такомъ случаѣ я отказываюсь отъ поперечнаго фасціальнаго разрѣза. Особенно я пѣбгаю послѣдняго, если мнѣ можетъ предстоять вскрытіе въ брюшной полости органовъ, содержащихъ бактеріи, главнымъ образомъ, кишки или влагалища. Если принять во вниманіе всѣ эти моменты, то станетъ яснымъ, что число случаевъ, въ которыхъ я вскрываю брюшную полость по Pfannenstiel'ю, невелико. Я оперирую значительно больше съ вскрытіемъ по бѣлой линіи, чѣмъ съ фасціальнымъ поперечнымъ разрѣзомъ.

Особенная защита разрѣза живота во время операціи необходима лишь тогда, когда вскрываются органы, содержащіе бактеріи, или если въ брюшной полости имѣется гной. Основаніемъ, заставляющимъ меня въ такихъ случаяхъ принимать особенныя мѣры предосторожности, является опытъ, указывающій, что при вскрытіи органовъ, содержащихъ бактеріи, несмотря на хорошее заживленіе брюшной полости, нерѣдко получается нагноеніе брюшной раны.

Прежде неоднократно высказывали мнѣніе, что опасность нагноенія брюшной раны заключается въ томъ, что брюшная полость обладаетъ бактерицидными свойствами, которыхъ лишена соединительнотканная рана. Это предложеніе я не могу болѣе считать пра-

вильнымъ; причина различнаго отношенія находится лишь въ предварительныхъ условіяхъ для размноженія бактерій. Если при операціи вскрыты органы брюшной полости, содержащія вирулентныя бактеріи, сохранившія свою силу въ закрытыхъ органахъ, то появленіе перитонита неизбежно, приче́мъ дѣло не доходитъ до зараженія брюшной раны; больная быстро погибаетъ отъ перитонита. Это бываетъ однако очень рѣдко, такъ какъ бактеріи въ тѣлѣ большою частью теряютъ свою вирулентность.

Иначе дѣло обстоитъ при общей инфекціи вирулентными бактеріями, напр. при стрептококковой инфекціи; въ подобныхъ случаяхъ вслѣдствіе поступленія въ брюшную полость бактерій можетъ вовсе не дойти дѣло до перитонита, такъ какъ больная погибаетъ отъ зараженія крови.

Иначе опять-таки обстоитъ дѣло, если имѣются бактеріи либо менѣе вирулентныя, либо ставшія таковыми въ замкнутыхъ органахъ; эти бактеріи приобрѣтаютъ благодаря этому скорѣе характеръ сапрофитовъ, т. е. онѣ размножаются на застоявшихся жидкостяхъ, на мертвомъ матеріалѣ и вредятъ въ брюшной полости благодаря своимъ ядовитымъ токсинамъ; они вызываютъ въ брюшной ранѣ нагноеніе съ незначительнымъ всасываніемъ токсиновъ.

Чтобы избѣгнуть этихъ вредныхъ послѣдствій вполне достаточно послѣ операціи осушать всю полость брюшины; безъ питательной среды эти бактеріи въ ней не размножаются.

Въ брюшной ранѣ однако дѣло опаснѣе; она никогда не соединяется настолько тѣсно, чтобы нигдѣ не осталось какого-нибудь свободнаго пространства, въ которомъ поэтому тотчасъ послѣ шва скопляется немного раневого отдѣленія. Если, несмотря на всѣ предосторожности, сапрофитныя бактеріи все же проникаютъ въ брюшную рану, то они всегда здѣсь находятъ отдѣленіе, въ которомъ могутъ размножаться. На этомъ и основано различное отношеніе брюшной полости и брюшной раны къ менѣе вирулентнымъ бактеріямъ.

Слѣдовательно, для устраниенія опасностей, надо поступать такъ: **въ брюшной полости слѣдуетъ заботиться о возможно болѣе полномъ осушеніи ея.**

**Въ брюшной ранѣ слѣдуетъ избѣгать возможности внѣдренія бактерій въ рану и стараться самымъ тщательнымъ образомъ осушать опасныя мѣста.**

Мѣстомъ нагноенія всегда здѣсь является равнѣе всего подкожная жировая клѣтчатка и соединительная ткань между жиромъ и фасціей; лишь при болѣе сильной и длительности дѣло доходитъ до нагноенія и омертвѣнія фасціи.

Способы, которые я примѣняю теперь для предотвращенія нагноенія брюшной раны, различны; одинъ изъ нихъ состоитъ въ прикрытіи всего разрѣза металлическими зеркалами такимъ образомъ, что во время всей операціи, начиная со вскрытія брюшной полости и до окончанія операціи въ брюшной полости, эти зеркала остаются на мѣстѣ (см. рис. 11). Какъ только зеркала удаляются, то при всѣхъ этихъ операціяхъ съ подозрительнымъ содержимымъ брюшной полости производится новая дезинфекція рукъ оператора, свѣжее прикрытіе кожи живота и берутся новые инструменты для зашиванія брюшной раны. Я убѣдился, что этимъ путемъ опасность нагноенія брюшной раны устраняется или во вся-

комъ случаѣ весьма значительно уменьшается; я рѣшительно рекомендую этотъ способъ, какъ одинъ изъ лучшихъ.

Прежде чѣмъ я сталъ примѣнять зеркала для прикрытія кожной раны, я пробовалъ соединять провпзорно пристѣвочную брюшину съ наружной кожей, чтобы этимъ избѣжать инфекціи подкожной



Рис. 11. Прикрытіе брюшной раны трехстворчатымъ металлическимъ зеркаломъ.

жировой клітчаткі. Этотъ способъ также ведетъ къ цѣли и, по моему мнѣнію, его слѣдуетъ примѣнять, если не имѣется зеркалъ; онъ однако отнимаетъ много времени и поэтому примѣняется не очень охотно.

Благодаря проф. Zweifel'ю, мнѣ сталъ извѣстенъ старый приемъ Koeberle: зажимами укрѣпляется на пристѣвочной брюшинѣ ба-

тисть Billroth'a; подъ запрокинутымъ кнаружи батистомъ находятся зажимы, и всю рану, такимъ образомъ прикрытую, я покрываю зеркаломъ (см. рис. 12).

Наконецъ необходимъ еще одинъ способъ въ тѣхъ случаяхъ, когда, считая брюшную полость чистой, неожиданно натываются на нагноеніе брюшныхъ органовъ; тогда необходимо все же сдѣлать попытку устранить это осложненіе. Произвести вышеописаннымъ



Рис. 12. Прикрытіе брюшной раны Billroth'овскимъ батистомъ и трехстворчатымъ металлическимъ зеркаломъ.

образомъ прикрытіе уже невозможно, но все же тутъ надо сдѣлать попытку помочь себѣ. Въ такихъ случаяхъ мнѣ очень помогло дренированіе кожи надъ фасціей послѣ предварительнаго аккуратнаго зашиванія послѣдней. Я считаю эту попытку очень полезной и я могъ бы ее рекомендовать для подобныхъ случаевъ. Въ верхній и нижній конецъ брюшной раны, которая вообще старательно зашивается, я ввожу между фасціей и кожей по тонкой резиновой дренажной трубкѣ.

Если послѣ производства поперечнаго фасціального разрѣза по

Pfannenstiel'ю неожиданно оказывается, что существует нагноение въ брюшной полости, особенно придатковъ матки, то слѣдуетъ помнить, что заживленіе брюшной раны при этомъ можетъ подвергнуться большой опасности; здѣсь очень легко наступаетъ нагноение брюшной раны.

Слѣдуетъ, конечно, постараться избѣжать нагноенія. Изъ упомянутыхъ мною профилактическихъ мѣръ при этомъ методѣ веденія разрѣза не годятся ни прикрытіе брюшной раны брюшиной, ни наложенія защищающихъ зеркалъ. Единственная мѣра, которая, по моему мнѣнію, можетъ имѣть успѣхъ, это дренажъ брюшной раны надъ зашитой фасціей. При этомъ можно надѣяться, что инфекция мускулатуры подъ фасціей устранена и что этимъ путемъ слѣдуетъ ожидать только поверхностныхъ осложнений. Анатомическія изслѣдованія въ отдѣльныхъ случаяхъ показали мнѣ, что нагноение можетъ и не быть устранено въ глубинѣ, но что это не опасно, такъ какъ гной прорывается въ брюшину, либо инкапсулируется въ брюшинѣ и лишь послѣдовательно куда-нибудь прорывается. Во всякомъ случаѣ лечение сводится лишь къ тому, что накладываются весьма тщательно шовъ на фасцію, а подъ фасціей проводится дренажъ брюшной раны. Наибольшій успѣхъ поперечнаго фасціального разрѣза я видѣлъ лишь при этомъ способѣ предохраненія отъ нагноенія.

При чревосѣченіи существуетъ еще большая опасность въ оставленіи инородныхъ тѣлъ въ брюшной полости; предохраненіе отъ этой опасности является, во всякомъ случаѣ, нашей обязанностью. Чаще всего послѣ чревосѣченія въ брюшной полости забываются тампоны, затѣмъ компрессы и, наконецъ, инструменты. Въ качествѣ предохранительной мѣры я рекомендую примѣнять тампоны на рукояткѣ только такимъ образомъ, чтобы они непосредственно послѣ употребленія передавались сестрѣ, находящейся въ операционной, и чтобы сестра могла видѣть, что тампонъ еще находится на инструментѣ. Компрессы постоянно должны такъ вводиться, чтобы ихъ навѣрняка снова можно было удалить. Съ этой цѣлью мнѣ, какъ, вѣроятно, и нѣкоторымъ другимъ операторамъ, весьма пригодились пришиваніе къ углу компресса тесемки и наложеніе на послѣднюю зажимного пинцета. Кромѣ того необходимо знать, сколько компрессовъ имѣется въ операционной комнатѣ. Если вскрывается банка со стерильными компрессами, то ея содержимое должно быть заранѣе извѣстно и то же количество компрессовъ должно быть установлено послѣ операціи. Болѣе неприятно, но гораздо рѣже случается оставленіе въ брюшной полости инструментовъ; это предупреждается тѣмъ, что вовсе не употребляютъ очень маленькихъ инструментовъ; обычно нужны лишь инструменты для перевязыванія сосудовъ и чѣмъ для этой цѣли щипцы больше, тѣмъ опасность оставленія ихъ въ брюшной полости меньше; съ возможностью оставленія считается однако надо.

## 2. Дренажъ брюшной полости.

Показанія къ дренажу брюшной полости у разныхъ операторовъ устанавливаются весьма различно. Въ то время какъ одни считаютъ дренажъ совершенно излишнимъ, другіе примѣняютъ его, въ качествѣ профилактическаго средства, очень широко. Описаніе всей литературы и взглядовъ различныхъ авторовъ на значеніе

дренажа я здѣсь признаю совершенно невозможнымъ. Я считаю только важнымъ отмѣтить, что при описаніи вліянія дренажа слѣдуетъ по возможности различать вирулентные микробы отъ микробовъ гніенія, хотя я и знаю, что отдѣльные авторы противъ этого взгляда имѣютъ принципиальные возраженія. Послѣднія я считаю однако не доказанными, и думаю, что лучше на теоретической сторонѣ этого вопроса особенно не настаивать.

Большого практическаго значенія эта разница, повидимому, не имѣетъ; при нашихъ операціяхъ въ дѣйствительности мы имѣемъ дѣло съ очень вирулентными микробами гораздо рѣже, чѣмъ это считалось на основаніи появленія нагноенія. Гораздо чаще здѣсь находятся микробы гніенія. Если во время операціи имѣются вирулентные микробы, то это обнаруживается обычно тѣмъ, что больная уже раньше лихорадитъ и выглядит серьезно больной. Лишь очень рѣдко бываетъ, чтобы при вирулентности микробовъ обходилось безъ нарушенія общаго состоянія больной.

Главнымъ средствомъ для подавленія вреднаго вліянія неvirulentныхъ микробовъ является полное осушеніе операціоннаго поля и, такъ какъ я здѣсь описываю дренажъ брюшной полости, то, какъ справедливо всегда отмѣчаетъ Zweifel, здѣсь дѣло идетъ объ осушеніи брюшной полости. Осушеніе относится въ особенности къ крови. Послѣ закрытія брюшной полости въ ней не должно больше накопляться крови, такъ какъ послѣдняя представляетъ благопріятную питательную среду для проникшихъ въ брюшную полость микробовъ гніенія. Если удастся избѣжать скопленія жидкости или крови въ брюшной полости и попаданія микробовъ, то можно спокойно закрыть брюшную полость.

Если во время операціи въ брюшную полость излился гной, то возможно, что послѣдній микробовъ не содержитъ. Въ этомъ случаѣ, какъ и при первыхъ вышеописанныхъ условіяхъ, ничего особеннаго дѣлать не требуется; слѣдуетъ только совершенно удалить гной изъ брюшной полости марлевыми шариками. Если же гной содержитъ микробовъ, то при надежномъ осушеніи брюшной полости дренажъ также является излишнимъ. Проведеніе этого основнаго принципа я считаю одной изъ наиболѣе важныхъ задачъ техники чревосѣченія. Въ этомъ сказывается прогрессъ по сравненію съ прошлымъ. Чрезвычайно цѣнной была попытка Schauta поставить вопросъ о дренажѣ брюшной полости въ зависимости отъ присутствія или отсутствія микробовъ въ гноѣ. Съ тѣхъ поръ мы поняли, что микробы безъ вирулентности и безъ питательной среды въ большинствѣ случаевъ безвредны.

Иначе обстоитъ дѣло, если послѣ операціи происходитъ несомнѣнное отдѣленіе жидкости въ брюшную полость или если въ послѣдней послѣ операціи остается жидкость. Характерными примѣрами этого является соединительно-тканная рана, находящаяся въ соединеніи съ брюшной полостью и не отдѣленная отъ послѣдней швомъ; затѣмъ трубная беременность, при которой въ брюшной полости остаются кровяные сгустки или большое количество крови, и, наконецъ, pseudomuxoma брюшины, при которой слизистыя массы, находящіяся на брюшинѣ кишки, не могутъ быть вполне удалены. Взгляды на лечение послѣднихъ болѣзней чрезвычайно различны. Одни операторы въ такихъ случаяхъ всегда дренируютъ, другіе съ величайшей педантичностью стараются удалить



всякіе слѣды жидкости или слизистой ткани, оставшихся въ брюшной полости. Результаты хороши, какъ съ принципиальнымъ дренажемъ при оставленіи жидкости въ брюшной полости, такъ и при строгомъ вытираніи содержимаго послѣдней, причемъ пробовали вычислить статистически, который изъ этихъ двухъ методовъ даетъ лучшіе результаты. Съ другой стороны также доказано, что оставленіе крови въ брюшной полости безъ дренажа можетъ тоже дать хорошій результатъ.

Мой практическій опытъ показалъ мнѣ, что если жидкость въ брюшной полости не содержитъ микробовъ, то ее спокойно можно тамъ оставить. Это особенно важно при несомнѣнно свободной отъ микробовъ ложной миксомѣ (pseudomухома) брюшины; совершенно безразлично, будутъ ли эти массы удалены изъ брюшной полости или нѣтъ; при удаленіи опухоли слѣдуетъ позаботиться лишь о томъ, чтобы не выдѣлялись новыя массы. Но если отсутствіе микробовъ допускаетъ оставленіе жидкости, то лучше выбрать прямой путь и не удалять слизистыхъ массъ; удаленіе послѣднихъ связано съ возможностью прониканія въ брюшную полость микробовъ воздуха, которые могутъ размножаться на оставленномъ содержимомъ. Я лично эти массы больше не удаляю, но обращаю главное вниманіе на то, чтобы послѣ удаленія опухоли яичника и иногда другого яичника возможно быстрѣе закрыть брюшную полость. При трубной беременности, которую чаще всего можно представить въ качествѣ примѣра въ смыслѣ содержанія крови въ брюшной полости, я удаляю жидкую кровь, такъ какъ это очень легко сдѣлать и въ виду того, что при обратномъ погруженіи культи легче можно убѣдиться, продолжается ли кровотеченіе, или нѣтъ. Напротивъ, я абсолютно отказываюсь удалять многочисленные кровяные сгустки, крѣпко сидящіе на кишкѣ или на сальникѣ. Это почти невыполнимая работа, и я здѣсь больше боюсь заноса микробовъ воздуха, чѣмъ оставленія этихъ сгустковъ. Съ другой стороны, для меня ясно, что при каждой операциі подобной трубной беременности, при оставленіи этихъ сгустковъ, имѣется возможность размноженія микробовъ гніенія; въ каждомъ случаѣ серьезнаго осложненія послѣ подобной операциі я точно такъ вскрываю Дугласово пространство, чтобы удалить содержимое брюшной полости и послѣдовательно дренировать брюшную полость, т. е. удалить всякій матеріалъ, благопріятствующій размноженію бактерій гніенія.

Иначе, конечно, дѣло обстоитъ при вскрытіи во время чревосѣченія органовъ, содержащихъ микробовъ—кишки, влагалища, нарывовъ; ихъ микробы являются опасными, если для ихъ роста имѣется благопріятная питательная среда; здѣсь необходимо позаботиться, чтобы брюшная полость послѣ закрытія брюшной раны оставалась сухой.

Показаніе для дренажа брюшной полости вслѣдъ за чревосѣченіемъ я устанавливаю такимъ образомъ: я постоянно дренирую, 1) если послѣ операциі, при которой были вскрыты органы, содержащіе микробовъ, я оставляю въ брюшной полости соединительно-тканныя раны, отдѣляющія секретъ; 2) если при вскрытіи брюшной полости жидкое содержимое съ микробами должно быть оставлено въ брюшной полости, и, наконецъ, 3) я считаю дренажъ необходимымъ и тогда, если я опорожнилъ соединительно-тканный нарывъ при операциі въ брюшной полости. Послѣдовательный дре-

нажъ брюшной полости и наиболѣе глубоко лежащей части Дугласова пространства показанъ, если послѣ операціи наступаютъ явленія, указывающія на интоксикацію содержимымъ брюшной полости. Повышеніе температуры, сухой языкъ, рвота или учащеніе пульса или сочетаніе этихъ симптомовъ служатъ показаніемъ для влагалищнаго вскрытія брюшной полости и для производства дренажа.

Чѣмъ дренировать—относительно безразлично; обычными средствами для этого являются марля, турунда, или резиновая трубка съ поперечной пластинкой. При первичномъ дренажѣ брюшной полости, при брюшной экстирпации матки, я считаю достаточнымъ оставить широко открытое влагалище. Если же матка сохраняется, то для надежности дренажа цѣлесообразны резиновые трубки. Дренажъ брюшной полости черезъ бѣлую линію я примѣняю послѣ чревосѣченія лишь тогда, если имѣется гнойный перитонитъ и если безъ этого гной не можетъ быть вполне удаленъ изъ всѣхъ углубленій.

Тампонъ-дренажъ Mikulicz'a употребляется въ гинекологіи очень рѣдко. Лишь несчастная случайность во время операціи, сильныя паренхиматозныя кровотеченія, которыя нельзя остановить, и въ особенности скопленіе гноя въ опредѣленныхъ мѣстахъ живота даютъ поводъ къ примѣненію этого дренажа. Чѣмъ больше однако нашъ опытъ при чревосѣченіи и чѣмъ вѣрнѣе нашъ діагнозъ до операціи, тѣмъ рѣже показанъ этотъ видъ тампонады; за послѣдніе годы я не припомню случая примѣненія послѣдней. Единственное, что я еще иногда дѣлаю, это тампонада тазовой полости при венозныхъ кровотеченіяхъ въ тазу, а именно сильнымъ противодавленіемъ марлевыхъ бинтовъ, концы которыхъ выводятся черезъ влагалище.

### 3. Повязка и способы послѣдовательнаго леченія.

Повязка послѣ чревосѣченія въ теченіе времени постепенно становилась у меня все проще и, какъ мнѣ извѣстно, въ этомъ отношеніи со мною согласно огромное большинство гинекологовъ. По примѣру Roux и Graser'a я кладу на зашитую рану четыре или восемь разъ сложенный кусокъ стерильной марли и укрѣпляю его на кожѣ другимъ большимъ, тонкимъ кускомъ также стерильной марли посредствомъ коллодія. Fritsch употребляетъ цинковый клей. На рану я не кладу никакихъ лекарственныхъ средствъ. Основаніемъ для упрощенія повязки послужило убѣжденіе наше въ томъ, что послѣдовательнаго зараженія раны не происходитъ. Если рана къ концу операціи несомнѣнно асептична, то она прекрасно заживаетъ подъ этой повязкой.

Послѣдовательное леченіе послѣ чревосѣченія стало вообще значительно проще. Громадное большинство этихъ оперированныхъ поправляется безъ всякихъ осложненій, и единственныя терапевтическія мѣропріятія, которыя намъ нужно предпринять, заключаются въ томъ, чтобы слѣдить за опорожненіемъ кишечника каждые два дня, для чего даютъ касторовое масло. Наряду съ этимъ заботятся объ опорожненіи мочевого пузыря. Мы знаемъ, что послѣ чревосѣченія при частой катетеризаціи происходитъ обычно зараженіе мочевыхъ путей; поэтому рекомендуется всячески воздерживаться отъ искусственнаго опорожненія пузыря. Изъ средствъ, служащихъ для этого, я больше всего рекомендую больнымъ садиться или вставать

уже съ перваго дня послѣ операціи. Этотъ способъ, конечно, не во всѣхъ случаяхъ можетъ помочь, и тогда я рекомендую, въ качествѣ простаго средства, впрыскиваніе въ пузырь послѣ катетеризаціи 10% іодоформъ-глицерина. Если и это не приведетъ къ цѣли, то я расширяю уретру Негар'овскими бужами до 8 или 10 мм.

Въ послѣдовательномъ леченіи оперированныхъ играетъ теперь большую роль вопросъ о раннемъ вставаніи. Этотъ способъ предложенъ съ цѣлью избѣжать появленія эмболии. Я однако до сихъ поръ не могъ убѣдиться въ томъ, чтобы при здоровомъ сердцѣ покойное положеніе могло бы способствовать появленію эмболии. Единственное, что мнѣ еще кажется возможнымъ, это то, что раннее движеніе можетъ принести пользу у женщинъ съ большимъ сердцемъ или съ артеріосклерозомъ. Эти случаи кажутся мнѣ особенно подходящими для ранняго вставанія, и я предоставляю такимъ пациенткамъ возможность рано двигаться. Всѣ больныя старше 60 лѣтъ, всѣ сердечныя рано поднимаются съ постели. Особенно полезнымъ оказалось раннее вставаніе для устранинія задержки мочи. Слѣдуетъ ли также скоро поднимать и другихъ больныхъ съ чревосѣченіемъ—вопросъ, не имѣющій большого значенія. Мы получали наилучшіе результаты при чревосѣченіи еще въ тѣ времена, когда о раннемъ вставаніи никто не думалъ.

По поводу остальнаго послѣдовательнаго леченія слѣдуетъ отмѣтить еще слѣдующіе пункты:

Рвота послѣ операціи, наступающая приблизительно въ первые 24 часа, особенно послѣ примѣненія хлороформа, не требуетъ ничего, кромѣ воздержанія отъ пищи и питья. Чтобы добиться этого, особенно для подавленія ужаснаго чувства жажды, иной разъ бываетъ необходимо давать наркотическія. Во всякомъ случаѣ къ концу первыхъ 24 часовъ слѣдуетъ ввести больной жидкость, именно физиологическій растворъ поваренной соли въ клизмѣ; если же сфинктеръ задняго прохода не удерживаетъ жидкости, то послѣдняя вводится путемъ подкожнаго вливанія. Если рвота начинается позже, то леченіе одинаково начинается съ того, что дальнѣйшее введеніе пищи и питья прекращается. Поздняя рвота однако имѣетъ гораздо болѣе серьезное значеніе, чѣмъ ранняя, наступающая въ первый день, и требуетъ вмѣшательства, если она должна быть разсматриваема, какъ первый признакъ начинающагося перитонита.

Затѣмъ рвота требуетъ немедленнаго леченія, если она является признакомъ ileus'a двѣнадцатиперстной кишки; для облегченія приходится больную тотчасъ же ставить въ колѣнно-локтевое положеніе.

Не слѣдуетъ, конечно, немедленно примѣнять самыя крайнія средства; но, въ концѣ-концовъ, это наши самыя главные методы леченія рвоты, наступающей послѣ операціи въ болѣе позднее время. Къ нимъ же слѣдуетъ присоединить промываніе желудка. Я долженъ однако указать, что это лишь симптоматическая мѣра, и совѣтую не соблазняться его временнымъ успѣхомъ. Если послѣ операціи поставленъ діагнозъ перитонита, то слѣдуетъ подумать о новомъ вскрытіи живота, и я считаю своей обязанностью сдѣлать это, если у меня появляется серьезное опасеніе за жизнь больной. Къ частностямъ леченія перитонита я еще возвращусь впоследствии.

Нагноенія брюшной раны стали значительно рѣже съ улуч-

пеніемъ нашей антисептикп. Все же приходится считаться съ возможностью появленія и этого осложненія. Наше хирургическое образованіе побуждаетъ насъ очень часто лечить брюшную рану наподобиѣ нарыва и опорожнять ее такъ же, какъ это дѣлается при нарывѣ; я считаю это весьма непрактичнымъ и совѣтую, чтобы нагноеніе брюшной стѣнки принципиально лечилось такимъ образомъ, чтобы способствовать быстрому заживленію и воспрепятствовать по возможности образованію грыжи. Для этого желательно по возможности не разъединять брюшной раны; опорожненіе гноя изъ глубины показано только въ томъ случаѣ, если вслѣдствіе задержки наступаютъ общія разстройства, сильная лихорадка, перитонитъ и т. д. Во всѣхъ другихъ случаяхъ я поступаю такимъ образомъ, что при первыхъ признакахъ раздраженія раны, при секреціи изъ мѣсты уколовъ или даже нагноенія я кладу на брюшную рану повязку, смоченную въ растворѣ 50% алкоголя; испареніе послѣдняго я задерживаю Billroth'овскимъ батистомъ и эту повязку мѣняю каждые два часа. Благодаря этимъ мѣрамъ я въ нѣкоторыхъ случаяхъ видѣлъ ограниченіе нагноенія. Затѣмъ весьма цѣлесообразнымъ является возможно болѣе позднее удаленіе швовъ; если же послѣдніе прорѣзались или если брюшная рана въ какомъ-либо мѣстѣ зияетъ, то слѣдуетъ позаботиться о немедленномъ соединеніи краевъ раны. Это достигается полосками пластыря съ тесемками, притягивающими края раны другъ къ другу.

При нормальномъ теченіи раны я удаляю швы лишь на 10 — 12-й день.

#### 4. Антисептическое подготовленіе операціоннаго поля.

Равное значеніе для леченія различныхъ заболѣваній имѣетъ вопросъ объ оперативномъ подготовленіи наружныхъ половыхъ частей и влагалища. Взгляды въ этомъ отношеніи весьма различны. Очень многіе полагаютъ, что здѣсь дезинфекція не нужна и поэтому, какъ лишняя, она не производится. Этотъ взглядъ основанъ на томъ, что вирулентные стрептококки по истеченіи нѣкотораго времени пребыванія во влагалищѣ теряютъ свои опасныя свойства. Если долгое время не касаться влагалища, то такіе микробы можно считать исчезнувшими. Все это однако не относится къ наружнымъ половымъ частямъ; ихъ никогда нельзя считать чистыми; кишечные микробы во всякое время могутъ попасть въ промежность, а родъ этихъ микробовъ не всегда можетъ быть опредѣленъ операторомъ.

Обычныя формы зараженія раны, какъ мы ихъ привыкли видѣть при стрептококковой инфекціи, общее зараженіе крови встрѣчается очень рѣдко при операціяхъ со стороны влагалища вслѣдствіе недостатка вирулентныхъ микробовъ во влагалищѣ, долгое время нетронутомъ; но зараженіе со стороны наружныхъ половыхъ частей все же возможно. Я поэтому, несмотря на вышеуказанное, не могу отказаться отъ дезинфекціи вульвы. Не дезинфицировать влагалище мнѣ кажется только тогда возможнымъ, если его совершенно не касались въ теченіе нѣкотораго времени, по крайней мѣрѣ въ теченіе недѣли. Въ гинекологическихъ случаяхъ этого однако навѣрняка установить заранѣе нельзя; поэтому я предпочитаю при всѣхъ влагалищныхъ операціяхъ, какъ обычное правило, дезинфекцію также и влагалища.

Прежде предъ всѣми операціями проводилось продолжительное

подготовительное леченіе; въ теченіе многихъ дней давали слабительное, дѣлали ванны и т. д. Влагалище само собою становилось при этомъ свободнымъ отъ микробовъ, если только въ немъ не находились гонококки въ чистой или смѣшанной культурѣ, попавшіе изъ шейки.

Микробы гніенія находятся всегда во влагалищѣ.

При нашихъ операціяхъ мы имѣемъ дѣло не только съ сильно вирулентной зарозой, но и съ зародышами гніенія. Мы боимся послѣднихъ, если они замкнуты въ какой-нибудь полости, съ соотвѣтствующей питательной средой, находятся ли они въ брюшинѣ или въ полости раны; вслѣдствіе этого мы можемъ получить иной разъ разстройства въ процессѣ заживленія раны, которыя могутъ стать опасными. Особенно слѣдуетъ подумать объ онасномъ внѣдреніи этихъ микробовъ въ венозные пути; тутъ можетъ появиться картина мѣстнаго или распространяющагося тромбоза со всѣми его послѣдствіями, а именно въ формѣ эмболической пнеймоніи или внезапной смертельной эмболии легочной артерій. Я считаю поэтому обязанностью всегда основательно дезинфицировать предъ всѣми операціями наружныя половыя части и влагалище для устраненія зараженія раны и вышеназванныхъ разстройствъ въ заживленіи послѣдней.

Съ этой цѣлью я рекомендую на первомъ мѣстѣ основательное мытье наружныхъ половыхъ частей теплой водой и мыломъ съ послѣдовательнымъ смазываніемъ кожи іодной настойкой; затѣмъ слѣдуетъ медленное и энергичное вытираніе влагалища и обтираніе влагалищной части алкоголемъ и, наконецъ, промываніе влагалища растворомъ сулемы 1:1000. Я рекомендую держаться этой схемы передъ всѣми влагалищными операціями; отъ этого вреда не происходитъ. Сочетаніе іодной настойки для кожи и алкоголя съ сулемой для влагалища несомнѣнно рационально.

### 5. Проколъ и разрѣзъ влагалища.

Проколъ со стороны влагалища я обычно больше не примѣняю. Я не знаю ни одного случая, когда я могъ бы послѣ сказать, что сожалѣю, что не сдѣлалъ прокола; съ другой стороны во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ проколъ былъ сдѣланъ, я всегда замѣчалъ, что разрѣзъ со стороны влагалища былъ бы гораздо лучше. Это убѣжденіе основано на томъ, что діагностически никакъ нельзя съ увѣренностью всегда отличить гной отъ крови. Для этого, какъ я уже въ другомъ мѣстѣ упоминалъ, гораздо большее значеніе имѣетъ наблюденіе за температурой и изслѣдованіе крови. Если же приходится рѣшиться для діагноза на оперативное вмѣшательство, то я также предпочитаю сдѣлать разрѣзъ, чѣмъ по крайней мѣрѣ достигается полная безопасность. Обыкновенно діагностическій разрѣзъ производится такимъ образомъ, что брюшная полость вскрывается черезъ задній влагалищный сводъ. Технику этой операціи я здѣсь также описываю, такъ какъ послѣдняя примѣняется при разныхъ заболѣваніяхъ.

Послѣ основательной дезинфекціи вульвы и влагалища задняя губа влагалищной части захватывается пулевыми щипцами и сильно оттягивается книзу. Затѣмъ позади влагалищной части производится поперечный разрѣзъ черезъ слизистую оболочку влагалища отъ 2-хъ до 3-хъ см. длиной. Это большею частью удается безъ затрудненій,

если по возможности сильно натянуть мѣсто, подлежащее разрѣзу. Если же этого сдѣлать нельзя, то захватываютъ слизистую оболочку влагалища непосредственно позади шейки съ обѣихъ сторонъ зажимными пинцетами и такимъ образомъ сильно натягиваютъ ее въ поперечномъ направленіи. При этомъ лишь необходимо разрѣзать слизистую оболочку влагалища. При нормальныхъ условіяхъ удается теперь легко вскрыть и брюшину; самымъ удобнымъ инструментомъ для этого является опять-таки ножъ. Если однако имѣются заболѣванія, при которыхъ къ задней стѣнкѣ влагалища прилегаютъ выпоть или опухоль, то при сильномъ надавливаніи палецъ часто попадаетъ въ эксудатъ; вслѣдствіе того, что палецъ внѣдрился въ него, открывается широкій и удобный доступъ въ подобную опухоль или эксудатъ и введеніе затѣмъ дренажной трубки удается безъ особеннаго труда. Въ другихъ случаяхъ стѣнка настолько плотна, что палецъ не можетъ ее пробуровать. Здѣсь подходящимъ инструментомъ является корнцангъ; послѣдній вводится подъ руководствомъ пальца черезъ влагалищный разрѣзъ, пока не подойдетъ къ опухоли. Снаружи производится не сильное надавливаніе на опухоль, и при короткомъ толчкѣ корнцангъ внѣдряется въ опухоль; послѣ этого инструментъ раскрывается и въ такомъ раскрытомъ видѣ медленно выводится кнаружи. Вслѣдствіе этого образуется въ опухоли или эксудатѣ настолько большое отверстіе, что палецъ снова можетъ войти для изслѣдованія и можно тотчасъ же вставить дренажную трубку. Этотъ способъ достигаетъ очень быстро цѣли при всѣхъ эксудатахъ и при haematocoele. Если въ брюшной полости оказывается чистая кровь, или если приходится на какомъ-нибудь основаніи рѣшиться на послѣдовательное вскрытіе живота сверху, то и въ такомъ случаѣ съ разрѣзомъ влагалища еще ничего не потеряно. Къ уклоненіямъ въ отдѣльныхъ случаяхъ я еще вернусь.

## 6. Вскрытіе матки путемъ *hysterotomia anterior* или разрѣза шейки.

Вскрытіе матки путемъ *hysterotomia anterior* я обыкновенно произвожу по одному изъ двухъ ниже описываемыхъ методовъ.

Послѣ основательной дезинфекціи вульвы и влагалища захватывается пулевыми щипцами задняя губа влагалищной части и сильно оттягивается книзу; затѣмъ захватывается передняя губа двумя пулевыми щипцами. Поперечный разрѣзъ впереди влагалищной части разрѣкаетъ слизистую оболочку влагалища (см. рис. 13). Между влагалищемъ и пузыремъ разрѣкается рыхлая клѣтчатка, причемъ край влагалищной раны оттягивается кпереди, а влагалищная часть книзу. Отдѣленіе происходитъ большею частью очень легко, при нѣкоторомъ навыкѣ и опытности направляются строго по правильному пути. Кто желаетъ избѣгать бесполезныхъ поврежденій соосѣднихъ частей, особенно пузыря, тотъ долженъ держаться ближе къ шейкѣ.

Если отдѣленіе совершается не легко, то можно быть увѣреннымъ, что находятся на неправильномъ пути; надо тогда постараться попасть на надлежащій слой ткани.

Затѣмъ отслаиваютъ пузырь далеко кпереди и вверхъ и удерживаютъ его передней ложкой Simon'овскаго зеркала. По бѣлой просвѣчивающей поперечной складкѣ можно легко догадаться о близости брюшной полости; здѣсь надо предварительно остановиться.

Прямыми ножницами разсѣкается между двумя пулевыми щипцами передняя губа кверху вплоть до этой поперечной бѣловатой складки (см. рис. 14). Если палецъ теперь не можетъ свободно проникнуть въ маточную полость, то это можетъ служить признакомъ недостаточно большого разрѣза. Передняя складка тогда отпрепаровывается нѣсколько кзади и затѣмъ прямой разрѣзъ удлиняется до конца препаровки. Если палецъ легко попадаетъ въ тѣло матки, то операція закончена (см. рис. 15). Въ зависимости отъ основанія,

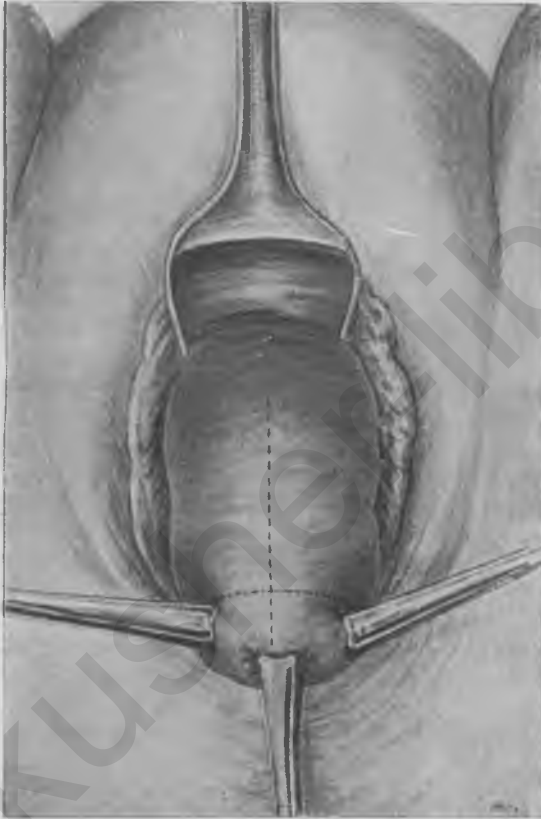


Рис. 13. Hysterotomia anterior. Направление поперечнаго разрѣза или средняго продольнаго разрѣза.

давашаго поводъ къ разрѣзу, поступають и дальше. Закрытіе разрѣза также очень просто. Узловатыми катгутowymi швами соединяють справа налѣво разрѣзъ шейки и сверху книзу слизистую оболочку влагалища.

Весьма употребителенъ другой разрѣзъ; онъ даже удобнѣе только что описаннаго. Онъ состоитъ въ продольномъ разрѣзѣ слизистой оболочки влагалища (см. рис. 13). Разрѣзъ ножомъ проводятъ отъ середины передней стѣнки наружнаго маточнаго зѣва почти до того мѣста влагалища, которое соотвѣтствуетъ внутреннему отверстию уретры. Тогда слѣдуетъ влагалище, особенно въ области перехода его на влагалищную часть, отпрепаровать сбоку отъ пу-

зыря, и когда нижній край пузыря будетъ такимъ образомъ вполне свободно отдѣленъ, то операція продолжается по вышеописанному способу. Закрытіе раны можетъ быть произведено такимъ образомъ, что возстановливаются старыя отношенія: сначала закрывается шейка, затѣмъ, укрѣпивъ однимъ швомъ пузырь, заканчиваютъ зашиваніемъ продольнаго разрѣза влагалища. Соединеніе раны можно еще и такъ сдѣлать, что тѣми же швами, которыми соединяютъ влагалище, закрываютъ также и разрѣзъ шейки.

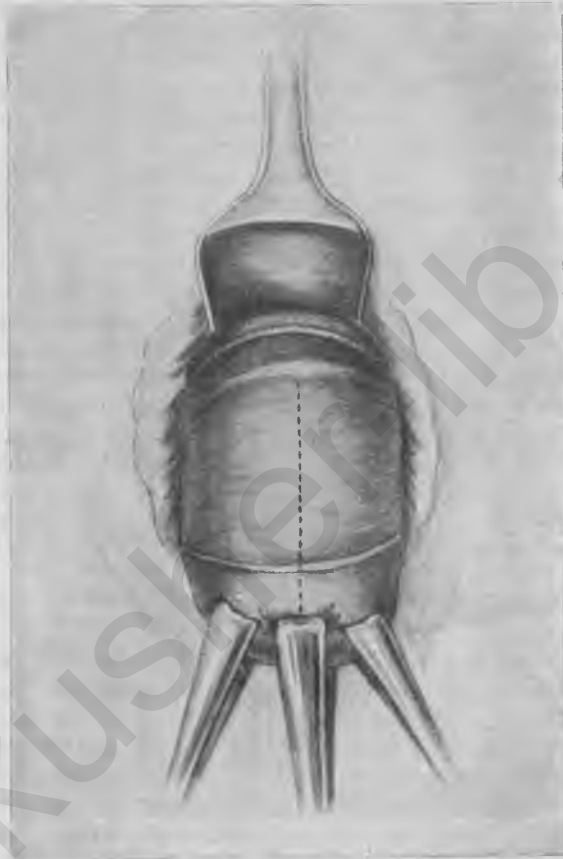


Рис. 14. *Hysterotomia anterior*. Пузырь отодвинуть къзади; направленіе разрѣза шейки.

Другіе методы расширенія шейки заключаются въ боковомъ разрѣзѣ безъ предварительнаго отслаиванія пузыря. Этотъ разрѣзъ только тогда годится, если шейка уже сама по себѣ сильно расширена, либо шеечнымъ выкидышемъ, либо рожденіемъ міомы въ шейку. Этотъ разрѣзъ вполне соотвѣтствуетъ тому лечению, которое мы проводимъ въ акушерствѣ при склеиваніи наружнаго зѣва; предварительнымъ условіемъ для этого является сильное расширение шеечной полости, а съ нею и нижняго маточнаго сегмента. Безъ этого условія боковой разрѣзъ не имѣетъ никакого значенія.



## 7 Безкровоное расширение шейки.

Тупое расширение шейки производится, по предложенію Негар'а, расширителями, описанными имъ и видоизмѣненными другими авторами. Это 25 металлическихъ инструментовъ, постепенно дѣлающихся толще на 1 мм. до толщины въ  $2\frac{1}{2}$  см. При выборѣ инструментовъ я особенно совѣтую обращать вниманіе на то, чтобы маленькая рукоятка была негладка или снабжена поперечными бороздами, чтобы устранить соскальзываніе одѣтаго въ перчатку

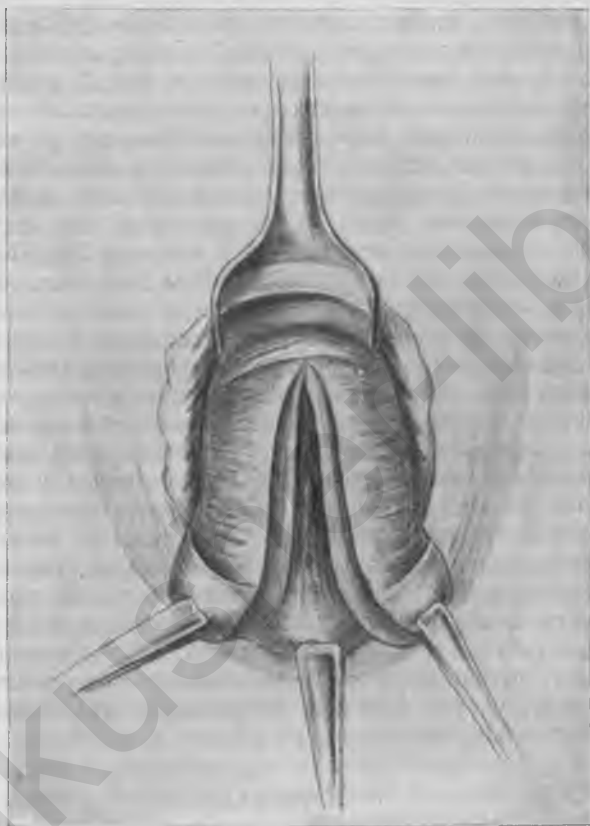


Рис. 15. Hysterotomia anterior. Шейка и нижній маточный сегментъ разсѣчены.

пальца. При разрыхленной маткѣ инструменты можно ввести въ неподготовленную шейку и расширить послѣднюю такимъ образомъ, чтобы можно было ввести палецъ. Если же шейка нѣсколько ригидна, то этимъ путемъ можно вызвать поврежденіе шеечной стѣнки. Большею частью получаютъ продольныя трещины. Нерѣдко однако можно видѣть, что начинающій даже съ тонкими номерами инструментовъ проникаетъ черезъ шейку въ тазовую клѣтчатку. По этой причинѣ расширение Негар'овскими инструментами я обычно сочетаю съ предварительнымъ разрыхляющимъ расширеніемъ разбухающими палочками. Изъ послѣднихъ примѣняется только *laminaria digitata*. Она имѣется различной толщины—ее можно полу-

чить до 8 мм. толщины и до 20—25 см. длины. Антисептическое приготовление палочки производится различно. Чаще всего я дѣлаю это такимъ образомъ, что сохраняю палочку въ жидкой карболовой кислотѣ; такъ же хорошо и сохраненіе въ іодной настойкѣ. Послѣ дезинфекціи вульвы и влагалища я ввожу Simon'овское зеркало, обнажаю влагалищную часть и захватываю переднюю губу пулевыми щипцами. Послѣ дезинфекціи и влагалищной части я ввожу маточный зондъ, имѣющій большую часть въ діаметрѣ 2 мм. Почти всегда безъ всякихъ затрудненій—или въ легкомъ наркозѣ—удается довести раскрытіе Hegar'овскими расширителями до 8 мм. Затѣмъ я ввожу въ шейку палочку ламинарія, толщиной соответствующую послѣднему расширителю. Для ея разбуханія требуется 12—24 часа. По истеченіи этого времени и послѣ новой дезинфекціи, большою частью подъ наркозомъ, удаляется палочка, имѣющая, теперь около 1,2 см. толщины. Стѣнка шейки теперь мягка и разрыхлена, и тогда уже обычно безъ труда удается введеніе дальнѣйшихъ номеровъ Hegar'овскихъ расширителей. Я почти всегда пользуюсь расширеніемъ лишь до 18 мм., такъ какъ при немъ я уже могу ввести палецъ въ маточную полость. Это Hegar'овское расширеніе въ сочетаніи съ ламинаріями мнѣ кажется наиболѣе безопаснымъ и безкровнымъ способомъ, благодаря которому неподготовленная матка становится доступной для изслѣдованія пальцемъ. Расширеніе ламинаріей отличается отъ разрѣза тѣмъ, что не приходится производить поврежденія стѣнки нижняго сегмента матки. При разрѣзѣ всегда опасаются, что при послѣдующей беременности перерѣзанная передняя стѣнка маточнаго сегмента можетъ разойтись подъ влияніемъ растущаго яйца. На основаніи своихъ наблюденій я однако не могу раздѣлить этого страха; это возможно лишь тогда, если послѣ разрѣза рана нагнаивается. Во всякомъ случаѣ вполне понятно, что разрѣзъ въ общемъ производится значительно рѣже, чѣмъ тупое расширеніе. Послѣднее имѣетъ то преимущество, что не требуетъ шва; недостатокъ же его заключается въ томъ, что приготовленіе требуетъ отъ 12 до 24 часовъ. Если показана спѣшность, то можно предпочесть разрѣзъ; возможно, что, благодаря увеличивающемуся опыту и большей увѣренности въ дезинфекціи, мы все больше будемъ предпочитать разрѣзъ.

## 8. Наркозъ.

Въ вопросѣ о способѣ наркоза гинекологія слѣдуетъ вполне хирургіи, и въ обѣихъ специальностяхъ всякій поступаетъ неправильно, если примѣняетъ только одинъ способъ.

Основное положеніе остается и у насъ неизблемымъ: наркотики вводятъ лишь, когда это необходимо. Во всякомъ случаѣ необходимо знать, что для нѣкоторыхъ простыхъ пособій наркозъ не нуженъ, а чтобы использовать это ограниченіе, слѣдуетъ знать, на какихъ мѣстахъ можетъ быть вызвана болѣзненность. Чувствительной къ боли является, конечно, кожа, какъ въ области живота, такъ и наружныхъ половыхъ частей; напротивъ, нечувствительной является мускулатура передней брюшной стѣнки и мускулатура промежности; чувствительна также и брюшина, особенно при потягиваніи; нечувствительнымъ къ боли является влагалище по ту сторону дѣвственной плевы вплоть до влагалищной части. Чувствительнымъ

однако является каждое потягиваніе за матку, такъ какъ оно передается съ матки на брюшину.

Этимъ объясняется, почему можно производить извѣстные операціи безъ общаго наркоза. Нельзя при этомъ не замѣтить, что тутъ требуется все же извѣстное умѣніе и опытность. Кто полагаетъ, что каждое вмѣшательство на влагалищѣ удастся безъ хлороформнаго наркоза, тотъ ошибается. Нельзя вовсе обижаться на чувствительную больную, которая, испытавъ однажды боль при операціи или даже только при первомъ изслѣдованіи, сопротивляется и испытываетъ страхъ уже при каждой мелочи, производимой даже на нечувствительныхъ мѣстахъ. Предварительнымъ условіемъ для операцій безъ общаго наркоза является точное знаніе мѣсть, чувствительныхъ къ боли, чтобы съ абсолютной точностью избѣгать дотрогиванія до этихъ мѣсть. Это то затрудненіе, которое начинающій не всегда можетъ одолѣть. Уже при дезинфекціи можетъ произойти ошибка, заключающаяся въ томъ, что наружныя половыя части обмываются алкоголемъ; къ послѣднему эти части крайне чувствительны и примѣненіе его въ неразведенномъ видѣ невозможно; для этого необходимъ полный наркозъ. Если однако желательно обойтись безъ наркоза, то отъ примѣненія алкоголя для дезинфекціи слѣдуетъ вовсе отказаться. Въ подобныхъ случаяхъ я обычно произвожу дезинфекцію лишь растворомъ сулемы нѣсколько продолжительнѣе и тщательнѣе, или пользуюсь 40—50% растворомъ алкоголя. Такимъ образомъ нѣкоторые случаи удается оперировать безъ наркоза. Но коль скоро начинаютъ двигать матку или желаютъ сильно вдавить брюшную стѣнку, необходимъ наркозъ.

Болѣе значительныя вмѣшательства требуютъ полнаго наркоза.

Я разсмотрю сперва мѣстную анестезію.

Этотъ способъ примѣняется въ гинекологіи не очень охотно. Неприятное общее ощущеніе отъ того, что на половыхъ частяхъ что-то происходитъ, все же остается. Многимъ женщинамъ неприятно сознаніе, что на этихъ органахъ что-то производится; онѣ рады избавиться отъ этого путемъ общаго наркоза. Этому ошущенію врачъ скоро слѣдуетъ, и этимъ объясняется, что въ гинекологіи отъ общаго усыпленія лишь неохотно отказываются. Въ отдѣльныхъ случаяхъ однако все же примѣнима только мѣстная анестезія. Общая слабость больной, сильныя потери крови, заболѣванія сердца и почекъ и тяжелый коллапсъ могутъ сдѣлать всякій наркозъ опаснымъ. Въ такихъ случаяхъ вступаетъ въ свои права мѣстная анестезія. Вскрытіе абсцесса Бартолиновой железы, конечно, можетъ быть произведено подъ струей хлористаго этила; точно также можно зашить промежность, инфильтрируя ее по Schleich'y; но особенно благодѣтельной является мѣстная анестезія при чревосѣченіи у очень тяжелыхъ больныхъ, для которыхъ вскрытіе брюшной полости безъ общаго наркоза является спасеніемъ. Мѣсто, гдѣ вкалывается игла шприца, дѣлается нечувствительнымъ струей хлористаго этила и затѣмъ производится инфильтраціонная анестезія по бѣлой линіи или вокругъ нея. Если кожа инфильтрирована, —я для этого охотнѣе всего пользуюсь растворомъ Schleich'a II,—то ее можно тотчасъ же перерѣзать, конечно, лишь тамъ, гдѣ она инфильтрирована; ножъ тогда безболѣзненно проходитъ въ глубину, разсѣкаетъ фасцію и мышцы и вскрываетъ брюшину. Теперь появляется боль; со вскрытіемъ однако брюшной полости становится возможнымъ рѣ-

шение вопроса о томъ, можно ли еще оказать помощь больной или нѣтъ. Если, напр., дѣло идетъ о внутреннемъ кровотеченіи и вызванной имъ опасности для жизни, то въ тотъ же моментъ, какъ только распознано свободное кровотеченіе въ брюшной полости, немедленно приступаютъ къ хлороформированію больной, чтобы можно было быстро остановить кровотеченіе. До наступленія полного наркоза брюшная полость искусственно закрывается.

Нельзя, конечно, быть увѣреннымъ, что, начавъ операцію подъ мѣстной анестезіей, такимъ же образомъ ее можно будетъ и закончить; если больная напрягается, то переходятъ къ ингаляціонному наркозу. Но я все же не отказался бы отъ мѣстной анестезіи при пробномъ чревосѣченіи.

Проводниковая анестезія рѣдко примѣняется; мнѣ лично она мало была полезна.

Изъ методовъ ингаляціоннаго наркоза я предпочитаю чистый наркозъ хлороформомъ. Онъ требуетъ большого старанія и внимательности; необходимо помнить, что хотя отъ хлороформа жизнь рѣдко подвергается опасности, но отсюда не слѣдуетъ, что при хлороформированіи лишь рѣдко требуется внимательное отношеніе. Грозные симптомы наступають именно неожиданно. Непродолжительный наркозъ можно производить съ маской; при болѣе длительномъ наркозѣ слѣдуетъ пользоваться аппаратомъ Roth-Dräger'a, въ которомъ къ хлороформу примѣшивается кислородъ. Этотъ аппаратъ заслуживаетъ особеннаго предпочтенія потому, что очень удобно регулировать количество хлороформа.

Другіе гинекологи предпочитаютъ эфиръ, для непродолжительныхъ наркозовъ эфирное опьянѣніе, другіе пользуютсѣ смѣсью изъ эфира и хлороформа, герр. этихъ двухъ съ алкоголемъ. Я однако полагаю, что если судить о достоинствѣ метода по частотѣ его примѣненія, то на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить хлороформъ, ибо въ практикѣ онъ примѣняется больше всего.

Въ послѣднее время съ ингаляціоннымъ наркозомъ сильно конкурируетъ спинномозговая анестезія и сочетаніе морфія съ скополаминомъ. Нельзя не признать опасности отъ продолжительнаго хлороформнаго наркоза у истощенныхъ больныхъ, и, по крайней мѣрѣ, при операціяхъ рака я охотно отказываюсь отъ хлороформа; я пользуюсь теперь предложенной Vier'омъ и улучшенной спинномозговой анестезіей тропакочкаиномъ; въ зависимости отъ ожидающейся продолжительности операціи впрыскивается 5% или 10% растворъ. Если при ингаляціонномъ наркозѣ обнаруживается опасность со стороны сердца и поэтому способъ этотъ требуетъ внимательнаго отношенія къ пульсу и, конечно, къ дыханію, то при спинномозговой анестезіи требуется наблюденіе надъ дыханіемъ; если дыхательный центръ парализуется или поражается, то надо тотчасъ же приступить къ искусственному дыханію.

Большое преимущество спинномозговой анестезіи заключается въ полномъ покоѣ пациентки, въ рѣдкомъ наступленіи осложненій и длительности наркоза около часа. Этотъ методъ приобрѣлъ много сторонниковъ, и я охотно примѣняю его при операціи рака.

Послѣдній способъ, приобрѣвшій теперь многихъ поклонниковъ, предложенъ Schneiderlin'омъ и заключается въ инъекціи морфія и скополамина, двухъ средствъ, однородныхъ по своимъ.

наркотическимъ свойствамъ и антагонистовъ по отношенію къ вреднымъ вліяніямъ, оказываемымъ ими. Опыты съ сочетаніемъ этихъ средствъ уже довольно велики; нельзя отрицать возможности наступленія несчастнаго случая при этомъ и затрудненія въ устраненіи возникшей опасности для жизни, но преимущество этого метода предъ спинномозговой анестезіей заключается все-таки въ томъ, что наступаетъ полный общій наркозъ и что больная можетъ быть оперирована въ сонномъ состояніи.

Изъ всѣхъ этихъ способовъ наркоза я охотно примѣняю лишь мѣстную анестезію, спинномозговой наркозъ и хлороформированіе.

### Заключеніе.

При изложеніи подготовленій, необходимыхъ гинекологу для леченія своихъ больныхъ, а равно и при описаніи вмѣшательствъ, необходимыхъ при самыхъ разнообразныхъ состояніяхъ, я въ общемъ ограничился лишь изложеніемъ тѣхъ методовъ, которые я лично примѣняю. Это могло бы дать поводъ къ возраженіямъ.

Но наряду съ второстепеннымъ нельзя забывать однако главнаго.

Гинекологъ долженъ подготовиться къ влагалішному леченію какъ амбулаторныхъ, такъ и стаціонарныхъ больныхъ; въ своихъ оперативныхъ мѣропріятіяхъ онъ долженъ считаться съ возможностью нахожденія заразнаго матеріала въ больныхъ мѣстахъ; затѣмъ для разнообразѣйшихъ оперативныхъ нособій онъ долженъ такъ подготовиться, чтобы при своихъ операціяхъ онъ самъ былъ свободенъ отъ микробовъ и чтобы онъ не могъ внести заразу ни черезъ свои руки, ни руки помощниковъ, ни черезъ инструменты, ни черезъ перевязочный матеріалъ.

Слѣдуетъ быть подготовленнымъ ко всѣмъ методамъ леченія; нельзя оперировать, потому что «консервативное» леченіе менѣе интересно; нельзя поступать консервативно, потому что операціи сопряжены съ неудобствами. Консервативными способами также мало слѣдуетъ вредить, какъ и оперативными. Въ видѣ исключенія не слѣдуетъ отступать передъ попыткой оперировать въ отчаянныхъ случаяхъ. Лишь послѣдніе собственно еще могутъ имѣть смертныя исходы.

Лишь одинаково владѣя консервативными и оперативными приѣмами, можно добиться уснѣшнаго леченія гинекологическихъ заболѣваній. Кто въ моментъ обсужденія операціи долженъ бояться, что больная будетъ передана оперирующему гинекологу, невольно будетъ медлить съ операціей, или кто слыветъ любителемъ охотнѣе оперировать, чѣмъ лечить консервативно, несмотря на то, что послѣднее было бы необходимо, оперируетъ слишкомъ много или слишкомъ рано. Оба поступаютъ не въ интересахъ своихъ больныхъ.

## В. Спеціальная часть.

### І. Лечение заболѣваній наружныхъ половыхъ частей женщины.

Заболѣванія вульвы встрѣчаются нерѣдко и при этомъ важно знать, что первоначальной причиной заболѣванія послѣдней являются иногда пораженія выше лежащихъ частей. Это особенно относится къ воспаленію. Подобно воспаленію влагалища, и воспаление вульвы развивается часто вслѣдствіе воспаления слизистой оболочки матки. Отдѣленіе разлагается во влагалищѣ и пріобрѣтаетъ вслѣдствіе этого мацерирующія свойства; микробы, бывшіе раньше безвредными, могутъ теперь проникнуть сквозь размягченную ткань вульварной кожи и вызвать подэпителиальное воспаление соединительной ткани. Какъ и при заболѣваніяхъ влагалища, здѣсь при леченіи слѣдуетъ различать необходимость въ немедленномъ устраненіи такихъ явленій, какъ жженіе и зудъ, отъ леченія, направленаго противъ основного заболѣванія. Въ общемъ я долженъ замѣтить, что воспаление вульвы можно устранить скорѣе, чѣмъ воспаление влагалища, если производить нѣсколько разъ въ день дезинфекцію вульвы, приблизительно такъ, какъ это дѣлается предъ большими операціями. Съ этой цѣлью я пользуюсь прежде всего водой и мыломъ, а затѣмъ вытираю слизистую оболочку 50% растворомъ алкоголя; болѣе крѣпкіе растворы нельзя примѣнять, такъ какъ они причиняютъ слишкомъ сильное жженіе. Въ заключеніе я обмываю растворомъ сулемы 1:1000. Подобнаго рода леченіемъ можно дѣйствительно достигнуть очень многого, но не слѣдуетъ думать, что и основное заболѣваніе этимъ путемъ навсегда устраняется; напротивъ, дѣло обстоитъ такъ, что при продолжающемся заболѣваніи, напр.; при вагинитѣ, или эндометритѣ, воспаление вульвы въ очень короткое время возобновляется.

Вмѣсто вышеописанной дезинфекціи можно, конечно, прибѣгать и къ другимъ способамъ дезинфекціи. Слѣдуетъ отмѣтить выносливость вульвы къ крѣпкимъ растворамъ, напр., карболовой кислоты. Я долженъ однако сознаться, что отъ всѣхъ другихъ дезинфекціонныхъ средствъ я не видѣлъ такого хорошаго результата, какъ отъ сочетанія мыла, алкоголя и сулемы.

Если воспаление вульвы не находится въ этиологической связи съ эндометритомъ и зависитъ отъ вліянія микробовъ, происходящихъ изъ кишечника, то, помимо полного покоя, показывается то же дезинфицирующее леченіе.

Подобнымъ же образомъ постунаютъ въ тяжелыхъ случаяхъ зуда наружныхъ половыхъ частей. Они собственно и повѣшнему виду едва отличаются отъ вульвита. Бываютъ случаи,

въ которыхъ явленія воспаления отступаютъ на задній планъ и преобладаютъ лишь явленія зуда. Чѣмъ меньше выражены явленія воспаления, тѣмъ большее вниманіе слѣдуетъ обратить на причину заболѣванія, въ качествѣ которой часто является эндометритъ и въ особенности сахарное мочеизнуреніе. Чѣмъ меньше обращать вниманія на оба эти основныя заболѣванія, тѣмъ хуже результаты. Понятно также, почему длительные результаты не всегда хороши; свѣжее половое или другое зараженіе вызываетъ снова появленіе эндометрита. Точно также, если диабетическая больная, едва вылечившись отъ зуда благодаря діетѣ и мѣстной терапіи, снова погрѣшается въ діетѣ, то въ результатѣ снова является зудъ. Тутъ слѣдуетъ, правда, начинать съ дезинфекціи, причѣмъ я въ особенности рекомендую вышеописанный методъ, но одновременно слѣдуетъ принять мѣры и противъ эндометрита, напр., введеніемъ палочекъ формола, пли противъ сахарнаго мочеизнуренія—соотвѣствующей діетой.

Тутъ же я долженъ замѣтить, что при какихъ-нибудь особыхъ микроорганизмахъ, среди которыхъ я особенно обращаю вниманіе на грибокъ молочницы, нужны иной разъ и особыя средства. Если имѣется это осложненіе, которое впрочемъ встрѣчается и при диабетѣ, то слѣдуетъ примѣнить препараты борной кислоты.

Чѣмъ дольше существуетъ вульвитъ или, лучше сказать, чѣмъ чаще онъ повторяется, тѣмъ скорѣе появляются хроническія воспаленія, ведущія къ бѣловатымъ утолщеніямъ слизистой оболочки вульвы (такъ назыв. лейкоплакія французскихъ авторовъ), либо хроническое воспаленіе, окружая вульву въ видѣ круговъ, ведетъ къ ригидности вульвы, krauosis vulvae, такъ что всякое хожденіе затруднено. Если наступило первое или второе осложненіе, то симптоматическое леченіе вульвы и послѣдующее леченіе лежащаго въ основѣ страданія большею частью оказываются уже недостаточными. Лишь изсѣченіе заболѣвшихъ мѣстъ ведетъ здѣсь, какъ и въ упорныхъ случаяхъ зуда, къ цѣли. По бѣлесоватой своеобразной окраскѣ видно, что слѣдуетъ вырѣзать; слизистая оболочка становится непрозрачною; поскольку это измѣненіе образовалось, все должно быть удалено. Операция—проста; необходимо лишь поверхностно рѣзать; всякое кровотеченіе легко останавливается путемъ захватыванія и перевязыванія брызжущаго сосуда. Послѣ разрѣза кожа пришивается къ вульварной слизистой оболочкѣ кругообразно при krauosis, или ограничиваясь мѣстами, пораженными лейкоплакіей. Но и послѣ этой операціи слѣдуетъ имѣть въ виду, что основное заболѣваніе очень скоро снова вызоветъ рецидивъ болѣзни, если послѣдняя не будетъ немедленно устранена.

Неудачи, описанныя при леченіи зуда, я приписываю тому, что либо недостаточно широко удаляли пораженное мѣсто, либо оставляли безъ леченія лежащее въ основѣ заболѣваніе.

До настоящаго времени изъязвленія вульвы считались заболѣваніемъ, леченіе котораго причиняло не мало заботъ. Трудно было разобратъся, имѣется ли дѣло съ сифилисомъ, туберкулезомъ или какой-нибудь другой инфекціей. Вслѣдствіе этого и леченіе было очень затруднительно. Въ этомъ отношеніи можно надѣяться, что благодаря особенно увѣренности въ этиологическомъ діагнозѣ, у насъ современемъ будетъ большій терапевтическій успѣхъ. Здѣсь Wassermann'овская реакція будетъ имѣть очень большое

значение, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она оказывается положительной, надо будетъ примѣнять новое средство Ehrlich'a. Въ одѣнкѣ этого диагноза и терапіи я иду такъ далеко, что при отрицательномъ результатѣ Wassermann'овской реакціи я исключаю сифилисъ и совѣтую тотчасъ же перейти къ реакціи съ туберкулезомъ. Общее лечение — противосифилитическое, либо противотуберкулезное — должно здѣсь помочь; послѣ назначенія этихъ специфическихъ средствъ мѣстно придется устранить лишь тѣ измѣненія, которыя остались въ качествѣ конечнаго результата разрушительнаго процесса. Такъ, напр., недержаніе мочи, появившееся вслѣдствіе разрушенія уретры, можетъ потребовать пластики уретры, или для оставагося между прямой кишкой и вульвой свища можетъ понадобиться особая операція. Пока не закончено общее лечение, до тѣхъ поръ покажется мѣстная чистота съ примѣненіемъ компрессовъ; для этой цѣли я особенно рекомендую слабый растворъ уксуснокислаго глинозема.

Къ неприятнымъ заболѣваніямъ вульвы принадлежитъ также разрывъ промежности, который всегда надо освѣжить и снова зашить. Высказанное Negar'омъ младш. мнѣніе, что разрывы промежности нѣтъ надобности зашивать, оказалось пагубнымъ. Вполнѣ справедливо, конечно, что въ концѣ-концовъ мѣсто разрыва покрывается кожей; справедливо также и то, что послѣ разрыва промежности не всегда должно слѣдовать выпаденіе. Несмотря однако на все это, вредъ отъ разрыва промежности настолько вѣроятенъ, что устранить его необходимо. Лечение всегда оперативное; въ случаѣ разрыва промежности, не доходящаго до кишки, а также когда выпаденія еще не существуетъ, операція очень проста.

Послѣ дезинфекціи операціоннаго поля разводятъ пулевыми щипцами большія губы и устанавливаютъ во влагалищѣ верхушку фигуры освѣженія такимъ образомъ, чтобы ее (верхушку) можно было удобно видѣть; съ этой цѣлью ее фиксируютъ зажимнымъ пинцетомъ и производятъ освѣженіе въ видѣ треугольника по направлению книзу; нижней стороной треугольника является круглая линія задней стѣнки влагалищнаго входа. Затѣмъ отпрепаровываютъ слизистую оболочку влагалища отъ подлежащей ткани, пока не обнажится мускулатура тазового дна. Освѣженіе производится всегда только поверхностное, даже и при отпрепаровываніи влагалища, только благодаря этому предунреждается возможность раненія сосѣднихъ органовъ и ограничивается возможность кровотеченія. Послѣ освѣженія производится зашиваніе непрерывнымъ катгут-овымъ швомъ, и притомъ сперва обонхъ краевъ влагалищной раны. Какъ только приблизились къ влагалищному входу, проводятъ катгут-овую нить въ глубинѣ и соединяютъ по возможности аккуратно обѣ противолежачія поверхности. При этомъ соединяются мышечные элементы тазового дна, разошедшіеся въ стороны; это соединеніе, производившееся раньше безсознательно, совершается теперь при точномъ знаніи анатомическаго строенія. Въ заключеніе кожа промежности зашивается угловатыми нитяными швами.

Операція неполнаго разрыва промежности принадлежитъ впрочемъ также къ ученію о выпаденіи. Точное значеніе вышеупомяну- таго вмѣшательства облегчаетъ знакомство съ окончаніемъ нѣкото- рыхъ операцій при выпаденіи.



Полный разрывъ промежности, при которомъ разрывается и сфинктеръ, встрѣчается большою частью безъ выпаденія и требуетъ всегда оперативнаго леченія. Для этой цѣли мѣль больше

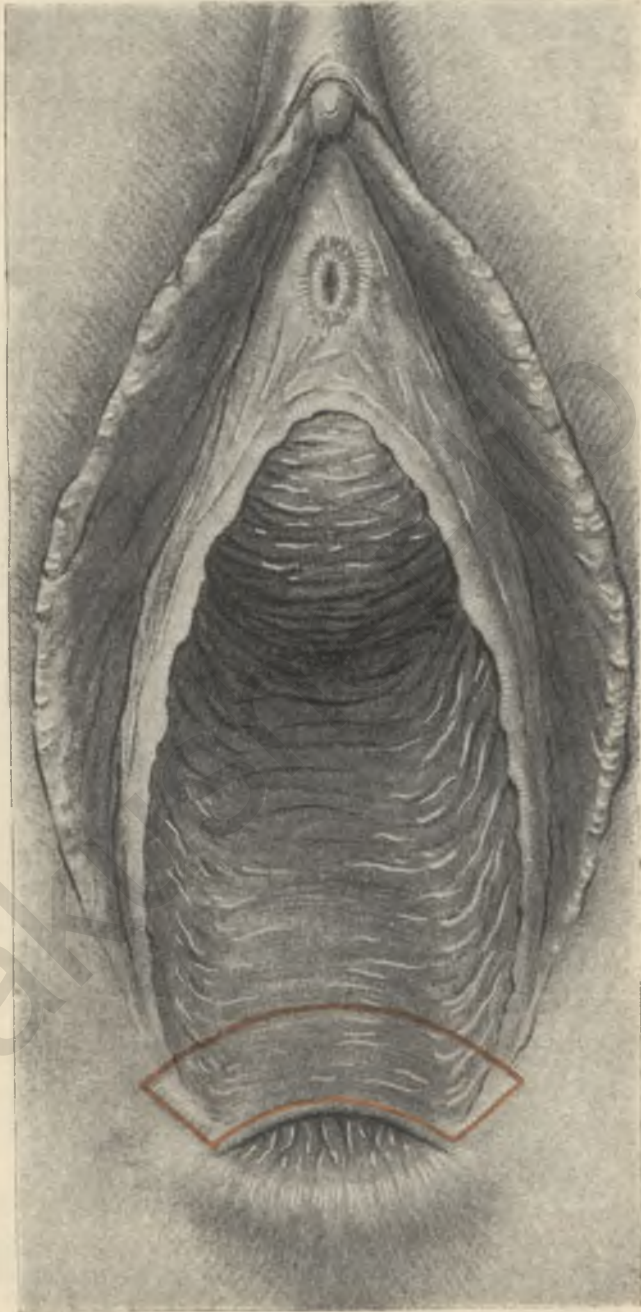


Рис. 16. Фигура освѣженія по Schröderу при полномъ разрывѣ промежности.

всего пригодился методъ, предложенный Schröder'омъ и рекомендуемый также А. Martin'омъ и Lauenstein'омъ. Методъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ (см. рис. 16—19).

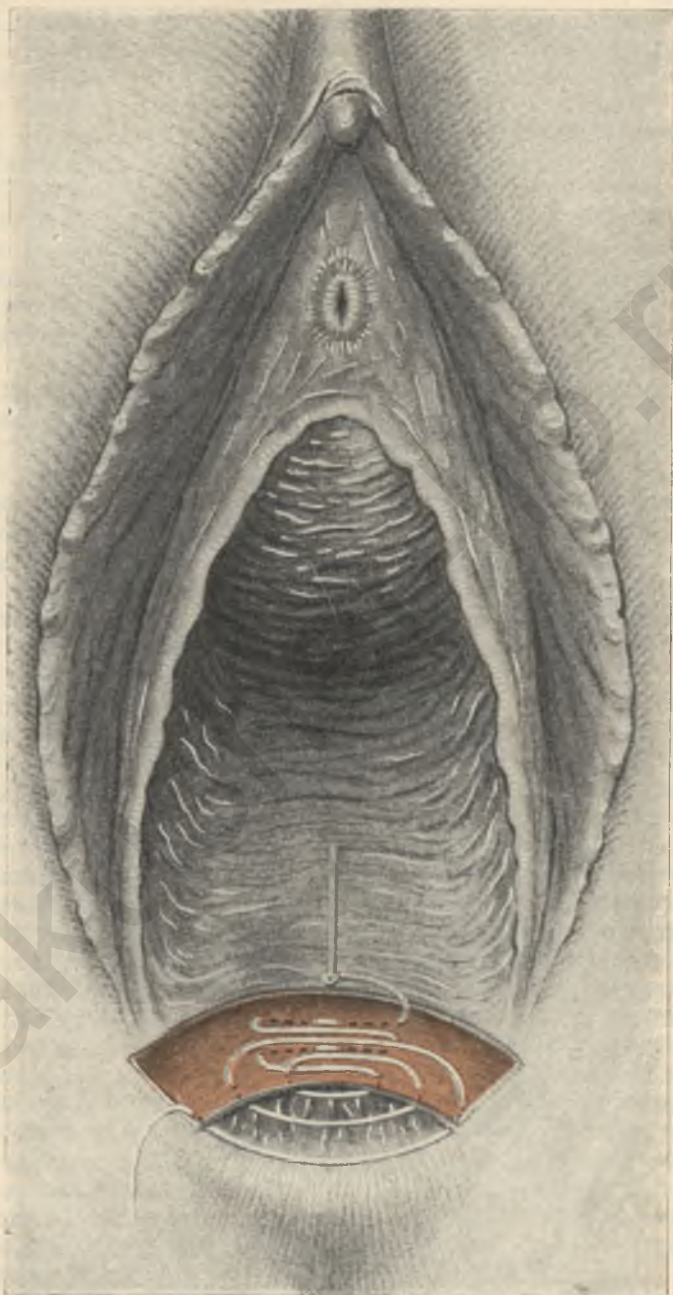


Рис. 17. Наложение непрерывнаго кэтгутоваго шва при зашивани полного разрыва промежности. Начало въ срединѣ влагалища, продолженіе въ ранѣ, дальнѣйшее продолженіе для закрытія прямой кишки со стороны раны.

Послѣ основательной дезинфекціи и послѣ предварительнаго въ теченіе нѣсколькихъ дней очищенія кишечника наружныхъ, половыхъ

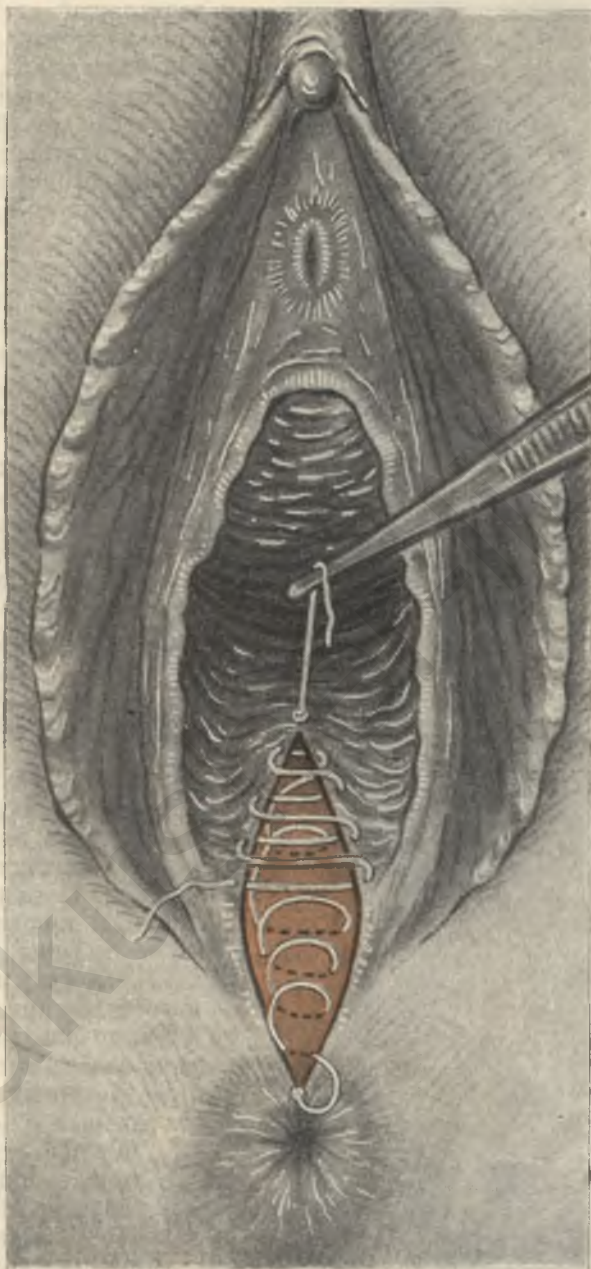


Рис. 18. Наложеніе глубокихъ и поверхностныхъ швовъ послѣ закрытія прямой кишки при пластикѣ промежности. Вверху въ пинцетѣ начало нити непрерывнаго шва, закрывающаго прямую кишку; затѣмъ снизу вверхъ непрерывный шовъ въ глубину раны до верхушки освѣженія во влагалищѣ и закрытіе влагалища.

части разводятся рукою съ каждой стороны; затѣмъ перерѣзается напрягающееся *septum recto-vaginale* такъ, что она раздѣляется по



Рис. 19. Соединеніе раны промежности послѣ закрытія прямой кишки и влагалища.

всей длинѣ на влагалищный и ректальный отрѣзокъ, параллельно этому разрѣзу и приблизительно на одинъ см. надъ нимъ производится во влагалищѣ другой разрѣзъ, который кончается снаружи на кожѣ промежности. Оба конца разрѣзовъ соединяются между собою и лежащая между этими разрѣзами ткань освѣжается (см. рис. 16). Въ серединѣ верхняго разрѣза влагалища накладывается непрерывный шовъ и завязывается; отсюда по серединѣ фигуры освѣженія игла двумя — тремя уколами направляется къ серединѣ ректального освѣженія. Теперь въ ранѣ игла вкалывается и выводится какъ-разъ на границѣ между слизистой оболочкой прямой кишки и раны. На противоположной сторонѣ игла вкалывается строго на границѣ между слизистой оболочкой и раной и выводится въ ранѣ; затѣмъ нить направляется къ заднему проходу. Ни одна нить не прокалываетъ слизистой оболочки прямой кишки. Соединеніе прямой кишки происходитъ со стороны раны (см. рис. 17). Когда игла дошла до новообразованнаго задняго прохода, то она затѣмъ проводится назадъ кверху, соединяя въ это время между собою раневыя поверхности надъ кишечнымъ швомъ. Послѣ этого зашивается слизистая оболочка (см. рис. 18) п, наконецъ, кожа (см. рис. 19). Для послѣдняго ряда швовъ я теперь снова употребляю катгутъ; но можно брать также нитки или проволоку.

Ракъ вульвы слѣдуетъ какъ можно болѣе основательно удалять, причемъ въ особенности надо обратить вниманіе на то, что очень часто бываютъ поражены также паховыя железы. Ихъ нужно удалить; я начинаю обыкновенно съ того, что удаляю железы на обѣихъ сторонахъ.

Отъ пахового канала разрѣзы удлиняютъ по направленію къ клитору, пока они не сойдутся во влагалищномъ входѣ, и отсюда проводятъ разрѣзъ вокругъ раковаго узла, чтобы удалить его по возможности въ предѣлахъ здоровой ткани. Большею частью при этомъ можно сохранить влагалище. Послѣ удаленія рака показано во всякомъ случаѣ примѣненіе всѣхъ средствъ для предотвращенія рецидива этого довольно злокачественнаго заболѣванія. Такъ какъ при ракѣ вульвы очень часто находятъ краурозисъ, то для устраненія возможности возврата часто необходимо вырѣзывать всю вульву кругомъ. Далѣе показана фульгурація, предложенная Keating Hartomъ и особенно рекомендованная Czerny. Здѣсь она должна производиться такимъ образомъ, что вначалѣ останавливаютъ кровотеченіе путемъ перевязки брызжущихъ сосудовъ или приводящихъ артерій. Затѣмъ мѣсто, на которомъ находилось первичное гнѣздо рака, слѣдуетъ подвергнуть дѣйствию электрической искры въ теченіе  $\frac{1}{4}$  часа. Этимъ путемъ достигается то, что заживленіе можетъ произойти безъ образованія струпа и кровотеченіе останавливается въ достаточной степени. При операциі слѣдуетъ по возможности совершенно не касаться рака. Если это удастся и ткань въ глубинѣ навѣрно здорова, то я шпиваю вульварную кожу со слизистой оболочкой влагалища; если же ткань въ смыслѣ здоровья сомнительна, то я предпочитаю фульгурацію. При нѣкоторыхъ формахъ однако приходится при операциі идти довольно глубоко.

Послѣ заживленія въ первые мѣсяцы необходимо заботливое наблюденіе; какъ-разъ при вульварныхъ ракахъ наблюдаются въ рубцѣ не очень рѣдко рецидивы, которые необходимо немедленно удалять. Для этой операциі я пользуюсь теперь ножомъ, останавливаю кровотеченіе и примѣняю затѣмъ фульгурацію.

Если раковый процессъ локализуется въ Бартолиновой железѣ, или исходитъ изъ нея, то операция производится по тѣмъ же самымъ принципамъ; здѣсь однако возможно ограничиться операцией на одной сторонѣ; вмѣстѣ съ карциномой на этой же сторонѣ удаляются и паховыя железы, причемъ другая сторона не трогается.

## II. Лечение болѣзней влагалища.

Значеніе заболѣваній влагалища въ общемъ не очень велико, но, несмотря на это, правила для ихъ устраненія, особенно воспаленія влагалища, важны потому, что они переносятъ главное значеніе со стороны влагалища на заболѣваніе тѣла матки. Настоящее воспаленіе влагалища всегда происходитъ не только оттого, что послѣднее содержитъ микробовъ, но и потому, что вслѣдствіе какого нибудь вліянія слизистая влагалища становится проницаемой для заразнаго матеріала. Обычно отдѣленіе изъ матки не оказываетъ никакого вліянія на слизистую оболочку влагалища; но при извѣстныхъ зараженіяхъ, въ особенности при хронической гонорреѣ, равно какъ при зараженіи кишечной палочкой,

отдѣленіе эндометрія пріобрѣтаетъ свойства, способствующія разбуханію влагалища; слизистая оболочка послѣдняго тогда мацерируется и микробы, обыкновенно не опасные, проникаютъ въ подъэпителиальную соединительную ткань; этимъ объясняется, почему устраненіе воспаленія влагалища приводитъ лишь къ временному улучшенію, но никогда не къ длительному отдѣленію; всякій врачъ, получающій больную съ вагинитомъ для излеченія, долженъ различать симптоматическое излеченіе влагалища отъ излеченія причиннаго заболѣванія. Насколько первое легко, настолько же труднымъ и даже невозможнымъ можетъ быть второе.

Для излеченія самаго вагинита достаточно вводитъ во влагалище насколько возможно чисто глицериновые тампоны, оставляемые тамъ приблизительно часовъ на двѣнадцать, и затѣмъ удаляемые. Послѣ этого лучше всего сдѣлать опытной рукой спринцованіе влагалища жидкостью, свободною отъ микробовъ; для этой цѣли рекомендуется либо стерильная вода, либо слабый карболовый растворъ. Затѣмъ, по истеченіи немногихъ часовъ, опять вкладывается глицериновый тампонъ, и при его удаленіи снова производится спринцованіе. Въ общемъ поступаютъ такимъ образомъ, что врачъ вкладываетъ тампонъ, подлежащій удаленію на слѣдующій день съ тѣмъ, чтобы послѣ этого сидѣлка произвела спринцованіе. Если больная не находится въ условіяхъ клиническаго леченія, то трудно выполнить послѣднее требованіе и, вслѣдствіе ненадежности соблюденія чистоты при спринцованіяхъ неопытной рукой, я охотнѣе тогда отказываюсь отъ спринцованія. Во влагалище вводится также порошкообразная глина (bolus alba) съ цѣлью путемъ осушенія убить микробовъ. Послѣ изслѣдованій Zweifel'я слѣдуетъ вовсе отказаться отъ предположенія, что глина является средствомъ, убивающимъ микробовъ или свободнымъ отъ микробовъ. На основаніи своихъ наблюденій я полагаю, что вліяніе этого осушающаго порошка въ существенномъ достигнетъ того же, что получается при глицериновыхъ тампонахъ; большого преимущества отъ этого способа леченія я однако не видѣлъ.

Вмѣсто этого можно добиться излеченія и путемъ болѣе сильной дезинфекціи. Давно уже для этой цѣли E. Schwarz'омъ была рекомендована іодная настойка; во влагалище вводится зеркало молочнаго стекла, черезъ которое вливается іодная настойка; зеркало затѣмъ очень медленно выводится, причемъ наружное отверстіе зеркала держится кверху. При обратномъ извлеченіи зеркала ватнымъ шарикомъ втирается іодная настойка въ слизистую оболочку влагалища и это продолжается до тѣхъ поръ, пока зеркало почти совсѣмъ не будетъ выведено кнаружи. При этомъ необходимо устранить возможность вытеканія наружу іодной настойки, къ которой и дѣйственная плева, и всѣ наружныя части очень чувствительны. Слизистая оболочка самого влагалища однако очень хорошо переноситъ іодную настойку. Этотъ методъ можно повторять ежедневно въ теченіе 3—4-хъ дней, и замѣтное улучшеніе скоро наступаетъ.

Другой способъ состоитъ въ добавленіи вяжущихъ средствъ къ глицерину, примѣняемому для тампоновъ; для этой цѣли я считаю наилучшимъ примѣненіе квасцовъ: 0,5—1,0 на 20,0 глицерина. Для той же цѣли рекомендуются самыя разнообразныя средства, какъ танинъ, іодистый калий, сѣрнистый цинкъ и др.

Abrahamъ недавно предложилъ леченіе дрожжами; я полу-

чилъ болѣе удобное и быстрое излеченіе путемъ леченія глицериновыми тампонами и поэтому я больше дрожжей не примѣняю. Различные препараты изъ дрожжей, либо въ сочетаніи послѣднихъ съ глиной, также не имѣютъ особыхъ преимуществъ. Большое значеніе для леченія вагинитовъ имѣетъ безусловное воздержаніе отъ половыхъ сношеній во время періода леченія; если этого нельзя добиться, то является показаннымъ леченіе въ клиникѣ.

Устраненіе измѣненій слизистой оболочки влагалища, выражающихся, какъ извѣстно, въ красныхъ пятнахъ и неровностяхъ, а равно и въ образованіи во время беременности содержащихъ газъ кистъ, особенно важно предъ началомъ леченія причиннаго заболѣванія; очень легко занести на инструментѣ заразный матеріалъ влагалища въ маточную полость. Я обыкновенно рѣзко отдѣляю леченіе обоихъ этихъ заболѣваній. Сначала я лечу воспаленіе влагалища и лишь затѣмъ приступаю къ леченію тѣла матки.

Практически эта часть леченія представляется, правда, часто совсѣмъ иначе. Больная приходитъ къ намъ съ вагинитомъ и мы энергично приступаемъ къ леченію влагалища, а затѣмъ и къ леченію тѣла матки. Исполненная благодарности, пациентка насъ оставляетъ. Но уже черезъ короткое время чувство благодарности исчезаетъ; жалобы начинаются снова; то же заболѣваніе возобновляется. Иной разъ больная является къ намъ вторично; очень часто однако она обращается къ другому гинекологу съ жалобами на леченіе перваго врача. Снова предпринимается энергичное леченіе, которое въ существенномъ сводится къ тому же, представляя лишь нѣкоторыя внѣшнія отличія. Исполненная благодарности пациентка оставляетъ врача, убѣжденная въ преимуществахъ его метода леченія. Но по истеченіи короткаго времени больная снова заражается и съ горя оставляетъ всякое леченіе, стараясь лишь ослабить наиболѣе тягостные симптомы.

Это мы, врачи, должны заранѣе знать и сообразовать съ этимъ наше леченіе. Видимо маловажное страданіе влагалища надо представить больной, какъ нѣчто серьезное и трудно излечимое и по возможности не настаивать на причинной инфекціи. На леченіе слѣдуетъ указать лишь, какъ на опытъ, требующій уже съ самаго начала болѣе продолжительнаго времени для наблюденія. Слѣдуетъ попытаться побудить и мужа къ леченію, что однако рѣдко удается, такъ какъ его гоноррея причиняетъ ему мало безпокойства. Послѣ устраненія наихудшихъ симптомовъ больная подлежитъ контролю еще долгое время. Какъ только наступаетъ снова рецидивъ, на основаніи котораго можно сдѣлать заключеніе, что причинная гоноррея мужа не прекращается, то во второй разъ вся лечебная процедура уже не повторяется; приходится лечить лишь самыя тяжелыя явленія, а въ остальномъ ограничиться палліативами.

Туть полезны слѣдующія правила:

У женщины при вагинитѣ имѣется два неприятныхъ явленія: чувство жженія и зуда и, во-вторыхъ, сильное истеченіе. Первое явленіе наступаетъ лишь тогда, когда вагинитъ достигъ извѣстной силы, когда гнойный секретъ разлагается во влагалищѣ; подобно тому, какъ изъ эндометрита развивается вагинитъ, такъ изъ послѣдняго тогда образуется вульвитъ. Въ подобной стадіи этотъ тяжелый симптомъ исчезаетъ совершенно послѣ вкладыванія въ теченіе 4—8 дней глицериноваго тампона, если это дѣлается вполне акку-

ратно. Передъ вкладываніемъ тампона слѣдуетъ вытереть гнойный секретъ. Слѣдуетъ устранить возможность внесенія съ тампономъ чего-либо съ наружныхъ половыхъ частей; тампонъ нужно вкладывать самому. Если воспаление наружныхъ половыхъ частей исчезло, а состояніе влагалища улучшилось, то больную отпускаютъ и предписываютъ ей спринцованія влагалища. Это одинъ изъ немногихъ случаевъ, при которыхъ я считаю допустимымъ назначеніе спринцованій, производимыхъ самой больной. Это не есть сознаніе въ безсиліи нашего леченія, а лишь указаніе на то, что мы должны быть твердо увѣрены, что пациентка живетъ въ условіяхъ, при которыхъ тотчасъ за излеченіемъ катара послѣдуетъ новое зараженіе. Гонорройный бракъ является основаніемъ, дѣлающимъ практически подобнаго рода заболѣванія неизлечимыми, и, наоборотъ, излечимыми, если инфекция прекращается. Добавленіе къ спринцованіямъ выбирается съ той цѣлью, чтобы добиться свертыванія жидкаго секрета влагалища, и для этого я рекомендую лучше всего добавлять квасцы. Съ подобнымъ же успѣхомъ можно пользоваться и другими средствами, напр. таниномъ, *zincum sulfocarbolicum*, *zincum sulfuricum*, *cuprum sulfuricum* и т. д.

Пациенткѣ, конечно, слѣдуетъ дать точныя указанія; спринцованія должны производиться лежа, подкладное судно должно быть пододвинуто, иригаторъ не долженъ подниматься очень высоко и т. д.

Какія-нибудь особыя формы воспаления влагалища требуютъ другого леченія, особенно молочница (*soor*). Она чаще всего наблюдается во время беременности и, мнѣ кажется, находится въ связи съ гликозуріей нѣкоторыхъ беременныхъ. На это надо обратить вниманіе, такъ какъ, помимо устраненія зуда, леченіе во время беременности необходимо и для предохраненія ребенка отъ зараженія молочницей. Гликозурія, правда, исчезаетъ вскорѣ сама собою, но путемъ ограниченія сахара въ діетѣ можно ускорить улучшеніе. Молочница лечится растворомъ буры или борной кислоты, и здѣсь лучше всего поручить спринцованія опытной рукѣ, такъ какъ легко могутъ получиться поврежденія. вмѣстѣ со спринцованіями и вытираніемъ влагалища растворами борныхъ препаратовъ можно пользоваться также и борными тампонами; однако здѣсь нужна нѣкоторая осторожность, такъ какъ иной разъ въ видѣ исключенія могутъ наблюдаться явленія отравленія.

Образованіе газовыхъ кистъ при воспаленіи влагалища лучше всего лечится осушеніемъ послѣдняго глицериновыми тампонами. Я не считаю необходимымъ прокалываніе кистъ.

Если вмѣсто гонококка въ секретѣ находятъ различныя другіе микроорганизмы, въ особенности стрептококкъ, стафилококкъ, или кишечную палочку, то здѣсь леченіе постолько надо считать болѣе легкимъ, поскольку можно менѣе ожидать возврата болѣзни. Однако все же надо помнить, что и здѣсь инфекция занесена извнѣ и была обусловлена онанизмомъ или половыми сношеніями. Здѣсь надо имѣть въ виду, что одинаковыя причины могутъ снова вызвать одинаковыя послѣдствія. Не всегда удается узнать этиологію. Въ однихъ случаяхъ это можетъ быть неловкость, способствующая введенію промежностныхъ микробовъ во влагалище, чаще это слѣдуетъ приписать употребленію средствъ противъ зачатія. Вагинитъ и здѣсь увеличивается путемъ осушенія и путемъ устраненія вред-



ныхъ моментовъ. Возвратъ вагинита будетъ только тогда устраненъ, если послѣ знакомства съ причиною мы помѣшаемъ дальнѣйшему вліянію послѣдней.

Затѣмъ особое леченіе необходимо при гонорройномъ воспаленіи влагалища, наблюдаемое у маленькихъ дѣвочекъ. Особыми свойствами эпителия молодого влагалища объясняется то, что гонококкъ размножается здѣсь въ слизистой оболочкѣ влагалища. Леченіе не очень легко и продолжается довольно долго. Главное вниманіе тутъ надо обратить на то, чтобы гонококки постепенно исчезли съ наружныхъ половыхъ частей, чѣмъ устраняется прониканіе ихъ внутрь. Современные, не прижигающіе препараты серебра, какъ протарголь, итроль, ихтарганъ и также старый *argentum nitricum* въ 1—3% растворѣ, здѣсь наиболѣе полезны. Въ растворѣ, не выполнѣ убивающемъ гонококки, они примѣняются осторожно для обмываній, и затѣмъ маленькой спринцовкой изъ твердой резины впрыскивается черезъ узкій *hymen* во влагалище 5—10 куб. см. раствора концентраціи, также не выполнѣ убивающей гонококки; концентраціи раствора, убивающей гонококки, слѣдуетъ избѣгать, вслѣдствіе прижигающихъ свойствъ и возможнаго впоследствии образованія рубцовъ. Впрыскиваніе производится подъ медленнымъ давленіемъ и такимъ образомъ, чтобы жидкость оставалась нѣкоторое время во влагалищѣ, что достигается поднятіемъ нижней части тѣла. И здѣсь слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы исключить возможность новой инфекціи. Въ этомъ отношеніи врачъ долженъ опредѣлить, что является наиболѣе правильнымъ, въ зависимости отъ домашнихъ условій. Большею частью ребенокъ долженъ быть удаляемъ изъ дому до излеченія.

Другія заболѣванія влагалища не имѣютъ большого значенія. Кисты наблюдаются рѣдко; онѣ причиняютъ небольшія расстройства и удаленіе ихъ просто. Мы знаемъ 2 метода: одинъ заключается въ вылушеніи всей кисты—большею частью очень кровавая и не вполне удобная операція. Стѣнка кисты разрывается, жидкость вытекаетъ и вылушеніе кисты весьма неудобно. Другой способъ, предложенный Schröder'омъ, легче. Удаляютъ только ту часть кисты, которая вдается въ просвѣтъ влагалища, а основаніе кисты кругомъ пришивается узловатыми швами къ влагалищу.

Эпителий кисты тогда постепенно превращается въ плоскій эпителий влагалища, и пациентка безъ всякихъ затрудненій излечивается; поэтому примѣняя второй методъ. Только въ видѣ исключенія, особенно при большихъ кистахъ, проникающихъ глубоко въ тазъ, долженъ быть примѣненъ первый методъ, если же кисты направляются въ тазу кверху, то слѣдуетъ знать, что верхнюю часть можно только тогда удалить, если заранѣе подготовиться къ перевязкѣ ножки, исходящей отъ яичника, или *eroorhagon*.

Миомы и фибромы влагалища также рѣдки. Операція ихъ проста, даже если онѣ и велики. Разрѣзается слизистая оболочка надъ опухолью и послѣдняя вылуцается изъ соединительной ткани. Операція, въ противоположность кистамъ, потому такъ проста, что мы въ плотныхъ опухольяхъ имѣемъ хорошую опору для нулевыхъ щипцовъ, при помощи которыхъ опухоль вытягивается. Кровотеченіе изъ ложа опухоли останавливается и полость уменьшается швами. Все же часто бываетъ цѣлесообразнымъ вставить дренажную трубку, если полость была очень большой.

Раки и саркомы влагалища встрѣчаются рѣдко.

Какъ только они распознаны, показано удаленіе всего влагалища и такъ какъ съ удаленіемъ влагалища функціи матки и опорожненіе секрета послѣдней становится невозможнымъ, то при ракъ влагалища необходимо удаленіе всего полового канала; послѣднее производится такимъ образомъ, что вначалѣ влагалище отпрепаровывается отъ вульвы приблизительно на 4 стм., и затѣмъ удаляется тѣло матки съ придатками черезъ чревосѣченіе. Техника этой операціи будетъ подробно описана въ главѣ о ракъ матки. Она ничѣмъ не отличается отъ операціи рака матки съ вторичнымъ пораженіемъ влагалища; во всѣхъ случаяхъ рака влагалища врачу слѣдуетъ о прогнозѣ высказываться крайне осторожно, такъ какъ число длительныхъ излеченій значительно меньше, чѣмъ при ракъ матки. Отчасти это можетъ происходить оттого, что отдѣльные случаи слѣдуетъ разсматривать уже какъ вторичные раки; но даже и несомнѣнно первичные случаи трудно излечимы. Послѣдовательное леченіе «гомогенными» лучами, которые я примѣняю при ракъ матки, здѣсь также показано, но результаты его ненадежны.

Удаленіе паховыхъ железъ большею частью необходимо.

Если одновременно поражена и прямая кишка, то нужно и ее удалить, если только это возможно. Въ большинствѣ случаевъ при этомъ необходимо наложеніе искусственнаго заднепроходнаго отверстія; лишь рѣдко послѣ экстирпаціи прямой кишки удается пришить верхнюю часть къ заднепроходному отверстию съ его сфинктеромъ.

Принципально однако я удаляю прямую кишку только когда она поражена.

На чисто вульварную операцію, т. е. на экстирпацію матки со стороны вульвы, я только тогда соглашаюсь, если больная настолько стара и общее состояніе ея настолько плохое, что надежды на длительное излеченіе весьма сомнительны.

Саркому влагалища, при которой нечего бояться пораженія железъ, можно оперировать только вульварнымъ путемъ. При этомъ слѣдуетъ также озаботиться, чтобы не допустить прививки саркоматозной ткани, а равно и оставленія злокачественнаго матеріала.

Точно также и злокачественную хоріозпителіому, дающую, какъ извѣстно, паравагинальные метастазы, можно лечить при помощи влагалищнаго удаленія матки и влагалища.

Операція послѣднихъ двухъ заболѣваній нѣсколько отличается отъ методовъ при ракъ матки. Не проникая даже въ просвѣтъ влагалища, проводятъ разрѣзъ по краю гимена и отпрепаровываютъ влагалище кругомъ отъ его окружности, причемъ особенно обращаютъ вниманіе на то, чтобы основаніе опухоли по возможности цѣликомъ было вырѣзано въ предѣлахъ здоровой ткани. Какъ только съ операціей подвинулись достаточно далеко, закрываютъ просвѣтъ влагалища зажимнымъ пинцетомъ или круговымъ швомъ, благодаря чему получается узда, при помощи которой влагалище все болѣе и болѣе извлекается. Въ благопріятныхъ случаяхъ удается этимъ путемъ вылущить больную ткань и излечить все влагалище. Тогда по задней стѣнкѣ влагалища вскрывается сперва Дугласово пространство, а затѣмъ, продолжая вытягивать влагалище, пробуютъ вскрыть брюшную полость и спереди; послѣ этого матка слѣдуетъ уже сама и перевязка связокъ уже не представляетъ особыхъ затрудненій.

Полость оставляютъ открытой, всѣ захваченные сосуды перевязываютъ и послѣ закрытія брюшной полости можно тазъ затампонировать марлей. Подобнымъ путемъ эту операцію слѣдуетъ производить лишь тогда, когда влагалище дѣйствительно можно легко извлечь наружу. Если же во время операціи обнаруживаются какія-либо затрудненія въ этомъ отношеніи, то лучше всего закончить операціей со стороны *linea alba*. Начало операціи, какъ брюшной, такъ и влагалищной, при всѣхъ влагалищныхъ ракахъ производится отъ гимена, и при карциномѣ даже необходимо начинать отъ вульвы и отсюда препаровать кверху приблизительно до верхняго конца уретры и соотвѣтственно съ этимъ широко кругомъ высвободить влагалище, такъ какъ сверху нѣтъ абсолютно возможности отпрепаровать уретру. Ни при какихъ условіяхъ это невозможно сдѣлать со стороны *linea alba*, и такъ какъ мы должны придерживаться основнаго положенія, что при злокачественныхъ заболѣваніяхъ весь органъ удаляется въ предѣлахъ здоровой ткани, то этому способу оперированія и придаю особенное значеніе.

Образованіе рубцовъ во влагалищѣ является нерѣдко объектомъ гинекологическаго леченія, такъ какъ вслѣдствіе ихъ либо возникаютъ механическія затрудненія, либо затрудняется леченіе болѣе серьезныхъ болѣзней. Излеченіе очень большихъ рубцовыхъ образованій во влагалищѣ не очень легко. Принципъ, лежащій въ основѣ леченія подобнаго рода образованій, во всѣхъ случаяхъ почти одинаковъ. Онъ состоитъ въ томъ, что, при оперативной помощи, рубецъ разсѣкаютъ поперечно и между разсѣченными концами рубца всаживаютъ нормальную слизистую оболочку и зашиваютъ въ направленіи перваго разрѣза. Прежде чѣмъ сдѣлать пересадку слизистой оболочки, слѣдуетъ обратить вниманіе на то, чтобы разсѣченіе рубца было произведено столь основательно, чтобы оба разсѣченные конца были вполне подвижны и чтобы ихъ можно было оттянуть къ первоначальному мѣсту. Проще всего этотъ принципъ приложимъ для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ ограниченній короткимъ пространствомъ рубецъ кругообразно отдѣляетъ верхнюю часть влагалища отъ нижней. Мѣсто для разсѣченія рубца должно быть выбрано, конечно, такимъ образомъ, чтобы при разсѣченіи не былъ поврежденъ въ глубинѣ какой-либо важный органъ. Поэтому въ подобныхъ случаяхъ круговаго рубцоваго образованія и разрѣза рубецъ сбоку отъ *columna rugarum post.* Если дѣло идетъ о болѣе крѣпкихъ рубцахъ, то нужно имѣть въ виду, что рубецъ, повидимому, расположенный въ слизистой оболочкѣ, на самомъ дѣлѣ вдается глубоко въ соединительную ткань, и что чѣмъ глубже приходится рѣзать, тѣмъ скорѣе могутъ произойти поврежденія прямой кишки или мочеочника, которые могутъ оказаться въ рубцѣ. Слѣдовательно, чѣмъ глубже рѣзать, тѣмъ надо быть осторожнѣе; съ другой стороны слѣдуетъ знать, что результатъ недостаточенъ, если рубецъ не разрѣзать глубоко. Если къ тому же рубцы, окружающіе просвѣтъ влагалища, очень велики въ направленіи сверху внизъ, то разсѣченіе ихъ можетъ представить большія затрудненія вслѣдствіе поврежденія венъ и артерій.

Самымъ вѣрнымъ средствомъ въ подобныхъ случаяхъ широкихъ рубцовъ все же остается разсѣченіе рубца ножомъ. Влагалище надъ такими рубцами должно быть вполне подвижно и нормально, и если

рубець правильно разрѣзается, то прямо поразительно, до чего быстро влагалище становится широкимъ въ слѣдствіе полного сокращенія рубцовъ. Если заживленіе разрѣза здѣсь производится не черезъ пересадку и зашиваніе, а предоставляется природѣ, то является большая опасность въ образованіи новыхъ рубцовъ. При узкихъ кольцевидныхъ рубцахъ, конечно, очень просто пришить верхнюю часть влагалища къ нижней и такимъ образомъ разъединить оба конца рубца другъ отъ друга. Если же имѣются широкія рубцовыя образованія, то пересадка лоскута можетъ быть удобнѣе всего произведена изъ слизистой оболочки вульвы. Вообще тогда показана пересадка.

Точно также поступаютъ при леченіи рубцовъ, фиксирующихъ влагалищную часть матки къ тазу; фиксація происходитъ оттого, что рубецъ идетъ отъ влагалищной части до нисходящей вѣтви лонной кости, либо оттого, что основаніе широкой связки, начиная отъ шейки, рубцово инфильтрировано. Въ обоихъ случаяхъ слѣдуетъ знать, что наименѣе опасно оперировать непосредственно у влагалищной части. Здѣсь рубецъ долженъ быть разсѣченъ въ поперечномъ направленіи; слѣдуетъ однако помнить объ опасности поврежденія мочеочника и маточной артеріи. Поэтому здѣсь я поступаю такимъ образомъ: на сторонѣ рубца я провожу у влагалищной части разрѣзъ въ видѣ полукруга и разсѣкаю соединительную ткань между пузыремъ и шейкой, чтобы можно было свободно отодвинуть къзади пузырь; затѣмъ я оттягиваю влагалищную часть къ противоположной сторонѣ. Благодаря этому, я особенно сильно натягиваю рубецъ и затѣмъ разсѣкаю сначала заднюю стѣнку влагалища у влагалищной части, отодвигая предварительнѣе къзади слизистую оболочку безъ поврежденія брюшины и затѣмъ непосредственно у влагалищной части и даже почти въ послѣдней разсѣкаю рубецъ, пока матка продолжаетъ слѣдовать при потягиваніи пулевыми щипцами. Если разрѣзать непосредственно у влагалищной части, то кровотеченіе большею частью незначительно и останавливается при обкалываніи послѣдующимъ швомъ. Если же при боковомъ разсѣченіи рубца встрѣчается бѣльшая вѣтвь маточной артеріи, то передъ наложеніемъ шва слѣдуетъ ее тщательно перевязать. Какъ только рубецъ разсѣченъ, я снова пришиваю къ влагалищной части спереди и сзади перерѣзанную слизистую оболочку влагалища; равнымъ образомъ я зашиваю спереди и сзади и боковыя части разрѣза. Этимъ я образуя прослойку здоровой слизистой оболочки между краями рубца.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эту операцію приходится сочетать съ операціей бокового разрыва шейки. Въ подобномъ случаѣ за разрѣзомъ рубца слѣдуетъ освѣженіе боковыхъ частей влагалищной части, которыя также зашиваются сверху книзу.

Въ прежнее время эти рубцы лечили медленнымъ растяженіемъ. Особенное вниманіе привлекли предложенные Возешап'омъ шары изъ твердаго каучука, постепенно увеличивающіеся въ объемъ и предназначенные для растяженія влагалища. Способъ этотъ, надо признать, имѣетъ извѣстное значеніе, такъ какъ имъ можно достигнуть временнаго улучшенія въ состояніи рубца. Возешапъ къ большому даже и не стремился; онъ хотѣлъ лишь сдѣлать себѣ доступъ къ влагалищно-пузырному свищу, расположенному позади рубца. Какъ только онъ достигалъ своей цѣли и

могъ освѣжить и закрыть свищъ, возвратъ рубцового образованія былъ для него безразличенъ; поэтому при наличности свищей съ рубцами можно еще и теперь примѣнить этотъ методъ. Если же желательно достигнуть длительнонаго излеченія рубцовъ, то это возможно лишь путемъ кроваваго разсѣченія.

Внутреннее примѣненіе іодистаго калия или подкожное.впрыскиваніе фибролизина не имѣетъ никакого значенія.

Образованіе влагалища въ послѣднее время трактуется различно, причѣмъ даже обсуждается, должно ли оно вообще дѣлаться или нѣтъ при вполнѣ рудиментарной маткѣ и влагалищѣ, при такъ назыв. *uterus bipartitus* и при гермафродитизмѣ. Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ я не могъ рѣшиться на образованіе влагалища. Все же имѣются операторы и въ этой области гинекологіи, ищущіе при гермафродитизмѣ возможности образованія такого влагалища въ *sinus urogenitalis*, путемъ распиренія Мюллеровыхъ ходовъ. Если же все влагалище представляетъ собою плотный тяжъ, то я дѣйствительно не нахожу надобности въ образованіи здѣсь искусственнаго канала. Это техническій кунштштюкъ, хотя и очень интересный, но не могущій вызвать функцію влагалища, т. е. воспріятіе сѣмени для оплодотворенія яйца.

Изъ другихъ аномалій развитія, особенно при гермафродитизмѣ, подлежатъ операціи образованія въ большихъ губахъ. Какія бы здѣсь ни были железы размноженія, если здѣсь имѣются яичники, то лучше всего эти органы удалить; точно также слѣдуетъ экстирпировать половую железу, если имѣются одностороннія грыжи. Кромѣ того извѣстно, что здѣсь могутъ встрѣчаться очень интересные случаи съ карциноматознымъ *uterus masculinus*, либо съ тератомами. Оперативные методы здѣсь не отличаются отъ таковыхъ при другихъ опухоляхъ въ этой области.

Эписпадія лечится оперативно, потому что при ней имѣется недержаніе мочи. Въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ удерживаніе мочи прекращается, если узкая уретра употребляется въ качествѣ влагалища для половыхъ сношеній, причѣмъ сфинктеръ растягивается и болѣе не способенъ функционировать. Въ подобныхъ случаяхъ я совѣтую зашить раньше всего расщеленную уретру вплоть до клитора. Это удается безъ труда, если отъ имѣющагося уретрального отверстія освѣжить по обѣ стороны узкій прямоугольникъ до клитора, затѣмъ также освѣжить влагалище подъ уретральнымъ отверстіемъ и потомъ все зашить справа налево. Чтобы не подвергать опасности этотъ новый шовъ, я считаю необходимымъ дать практическій совѣтъ,—сдѣлать влагалище болѣе удобнымъ для половыхъ сношеній путемъ производства боковыхъ насѣчекъ на гименѣ и иногда на *m. constrictor cunni*.

Для лучшаго восстановленія удерживанія мочи можетъ быть также полезно впрыскиваніе параффина.

Заболѣванія вульвы и влагалища имѣютъ, конечно, нѣчто общее и пограничныя ихъ области входятся въ заболѣваніяхъ дѣвственной плевы. Самымъ важнымъ заболѣваніемъ является вагинизмъ; очень трудно описать здѣсь леченіе послѣдняго, чтобы не коснуться всего патогенеза его. Здѣсь при подраздѣленіи различныхъ видовъ я долженъ выдвинуть этиологію, какъ привыщъ классификаціи.

Главнѣйшія формы вагинизма поражаютъ неврастениче-

скихъ женщинъ и все же леченіе одной неврастеніи не излечиваетъ вагинизма. Часто также неврастеническій мужъ пациентки, у котораго совѣсть неспокойна, вслѣдствіе ослабленія его потенціи подѣ влияніемъ алкоголя, не можетъ считаться по своей нервной системѣ вполне нормальнымъ и поэтому находится подѣ опаснымъ влияніемъ своей жены. Если женщина вполне излечивается, то этимъ далеко еще не излечивается вагинизмъ. Послѣдняго до супружества у женщины, конечно, не было; онъ возникаетъ лишь при первой попыткѣ къ половому сношенію и затѣмъ все болѣе и болѣе усиливается. Подобныя женщины должны придти къ убѣжденію, что расширение гимена вполне безболѣзненно. Этой цѣли нужно добиться по возможности быстро, но очень бережно; убѣжденіе въ полной безболѣзненности должно сдѣлаться у больной настолько прочнымъ, что это убѣжденіе должно передаться также и ея мужу, и какъ она раньше скверно влияла на неврастенника, такъ теперь это влияніе должно оказаться благотворнымъ. Эти пациентки такимъ образомъ только тогда должны быть освобождены отъ леченія, когда онѣ уже несомнѣнно поправились.

Я поэтому начинаю леченіе подобной больной въ наркозѣ, а именно, либо при мѣстной анестезіи, путемъ обильнаго смазыванія сильнаго раствора кокаина, либо, еще лучше, въ общемъ хлороформномъ наркозѣ. Въ подобномъ наркозѣ гимень долженъ быть тотчасъ же механически настолько растянуть, чтобы можно было ввести самыя большія зеркала. Лучше всего для этой цѣли годится трубчатое зеркало молочнаго стекла, вмѣющее въ діаметрѣ отъ 3 хъ до 4-хъ см. Послѣ того, какъ зеркало введено подѣ наркозомъ, причемъ безразлично, примѣняется ли хорошая мѣстная или общая анестезія, пациентка съ этимъ зеркаломъ во влагалищѣ оставляется на покойной кровати въ теченіе часа. Зеркало крѣпко удерживается бинтомъ, плотно облегающимъ животъ и перпендикулярно прикрѣпленнымъ къ Т-образной повязкѣ (можно того же достигнуть, прикалывая различныя части бѣлья). По истеченіи часа зеркало удаляется, причемъ не должно возникать никакихъ болей; на слѣдующій день больная снова приглашается. Теперь вводится меньшее зеркало, съ діаметромъ въ 2 см., уже подѣ болѣе слабой мѣстной анестезіей; цѣлесообразно предварительно слегка согрѣть зеркало. Какъ только зеркало безболѣзненно введено, пациентка укладывается на диванъ и снова по истеченіи часа зеркало безболѣзненно удаляется. Растворъ кокаина ежедневно дѣлается болѣе слабымъ, просвѣтъ зеркала однако остается тѣмъ же. Если замѣчаютъ, что результатъ получился достаточно надежный, то лишь тогда въ полномъ наркозѣ вводится зеркало большаго размѣра, и затѣмъ снова поступаютъ такимъ образомъ, что при зеркалѣ той же величины растворъ кокаина берется постепенно болѣе слабый; въ заключеніе вмѣсто этого раствора берутъ только теплую воду, и если это прошло незамѣченнымъ, больной говорятъ, что она здорова; если она этому несовсѣмъ вѣрить, то вводятъ безъ всякаго наркоза меньшее зеркало и этимъ путемъ доказываютъ ей, что вульва дѣйствительно безболѣзненна. Послѣ этого больную предоставляютъ самой себѣ и леченіе можно считать законченнымъ. При этомъ леченіи могутъ быть допущены ошибки, заключающіяся въ томъ, что больную отпускаютъ слишкомъ рано, прежде чѣмъ убѣдились въ безболѣзненности; чѣмъ осторожнѣе мы здѣсь, тѣмъ лучше длительные результаты. Уже начало

изслѣдованія подобной больной имѣеть для результата большое значеніе. Если мы слышимъ жалобы по поводу вагинизма непосредственно отъ самой больной, или объ этомъ предполагаемъ на основаніи извѣстныхъ данныхъ, и если больная затѣмъ при влагалитичномъ изслѣдованіи обнаруживаетъ признаки вагинизма, то лучше всего отказаться отъ всякаго изслѣдованія; этого достаточно, чтобы вачать тотчасъ же изслѣдованіе подъ мѣстной или общей анестезіей.

Я не придаю большого значенія леченію покраснѣвшихъ мѣстъ вульвы; точно также я не считаю необходимымъ вырѣзываніе гимена или его частей, единственное оперативное вмѣшательство, которое я считаю иногда здѣсь показаннымъ, это—разрѣзъ *m. constrictoris cunni* съ обѣихъ сторонъ отъ *columna rugarum posterior* и послѣ разрѣза—зашиваніе для остановки кровотеченія. Лечение часто длится долгое время и вульва выглядитъ, какъ у многорожавшей женщины.

Не во всѣхъ случаяхъ вагинизма требуется такое продолжительное леченіе, какъ раньше описанное. Въ некоторыхъ случаяхъ достаточно объяснить мужу пациентки положеніе вещей; въ другихъ случаяхъ можетъ быть достаточнымъ, если дать пациенткѣ кокаиновую мазь для употребленія передъ сношеніемъ и объяснить ей способъ употребленія. При всѣхъ однако болѣе сильныхъ степеняхъ вагинизма я принципиально рекомендую вышеописанное леченіе. Я добавляю разрѣзъ *m. constrictoris cunni*, если по истеченіи немногихъ дней снова наступаетъ неподатливость.

Вырѣзаніе гимена показано, если отверстие въ послѣднемъ венормально мало и не растягивается даже въ наркозѣ. Это бываетъ лишь въ видѣ исключенія; обычные случаи касаются неврастеническихъ женщинъ. Общее леченіе при этомъ несомнѣнно полезно, но въ этомъ отношеніи не слѣдуетъ отъ женщинъ требовать слишкомъ многого; онѣ уже достаточно утомлены мѣстной терапіей; тепловатая ванны съ холодными обливаніями или обтираніями также очень цѣлесообразны, какъ и внутреннее употребленіе желѣзныхъ препаратовъ; во всякомъ случаѣ это не вредно.

Наконецъ приходится иной разъ воздѣйствовать и на психику, въ зависимости отъ индивидуальности каждаго случая. Больной слѣдуетъ всегда говорить, что она здорова; никогда не слѣдуетъ самой пациенткѣ говорить о слабости ея нервной системы; точно также не слѣдуетъ говорить мужу, что его нервы не въ порядкѣ.

### III. Лечение атрезіи половых частей и некоторых аномалий развитія матки.

Операция неосложненной атрезіи полового канала въ общемъ проста. Если мы имѣемъ дѣло съ атрезіей гимена и трубы не растянуты, то операция заключается въ томъ, что производятъ на гименѣ крестообразный разрѣзъ и медленно выпускаютъ задержавшуюся грязно-чернаго цвѣта кровь. Если же, наоборотъ, у насъ имѣется срощеніе гимена, при которомъ одновременно несомнѣнно поражены и трубы, превратившіяся въ мѣшки съ кровью, то операция состоитъ въ чревосѣченіи, въ перевязкѣ трубныхъ кровяныхъ мѣшковъ съ сохраненіемъ яичниковъ и съ сохраненіемъ по возможности части трубы; послѣ закрытія брюшной полости производится крестообразный разрѣзъ гимена по вышеописанному спо-

сому. Если при атрезіи гимена поражение трубъ установлено недостаточно точно, то раньше всего слѣдуетъ вскрыть гимень. Если послѣ истеченія крови констатировано, что и трубы растянуты въ видѣ кровяныхъ мѣшковъ, то лучше всего непосредственно послѣ вскрытія гимена для леченія пораженныхъ трубъ произвести чревосѣченіе.

Здѣсь показано самое внимательное отношеніе къ трубамъ, такъ какъ разрывъ кровяного мѣшка представляетъ серьезную опасность для жизни.

При широкихъ атрезіяхъ влагалища выборъ операціи простъ, если при отсутствіи измѣненій трубы можно дойти со стороны прямой кишки до нижняго края кровяного мѣшка. Тогда приходится прокладывать себѣ дорогу къ влагалищу ножомъ между уретрой и выше сверху—пузыремъ съ одной стороны, и прямой кишкой, съ другой стороны, причемъ слѣдуетъ обратить особенное вниманіе, чтобы избѣжать поврежденія сосѣднихъ органовъ. Какъ только дошли до кровяного мѣшка, вскрытіе его ужъ не представитъ затрудненій. Сохраненіе влагалища не вполнѣ безразлично: опасность заключается въ томъ, что могутъ образоваться рубцы и по истеченіи короткаго времени возобновится прежнее состояніе. Лучше всего, если это удастся, сдѣлать подвижную верхнюю часть влагалища путемъ кольцевидной препаровки, а равно и освободить слизистую оболочку вульвы, какъ можно дальше; тогда можно надѣяться на возможность пришить влагалище къ вульвѣ.

Если это не удается, то надо попробовать завернуть внутрь лоскутъ изъ влагалищнаго входа и сшить его (лоскутъ) съ верхнимъ отрѣзкомъ влагалища. Лишь въ случаѣ крайней нужды поступаютъ такимъ образомъ, что въ верхнюю часть влагалища вкладываютъ болѣе или менѣе твердую дренажную трубку, которая во время періода заживленія препятствуетъ новому соединенію и возобновленію суженія. Но даже если первый способъ удается, все же можетъ очень легко наступить серьезное суженіе. Въ видѣ исключенія встрѣчаются случаи, въ которыхъ эти операціи никогда не даютъ хорошаго результата, тогда дѣлали попытку воспользоваться частью кишки для образованія влагалища. Собственнымъ опытомъ въ этомъ отношеніи я не обладаю; описаны однако хорошіе результаты.

Если послѣ вскрытія широкой влагалищной атрезіи, противъ ожиданія, находятъ трубные кровяные мѣшки, то слѣдуетъ лучше всего леченіе послѣднихъ непосредственно присоединить къ операціи и послѣ того какъ удалось поступить консервативно съ атрезіей, точно такимъ же образомъ надо поступить и съ трубами.

Затрудненія дальнѣйшаго рода встрѣчаются при широкихъ влагалищныхъ атрезіяхъ тогда, если не хватаетъ такого куска влагалища, что введенный въ прямую кишку палецъ не можетъ вообще добраться до кровяного мѣшка. Въ такихъ случаяхъ я совѣтую постоянно начинать съ чревосѣченія и поступать въ зависимости отъ случая. Иногда наиболѣе правильнымъ будетъ удалить матку и верхнюю часть влагалища, сохранивъ лишь яичники. Это цѣлесообразно тогда, когда отъ влагалища почти ничего не сохранилось, или осталось меньше  $\frac{1}{4}$  части его. Если отъ влагалища болѣе осталось, то можно сдѣлать попытку вскрыть влагалище и проложить себѣ дорогу сверху по направленію къ вульвѣ. Такіе случаи однако встрѣчаются теперь довольно рѣдко и здѣсь трудно реко-



мендовать какія-нибудь общія правила. Нужно лишь знать различныя методы леченія и выбрать тотъ или другой изъ нихъ въ зависимости отъ особенностей каждаго даннаго случая.

Если при широкихъ влагалищныхъ атрезіяхъ имѣется и заболѣваніе трубъ и въ этомъ убѣдились до операціи, то большею частью пѣлесообразно начинать съ влагалищнаго пути. Если вскрытіе влагалища со стороны вульвы не удастся, то при чревосѣченіи слѣдуетъ удалить и матку, и трубы.

Я больше не примѣняю при операціяхъ сложныхъ инструментовъ, которые вводятся со стороны влагалищнаго входа, вскрываютъ кровяной мѣшокъ и въ то же время могутъ быть такъ развинчены, что становится возможнымъ ввести палецъ. Въ былое время въ нихъ больше нуждались, чѣмъ теперь. Осторожная препаровка въ тауу для насъ теперь дѣло обычное и мы безъ всякихъ затрудненій разрѣзаемъ рубцы, чтобы облегчить себѣ возможность возстановленія канала.

Точно также обстоитъ дѣло при односторонней гематометрѣ. Если кистовидная опухоль находится на одной сторонѣ влагалища и при изслѣдованіи оказывается, что опухоль можетъ быть разсматриваема не какъ скопленія крови въ маткѣ (haematometra), а скопленіе крови во влагалищѣ (haematocolpos), и трубы не поражены, то вскрытіе влагалищнаго мѣшка чрезвычайно просто. Слѣдуетъ только позаботиться о томъ, чтобы при шиваніи слизистой оболочки зачаточнаго влагалища съ слизистой оболочкой широкой части влагалища оставалось бы широкое сообщеніе.

Если, напротивъ, мы имѣемъ одностороннюю гематометру, то наилучшимъ способомъ является удаленіе этой половины матки, что легче всего удастся путемъ чревосѣченія. Такъ же надо поступать, если одновременно съ односторонней гематометрой имѣется и заболѣваніе трубъ. Въ этихъ случаяхъ анатомическія отношенія отличаются отъ таковыхъ при нормальномъ половомъ каналѣ. Въ случаяхъ послѣдняго рода можно надѣяться на полное выздоровленіе, тогда какъ при односторонней гематометрѣ всегда остается двойное уродство, почему и является показаннымъ удаленіе одного рога.

Аномалии матки, за исключеніемъ атрезіи, рѣдко являются показаніемъ для леченія; лишь при раздвоеніи матки можетъ явиться вопросъ объ оперативной помощи.

Леченіе разгороженной матки (uterusseptus) и превращеніе ея въ обыкновенную матку показано лишь тогда, если эта аномалія способствуетъ повторному выкидышу. Операція не очень трудна; сначала разсѣкаютъ перегородку во влагалищѣ, поскольку она еще осталась послѣ родовъ; и затѣмъ въ каждый маточный каналъ вводятъ палочку ламинари. Послѣ удаленія послѣднихъ вводятъ расширители, пока они легко входятъ, и затѣмъ поперечными разрѣзами ножницъ при низведенной маткѣ разсѣкаютъ перегородку по возможности до дна.

При двурогой маткѣ (uterus bicornis) также пытались примѣнить операцію; послѣдняя начинается со стороны влагалища съ разсѣченія перегородки; образованіе дна матки требуетъ однако всегда вскрытія брюшной полости либо со стороны влагалища, либо со стороны бѣлой линіи; послѣ этого соединяютъ верхній край обоихъ маточныхъ роговъ въ одну матку. Изъ средней части вырѣ-

зается треугольникъ, соответствующій мѣсту вдавленія и обѣ половины пришиваются другъ къ другу. Я однако сомнѣваюсь, чтобы этимъ путемъ всегда можно было получить хорошо функционирующее дно матки. Я думаю, что при беременности новое дно матки не выдержитъ и разорвется. При производствѣ зашиванія надо быть особенно осторожнымъ и устранять всякую возможность инфекціи.

#### IV. Лечение большого эндометрія.

##### 1. Лечение эндометрита тѣла матки.

При настоящемъ эндометритѣ тѣла матки всегда имѣется анатомическая картина интерстиціального воспаленія въ острой или хронической стадіи. Симптомомъ этого заболѣванія является усиленное слизистое, слизисто-гнойное или гнойное истечение. Эта глава и посвящена леченію этого измѣненія въ эндометріи.

Лечение остраго эндометрита зависитъ отчасти отъ природы микроба, вызвавшаго заболѣваніе. Наиболѣе частой формой является гонорройная, или смѣшанная, обусловленная гонококками и стрептококками и затѣмъ кишечной палочкой. Въ такихъ случаяхъ наибольшая опасность заключается въ томъ, что инфекція сама по себѣ или вслѣдствіе леченія заносится дальше и поражаетъ главнымъ образомъ трубы или брюшину. И то, и другое можетъ быть обусловлено уже свойствомъ инфекціи; во время самой инфекціи микроорганизмы распространяются за предѣлы матки и развивается одновременно острый сальпингитъ и перитонитъ. Дальнѣйшее распространение процесса можетъ однако произойти и оттого, что процессъ снова разгорается вслѣдствіе повторной инфекціи при еще не излеченномъ эндометритѣ, или онъ, наконецъ, можетъ быть распространенъ дальше вслѣдствіе нашихъ терапевтическихъ мѣръ.

Соответственно этому леченіе острой формы эндометрита по своимъ основнымъ принципамъ мнѣ представляется простымъ. При одновременномъ воспаленіи трубъ и брюшины леченіе этихъ заболѣваній занимаетъ главное мѣсто. Во всѣхъ другихъ случаяхъ самой главной заботой является недопущеніе новой инфекціи и избѣганіе терапевтическихъ вредныхъ вліяній.

Но насколько простъ принципъ, настолько же трудно исполненіе. Воздержаніе отъ половыхъ сношеній является первымъ условіемъ для улучшенія, и такъ какъ этого трудно достигнуть въ домѣ пациентки, то послѣдняя должна быть переведена въ клинику. Здѣсь, если имѣются неразумныя пациентки, надо поступать такъ, чтобы онѣ убѣдились, что дома у нихъ это леченіе было бы невозможно. То или иное вмѣшательство приходится выбирать, исходя изъ принципа «*nil posse*». Въ подобныхъ случаяхъ я обычно произвожу дезинфекцію влагалищаго входа и влагалища, причѣмъ я обращаю особенное вниманіе на то, чтобы не двигать матки. Если однако какіе-нибудь внѣшніе мотивы не побуждаютъ къ примѣненію леченія, то уже изъ вышеописаннаго ясно, что лучше всего матку вовсе не трогать, пока процессъ находится въ острой стадіи. Установленіе этого положенія является главной задачей леченія. Слѣдуетъ обратить вниманіе на сопровождающіе симптомы: покраснѣніе вульвы и воспаленіе влагалища. Пока имѣются эти явленія слѣдуетъ, по моему мнѣнію, смотрѣть на

матку, какъ на *poli me tangere*; лишь когда этихъ явленій больше нѣтъ, или ихъ вовсе не было, слѣдуетъ приняться за шейку и матку. Начинаютъ съ того, что сперва въ Simon'овскомъ зеркалѣ обнажаютъ и устанавливаютъ влагалищную часть, чтобы узнать, въ какомъ состояннн находится слизистая оболочка влагалищной части и отдѣленія тѣла матки. Чѣмъ сильнѣе краснота влагалищной части, тѣмъ осторожнѣе я совѣтую поступать. Всякаго движенія влагалищной части слѣдуетъ избѣгать; обыкновенно по истеченнн первыхъ дней я кладу тампонъ съ чистымъ глицериномъ противъ наружнаго маточнаго отверстія и удаляю его черезъ 10—12 часовъ, а затѣмъ снова вкладываю его черезъ 12 часовъ.

Внутриматочное леченнн остраго эндометрита у небеременныхъ при гонорреѣ я рекомендую отсрочить возможно дольше. Только при отсутствнн лихорадки и при полномъ отсутствнн остраго воспаленнн на влагалищной части или на наружныхъ половыхъ частяхъ можно начать думать о внутриматочномъ леченнн эндометрита, и притомъ такъ, чтобы не привести вреда. Смысль этого леченнн тотъ, что зараженнн матки излечивается при устраненнн новой инфекцнн, но опасность распространеннн послѣдней на выше лежащія части очень велика и леченннмъ можно лишь достигнуть, чтобы острый процессъ не перешелъ въ хроническнн; этого добиваются тѣмъ, что пока микробы еще имѣются въ маткѣ, не допускаютъ никакихъ половыхъ сношеннн, которыя могли бы вызвать новое зараженнн мужа отъ своей жены, которая тогда снова должна бы продѣлать свѣжее заболѣваннн, каковое въ концѣ-концовъ переходитъ въ неизлечимое состояннн.

Леченнн хроническаго или подостраго эндометрита.

Чтобы улучшить состояннн эндометрита въ спокойной, болѣе хронической стаднн послѣ полнаго устраненнн свѣжаго воспаленнн влагалищной части и влагалища, я особенно рекомендую расширеннн шейки металлическими расширителями, предложенными различными авторами, какъ-то Schröder, Schultze и Hegar. Я охотно примѣняю мѣдные расширители Schröder'a до толщины около 8 мм. Я нисколько однако не отрицаю, что и расширители Hegar'a вполне пригодны для этой цѣли, но для ихъ введеннн нужно зафнпнть влагалищную часть и фиксировать ее; я считаю при этомъ особенно важнымъ возможное устраненнн всякаго движеннн матки. При желаннн ввести кверху расширитель очень легко потянуть матку книзу, а какъ-разъ здѣсь предварительнымъ условннмъ успѣха является неподвижность матки, слѣдовательно, нужно ее настолько же приподнять кверху, насколько она оттягивается книзу. Это мнѣ кажется болѣе легкимъ съ расширителями, имѣющими длинныя рукоятки, чѣмъ съ короткими Hegar'овскими бужами; признавая послѣднне вообще хорошими, я ихъ не примѣняю для небольшого расширеннн шейки при леченнн больнаго эндометрита.

Послѣ расширеннн канала шейки до 8 мм. приступаютъ къ дезинфицирующему леченнн эндометрита. Для этихъ тепловатыхъ промываннн я употребляю обыкновенно 1% растворъ карболовой кислоты, а въ качествѣ инструмента рекомендованный Weiphold'омъ катетеръ, легко разжимающннся и гарантирующнн свободный оттокъ жидкости, благодаря имѣющемуся въ немъ небольшому полужолобу.

Большинство другихъ видовъ острыхъ эндометритовъ отличаются

для меня отъ гонорройныхъ тѣмъ, что при первыхъ для достиженія полнаго излеченія не требуется никакой внутриматочной терапіи. Подобно насморку, такъ же мало нуждается въ леченіи и острый негонорройный эндометритъ; слѣдуетъ лишь озаботиться объ абсолютномъ половомъ покоѣ; остальное леченіе почти безразлично. Одинъ лишь пунктъ мнѣ кажется достойнымъ вниманія; насколько мнѣ извѣстно, слишкомъ легко соглашаются признать негонорройную форму эндометрита тамъ, гдѣ для этого нѣтъ никакого основанія; поэтому я сталъ очень остороженъ при исключеніи триппера, какъ причины остраго воспаленія. Въ связи съ этимъ стоитъ крайняя осторожность, съ которою я высказываюсь въ началѣ леченія о продолжительности послѣдняго; достаточно часто въ теченіе самаго леченія приходится убѣждаться, что имѣется дѣло все же съ трипперомъ.

Тогда приходится закончить леченіе внутриматочными спринцованіями. Разница въ леченіи основывается впрочемъ лишь на характерѣ возбудителя болѣзни. Гонококкъ является микробомъ, особенно хорошо размножающимся на слизистой оболочкѣ, покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ; поэтому я при гонококкѣ особенно остороженъ.

Остальныя формы эндометрита лечатъ аналогично; прежде всего слѣдуетъ воздержаться отъ всего того, что могло бы способствовать распространенію процесса на трубы или на брюшину, ибо какого бы вида ни были микробы, но если они могли размножиться на слизистой оболочкѣ матки, покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ, и оказывать извѣстное вліяніе, то они могутъ такъ же размножиться и на эпителии трубы. Каково при этомъ отношеніе между отдѣльными микробами, мы до сихъ поръ точно не знаемъ; возможно, что подъ вліяніемъ извѣстныхъ микробовъ почва для размноженія стрептококковъ или кишечной палочки такъ готовится, что и для этихъ микробовъ становится возможнымъ размноженіе на эндометриі, вслѣдствіе чего облегчается для нихъ доступъ въ брюшную полость, въ которой мы ихъ особенно должны бояться.

Мною принято поэтому лечить вполне индифферентно всѣ свѣжія формы эндометрита, даже если я не могу доказать присутствіе гонококка, какъ причины заболѣванія; я проспринцовываю влагалище и въ особенности влагалищный сводъ, по возможности, по обнаженіи Simon'овскимъ зеркаломъ и во всякомъ случаѣ избѣгаю всякаго движенія матки. Въ качествѣ жидкости для спринцованія я употребляю стерильную воду, такъ какъ главнымъ образомъ мнѣ нужно механическое удаленіе секрета. Само собою разумѣется, что при этомъ можно съ одинаковой пользой примѣнять безопасныя или любыя дезинфицирующія средства въ безопасной концентраціи; слѣдуетъ только помнить, что микробы, находящіеся въ маткѣ, мало или вовсе не страдаютъ отъ этихъ дезинфицирующихъ жидкостей; слѣдуетъ только препятствовать попаданію новыхъ микробовъ.

Дальѣйшимъ средствомъ для той же цѣли является вкладываніе глицериновыхъ тампоновъ; обильно вытекающая жидкость показываетъ ясно гигроскопическую силу этого препарата, и для меня не подлежитъ сомнѣнію, что благодаря этому условія для размноженія микробовъ во влагалищѣ настолько въ существенномъ измѣняются, что ростъ ихъ прекращается. Единственное различіе въ

лечении других форм острого эндометрита от гонорройного заключается въ томъ, что при первыхъ я начинаю лечение эндометрия раньше и лечу не такъ продолжительно; дальнѣйшее поступленіе одинаковыхъ микробовъ слѣдуетъ съ увѣренностью признать лишь при гонорреѣ.

Уже изъ этого описанія основныхъ положеній для лечения подострого эндометрита понятно, что существуетъ цѣлый рядъ другихъ методовъ и что количество средствъ, особенно хорошо здѣсь дѣйствующихъ, не мало; здѣсь только требуется не вредить и кромѣ того надо позаботиться о томъ, чтобы предупредить новое зараженіе. При соблюденіи этого условія оказываются полезными многіе методы и многія средства; предложенная мною терапия ограничивается лишь простымъ и дѣйствительно необходимымъ.

Застой маточнаго секрета во влагалищѣ долженъ по возможности быть устранивъ. Секретъ приобретаетъ мацерирующія свойства подъ вліяніемъ разложенія во влагалищѣ. Больныя жалуются на чувство ссадненія на наружныхъ половыхъ частяхъ; это ихъ мучитъ больше, чѣмъ само леченіе; если же секретъ скорѣе удаляется изъ влагалища, то это чувство ссадненія уменьшается. Но какъ-разъ здѣсь спринцованія влагалища не могутъ быть предоставлены самой больной. Опасность зараженія вышележащихъ частей здѣсь особенно велика. Неопытность во введеніи наконечника можетъ обусловить попаданіе спринцовой жидкости въ матку. Этому стараются помѣшать различнымъ образомъ. Я рекомендую большею частью вмѣсто спринцованій опять-таки вкладываніе глицериноваго тампона ежедневно одинъ разъ врачомъ, иногда послѣ предшествующаго спринцованія влагалища. Другіе рекомендуютъ глину, какъ осушающій матеріалъ и, наконецъ, въ качествѣ антагониста противъ микробовъ, дрожжи или ихъ препараты.

Все это дѣлается для того, чтобы устранить результаты острого воспаления, скопленіе секрета и чувство ссадненія.

Нѣкоторые острые эндометриты приводятъ больную къ врачу лишь вслѣдствіе этого чувства ссадненія. Для устраненія его надо поступать такъ же, какъ было указано при леченіи вульвита и вагинита.

Итакъ я резюмирую: подострыя формы эндометрита прежде всего должны быть предохранены отъ возникновенія новой инфекціи, и только по истеченіи острой стадіи и при доказанномъ отсутствіи пораженія брюшины можно приступить къ леченію внутренней поверхности матки.

Постоянно во время острого періода показано пребываніе въ постели и вслѣдствіе этого большею частью леченіе въ клиникѣ; то же самое показано и въ первое время мѣстнаго леченія. Во время всего леченія слѣдуетъ настанвать на половомъ покоѣ.

При леченіи хроническаго катаррального эндометрита слѣдуетъ прежде всего обращать вниманіе на его этиологію, чтобы добиться по возможности прочнаго излеченія; кромѣ того необходимо также соблюденіе принципа *nil nocere*. И то и другое въ разныхъ отношеніяхъ часто труднѣе, чѣмъ достиженіе временнаго излеченія эндометрита.

Причина и хроническаго эндометрита заключается чаще, чѣмъ это можно думать или точно доказать, въ гонорреѣ. Подозрительны въ этомъ отношеніи гонорройныя пятна (*maculae gonorrhoeae*) на

вульвы, появление гнойной капли из уретры и гнойный характер шеечного секрета; гораздо чаще, чѣмъ это считали раньше, въ послѣднемъ удается доказать присутствіе гонококковъ. Если это сразу не удастся, то, какъ и при уретритѣ, можно путемъ легкаго раздраженія слизистой оболочки вызвать размноженіе гонококковъ, что облегчаетъ ихъ нахожденіе. Если же и тогда не удастся обнаружить гонококковъ, то я по крайней мѣрѣ, считаю, что одновременно существующій уретритъ достаточенъ для предположенія о гонорройной инфекціи, какъ первоначальной причины заболѣванія; во всякомъ случаѣ я совѣтую подобные случаи лечить со всѣми мѣрами предосторожности, какія необходимы при доказанномъ трипперѣ.

Другія различныя причины хроническаго эндометрита также трудно установить. Туберкулезныя бациллы относительно легче найти въ маточномъ секретѣ; но о нихъ обыкновенно не думаютъ, и поэтому въ нѣкоторыхъ случаяхъ туберкулезъ матки просматривается. Путемъ культуры изъ секрета матки, какъ это я дѣлалъ раньше, мнѣ не удавалось распознать туберкулезъ матки чаще, чѣмъ это было возможно уже на основаніи изслѣдованія секрета; вѣрнымъ способомъ доказательства является прививка секрета морскимъ свинкамъ.

Другіе общепринятыя методы для распознаванія туберкулеза также должны быть, конечно, приняты въ соображеніе, дабы гарантировать правильное основаніе для леченія.

Съ двумя вышеназванными микробами приходится больше всего считаться и на этомъ мы могли бы покончить съ дифференціальной діагностикой, которая здѣсь особенно важна при леченіи; но остается довольно значительное количество случаевъ, въ которыхъ при наличности катарра никакой инфекціонной причины найти нельзя. Подобно насморку, мы и не при каждомъ эндометритѣ знаемъ возбудителя. Есть случаи, въ которыхъ, несмотря на всѣ старанія, не удастся найти возбудителя, несмотря на наше убѣжденіе въ инфекціонномъ происхожденіи болѣзни. При леченіи нужно кромѣ того имѣть въ виду, что въ извѣстномъ числѣ случаевъ эндометритъ, дѣйствительно, нельзя поставить въ связь съ инфекціей. Это главнымъ образомъ тѣ случаи, въ которыхъ анатомически имѣется вовсе не интерстиціальній эндометритъ, а железистая гиперплазія.

Съ установкой этиологій тѣсно связана предосторожность, которую я особенно долженъ подчеркнуть. Гонококкъ, вслѣдствіе нашего леченія, можетъ быть перенесенъ на брюшину; этого надо непременно избѣжать. Туберкулезный бациллъ долженъ побуждаться къ новому размноженію гипереміей, обусловленной мѣстнымъ леченіемъ.

Такимъ образомъ надлежащее леченіе хроническаго катаррального эндометрита, во всѣхъ случаяхъ, не требующихъ особенной спѣшности, слѣдуетъ начинать съ того, что стараются сперва выяснитъ этиологию, препятствуя въ то же время возникновенію новаго зараженія. Бѣда невелика, если благодаря этому на нѣкоторое время придется отсрочить леченіе. Взамѣвъ этого, во время отысканія важнаго съ этиологической точки зрѣнія возбудителя, выигрывается время полового отдыха, необходимаго въ качествѣ подготовительной мѣры для леченія половыхъ органовъ. Лучшимъ средствомъ достигнуть этого отдыха является поступленіе больной въ клинику, и хотя при видимо легкомъ заболѣваніи иной разъ не

легко добиться поступления въ клинику, все же для упорныхъ случаевъ я считаю поступленіе рѣшительно показаннымъ.

Въ теченіе перваго дня производится лишь повторное удаленіе секрета и легкое раздраженіе канала шейки путемъ впрыскиванія воды въ послѣднюю; съ маточной полостью я однако не совѣтую такъ поступать. Установивъ такимъ образомъ, какой микробъ вызвалъ заболѣваніе, приступаютъ уже къ леченію. Допустимъ, что причиной является гонококкъ; въ такомъ случаѣ, послѣ половой изоляціи, я совѣтую ничего не дѣлать въ полости матки по меньшей мѣрѣ въ теченіе трехъ недѣль. Лечить нужно только влагалищную часть, что я и считаю показаннымъ; практически дѣло сводится къ надежному очищенію влагалищной части. Послѣ тщательнаго очищенія послѣдней я считаю наиболѣе удобнымъ въ это время вкладывать глицериновые тампоны. Лишь когда явленія раздраженія исчезли, можно идти дальше; только теперь умѣстно внутриматочное прижиганіе и дезинфекція маточной полости. Надо начать съ небольшого расширенія канала шейки, для чего лучше всего пользоваться расширителями (см. выше стр. 71 и 16) толщиной до 7 или 8 мм. Послѣ того какъ расширеніе примѣнялось въ теченіе нѣсколькихъ дней и хорошо переносилось пациенткой, на что слѣдуетъ обратить особенное вниманіе, приступаютъ къ внутриматочному прижиганію. Рекомендованный Playfair'омъ зондъ для прижиганія я до сихъ поръ еще примѣняю охотнѣе, чѣмъ тонкія палочки, недавно предложенныя Sanger'омъ, или зонды Menge изъ твердаго каучука. Вполнѣ правъ Sanger, когда говоритъ, что прижигать часто не слѣдуетъ. Вначалѣ пауза должна равняться 1—2 днямъ; затѣмъ приходится ждать, пока струпу не исчезнетъ. Для этого должно пройти отъ четырехъ до восьми дней; послѣ этого можно снова повторить прижиганіе нѣсколько дней подрядъ и потомъ опять выждать, пока исчезнетъ струпу. Чѣмъ больше можно затянуть леченіе, тѣмъ результатъ лучше. Пока секретъ матки не станетъ вполнѣ прозрачнымъ послѣ отдѣленія струпа отъ послѣдняго прижиганія, до тѣхъ поръ больная не можетъ считаться излеченной. Но и тогда слѣдуетъ строго внушить больной, немедленно же явиться для леченія при малѣйшемъ появленіи новаго гнойнаго катарра. Въ качествѣ прижигающаго средства я все еще охотнѣе всего пользуюсь 30—50% растворомъ хлористаго цинка; я начинаю съ болѣе сильныхъ растворовъ и постепенно перехожу къ болѣе слабымъ; изъ современныхъ препаратовъ, обладающихъ специфическимъ противогонорройнымъ дѣйствіемъ, наилучшій, повидимому, протарголъ. Несмотря на это, я все же остался вѣренъ хлористому цинку; такъ какъ. благодаря послѣднему, я наблюдалъ обыкновенно полное излеченіе, при отсутствіи недостатковъ препарата. Для всѣхъ остальныхъ случаевъ хлористый цинкъ я считаю болѣе полезнымъ, чѣмъ растворъ формальдегида Menge.

Продолжительное время, необходимое для излеченія пациентки, должно быть использовано мужемъ для излеченія своего стараго, но продолжающаго существовать триппера. Здѣсь встрѣчаются довольно большія затрудненія, такъ какъ ни одинъ симптомъ не указываетъ мужу на остатки его гонорреи или, правильнѣе говоря, на его хроническую гоноррею. Лишь утренняя моча содержитъ трипперныя нити, и поэтому мужъ долженъ лечиться! Ясно, что лишь серьезное увѣщаніе со стороны врача можетъ побудить больного подвергнуться

лечению, и коллеги, занимающиеся заболѣваніями мужскихъ половыхъ органовъ, знаютъ, какъ скоро слабѣетъ рѣшеніе, принятое послѣ серьезнаго увѣщанія; пациентъ исчезаетъ, считая себя выздоровѣвшимъ, и—грѣшитъ снова, чтобы сдѣлать иллюзорнымъ результатъ леченія, полученный гинекологомъ у жены. Последняя, вполнѣ оправившись и не представляя больше никакихъ симптомовъ, но истеченіи нѣсколькихъ дней получаетъ снова свѣжую гоноррею!

Примѣненное средство совершенно неповинно въ неудачѣ; лишь вслѣдствіе триппера мужа всѣ благопріятные результаты свелись къ нулю. Вполнѣ понятно поэтому, если послѣ подобныхъ напрасныхъ попытокъ приходится отказываться отъ анатомическаго излеченія гонорройнаго эндометрита и искать идеаль подобной терапіи въ сносномъ самочувствіи обоихъ супруговъ. Къ этому взгляду я иной разъ прихожу а priori. Сообщение домашняго врача о прежней жизни и теперешнихъ наклонностяхъ мужа въ этомъ отношеніи такъ же важны, какъ и недовольство мужа по поводу слишкомъ долго длящагося леченія его жены; часто однако не требуется ни того, ни другого, чтобы на основаніи общечеловѣческаго опыта понять, что длительное излеченіе гонорреи въ данномъ случаѣ невозможно. Тогда приходится примѣнять палліативное леченіе. Для пациентки удобнѣ всего, если она во время своего утренняго и вечерняго туалета будетъ производить изъ ирригатора влагаліщныя спринцованія съ добавленіемъ къ послѣднимъ вяжущихъ средствъ; изъ послѣднихъ лучше всего примѣнять квасцы или соли цинка, такъ какъ они не оставляютъ пятенъ на бѣльѣ и не ядовиты; но и другіе препараты, удовлетворяющіе этимъ условіямъ, годны для этой цѣли, напр. *zincum sulfocarbolicum*, карболовая кислота, ливоль и т. п. Концентрація не должна быть крѣпкой; маленькую чайную ложечку соли растворяютъ въ горячей водѣ и добавляют этотъ растворъ къ литру воды; этимъ можно иной разъ оказать женщинѣ такую пользу, что она рѣдко нуждается въ дальнѣйшемъ вмѣшательствѣ; часто однако послѣднее все же необходимо. Тѣмъ пациенткамъ, которыя желаютъ сами себя лечить влагаліщными спринцованіями, слѣдуетъ сказать, что при всѣхъ усиленіяхъ катарральныхъ явленій онѣ должны подвергнуться мѣстному леченію. Если подобная пациентка приходитъ въ амбулаторію, то лучше всего ее лечить глицериновыми тампонами; это быстрѣ всего устраняетъ тягостное для больныхъ ощущеніе жженія въ наружныхъ половыхъ частяхъ и благодаря скорой помощи легче всего приучить женщину къ терпѣнію, пока все не придетъ въ порядокъ. Здѣсь такимъ образомъ палліативное леченіе состоитъ въ томъ, чтобы устранить у женщины неприятныя явленія и вовсе не заботиться о лежащемъ въ основѣ заболѣваніи. Несомнѣнно, что этотъ способъ леченія въ смыслѣ полученія прочнаго результата оставляетъ желать многого, почему и пытаются постоянно найти средства и пути, которые обезпечили бы больнымъ излеченіе на болѣе продолжительное время; я съ своей стороны, конечно, раздѣляю это желаніе, но я еще больше стремлюсь къ устраненію несчастныхъ случаевъ на почвѣ леченія. Чтобы понять по существу эти терапевтическія стремленія, слѣдуетъ всегда имѣть предъ глазами анатомическій процессъ заживленія: излеченіе катарра возможно легко, но нельзя избѣгать рецидива, такъ какъ тотъ же самый заразный возбудитель продолжаетъ снова оказывать вліяніе и притомъ съ неизмѣнной частотой. Съ этимъ



можно бороться лишь тѣмъ, что слизистую оболочку матки настолько измѣняютъ, такъ чтобы гоноккоккъ не могъ больше оказаться опаснымъ; для этого производится прижиганіе слизистой оболочки, ведущее къ рѣзкому сморщиванію эндометрія, послѣднее однако не должно быть настолько сильнымъ, чтобы вслѣдствіе этого прекратилась менструація. Это можетъ быть достигнуто различными средствами, но прежде, чѣмъ примѣнять ихъ, надо всегда предварительно устранить острые симптомы. Въ подобныхъ случаяхъ, подлежащихъ въ извѣстномъ смыслѣ еще болѣе основательному лечению, я поступаю паллиативно такимъ образомъ, что въ первые 8 дней лечу половыя части вполнѣ индифферентными средствами, охотнѣе всего путемъ вкладыванія тампоновъ съ глицериномъ. Послѣ того, какъ это продѣлано извѣстное время и я убѣдился, что острые явленія устранены, я прижигаю эндометрій 50% растворомъ хлористаго цинка въ теченіе 4-хъ дней подрядъ; затѣмъ я выжидаю 2—3 дня и начинаю снова прижиганія, пока еще не сошелъ струпъ; послѣ 4-хъ дней прижиганія опять слѣдуетъ пауза въ нѣсколько дней, затѣмъ снова прижиганіе, послѣ котораго я предоставляю уже больную ея собственной судьбѣ. Благодаря такому образу дѣйствій я получилъ очень хорошіе результаты и полагаю, что съ тѣхъ поръ какъ я сталъ остороженъ въ начальномъ періодѣ лечения, я ни разу даже въ амбулаторіи не видѣлъ острыхъ явленій раздраженія. Здѣсь также имѣются еще болѣе сильныя средства, какъ, напр., въ особенности интенсивное прижиганіе гальванокаустическимъ фарфоровымъ прижигателемъ и предложенное многими примѣненіе текучаго водяного пара. Для меня однако не подлежитъ сомнѣнію, что случаи, въ которыхъ ради катаррального эндометрита приходится прибѣгать къ такому разрушенію, встрѣчаются очень рѣдко и наблюдаются преимущественно въ большихъ городахъ (какъ я это видѣлъ въ Берлинѣ или въ Гаагѣ и какъ это описалъ Dumontpallier въ Парижѣ); если тамъ лица, подвергающіяся постоянной перелойной инфекціи, примѣняютъ извѣстныя мѣры предосторожности, то имъ удается довольно сносно избѣжать этихъ половыхъ опасностей; если же мѣры не принимаются, или имѣется особая склонность къ воспріятію инфекціи, то ничего другого не остается, какъ разрушеніе слизистой оболочки. Въ своей прежней дѣятельности я многократно примѣнялъ способъ Dumontpallier — вкладываніе 33% хлоръ-цинковой пасты въ матку; въ послѣдніе годы я этого способа больше не примѣняю и полагаю, что это зависитъ либо отъ другой публички, либо отъ другого отношенія со стороны больныхъ. Если кому-нибудь приходится лечить катарръ, не поддающійся никакой терапіи, то тогда можно примѣнить этотъ способъ, ведущій впрочемъ къ полному нарушенію функцій эндометрія. Способъ этотъ по своей техникѣ очень простъ: обнажаютъ влагалищную часть, дезинфицируютъ ее, расширяютъ шейку до 6 мм., вкладываютъ толстую и твердую палочку въ маточную полость и фиксируютъ палочку тампономъ, который удаляютъ по истеченіи приблизительно 24 часовъ. Боли наступаютъ въ теченіе первыхъ 24 часовъ, но ихъ легко ослабить морфіемъ; дальнѣйшаго леченія не требуется; пациентка остается въ постели пока не выдѣлится слѣпокъ маточной полости, послѣ чего она можетъ быть отпущена выздоровѣвшей, такъ какъ она лишилась канала матки.

Хотя я и не могу рекомендовать этотъ способъ въ качествѣ

обычного метода, все же я считаю его подходящимъ въ извѣстныхъ случаяхъ.

Такъ какъ я не считаю возможнымъ привести здѣсь всѣ предложенныя и употребляющіяся методы другихъ авторовъ, то я ограничиваюсь лишь указаніемъ на терапію, примѣняемую мною лично при тѣхъ формахъ перелойнаго эндометрита, леченіемъ которыхъ еще стоитъ заняться, и при которыхъ еще можно надѣяться съ нѣкоторой увѣренностью предотвратить новую инфекцію, я рекомендую болѣе продолжительное и серьезное леченіе, дополняющее приведеніе къ анатомическому излеченію. Терапія заключается въ расширеніи канала шейки послѣ исчезновенія явленій свѣжаго раздраженія и въ прижиганіи маточной полости хлористымъ цинкомъ съ продолжительными наузами, при устраненіи всего, что можетъ повести къ разрушенію слизистой оболочки. Во всѣхъ другихъ случаяхъ хроническаго перелойнаго эндометрита я считаю возможнымъ ограничиться лишь тѣмъ, что рекомендую больной въ качествѣ палліатива самой производить дезинфицирующія или вяжущія влагалищныя спринцеванія, одновременно совѣтую при каждомъ обостреніи немедленно же снова подвергнуться леченію. Лишь если этотъ осторожный способъ совершенно не помогаетъ, я рекомендую при леченіи такъ прижечь эндометрій, чтобы атрофированная слизистая оболочка не могла легко снова подвергнуться зараженію; если, наконецъ. и это не помогаетъ, то приходится подумать о разрушеніи эндометрія.

Техника вышеупомянутыхъ влагалищныхъ спринцеваній, которая больная должна сама себѣ производить, заключается въ томъ, что пациентка ложится, подкладываетъ подъ себя судно и вводитъ на 2—3 стм. во влагалище каучуковый наконечникъ ирригатора, послѣ чего открываетъ кранъ ирригатора, приподнятаго на 20 стм. Дѣйствіе сказывается въ томъ, что слизь механически и притомъ основательно вымывается, и особенно въ томъ, что во влагалищѣ остается часть вяжущаго или свертывающаго лекарства.

Я остановился нѣсколько болѣе подробно на описаніи перелойнаго катарра, во-первыхъ, потому, что эта форма катарра, требующая нашей помощи, встрѣчается дѣйствительно чаще всего, и, во-вторыхъ, потому, что другія формы лечатся по тѣмъ же принципамъ, за исключеніемъ, быть можетъ, одной только туберкулезной формы. При остальныхъ катарральныхъ эндометритахъ приходится также прежде всего выждать окончанія острой стадіи, чтобы во время этого индифферентнаго леченія болѣе ориентироваться относительно этиологіи. Если всѣ явленія свѣжаго раздраженія прекратились, то начинается мѣстная терапія, которая во всѣхъ случаяхъ стремится къ возможно радикальному излеченію; отъ этого стремленія я уклоняюсь лишь тогда, если послѣ первоначальнаго излеченія больная снова приходитъ съ тѣмъ же самымъ катарромъ; это меня клинически убѣждаетъ въ томъ, что причиною здѣсь является все-таки перелой; анамнезу я при этомъ не придаю никакого значенія; если при началѣ леченія мужъ больной мнѣ прямо заявляетъ о своемъ перелое, а у жены я уже не могу найти никакихъ слѣдовъ триппера, то я рассматриваю этотъ случай, какъ послѣ-перелойный, надолго излеченный и относительно благоприятный. Диагностировать здѣсь съ увѣренностью перелойный бракъ былъ бы иногда несправедливо и вмѣстѣ съ тѣмъ могло бы напрасно довести много мужа до отчаянія.

Чѣмъ больше, конечно, у меня данныхъ считать бракъ перелойнымъ, тѣмъ осторожнѣе я въ своемъ предсказаніи и леченіи. Въмѣсто хлористаго цинка я охотно употребляю въ такихъ случаяхъ іодную настойку или болѣе современной алкоголь, которому можно приписать добрую долю лечебнаго вліянія іодной настойки; напротивъ, тѣ случаи, которые многократно рецидивируютъ, я лечу такъ же, какъ перелойные. Я не дѣлаю больше ничего радикальнаго, стараясь лишь всѣми способами палліативно улучшить самые непріятные симптомы. При этомъ можно довольно увѣренно надѣяться на длительное излеченіе, если можно съ достовѣрностью исключить перелой.

При туберкулезномъ воспаленіи матки изъ мѣстныхъ средствъ я примѣняю іодоформъ либо въ формѣ влагалитическихъ тампоновъ, смоченныхъ въ іодоформъ-глицеринъ, либо въ формѣ палочекъ изъ іодоформа и трагаканта, вводимыхъ въ маточную полость. Экстирпацию матки я отвергаю, такъ какъ мы знаемъ, что въ большинствѣ случаевъ заболѣваніе лишь вторичнаго происхожденія. Главное вниманіе здѣсь слѣдуетъ обратить на общее леченіе; вырыскиваніе туберкулина R., удаленіе изъ туберкулезной среды, продолжительное пребываніе въ легочной санаторіи, назначенныя своевременно и на долгое время, излечиваютъ иной разъ и отчаянный случай.

Наибольшія затрудненія представляются при осложненіи эндометрита заболѣваніемъ трубъ; послѣднее является непреодолимымъ препятствіемъ для мѣстнаго леченія эндометрита и я всегда совѣтую привести раньше трубы въ нормальное состояніе, прежде чѣмъ приступить къ леченію эндометрия. Даже и при замѣтномъ уменьшеніи объема трубъ надо быть очень осторожнымъ съ началомъ мѣстной терапіи, ибо тазовой перитонитъ очень легко возобновляется, а это осложненіе, надо помнить, является указаніемъ, что устраненіе новой инфекціи на будущее время невозможно. Поэтому при подобныхъ обстоятельствахъ я не совѣтую поступать слишкомъ радикально; если же хотятъ ограничиться палліативами, то уже а priori ясно, что всѣ рѣшительныя и опасныя мѣропріятія должны быть оставлены.

При наличности заболѣванія трубъ Aulhorn недавно рекомендовалъ внутриматочныя вырыскиванія не только для леченія катарра тѣла матки, но и для леченія сальпингита. Его намѣреніе заключается въ томъ, чтобы часть вырыскиваемой жидкости попала бы и въ трубу. Въ качествѣ инъекціоннаго средства онъ употребляетъ 2% растворъ аргентамина. Первые вырыскиванія производятся въ обстановкѣ клиническаго леченія, послѣднія отчасти амбулаторно. Количество вырыскиваемой жидкости составляли въ началѣ 1 куб. см.

Окончательно высказаться по поводу даннаго способа я еще не считаю возможнымъ. Во всякомъ случаѣ для практики я считаю показанной большую осторожность.

Никогда не должно производить выскабливанія матки по поводу катаррального эндометрита, главнымъ симптомомъ котораго являются выдѣленія.

## 2. Лечение маточныхъ кровотеченій, зависящихъ отъ эндометрія.

Этотъ отдѣлъ терапіи въ настоящее время сталъ особенно затруднительнымъ. Нѣкоторые успѣхи, достигнутые несомнѣнно въ прошломъ и въ настоящемъ, находятся, повидимому, въ противорѣ-

чи съ теоріей, получившей всеобщее признаніе вслѣдствіе правильнаго объясненія ею нѣкоторыхъ неудачъ.

Современное ученіе объ эндометритѣ, формулированное Hirschmann'омъ и Adler'омъ, установило въ практикѣ извѣстную путаницу; это ученіе внесло вполне основательно извѣстный процессъ противъ бесполезнаго примѣненія кюретки, но вмѣстѣ съ тѣмъ оно напрасно отрицаетъ измѣненія эндометрія, какъ причину кровотеченія. Чаще правда, чѣмъ это принято думать, маточное кровотеченіе обусловливается незамѣтно перенесеннымъ или скрываемымъ выкидышемъ. Застрявшія ворсины хоріона вызываютъ кровотеченія и лишь полное ихъ удаленіе приводитъ къ излеченію. Неточное микроскопическое изслѣдованіе или еще чаще отсутствіе послѣдняго приводитъ практикующаго врача къ діагнозу—эндометритъ, тогда какъ въ дѣйствительности имѣется дѣло съ задержкой ворсинъ хоріона.

Со времени Hirschmann'a и Adler'a затруднилась однако патологическая классификація другихъ маточныхъ кровотеченій, при которыхъ общимъ критеріемъ является то, что кромѣ эндометрія нигдѣ не имѣется очень замѣтныхъ измѣненій, вслѣдствіе чего и методы леченія этихъ кровотеченій стали колебаться. Кровотеченіе изъ матки вслѣдствіе аномаліи общаго состоянія, напр. при гемофиліи, требуетъ другаго леченія, чѣмъ при нахожденіи аденоматознаго полипа въ тѣлѣ матки, и оба, въ свою очередь, лечатся не такъ, какъ маточное кровотеченіе, обусловленное злокачественною опухолью яичника.

Врачъ, интересующійся особенно терапіей маточныхъ кровотеченій, долженъ въ виду этого раньше всего постараться узнать причину и на первомъ планѣ устранить послѣднюю.

Проведеніе этого рациональнаго лечебнаго принципа встрѣчается однако на практикѣ съ большими затрудненіями, кроющимися большею частью въ гинекологической діагностикѣ; опухоль придатковъ часто просматривается, если же ее находятъ, то болѣе точному діагнозу ея придается мало значенія.

Здѣсь я совѣтую внести практической коррективъ; слѣдуетъ постараться выяснить причину патологически усилившагося маточнаго кровотеченія и затѣмъ устранить ее.

Благодаря этому ученію Hirschmann'a и Adler'a сводится къ факту, который несомнѣнно важенъ: вслѣдствіе періодическихъ процессовъ овуляціи происходятъ періодическія измѣненія въ эндометріи, могущія по своему сходству дать поводъ къ смѣшенію съ заболѣваніями. Но подобнаго рода измѣненія въ эндометрії наблюдаются и первично и характеризуются тогда тѣмъ, что они существуютъ независимо отъ овуляціи; они обусловливаются даже заболѣваніями маточной стѣнки, яичниковъ и трубъ.

При злокачественныхъ опухоляхъ яичника дѣло обстоитъ очень просто: ихъ слѣдуетъ удалить вмѣстѣ съ маткой.

При гемофиліи стараются улучшить общія разстройства.

Если въ подобныхъ случаяхъ изслѣдовать микроскопически эндометрій, то и послѣдній находятъ измѣненнымъ; здѣсь не входитъ въ мою задачу обсужденіе значенія подобныхъ измѣненій; я тутъ лишь ограничусь констатированіемъ трудности въ опредѣленіи этихъ измѣненій.

Но кромѣ того имѣются и другія причины маточныхъ кровоте-

ченій, изъ нихъ самыя извѣстныя, это измѣненія въ трубахъ и яичникахъ, вызываемыя хроническими зараженіемъ и раздраженіемъ. Слизистая оболочка матки обнаруживаетъ при этомъ также уклоненія, выражающіяся либо въ интерстиціальныхъ хроническихъ воспаленіяхъ, которыя объясняются зараженіемъ какъ трубъ, такъ и эндометрія, либо въ измѣненіяхъ железистаго аппарата, которыя описывались раньше какъ *endometritis glandularis*, а теперь рассматриваются какъ одна изъ стадій менструальныхъ измѣненій слизистой оболочки матки; при длительности однако этихъ измѣненій, т. е. если ихъ всегда находятъ независимо отъ стадіи мѣсячныхъ—эти измѣненія слѣдуетъ считать заболѣваніемъ—железистой гиперплазіей. До сихъ поръ склонны были усматривать причину кровотеченія въ измѣненіяхъ одного лишь эндометрія и соотвѣтственно съ этимъ примѣняли и лечение, нерѣдко впрочемъ съ успѣхомъ; теперь намъ извѣстно, что заболѣванія могутъ заключаться въ измѣненіяхъ придатковъ, почему и лечение лучше направить на послѣдніе.

Измѣненія эндометрія являются признакомъ того, что матка была заражена еще до заболѣванія яичника, слѣдовательно, были еще до болѣзни послѣдняго, либо эти измѣненія являются слѣдствіемъ заболѣванія яичниковъ.

Въ зависимости отъ причины заболѣванія и патологическаго толкованія проводится и лечение.

Но, помимо этого, при маточныхъ кровотеченіяхъ слѣдуетъ подумать о возможности злокачественнаго измѣненія въ эндометрії. Узнать это можно только съ помощью микроскопа, для каковой цѣли матеріаль нужно добыть кюреткой; приходится, слѣдовательно, оперировать уже ради одного лишь діагноза.

Наконецъ, эта операція можетъ быть полезна, даже если матка и не является причиной кровотеченій, а ея измѣненія вторичнаго происхожденія.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній я попытаюсь изложить лечение маточныхъ кровотеченій.

Лечение маточныхъ кровотеченій проводится въ практикѣ, къ сожалѣнію, еще всегда на основаніи нецѣлесообразныхъ принциповъ, руководящихся лишь вкусами публики, но не стремящихся къ излеченію самой болѣзни. Я всегда ужасаюсь при чтеніи о какомъ-нибудь новомъ средствѣ, обещающемъ вѣрное излеченіе отъ маточныхъ кровотеченій. Это большею частью невинное заблужденіе фабрикантовъ; но, къ сожалѣнію, иной неопытный врачъ можетъ увлечься попыткой лекарственнаго леченія маточныхъ кровотеченій, не установивъ причины этихъ послѣднихъ. Между тѣмъ, первое условіе при леченіи маточныхъ кровотеченій заключается въ томъ, что надо установить анатомическій характеръ лежащаго въ основѣ заболѣванія; только тогда возможно успѣшное леченіе. Слѣдовательно, прежде всего надо внимательно позислѣдовать больную. Второе положеніе сводится къ тому, что почти всѣ болѣе сильныя или часто повторяющіяся маточныя кровотеченія требуютъ мѣстнаго леченія, если они должны быть остановлены быстро и надежно.

Проще всего представляются отношенія у дѣвственныхъ больныхъ, ищущихъ нашей помощи вслѣдствіе сильныхъ кровотеченій. При попыткѣ ориентироваться въ характерѣ кровотеченія мы узнаемъ, что иной разъ не столько сила кровотеченія, сколько

продолжительное выделение окрашенной кровью слизи обратило на себя внимание больной. Исследование половых частей, производимое вследствие девственности через прямую кишку, не обнаруживает никаких осязательных изменений; выделение крови слѣдует отнести на счетъ эндометрія. Если установить наблюдение за подобными больными, то оказывается, что у нихъ выделяется буроватая, гесп. красная слизь, вызывающая опасенія не вследствие большого количества крови примѣшеннаго къ слизи, а лишь продолжительностью выделенія. При этомъ бываетъ нарушено и общее состояніе; молодыя дѣвушки выглядятъ блѣдными и истощенными; онѣ легко падаютъ въ обморокъ, нервозны и неспособны къ серьезной работѣ. Всѣ эти явленія раньше относили къ хлорозу и соотвѣтственно съ этимъ лечили довольно успѣшно различнаго рода укрѣпляющими средствами. По современнымъ возрѣніямъ мы не имѣемъ здѣсь дѣла ни съ хлорозомъ и послѣдовательными маточными кровотечениями, ни съ обѣднѣніемъ кровью на почвѣ маточныхъ кровотеченій; для этого явленія со стороны другихъ органовъ слишкомъ незначительны, гесп. количество теряемой крови весьма невелико. Точно также и содержаніе гемоглобина и количество эритроцитовъ замѣтно не уменьшено. Мы имѣемъ, напротивъ, дѣло съ плохимъ развитіемъ у этихъ дѣвушекъ и съ разстройствомъ на почвѣ созрѣванія; начинается овуляція и, какъ результатъ ея, появляется мѣсячное кровотеченіе. Слѣдуетъ только принять во вниманіе, что собственно съ наступленіемъ половой зрѣлости должно бы послѣдовать зачатіе. Начинаящаяся функція яичниковъ съ общими тѣлесными измѣненіями оказываетъ извѣстное влияніе на организмъ; обусловленное нашими культурными отношеніями отсутствіе оплодотворенія не проходитъ безваказанно особенно при плохомъ предрасположеніи. Здоровая нервами дѣвушка при воспитаніи которой все было направлено на то, чтобы отвлечь ея мысли отъ функціи половыхъ органовъ, побѣждаетъ бессознательныя раздраженія, исходящія изъ функционирующихъ половыхъ органовъ тѣмъ скорѣе, что незначительныя тягостныя ощущенія, при отсутствіи соприкосновенія съ мужскими индивидами, устраняются при покоѣ въ кровати или на кушеткѣ. Благоразуміе разсудительной дѣвушки постепенно подсказываетъ ей по возможности меньше обращать вниманіе на эти процессы и связанная съ ними ощущенія. Громадному большинству дѣвушекъ удается установить у себя сносное равновѣсіе и обойтись безъ серьезныхъ разстройствъ въ періодѣ начала половой зрѣлости. На появленіе мѣсячныхъ реагируютъ иначе лишь тѣ индивиды, у которыхъ имѣется либо слабое тѣлосложеніе и нервная система которыхъ вследствие этого находится въ состояніи пониженной сопротивляемости, либо у тѣхъ лицъ, у которыхъ воспитаніе недостаточно отвлекало вниманіе отъ половыхъ органовъ, либо вследствие возбужденій на почвѣ болѣе интимнаго соприкосновенія съ мужскими индивидами, либо вследствие особенной чувственности. Чѣмъ больше прошло времени отъ момента появленія регуль, тѣмъ скорѣе можно надѣяться на восстановленіе равновѣсія; если же это не произошло, то нервная система реагируетъ извѣстными «нервными» симптомами и матка выделяетъ больше секрета вследствие ненормальной силы раздраженія, исходящаго у легко возбудимой дѣвушки изъ функционирующихъ половыхъ органовъ. Иногда при этомъ находятъ увеличеніе яичниковъ,

въ которомъ слѣдуетъ искать анатомическое объясненіе для кровотоchenій. На увеличеніе секрета обращается мало вниманія, пока дѣло идетъ лишь о слизистой жидкости; но какъ только къ послѣдней примѣшивается кровь, наступаетъ извѣстное безпокойство. Я наблюдалъ подобнаго рода дѣвушекъ, у которыхъ потеря крови была на самомъ дѣлѣ минимальной; продолжительность буровой окраски секрета полового канала возбуждало, однако, тревогу у окружающихъ больную, передававшаяся, наконецъ, и ей самой.

Эти случаи и теперь лучше всего лечить отвлеченіемъ ~~вниманія~~ больныхъ отъ половыхъ органовъ. Тутъ лучше указать на общее заболѣваніе, обуславливающее мѣстное измѣненіе въ половыхъ частяхъ; тогда публику легче убѣдить въ необходимости подвергнуться общему леченію, оставляя на заднемъ планѣ мѣстное леченіе. На вопросъ, почему я это обсуждаю въ главѣ о хроническомъ эндометритѣ, можно отвѣтить тѣмъ, что маточный симптомокомплексъ—появленіе кровавистаго выдѣленія въ сочетаніи съ болями—допускаетъ прямо предположеніе о маточной болѣзни и въ особенности его сходство съ симптомокомплексомъ при дѣйствительномъ эндометритѣ.

Общая терапія должна здѣсь выразиться въ закаливаніи тѣла путемъ тѣлесныхъ упражненій, гимнастики, разнаго рода спорта, но прежде всего въ отвлеченіи вниманія отъ половыхъ органовъ. Это вполне возможно при регулярномъ пребываніи на какомъ-либо хорошо устроенномъ курортѣ и достигаемый успѣхъ объясняется, вѣроятно, не столько составомъ воды, служащей для ваннъ или назначаемой для нитя, сколько діететическими предписаніями, съ которыми приходится считаться при леченіи въ курортѣ. Только очень рѣдко я считаю показанной мѣстную терапію при этихъ эндометритахъ у дѣвственницъ и то лишь тогда, когда общее леченіе не привело къ цѣли и наступила объективная анемія, въ особенности же если діететическое леченіе и болѣе продолжительное употребленіе препаратовъ желѣза или тоническихъ средствъ не дало никакого успѣха; мѣстное леченіе показано также, если къ усиленному кровоотдѣленію присоединяются еще сильныя боли, слѣдовательно, если при метроррагіи имѣется и дисменоррея. Примѣненіе мѣстной терапіи будетъ, конечно, зависѣть отъ интенсивности болей. Обстоятельства обычно складываются для этого очень просто. При небольшихъ степеняхъ дисменорреи у дѣвственныхъ пациентокъ обращаются за совѣтомъ не къ гинекологу, а къ домашнему врачу. Ислѣдованіе половыхъ частей требуется и производится болѣе частью лишь тогда, когда симптомы очень тягостны, и тогда слѣдуетъ въ большинствѣ случаевъ рекомендовать также и мѣстное леченіе.

Послѣднее примѣняется разными авторами въ самой разнообразной формѣ. Большое различіе лучше всего указываетъ, что излеченіе достигается здѣсь безъ особаго труда. Я обычно расширяю шейку ламнаріей и по истеченіи двѣнадцати часовъ удаляю разбухшую палочку, чтобы выскабливаніемъ удалить слизистую оболочку матки; затѣмъ въ послѣдующіе 14 дней я впрыскиваю ежедневно іодную настойку, чтобы дезинфицировать и вызвать сжеваніе вновь образующейся слизистой оболочки. Вслѣдствіе связанныхъ съ метроррагіями болей я примѣняю болѣе сильное распріеніе шейки и предъ каждымъ выпрыскиваніемъ іода ввожу зонды толщиной до 6 мм. Такъ же

я поступаю, если послѣ первыхъ впрыскиваній появился сильныя колики, или если каналъ уже заранѣе былъ очень узокъ.

По окончаніи этого леченія я назначаю въ теченіе трехъ мѣсяцевъ пріемъ *Hydrastis canadensis* въ среднихъ дозахъ; возможно, что это средство дѣйствительно обладаетъ «тонизирующими» свойствами. У меня всегда получалось впечатлѣніе объ его хорошемъ вліяніи при болѣе длительномъ употребленіи послѣ выскабливанія.

Результатъ сказывается очень скоро: регулы перестаютъ быть болѣзненными и если дѣвушка вскорѣ выходитъ замужъ, то она остается здоровой и можетъ забеременѣть.

Вмѣсто этой нѣсколько продолжительной терапіи другіе предпочитаютъ примѣненіе болѣе кратковременной, напр. расширеніе канала шейки безъ выскабливанія, или выскабливаніе безъ расширенія, либо одни только спринцованія, либо электризація, массажъ или какой-нибудь другой нзъ современныхъ способовъ леченія. Отъ перваго, описаннаго мною, я видѣлъ настолько хорошіе и вѣрные результаты, что я не вижу надобности рекомендовать какой-либо другой методъ.

Но, помимо этихъ формъ меноррагій, у молодыхъ дѣвушекъ встрѣчаются еще и другія формы, при которыхъ собственно нельзя говорить о меноррагіяхъ, а лишь о слишкомъ продолжительномъ выдѣленіи нѣсколько кровянистаго секрета. Это также беспокоитъ больную, но, чаще можно думать, это явленіе есть лишь результатъ ненормальныхъ раздраженій, исходящихъ нзъ половыхъ органовъ. И здѣсь довольно часто приходится изслѣдовать половыя части, и единственное, что я при этомъ всегда нахожу, это удлиненіе малыхъ губъ и задержка секрета сальныхъ железъ этихъ частей. Я полагаю, что въ такихъ случаяхъ здѣсь часто имѣется дѣло съ ооанализмомъ, при которомъ удлиненныя малыя губы играютъ извѣстную роль; поэтому съ терапевтической точки зрѣнія я считаю важнымъ удаленіе ихъ. Я ихъ отрѣзаю, останавливаю кровотеченіе перевязкой брызжущаго маленькаго сосуда и зашиваю слизистую оболочку. И здѣсь, конечно, надо слѣдить за общимъ укрѣпленіемъ органовъ; точно также и здѣсь слѣдуетъ отвѣчать вниманіемъ пациентки отъ половыхъ частей; въ остальномъ показана также терапія, о которой упомянуто выше. Для этихъ больныхъ я считаю вреднымъ совмѣстное школьное обученіе съ мальчиками; если для нормальныхъ индивидовъ оно еще безвредно, то для несовсѣмъ нормальныхъ оно оказывается вреднымъ, причемъ ненормальность въ другихъ отношеніяхъ можетъ ничѣмъ не проявляться. Я даже считаю общее обученіе въ университетѣ не всегда безразличнымъ, хотя тамъ мы имѣемъ дѣло съ лицами болѣе взрослыми, если онѣ менѣе крѣпкаго сложенія, то отъ этого можетъ возникнуть для нихъ извѣстный вредъ, который явится объектомъ леченія для гинеколога; къ этимъ болѣзнямъ относится меноррагія.

Удаленіе одного яичника и иногда резекцію второго я совѣтую производить лишь въ томъ случаѣ, когда кровотеченія у молодыхъ дѣвушекъ, несмотря на вышеописанное леченіе, постоянно повторяются и когда ясно увеличены яичники.

Къ леченію рентгеновскими лучами я еще вернусь.

Затѣмъ наша помощь требуется еще при сильномъ увеличеніи кровоотдѣленія во время менструаціи.

Различіе между меноррагіей и метроррагіей для леченія болѣзни



не имѣетъ особеннаго значенія, хотя для діагноза имъ иногда руководствуются. Если менструальный типъ сохраненъ, то это говоритъ за яичниковое или трубное происхождение кровотечения, или за образование миомы; если кровь выдѣляется неправильно, то мы имѣемъ дѣло большею частью съ другими маточными заболѣваніями.

Эта меноррагія, разумѣется, указываетъ на заболѣваніе тѣла матки, если это заболѣваніе не распознается путемъ комбинированнаго изслѣдованія, то нужно признать, что болѣзнь локализуется въ слизистой оболочкѣ матки. Если въ тѣлѣ матки не находятъ никакихъ измѣненій, констатируемыхъ при комбинированномъ изслѣдованіи и влагалищная часть здорова, то не слѣдуетъ думать, что здѣсь никакой болѣзни не имѣется, что пациентка только вообразаетъ, что у нея кровотеченія, а нужно сознаться, что болѣзнь не была распознана при комбинированномъ изслѣдованіи и при введеніи зеркала. Здѣсь нельзя успокаивать больную назначеніемъ того или иного средства, а слѣдуетъ всячески стремиться установить діагнозъ заболѣванія.

Изслѣдованіе полости матки является обычно уже началомъ настоящаго леченія; дальнѣйшее уже зависитъ отъ силы кровотеченія. Раскрытіе матки представляетъ собою самый вѣрный способъ для распознаванія и леченія кровотеченія. Если имѣется внутриматочная миома, то она должна быть вылучена; если дѣло идетъ о задержкѣ остатковъ послѣ выкидыша, то остатки должны быть удалены. Если эндометрій «хронически воспаленъ», то, помимо выскабливанія матки, слѣдуетъ лечить эндометрій послѣдовательнымъ прижиганіемъ. Если находятъ разрошенія слизистой оболочки и микроскопъ обнаруживаетъ злокачественный характеръ ихъ, то матка должна быть удалена. Лечение маточныхъ кровотеченій, слѣдовательно, весьма различно и оно будетъ еще болѣе различаться, если мы въ случаяхъ кровотеченія при одновременномъ заболѣваніи придатковъ подумаемъ о покоѣ съ дѣлюю выжиданія, въ особенности при внѣматочной беременности и при заболѣваніи яичниковъ. При первомъ заболѣваніи никогда не слѣдуетъ дѣлать выскабливанія, при послѣднемъ слѣдуетъ непремѣнно лечить также и яичникъ.

При леченіи неправильныхъ маточныхъ кровотеченій, метроррагіи, слѣдуетъ также придерживатья этого принципа; не всегда кровотеченіе изъ матки является слѣдствиемъ заболѣванія, измѣненнаго впрочемъ, эндометрія. Часто удается распознать и эту причину, но не всегда; для исключенія злокачественнаго заболѣванія какъ причины кровотеченія, необходимо выскабливаніе матки, и въ виду того, что при типичномъ фунгозномъ эндометритѣ эта операція дала прекрасные результаты, возникъ вопросъ, не достаточно ли этой операціи вообще въ качествѣ леченія маточныхъ кровотеченій. Въ этомъ отношеніи опытъ показываетъ, что тотъ врачъ имѣетъ наилучшіе результаты, кто въ состояніи поставить по возможности правильно діагнозъ. Имѣются, дѣйствительно, формы измѣненія эндометрія, которыя должны разсматриваться, какъ причины кровотеченій. Кромѣ «фунгознаго эндометрита», при которомъ существуетъ анатомически ясное увеличеніе железъ, производящее при оцупываніи впечатлѣніе настоящихъ полиповъ, имѣются еще интерстиціальныя хроническіе эндометриты на почвѣ перелоя или другой инфекціи, ведущіе къ настоящему воспаленію эндометрія, заканчивающемуся сморщиваніемъ соединительной ткани эндометрія, что вызываетъ состояніе

застоя. Въ подобныхъ случаяхъ выскабливаніе помогаетъ, если въ стадіи возстановленія слизистой оболочки примѣнять возможно дольше прижиганіе эндометрія для образованія плотныхъ рубцовъ.

Хорошіе результаты получаются, если примѣненіе выскабливанія ограничить случаями фунгознаго эндометрита съ усиленными или неправильными кровотечениями, когда введенный въ матку палецъ ощущаетъ неровности; точно также полезно выскабливаніе въ тѣхъ случаяхъ, когда микроскопъ обнаруживаетъ процессы сморщиванія. Во всѣхъ другихъ случаяхъ неправильныхъ маточныхъ кровотеченій, какъ и усиленной менструаціи, хотя и находятъ измѣненія въ слизистой оболочкѣ, врядь ли однако послѣднія можно разсматривать, какъ первичную причину. Если полагаютъ, что здѣсь имѣется заболѣваніе яичника или трубы, то самымъ правильнымъ было бы, конечно, удаленіе этихъ органовъ, но у молодыхъ женщинъ при подобныхъ процессахъ мы боимся нервныхъ расстройствъ, сопряженныхъ съ удаленіемъ яичниковъ и, послѣ сдѣланнаго для діагноза выскабливанія, пытаемся лечить кровотечения тремя способами: 1) тѣмъ, что мы устраняемъ причину, будетъ ли то хроническое зараженіе, или продолжительное употребленіе средствъ противъ зачатія; 2) тѣмъ, что послѣ выскабливанія мы основательно прижигаемъ матку; мы надѣемся при этомъ на образованіе крѣпкихъ рубцовъ, благодаря чему будетъ достигнуто исцѣленіе, и 3) дѣйствіемъ рентгеновскихъ лучей на яичникъ. Только если всѣ эти средства не помогаютъ, приходится удалить матку, либо всю цѣликомъ, либо удаливъ всю слизистую оболочку ея.

Леченіе меноррагій, слѣдовательно, зависитъ отъ лежащаго въ основѣ заболѣванія. Какъ ни простъ этотъ принципъ, на практикѣ часто поступаютъ иначе. Я уже не говорю о томъ, что въ прежнее время при жалобахъ на усиленное кровотеченіе во время мѣсячныхъ врачи, не изслѣдуя половыхъ частей, назначали какое-нибудь внутреннее лекарство. Въ настоящее время это, конечно, больше не наблюдается; теперь гораздо чаще, чѣмъ это думаютъ или чѣмъ это желательно, происходитъ такъ, что больную изслѣдуютъ, ничего не находятъ и все же прописываютъ лекарство. Количество лекарственныхъ средствъ противъ меноррагій все еще достаточно велико, но въ ихъ дѣйствіе я все же не вѣрю, по крайней мѣрѣ, если подъ послѣднимъ подразумѣвать надежное вліяніе на количество выдѣляющейся при менструаціи крови.

При всѣхъ маточныхъ кровотеченияхъ, при которыхъ ни путемъ ощупыванія, ни путемъ осмотра не находятъ ничего существеннаго ни въ маткѣ, ни въ придаткахъ, необходимо для постановки діагноза выскабливаніе матки; послѣднее производится всегда такъ, что до примѣненія кюретки вводится палецъ въ маточную полость, чтобы не проглядѣть міому или слизистый полипъ.

Операцію я дѣлаю слѣдующимъ образомъ; лишь немного уклоняясь отъ описаннаго способа, примѣняемаго у дѣвственницъ.

Вначалѣ производится дезинфекція влагалища, влагалищной части и наружныхъ половыхъ частей, затѣмъ по обнаженіи въ Simon'овскомъ зеркалѣ влагалищной части—фиксація послѣдней, введеніе Негар'овскихъ расширителей до 8 мм; потомъ вкладывается такой же толщины ламинарія, которая фиксируется марлей. Послѣ 12—24 часовъ новая дезинфекція, наркозъ, удаленіе марли, удаленіе ламинарій и расширеніе Негар'овскими бужами до 18 мм. Для этой

щипцы (какъ и при вкладываніи ламинари) пулевые щипцы крѣпко захватываютъ въ Simon'овскомъ зеркалѣ влагалищную часть въ области передней губы. Затѣмъ вводится указательный палецъ, въ то время какъ рука находится снаружи надъ дномъ, и ощупывается внутренняя поверхность матки, чтобы узнать, не имѣются ли въ ней полипы или миомы; если таковыхъ не находятъ, то въ матку вводится большая кюретка. Одной рукой матка фиксируется при помощи пулевыхъ щипцовъ, наложенныхъ на переднюю губу; въ другой рукѣ кюретка вводится сверху до дна и выскабливаетъ сверху внизъ и въ окружности всю слизистую оболочку. Для передней и задней стѣнки пользуются большой, широкой кюреткой; затѣмъ слѣдуютъ обѣ стороны и дно, для которыхъ лучше всего примѣнять нѣсколько болѣе узкій инструментъ, которымъ и производится выскабливаніе. Добытый изъ матки матеріалъ собирается въ зеркалѣ или во влагалищѣ и тотчасъ же кладется въ фиксирующую жидкость для изслѣдованія.

~~Безъ расширенія или безъ введенія пальца я обычно лишь очень рѣдко выскабливаю. Чѣмъ чаще я вводилъ палецъ въ маточную полость, тѣмъ больше я убѣждался, какъ часто неожиданно оказывались въ маткѣ маленькіе полипы, маленькія миомы или остатки выкидыша. При помощи кюретки безъ расширенія ихъ нельзя было бы распознать; это удается лишь при введеніи пальца, вслѣдствіе чего я всегда до выскабливанія производилъ расширеніе матки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда по истеченіи 12 часовъ нельзя настолько расширить матку, чтобы ввести палецъ, я ввожу въ маточную полость для ощупыванія ея хотя бы мизинецъ.~~

Опасность выскабливанія заключается главнымъ образомъ въ инфекціи, которой слѣдуетъ, конечно, избѣгать. Другая опасность заключается въ прободеніи матки, и она уменьшается при расширеніи шейки по вышеуказанному способу. При неопытности впрочемъ можетъ произойти прободеніе шейки расширителями; если это замѣчено, то либо прекращаютъ операцію, либо все же можно осторожно выскаблить матку, обходя прободное отверстіе. Если небольшія поврежденія шейки идутъ въ соединительную ткань, то опасность не очень велика, если эти поврежденія напрасно не трогать. Точно также и опасность прободенія матки кюреткой невелика, если нанесенное поврежденіе распознано. Кюретка извлекается и больше ничего не дѣлаютъ. Плохо однако, если, не распознавъ во-время прободенія, производятъ выскабливаніе въ брюшной полости, и еще хуже, если проникаютъ черезъ прободное отверстіе въ брюшную полость корнцангомъ, которымъ извлекаютъ кишку во влагалище, какъ это, къ сожалѣнію, случилось! При приготовленіи къ выскабливанію мы должны всячески заботиться, чтобы подобные несчастные случаи и неудачи были бы избѣгнуты. Я твердо убѣжденъ, что гораздо вѣрнѣе можно избѣгать опасности прободенія, если раньше ввести въ маточную полость палецъ и лишь затѣмъ пользоваться кюреткой; во всякомъ случаѣ отъ корнцанга слѣдуетъ навсегда отказаться; я поэтому предостерегаю отъ примѣненія всѣхъ инструментовъ, построенныхъ по типу корнцанга.

При изложеніи моихъ взглядовъ на лечение кровотеченія я начну съ противопоказаній; они являются при свѣжемъ инфекціонномъ заболѣваніи и при одновременномъ участіи въ пораженіи трубъ или тазовой брюшины. Въ первомъ случаѣ пациентка большею частью

является съ жалобой на кровотечения, которыя на самомъ дѣлѣ оказываются лишь длительнымъ выдѣленіемъ секрета, оставляющаго красноватая пятна на бѣлѣ; здѣсь побуждаетъ къ леченію не слабость организма, а лишь «загрязненіе бѣлыя». Кто сразу здѣсь примѣнить кюретку, потерпитъ неудачу, ибо къ леченію очень легко присоединится припадокъ тазового перитонита, оставляющаго свои слѣды на долгое время. Если показаніе больной о томъ, что она теряетъ кровь, ввело въ заблужденіе и, помимо кровотечения, имѣется еще и острый трипперъ, то отношенія становятся болѣе затруднительными при одновременномъ заболѣваніи придатковъ и кровотечения. Здѣсь объективно констатируется ослабленіе организма женщины вслѣдствіе кровопотери, что является ближайшимъ поводомъ для вмѣшательства; послѣднее однако таитъ въ себѣ большую опасность остраго заболѣванія, либо вслѣдствіе разрыва беременной трубы при операци во время трубной беременности, либо вслѣдствіе остраго перитонита, если вмѣшательство происходитъ при наличности сальпингита. Не слѣдуетъ слишкомъ легко относиться къ этимъ двумъ возможностямъ; онѣ дѣйствительно наблюдаются довольно часто, и если подобныя предостереженія, къ сожалѣнію, снова забываются, то я считаю необходимымъ самое настойчивое подчеркиваніе достаточного часто встрѣчающейся большой опасности для жизни кровоточащей женщины вслѣдствіе выскабливанія столь, повидимому, простой операци.

Наряду съ опасностями, сопряженными съ операцией, слѣдуетъ затѣмъ знать и причину неудачъ; выскабливаніе матки считается справедливо у публики настолько простымъ и вѣрнымъ вмѣшательствомъ, что слѣдуетъ указать наряду съ непредвидѣнными опасностями также и на возможность неудачи. Послѣдняя обусловливается раньше всего невѣрнымъ диагнозомъ и, во вторыхъ, продолжающимся вліяніемъ причины, вызвавшей эндометритъ. Невѣрнымъ я считаю диагнозъ въ случаяхъ, когда кровотеченіе, приведшее къ намъ больную, имѣетъ анатомическую причину не въ воспаленіи слизистой оболочки, а въ новообразованіи; главнымъ образомъ здѣсь дѣло идетъ о подслизистой міомѣ; она легко ускользаетъ отъ диагноза и кровотеченіе тогда приписывается слизистой оболочкѣ, въ то время когда оно обусловливается лишь сидящей подъ слизистой оболочкой опухолью. Теоретически, конечно, можно возразить, что если опухоль была просмотрѣна при комбинированномъ изслѣдованіи, то введенная въ матку кюретка непременно должна ее обнаружить. Опытъ однако показалъ мнѣ, что проглядѣть такую міому дѣйствительно возможно и притомъ не только для начинающаго, но даже и для видныхъ и опытныхъ представителей нашей специальности; поэтому я обращаю особенное вниманіе на полную возможность просмотрѣть міомы, которыя выступаютъ въ видѣ полиповъ.

Второй пунктъ болѣе затруднителенъ, если объективно многого обнаружить не удастся, то причинное леченіе довольно трудно; лишь рѣдко мы узнаемъ что-нибудь вѣрное о причинѣ кровотеченій и въ этомъ кроется опасность для каждаго случая, когда, несмотря на операцию, наступаетъ рецидивъ. Въ прогнозѣ леченія и на это слѣдуетъ обратить вниманіе.

Это описаніе въ существенномъ указываетъ леченіе дѣйствительно сильныхъ кровотеченій изъ матки. Но одно выскабливаніе не можетъ помочь, если причина находится напр. въ яичникѣ.

Здѣсь въ иномъ случаѣ можно многого достигнуть путемъ устраненія вредныхъ моментовъ въ половой жизни, въ особенности если прекратить примѣненіе средствъ противъ зачатія. Въ другихъ случаяхъ при дѣйствительно серьезныхъ кровотеченияхъ вслѣдствіе небольшого кистовиднаго увеличенія яичниковъ стремятся къ разрушенію эндометрія путемъ образованія рубцовъ, выжиганія или вырѣзыванія слизистой оболочки; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, будетъ показано удаленіе матки. Въ послѣднее время въ примѣненіи рентгеновскихъ лучей въ глубину мы получили, вѣроятно, хорошее средство для леченія. Наконецъ, можно прибѣгнуть также къ кастраціи.

Эндометрій разрушается путемъ сильнаго прижиганія лучше всего 50% растворомъ хлористаго цинка съ помощью Playfair'оваго зонда или палочекъ Menge, что вызываетъ атрофію слизистой. Это послѣдовательное леченіе я произвожу 2 раза въ недѣлю и притомъ въ общемъ отъ 10 до 12 разъ. Очень часто я наблюдалъ полный успѣхъ; слизистая оболочка атрофируется.

Въ подобныхъ случаяхъ можно испробовать также и выпариваніе. Методъ этотъ, предложенный Pincus'омъ, состоитъ въ томъ, что текучій водяной паръ высокой температуры направляется на эндометрій въ теченіе одной или нѣсколькихъ минутъ.

Въ угрожающихъ случаяхъ я видѣлъ успѣхъ и отъ прижигающей пасты Dumontpallier; паста составляется изъ  $\frac{1}{3}$  хлористаго цинка и  $\frac{2}{3}$  хлѣбнаго мякиша и высушивается въ эксикаторѣ такъ, что образуется твердая палочка толщиной въ 3 мм., которая по расширеніи шейки вводится въ тѣло матки и удерживается тамъ in situ тампономъ, который по истеченіи 12—24 часовъ удаляется. Послѣ первыхъ 24—36 часовъ появляются легкія коликообразныя боли; затѣмъ наступаетъ покой и на 6-й—7-й день выдѣляется сухой сѣро-зеленый струппъ, представляющій собою кусокъ эндометрія и мускулатуры отъ  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$  см. толщиной; вслѣдствіе разрушенія эндометрія часто наступаетъ длительное прекращеніе менструаціи.

Прежде чѣмъ рѣшиться на экстирпацію матки вслѣдствіе рецидивирующихъ сильныхъ кровотеченій, можно сдѣлать попытку удалить влагалитичнымъ путемъ всю слизистую оболочку тѣла матки. Для этой цѣли вскрывается передній влагалитичный сводъ, влагалитичная часть сильно оттягивается книзу, передняя стѣнка разрѣзается кверху до дна, все тѣло матки извлекается, его внутренняя поверхность путемъ боковыхъ разрѣзовъ раскрывается, чтобы вырѣзать изъ него слизистую оболочку и снова его зашить. Я испыталъ эту операцію согласно предложенію Pfannenstiel'я; у меня получилось впечатлѣніе, что, если ужъ рѣшиться на уродующую операцію, то было бы болѣе практично удалить всю матку.

Пробовали, наконецъ, примѣнять рентгеновскіе лучи безъ всякаго выскабливанія; отъ этого я предостерегъ бы, такъ какъ выскабливаніе здѣсь намъ необходимо для установленія микроскопическаго діагноза.

Какъ-разъ при этихъ упорныхъ кровотеченияхъ въ послѣднее время дѣлали попытки лечить рентгеновскими лучами. Подъ вліяніемъ дѣйствія этихъ лучей на яичники наступаетъ атрофія послѣднихъ, охватывающая, повидимому, не «интерстиціальныя» железы, а лишь зародышевыя клѣтки; наступаетъ аменоррея безъ явленій, сопутствующихъ удаленію яичниковъ. Успѣхъ объясняется атрофіей

яичниковъ и во всѣхъ подобныхъ случаяхъ упорныхъ кровотеченій я при случайныхъ послѣдующихъ операціяхъ дѣйствительно находилъ измѣненія въ яичникахъ, каковыя впрочемъ Rankow считаетъ непостоянными.

Технику примѣненія рентгеновскихъ лучей я описалъ выше на стр. 21.

Если выскабливаніе съ послѣдующимъ прижиганіемъ или примѣненіе рентгеновскихъ лучей не помогаютъ, то показано влагалитичное удаленіе матки. Техника его будетъ описана въ отдѣлѣ маточныхъ міомъ. Точно такъ же придется поступать въ тѣхъ случаяхъ, когда яичникъ, въ качествѣ причины кровотечения можно исключить, когда въ маткѣ не находятъ никакихъ измѣненій, а равно и эндометрій не даетъ объясненія кровотечения, а между тѣмъ анемія достигла значительныхъ размѣровъ.

И здѣсь рядъ дальнѣйшихъ методовъ послѣ выскабливанія будетъ тотъ же.

Не всякое однако измѣненіе эндометрія, ведущее къ атипическимъ или типическимъ кровотечениямъ, должно одинаково лечиться оперативно; нѣкоторые случаи излечиваются путемъ устраненія вредныхъ моментовъ, другіе — внутренними средствами. Между послѣдними нѣкоторыя пользуются извѣстнымъ предпочтеніемъ, напр. *Hudrastic canadensis* и его различные дериваты. Дать критику этихъ средствъ несосвѣтъ легко; тому, кто сомнѣвается, чтобы лекарство, принятое черезъ ротъ, могло подѣйствовать какъ-разъ на слизистую оболочку матки, — слѣдуетъ привести отдѣльные результаты, которые заставятъ его повѣрить въ это. Не слѣдуетъ только назначать внутреннихъ лекарствъ безъ точнаго изслѣдованія больной, чтобы не проглядѣть какъ-нибудь начинающуюся карциному; кромѣ того никогда не слѣдуетъ назначать ихъ при серьезныхъ кровотеченияхъ. Здѣсь они такъ же мало могутъ помочь, какъ и примѣненіе при родахъ спорыни противъ кровотечения вслѣдствіе разрыва; кто понадѣется непосредственно послѣ родоразрѣшенія на это средство, тому придется нѣкоторыхъ больныхъ потерять. Если наступаетъ серьезное кровотеченіе вслѣдствіе хроническаго эндометрита, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ операціи. Точно также не слѣдуетъ долго примѣнять внутреннихъ средствъ, если, несмотря на послѣднія, кровотеченіе продолжается. Кто соблюдаетъ эти мѣры предосторожности при употребленіи внутреннихъ средствъ для леченія хроническаго эндометрита, у того во всякомъ случаѣ не получится несчастныхъ осложненій и тѣхъ случаевъ, которые излечиваются покоемъ, будутъ также легко излечены этими лекарствами.

Эти средства въ сущности вошли въ употребленіе съ той эпохи, когда гинекологическое леченіе еще было безсильно. Если у женщины было кровотеченіе, то ей назначалось діететическое леченіе, при которомъ она въ изобиліи принимала вовнутрь растительныя кислоты, избѣгая при этомъ возбуждающихъ средствъ, какъ кофе и чай, а равно и алкоголя; если это не помогало, то влагалитиче тампонировали и притомъ настолько плотно, что изъ него не могла выдѣлиться ни одна капля крови. Прежде чѣмъ перейти къ леченію пресованными губками, назначали горячія или холодныя, какъ ледъ, спринцованія влагалитича; уже большимъ шагомъ впередъ слѣдуетъ признать предложенныя С. v. Braun'омъ внутриматочныя впрыскиванія раствора полуторохлористаго желѣза. Я еще видѣлъ боль-

ныхъ съ кровоточащей полипозной маточной міомой, сдѣлавшихся крайне анемичными вслѣдствіе леченія впрыскиваніями слабого раствора полуторохлористаго желѣза! Образующіеся при этомъ свертки должны были закупорить маточный зѣвъ и такимъ образомъ остановить кровотеченіе изъ матки.

Еще съ этого времени берутъ начало внутреннія средства противъ «Endometritis haemorrhagica». Неудивительно, что теперь имъ никто не вѣритъ.

Busse недавно пытался вызвать лейкоцитозъ путемъ вырыскивания сыворотки и этимъ повысить свертываемость крови. Въ отдѣльныхъ случаяхъ онъ получилъ блестящіе результаты.

Если я тѣмъ не менѣе высказываюсь за выскабливаніе матки при кровоточеніяхъ, то это въ особенности происходитъ оттого, что благодаря этому вмѣшательству является возможность произвести гистологическій діагнозъ измѣненной слизистой оболочки; въ качествѣ послѣдовательнаго леченія иной разъ можно было бы оправдать впрыскиваніе сыворотки.

Но и при этомъ современномъ леченіи маточныхъ кровоточеній бывають неудачи. Вывають дѣйствительно случаи, въ которыхъ кровотеченіе постоянно повторяется и въ которыхъ необходимы дальнѣйшія вмѣшательства.

Леченіе должно быть такъ же осторожно при наличности въ качествѣ причины свѣжаго перелоа, какъ это описано при остромъ эндометритѣ. При одновременномъ пораженіи трубъ надо быть также очень осторожнымъ. Если пораженіе односторонне, то слѣдуетъ подумать о тубной беременности и большую надо лечить покоемъ въ постели и болѣе старыми, неоперативными методами. Лишь когда кровотеченіе значительно и вмѣстѣ съ тѣмъ даютъ себя знать явленія болѣе сильной анеміи и можетъ возникнуть подозрѣніе о внутрибрюшинномъ кровоточеніи, операція хотя и показана, но вмѣстѣ съ тѣмъ тутъ требуется самая крайняя осторожность. Я обычно здѣсь примѣняю пробный разрѣзъ брюшной полости со стороны задняго влагалищнаго свода; если въ полости брюшины найдутъ кровь, свободную или инкапсулированную, то слѣдуетъ приступить къ операціи тубной беременности. Если же въ брюшной полости нѣтъ крови и вмѣстѣ лишь дѣло со срощеніями и т. п., то слѣдуетъ проивести съ осторожностью выскабливаніе; при этомъ не слѣдуетъ сильно расширять и въ особенности сильно низводить шейку.

### 3. Лечение болей, зависящихъ отъ эндометрія.

Третьимъ рядомъ симптомовъ, зависящихъ отъ эндометрія, являются боли, которыя наступаютъ особенно при менструаціи и, слѣдовательно, относятся къ области дисменоррен.

Здѣсь также необходимо причинное леченіе.

Если имѣется половая неврастенія, гиперестевія отдѣльныхъ мѣстъ кожн живота, если причина заключается въ онанизмѣ, въ импотенціи мужа, въ продолжительномъ употребленіи средствъ противъ зачатія, то слѣдуетъ, насколько возможно, устранить эти причины.

Плохое предрасположеніе въ общемъ, и недостаточное развитіе матки въ частности требуетъ прежде всего общаго леченія; если же остается только «антефлексія подъ острымъ угломъ», то можетъ явиться показаніе для расширенія канала шейки и спрячцованія со слабо дезинфецирующей жидкостью.

Если имѣется дѣло съ тазовымъ перитонитомъ, какъ причиной болей, то слѣдуетъ стремиться къ улучшенію его по правиламъ, о которыхъ рѣчь впереди; механическое расширение матки или выскабливаніе здѣсь безусловно противопоказаны.

Въ противоположность однако этимъ случаямъ имѣются опредѣленныя, вполне своеобразныя заболѣванія, про которыя до сихъ поръ ничего болше сказать нельзя, какъ то, что самъ эндометрій крайне чувствителенъ. Я пробовалъ очень точно изслѣдовать дѣвственницъ съ дисменорреей, чтобы узнать, не поддаюсь ли я какому-нибудь самообману; самое легкое однако дотрогиваніе къ эндометрію зондомъ было очевидно весьма чувствительнымъ. Этиологически здѣсь всегда наблюдались ненормальныя раздраженія, косвенно вліявшія на половые органы, причемъ никакой инфекціи нельзя было доказать. Мнѣ случалось выскабливать въ самое разное время послѣ менструаціи и я замѣчалъ всегда, впрочемъ пока не въ большомъ числѣ случаевъ, что одинаковыя измѣненія эндометрія были находимы въ разное время (по отношенію къ менструаціи), и я, какъ правило, достигалъ излеченія. Микроскопъ показывалъ гиперплазію железъ, которую я склоненъ считать зависящей отъ раздраженій, вліяющихъ на яичникъ. Насколько здѣсь дѣло шло о функциональныхъ нарушеніяхъ или анатомическихъ измѣненіяхъ, я пока еще съ увѣренностью высказаться не могу; осязательныхъ измѣненій констатировать нельзя было. Для этихъ случаевъ дисменорройнаго эндометрита, какъ ихъ раньше называли, и железистой гиперплазіи, какъ я готовъ ихъ теперь называть, я считаю вполне показаннымъ все же выскабливаніе матки послѣ предварительнаго расширения канала шейки приблизительно до 8 мм. Для показаннаго при этихъ формахъ выскабливанія нѣтъ надобности во введеніи пальца. Этихъ пациентокъ однако надо послѣдовательно лечить въ теченіе 2—3 недѣль и притомъ лучше всего маточными спринцованіями; для этой цѣли я примѣняю 1% растворъ карболовой кислоты и катетеръ Weinhold'a.

Если усиленіе мѣсячнаго кровотеченія сочетается съ дисменорреей у дѣвственницъ, то я считаю при рѣзко выраженной степени наиболѣе вѣрнымъ пособіемъ оперативное леченіе, которое я поэтому сейчасъ же совѣтую.

Затѣмъ я наблюдалъ случаи, въ которыхъ дисменоррея появлялась послѣ выкидыша. И въ этихъ случаяхъ, для которыхъ я еще не могу дать правильнаго анатомическаго объясненія, выскабливаніе матки дало мнѣ хорошіе результаты. У этихъ пациентокъ мнѣ также удалось обнаружить измѣненіе эндометрія болшею частью воспалительно-интерстиціального характера. Благодаря выскабливанію я въ подобныхъ случаяхъ достигалъ излеченія; я полагаю, что поэтому было бы правильно подумать объ этой возможности въ случаяхъ дисменорреи послѣ выкидыша при отсутствіи какихъ бы то ни было измѣненій въ окружности матки.

При наличности одной только дисменорреи Fliess недавно указалъ на возможность ея леченія путемъ кокаинизаціи или массажа слизистой оболочки носа. Этотъ способъ очень горячо рекомендуется разными авторамп, сообщающими о блестящихъ результатахъ. Другіе врачи, наоборотъ, относятся весьма скептически къ этому предложенію. Подвергать сомнѣнію возможность успѣха, конечно, нельзя, хотя объяснить его и трудно; полной увѣренности все же имѣть



нельзя. На основании собственного опыта могу сказать, что успѣхъ большею частью замѣчается у очень нервныхъ больныхъ, у которыхъ производится смазываніе Кокаиномъ съ увѣреннымъ видомъ и подъ сильнымъ внушеніемъ. Если у подобныхъ больныхъ изслѣдовать рефлексы со стороны конъюнктивы и глотки, то на основании уменьшенія или отсутствія этихъ рефлексовъ можно допустить наличность истерической почвы. Если явленія очень серьезные, если анемія значительна вслѣдствіе одновременнаго усиленія кровотеченія, то слѣдуетъ не терять ни минуты и оперировать, если же состояніе не столь серьезно, то нужно сдѣлать попытку кокаинизаціи носа. Это больной не повредитъ, если же не поможетъ, то можно приступить къ выскабливанію.

Таковы практическіе выводы относительно кокаинизаціи, съ которыми большинство гинекологовъ могло бы согласиться.

Успѣхъ въ отношеніи дисменоррей при леченіи нервной системы или при внушеніи и кокаинизаціи носа наблюдается большею частью у нерожавшихъ; всѣ другія формы указываютъ на вышеназванныя измѣненія въ эндометріи послѣ выкидыша или въ придаткахъ матки и требуетъ поэтому соответствующаго способа мѣстнаго леченія.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что леченіе тѣхъ формъ, при которыхъ можно предполагать или при которыхъ дѣйствительно имѣются измѣненія эндометрія, существенно отличается отъ леченія тѣхъ формъ, при которыхъ имѣется лишь неврастенія. Леченіе послѣднихъ sluчайевъ относится собственно не вполне къ области специалюста-гинеколога. На практикѣ мы должны раздѣлять эти случаи отъ подлежащихъ мѣстному леченію, вслѣдствіе чего я считаю своею обязанностью указать на это различіе.

#### 4. Выводы.

Если резюмировать сказанное о леченіи эндометрита, то выводъ будетъ тотъ, что названіе эндометрита должно сохранить лишь для случаевъ интерстиціального заболѣванія эндометрія. Это катарральные процессы, характеризующіеся усиленными выдѣленіями изъ половыхъ частей. Эти случаи лечатъ не выскабливаніемъ, а прижигающими средствами и промываніями матки, а въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ разрушенію эндометрія.

До сихъ поръ называли эндометритомъ также цѣлый рядъ процессовъ, которые не могутъ быть отнесены къ области настоящаго эндометрита, если по крайней мѣрѣ считать доказанными для воспаления анатомическія измѣненія. Симптомами этихъ заболѣваній, которыя называли раньше эндометритами, являются главнымъ образомъ кровотечения въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ—боли.

При обоихъ этихъ болѣзненныхъ явленіяхъ слѣдуетъ помнить, что гораздо чаще, чѣмъ это до сихъ поръ думали, заболѣваніе локализуется не въ слизистой оболочкѣ матки, а заключается въ измѣненіяхъ стѣнки матки, въ измѣненіяхъ трубъ или яичниковъ. Чтобы установить правильное леченіе слѣдуетъ попытаться распознать причину заболѣванія, такъ какъ только въ такомъ случаѣ можно провести правильную терапію. Ориентироваться въ причинѣ заболѣванія часто на практикѣ бываетъ очень трудно. Производить выскабливаніе матки безъ разбора ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ; эта операція имѣетъ опредѣленные показанія; въ извѣстныхъ случаяхъ она совершенно излишняя и для врача чрезвычайно важно

распознавать такіе случаи, въ которыхъ она не принесетъ исцѣленія. Для рѣшенія вопроса о правильномъ леченіи эндометрія выскабливаніе большею частью показано, потому что только благодаря ему можетъ быть распознана или исключена наличность злокачественныхъ измѣненій.

Въ опредѣленныхъ случаяхъ вслѣдствіе кровотеченій должны быть удалены оба яичника и матка, въ другихъ—одна матка. При показаніи ко всѣмъ этимъ вмѣшательствамъ на маткѣ слѣдуетъ оставаться по возможности объективнымъ и установить степень кровопотери путемъ изслѣдованія гемоглобина крови и количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Точно также и при боляхъ, происходящихъ изъ матки, слѣдуетъ попытаться установить леченіе въ зависимости отъ причины. Неврастеническія формы надо отличать отъ тѣхъ, при которыхъ матка или ея окружность требуютъ мѣстнаго леченія.

## V. Лечение измѣненій положенія матки.

### 1. Предварительныя замѣчанія.

Леченіе измѣненій положенія матки предполагаетъ предварительно точное знаніе нормальнаго положенія матки. Многочисленныя изслѣдованія по этому вопросу, соединенныя въ особенности съ именемъ В. S. Schultze, привели къ почти всеобщему убѣжденію, что извѣстная подвижность матки составляетъ нормальное явленіе, и что измѣненія положенія, обусловленныя переполненіемъ сосѣднихъ органовъ или образованіемъ опухолей, считаются не имѣющими особеннаго значенія, когда послѣ удаленія этихъ причинъ матка сама по себѣ возвращается въ свое нормальное, срединное положеніе.

Только когда это уже болѣе невозможно, мы говоримъ объ измѣненіи положенія, какъ о чемъ-то болѣзненномъ. Только подобныя измѣненія подлежатъ леченію.

Послѣднее однако не всегда должно быть направлено на измѣненіе положенія; мы должны всегда имѣть въ виду, что существующее одновременно заболѣваніе въ окружности не всегда является осложненіемъ, а иногда и самой главной причиной, и что маточное заболѣваніе иногда бываетъ этиологическимъ моментомъ въ измѣненіи положенія.

Иногда измѣненіе положенія имѣетъ значеніе лишь потому, что оно указываетъ врачу на другое заболѣваніе, такъ напр. т. наз. патологическій загибъ кпереди вслѣдствіе недостаточнаго развитія матки.

Положеніе матки, обращенной кпереди, теперь признается всѣми нормой; лишь тогда, когда матка настолько фиксирована въ антефлексіи или антеверсии, что наполненіе пузыря не отклоняетъ ее кзади, лишь тогда, когда матка въ своемъ перегибѣ подъ острымъ угломъ становится негибкой, или неподвижно прилежитъ къ передней стѣнкѣ влагалища, только тогда, несмотря на то, что она направлена кпереди, положеніе ея не можетъ считаться нормальнымъ. Но заболѣваніе тогда носитъ названіе не измѣненія положенія, а параметрита, гесп. задняго периметрита или недостаточнаго развитія.

Леченіе этого измѣненія положенія находится, конечно, въ связи съ этимъ общимъ воззрѣніемъ.

На основаніи этого краткаго измѣненія ясно, что для практики

измѣненія положенія матки значительно лишились своего практическаго значенія по сравненію съ прежнимъ временемъ. Если теперь говорятъ объ измѣненіяхъ положенія матки, то подъ этимъ собственно подразумѣваютъ *retroversio* и *retroflexio uteri*, а равно и выпаденіе или выворотъ матки.

Прошло то время, когда почти каждой пациенткѣ для объясненія ея болѣзненныхъ симптомовъ сообщали, что у нея имѣется неправильное положеніе матки. Анатомическое наравленіе гинекологическаго сдѣлало невозможнымъ этотъ удобный способъ утѣшенія; количество измѣненій положенія матки, которыя еще можно разсматривать, какъ заболѣваніе, значительно уменьшилось: *retroflexio*, *retroversio*, выпаденіе и выворотъ матки—таковы еще признаваемые измѣненія положенія матки.

Съ точки зрѣнія леченія это имѣетъ большое значеніе; если при изслѣдованіи находятъ, что матка перегнута подъ острымъ угломъ впередъ, или что она уклонилась въ сторону отъ средней линіи, то этимъ еще никакого діагноза не поставлено. Напротивъ, нужно слѣдовать принципу, что діагнозъ *anteflexio* или *lateroflexio* еще не указываетъ на наличность болѣзни. Поэтому слѣдуетъ на практикѣ поставить себѣ правиломъ признавать болѣзнью лишь вышеописанныя измѣненія положенія матки; затѣмъ надо при изслѣдованіи установить положеніе матки и затѣмъ выяснитъ, какое имѣется заболѣваніе, обусловившее измѣненіе положенія.

## 2. Загибъ матки взади.

Переходя къ изложенію леченія *retroflexio—versio uteri*, я долженъ прежде всего заключить, что разницу между этими двумя положеніями я считаю не очень важной. Основа раціональнаго леченія заключается главнымъ образомъ въ установленіи могущихъ быть осложненій. Послѣднія нужно обсудить, чтобы рѣшить, являются ли они причинными моментами или слѣдствіями. Объ этомъ я еще скажу, когда будетъ рѣчь о леченіи осложненной ретрофлексіи.

При неосложненномъ измѣненіи въ положеніи матки послѣдняя сначала поднимается и притомъ лучше всего ручнымъ способомъ; введенный во влагалище палецъ приставляется противъ того мѣста, къ которому прилегаешь тѣло матки. Наружная рука медленно вдавливаютъ брюшные покровы такимъ образомъ, что она располагается на днѣ матки, отдѣленная отъ послѣдней брюшной стѣнкой. Со стороны влагалища тѣло матки отодвигается кверху; наружная рука попадаетъ на верхнюю часть задней стѣнки тѣла матки; палецъ во влагалищѣ перемѣщаютъ впередъ отъ влагалищной части и отдавливаютъ послѣднюю взади. Наружная рука тянетъ тѣло матки впередъ, пока матка не перейдетъ въ положеніе сильной антефлексіи, въ каковой она фиксируется наружной рукой и пальцемъ, отдавливающимъ влагалищную часть взади.

Теперь матка должна быть укрѣплена въ этомъ положеніи. Добиться этого однократнымъ или многократнымъ подниманіемъ можно лишь въ единичныхъ случаяхъ, слѣдовательно очень рѣдко. Въ остальныхъ случаяхъ это достигается путемъ операціи или пессаріями.

Слѣдуетъ считать большимъ прогрессомъ то, что мы теперь можемъ лечить загибы взади оперативно. Лечение пессаріями имѣло

свои большіе недостатки и теперь оно рекоменуется лишь въ видѣ исключенія.

Одно слово лишь по поводу показаній къ леченію ретрофлексіи вообще. Тутъ возникаетъ вопросъ, должны ли мы вмѣшаться при этихъ измѣненіяхъ положенія, какъ таковыхъ, или лишь при случайныхъ осложненіяхъ; должны ли мы выжидать, пока ретрофлексія не вызоветъ жалобъ, или каждую ретрофлексію слѣдуетъ немедленно лечить. В. S. Schultze и въ особенности Küstner стали принципиально на ту точку зрѣнія, что каждая ретрофлексія, независимо отъ симптомовъ, подлежитъ леченію; если явленій еще нѣтъ, то они явятся впоследствии, и съ этимъ взглядомъ приходится все болѣе и болѣе соглашаться. Это правильно уже на томъ основаніи, что врядъ ли какая либо женщина дастъ себя изслѣдовать для опредѣленія, не имѣется ли у нея ретрофлексія; женщина придетъ къ врачу лишь тогда, когда у нея имѣются какія-нибудь жалобы.

Но вмѣстѣ съ тѣмъ не слѣдуетъ преувеличивать значенія ретрофлексіи. Если къ врачу приходитъ психическая больная и у нея находятъ ретрофлексію, то устраненіемъ послѣдней нельзя еще лечить самый психозъ. Съ неврозами дѣло часто обстоитъ точно такъ же; бываютъ, правда, случаи, въ которыхъ удается путемъ леченія ретрофлексіи устранить симптомы со стороны нервной системы; но все же слѣдуетъ остерегаться общать это заранѣе. Надо воздѣйствовать лишь на измѣненіе положенія, чтобы устранить непосредственныя жалобы; будутъ ли при этомъ устранены и дальнѣйшіе симптомы, этого заранѣе нельзя знать. Неврозъ никогда не долженъ давать повода къ устраненію ретрофлексіи; послѣдняя, лишь какъ таковая, можетъ потребовать вмѣшательства.

На практикѣ условія складываются такимъ образомъ, что загибъ кзади находятъ у пациентки съ какими-либо симптомами. Здѣсь устраненіе ретрофлексіи показано принципиально.

Уже на основаніи того, что подобный вопросъ вообще ставится, можно понять, какъ трудно бываетъ опредѣленіе патологическаго значенія этого измѣненія положенія. Значеніе это станетъ однако вполне понятнымъ, если мы разберемъ особенности на отдѣльныхъ примѣрахъ. Больная спрашиваетъ у насъ совѣта по поводу сильной боли въ крестцѣ; при комбинированномъ изслѣдованіи мы находимъ загибъ матки кзади, поднимаемъ ее, и пока она правильно расположена — больная здорова. У другой пациентки тѣ же болѣзненные симптомы; она лечится такимъ же образомъ, тѣмъ не менѣе боли въ крестцѣ остаются, такъ какъ онѣ зависятъ отъ одновременнаго расслабленія брюшной стѣнки. Это осложненіе, ускользнувшее отъ вниманія, объясняетъ неудачу. Наконецъ, у третьей пациентки — тѣ же жалобы, но въ сочетаніи съ различными нервными симптомами. Механическое леченіе матки не имѣетъ никакого успѣха; жалобы на почвѣ ретрофлексіи незначительны по сравненію съ жалобами, зависящими отъ болѣзненнаго состоянія нервной системы.

Въ то время какъ въ первомъ примѣрѣ ретрофлексія непременно подлежитъ леченію, а въ третьемъ примѣрѣ леченіе не принесетъ вреда, существуютъ другіе случаи, въ которыхъ ретрофлексія дѣйствительно должна быть оставлена въ покоѣ. Это относится въ особенности къ маткамъ незадолго до или послѣ климактерія. Матка неразвита или подвергающаяся обратному развитію, даже если она расположена неправильно, не вызываетъ никакихъ симптомовъ, а потому и не требуетъ никакого леченія.

Существуютъ впрочемъ исключенія, но она очень рѣдки. Я вспоминаю, напр., 10-лѣтнюю дочь одной истерической пациентки; странная поза ребенка при ходьбѣ побудила мать обратиться ко мнѣ за совѣтомъ. Лишь неохотно я приступилъ къ изслѣдованію половыхъ частей и рег гестамъ могъ констатировать значительную ретрофлексію уже довольно большой матки. Поднятіе послѣдней устранило неправильную походку, пока матка оставалась въ правильномъ положеніи.

Въ общемъ однако я исключаю лечение ретрофлексіи до наступленія зрѣлости и послѣ климактеріи.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ я лечу ретрофлексію также и у неврастеническихъ женщинъ; я однако очень остороженъ относительно обнадеживанія въ излеченіи неврастенія путемъ устраненія ретрофлексіи.

Точно также нельзя утверждать, что загибъ кзади всегда вызываетъ жалобы.

Извѣстную часть нашей дѣятельности относятъ къ области внушенія; это будетъ особенно понятно тому, кто, получивъ въ результатъ произведенной операціи неудачу, тѣмъ не менѣе излечиваетъ больную, возвращая ей полное ощущеніе здоровья. Иной разъ загибъ кзади, несмотря на операцію, все же возобновился, тѣмъ не менѣе больная чувствуетъ себя вполне удовлетворительно и благодарна своему врачу за «блестящее излеченіе», пока она по какой-нибудь случайной причинѣ не обратится за совѣтомъ къ другому врачу. Послѣдній обнаруживаетъ рецидивъ ретрофлексіи и считаетъ себя обязаннымъ сообщить объ этомъ больной, у которой тотчасъ же появляются старые симптомы. Я считаю нужнымъ привести эти примѣры, чтобы указать на необходимость особаго вниманія при нашемъ леченіи. Дѣло не только въ томъ, что всѣ наносимыя нами раны мы должны заживить рег ргітамъ, тутъ требуется также, чтобы мы надолго освободили больныхъ отъ ихъ страданій, даже если имѣется дѣло съ нервозностью.

Первымъ методомъ леченія является, слѣдовательно, однократное или повторное ручное подниманіе. Эта возможность излеченія существуетъ иногда въ послѣродовомъ періодѣ. Если позаботиться о хорошемъ сокращеніи вялой, плохо инволювирующей матки путемъ производимыхъ ежедневно 1 или 2 раза горячихъ 50° влагалищныхъ спринцованій съ назначеніемъ при этомъ спорынья, то это иной разъ можетъ имѣть успѣхъ. Въ общемъ однако излеченіе путемъ только подниманія даже и здѣсь удается лишь рѣдко.

Другимъ методомъ поэтому является операція.

Операція ретрофлексіи матки стала теперь въ общемъ обычнымъ методомъ леченія и притомъ имѣется возможность выбора между операціей со стороны влагалища, операціей со стороны пахового канала и операціей со стороны брюшной полости. При простомъ и неосложненномъ загибѣ кзади обычнымъ методомъ является теперь укороченіе круглыхъ связокъ черезъ паховой каналъ, какъ это дѣлали Alexander и Adams; это операція въ выбора, какъ мы часто выражаемся, присоединяясь къ французскимъ авторамъ. Для неосложненныхъ случаевъ я считаю эту операцію вполне достаточной и вполне безопасной; кромѣ того техника ея настолько проста, что можно безусловно рассчитывать на вѣрное и успѣшное проведеніе вмѣшательства.

Послѣ дезинфекціи лобка и кожи нижней части живота, прикрывъ бедра и верхнюю часть живота, я нѣсколько приподымаю тазъ больной такъ, чтобы на операціонное поле надаль бы дневной свѣтъ. Стоя по лѣвую сторону пациентки, я вхожу указательнымъ пальцемъ правой руки въ паховой каналъ и могу сказать, что я его всегда прощупываю. Затѣмъ я дѣлаю разрѣзъ отъ 2-хъ до 3-хъ см. черезъ кожу и подкожную клітчатку по направленію пахового канала, начиная приблизительно на серединѣ послѣдняго. Я вполне останавливаю кровотеченіе и затѣмъ проникаю черезъ рыхлую соединительную ткань, пока не обнажится вполне ясно фасція. Тогда уже большею частью ясно видны отростки круглой связки и отверстіе пахового канала (см. рис. 20). Я однако считаю самымъ правильнымъ привести здѣсь всѣ вспомогательные признаки, на которые тутъ надо обратить вниманіе.

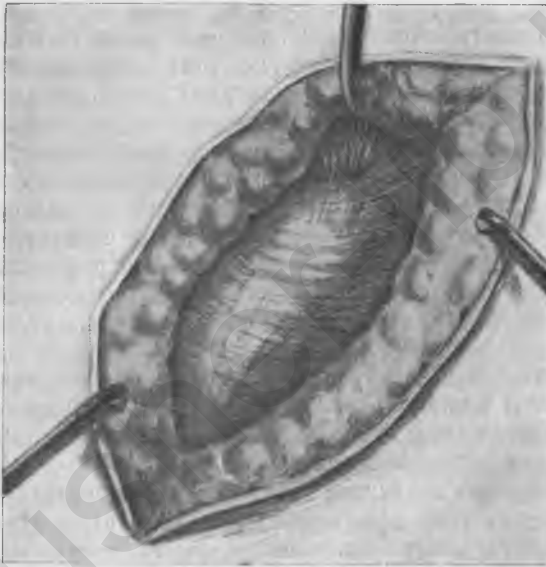


Рис. 20. Операція Alexander-Adams'a.

I. Фасція обнажена, нѣсколько впрочемъ больше, чѣмъ это требуется въ дѣйствительности.

Такъ, слѣдуетъ остерегаться принимать за паховой каналъ отверстія, образуемая фасціей. Подобныя щели, которыхъ нормальная анатомія не можетъ предвидѣть, встрѣчаются чаще, чѣмъ полагаютъ. Часто здѣсь выступаетъ маленькій сосудъ или небольшой нервъ и начинающій думаетъ, что имѣетъ дѣло съ окончаніемъ круглой связки. Для отличія слѣдуетъ помнить, что паховой каналъ начинается отъ лоннаго бугорка и что онъ находится весьма близко къ Пупартовой связкѣ; бугорокъ и послѣднюю связку очень легко прощупать. Кромѣ того наружный край пахового канала имѣетъ форму полумѣсяца и потому легко распознается. Дальнѣйшія затрудненія могутъ произойти оттого, что поверхностно расположенная фасція въ томъ или другомъ случаѣ очень тонка, вслѣдствіе чего можно предположить, что разсѣкаютъ рыхлую соединительную ткань, тогда какъ на самомъ дѣлѣ уже разсѣченъ верхній слой апоневроза. Самую

связку не трудно узнать по разницѣ въ цвѣтѣ по отношенію къ окружающей ткани и въ особенности по слегка извитому сосуду, который на ней проходитъ.

Наиболѣе цѣлесообразнымъ будетъ, если теперь захватить фасцію двумя пинцетами, начиная отъ наружнаго конца пахового канала, и разсѣкать по направленію кнаружи; тогда открывается связка на большомъ протяженіи и ее легко отличить отъ нервовъ, а равно и отъ другихъ волоконъ. Ее захватываютъ пинцетомъ и вытягиваютъ по направленію къ симфизу; если тутъ связка вѣрно захвачена, то она легко поддается этому потягиванію. Ее извлекаютъ наружу до тѣхъ поръ, пока не обнаружится брюшинный, воронкообразный отростокъ (см. рис. 21). При сильномъ потягиваніи связки послѣдній

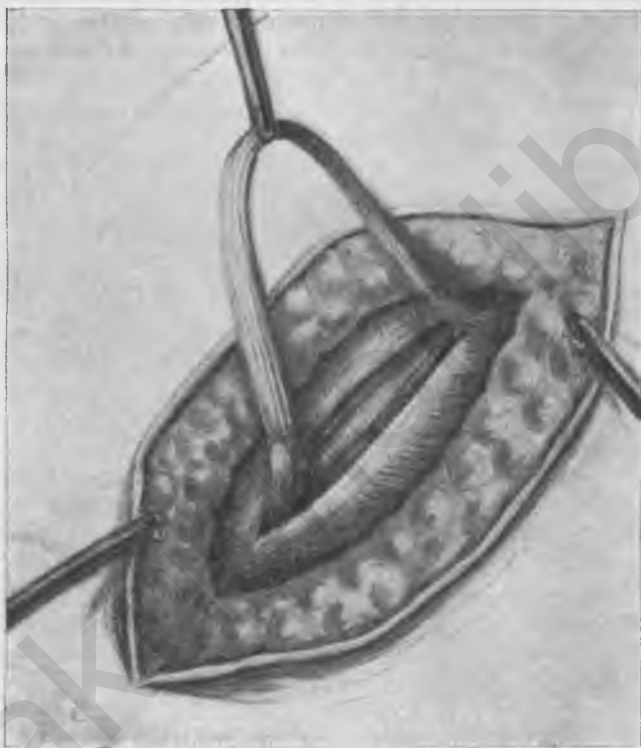


Рис. 21. Операция Alexander-Adams'a.

II. Круглая связка извлечена; брюшинная воронка видна вверху.

отодвигаютъ тупымъ путемъ къзади, чтобы не вскрыть его. Затѣмъ перевязываютъ наружный конецъ связки, лучше всего катгутомъ, и перерѣзаютъ. Потомъ отворачиваютъ его кнаружи въ направленіи *spina iliaca anterior superior* и пришиваютъ къ фасціи, накладывая по 2 шва сверху и снизу (см. рис. 22). Для этихъ фиксирующихъ швовъ я употребляю большею частью кипяченый въ сулемѣ шелкъ и тѣмъ же матеріаломъ закрываю разсѣченный паховой каналъ, надъ которымъ кожу соединяю нитяными швами.

Послѣ того, какъ операция вышеописаннымъ образомъ сдѣлана на одной сторонѣ, я перехожу на другую сторону пациентки и дѣлаю здѣсь укороченіе второй связки точно такимъ же образомъ.

Тутъ могутъ встрѣтиться затрудненія въ особенности оттого, что наружное отверстіе пахового канала не вполне отчетливо и, во-вторыхъ, потому, что связка обрывается. Первое затрудненіе легко устраняется, если оперирующій хорошо знакомъ съ анатоміей этой области. Должна быть найдена *spina pubis*; отсюда кнаружи и кверху направляется паховый каналъ. Если его тутъ найти не удастся, то слѣдуетъ разсѣчь фасцію нѣсколько кнаружи и кверху отъ *spina pubis*, въ косомъ направленіи кверху. Тогда можно уже увидѣть фасцію.

Обрываніе предотвращается прежде всего тѣмъ, что операцію не производятъ въ неподходящихъ случаяхъ (см. ниже), и кромѣ того тѣмъ, что потягиваніе при операціи производится очень медленно.

Про другія затрудненія при этой операціи можно только сказать, что знакомство и внимательное отношеніе къ анатоміи, а равно и

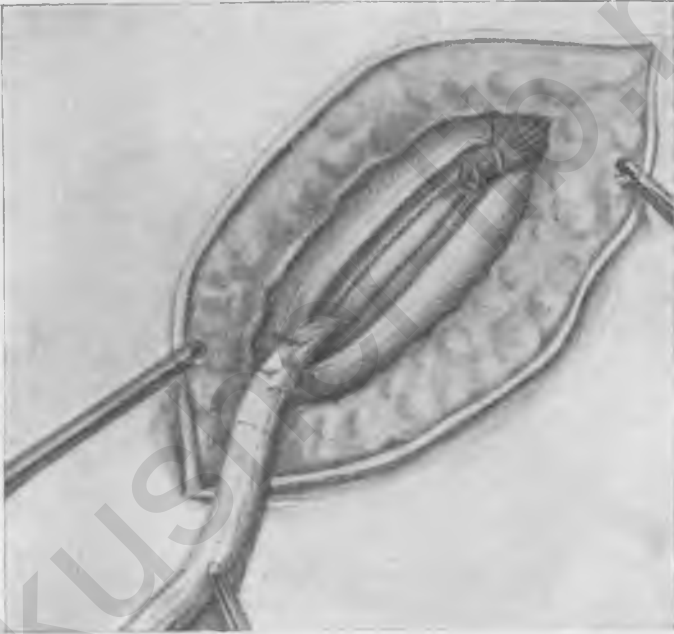


Рис. 22. Операція Alexander Adams'a.

III. Круглая связка разсѣчена у выхода пахового канала и запрокинута по направленію къ *spina iliaca anterior superior* и тамъ пришта къ фасціи.

спокойствіе при операціи устраняютъ всѣ эти затрудненія; для обезпеченія длительного результата слѣдуетъ выбирать подходящіе случаи и примѣнять полную асептику и хорошій фасціальный шовъ.

Обычно я не вскрываю брюшины, но не считаю несчастіемъ, если при извлеченіи и отпрепаровкѣ связки случайно будетъ вскрыта брюшинная воронка.

Если нахожденіе связки или наружнаго отверстія пахового канала представляетъ затрудненія, то для разясненія отношеній увеличивается кожный разрѣзъ и послѣ полной остановки кровотока фасція освобождается отъ всѣхъ рыхлыхъ волокнистыхъ пучковъ. Наружное отверстіе пахового канала узнается по волокнамъ, идущимъ



щимъ изъ глубины кнаружи и притомъ въ направленіи къ лобку. Эти волокна и представляютъ собою окончаніе передней связки. Прежде я оперировалъ безъ разсѣченія пахового канала и узнавалъ связку всегда по этой особености—выступленію изъ глубины. Здѣсь впрочемъ связка часто очень тонка и потягиваніе неудобно; поэтому общепринято разсѣченіе фасціи. Но для распознаванія мѣста, подлежащаго разсѣченію, помогаетъ опытъ прежняго времени, и поэтому я и привожу здѣсь этотъ вспомогательный признакъ.

Принципiальнаго разсѣченія брюшины и осмотра больныхъ придатковъ я больше при этой операціи также не дѣлаю. Этимъ увеличивается опасность образованія грыжъ, и Goldspohn, предложившій осмотръ придатковъ черезъ этотъ разрѣзъ, повидимому, самъ отказался отъ этого способа. На этомъ основаніи я полагаю, что лучше до операціи точно ориентироваться, здоровы ли придатки, или нѣтъ. Если они здоровы, то ихъ не слѣдуетъ свидѣтельствовать; если же они подь сомнѣніемъ, то лучше поступить иначе и предпочтительнѣе вскрыть брюшную полость, иногда черезъ влагалище.

Если сомнѣніе велико, то производятъ лапаротомію; это дѣлаютъ при вентрофиксаціи. Послѣдняя однако показана лишь въ томъ случаѣ, если при загибѣ къзади навѣрняка распознано заболѣваніе придатковъ, или если имѣется ясная фиксація, или наконецъ если при одновременномъ выпаденіи или очень большой маткѣ слѣдуетъ позаботиться объ особенно надежномъ укрѣпленіи.

Операціей загиба къзади, производимой въ настоящее время, рѣже всего является фиксація матки со стороны влагалища. Операція эта въ свое время оказала необыкновенно полезное вліяніе на всю нашу технику; не слѣдуетъ однако скрывать, что, несмотря на это, операція эта не лишена большихъ недостатковъ. Правда, послѣ этой операціи я неоднократно наблюдалъ нормальное теченіе родовъ и убѣжденъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ затрудненія при родахъ можно объяснить тѣмъ, что сращения въ дальнѣйшемъ увеличились больше, чѣмъ это вначалѣ можно было ожидать.

На основаніи нашего современнаго опыта это легко объясняется тѣмъ, что абсолютно вѣрное дезинфицированіе влагалища крайне затруднительно. Сапрофитные микробы послѣдняго проникаютъ вверхъ гораздо легче, чѣмъ это обыкновенно думаютъ, и такимъ образомъ становится понятнымъ, что при операціи въ брюшную полость изъ влагалища попадаютъ микробы, которые въ качествѣ посторонняго тѣла вызываютъ подобныя сращения. Такъ какъ при операціи на большомъ протяженіи обнажается передняя стѣнка матки, то этимъ объясняется, что въ результатѣ подобнаго вмѣшательства, въ завнсимости отъ микробовъ влагалища, остаются сращения, которыя хотя и не препятствуютъ зачатію въ трубѣ, но могутъ стать на передней стѣнкѣ матки настолько крѣпкими, что во время родовъ могутъ возникнуть непреодолимые затрудненія. Я отмѣчаю это объясненіе разстройствъ при родахъ послѣ вагинофиксаціи, потому что мы должны себѣ разъяснить причину наблюдающихся достаточно часто нормальныхъ родовъ и все же въ видѣ исключенія иной разъ появляющихся тяжелыхъ осложненій при родахъ. Подобные исключительные случаи объясняются непредвидѣнными сращениями. Теперь мы хотя и въ состояніи довольно хорошо дезинфицировать влагалище, но все же можетъ случиться ка-

кой-нибудь пробѣлъ въ антисептикѣ, здѣсь неизбежный, обусловленный состояніемъ влагалища, такъ какъ мы не всегда до операціи можемъ составить себѣ ясное понятіе о находящихся тамъ микробахъ. На этомъ основаніи я считаю гораздо болѣе цѣлесообразнымъ вовсе оставить теперь при леченіи ретрофлексіи вагинофиксацию и, вслѣдствіе этихъ опасностей, либо производить описанное укороченіе круглыхъ связокъ по только что рекомендованному способу, либо дѣлать вентрофиксацию. Поэтому я не стану здѣсь останавливаться на описаніи операціи вагинофиксациі, такъ какъ полагаю, что гинекологъ не долженъ производить эту операцію у женщины, способныхъ къ зачатію, и что лучше всего было бы отъ этой операціи вовсе отказаться. Мы достигаемъ желаемого результата вполне надежно путемъ укороченія связокъ и мы не должны подвергать опасности жизнь пациентки на будущее время, когда ей угрожаетъ образованіе очень крѣпкихъ сращеній.

Вентрофиксация находится въ болѣе благопріятномъ положеніи, чѣмъ вагинофиксация по отношенію къ опасности образованія сращеній, которыя увеличиваются больше, чѣмъ это имѣлось въ виду. Съ гораздо большей увѣренностью мы можемъ устранить микробы кожи, чѣмъ таковыя влагалища; точно также матка, подлежащая фиксациі, менѣе приходитъ въ столь близкое соприкосновеніе съ рукой, чѣмъ при вагинофиксациі съ влагалищемъ. Поэтому во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда помимо ретрофлексіи имѣются еще и другія измѣненія, въ особенности сращенія и заболѣванія яичниковъ и трубъ, я рекомендую сдѣлать лапаротомію вмѣсто укороченія круглыхъ связокъ. Здѣсь я предпочитаю по возможности маленькіе разрѣзы и особенно охотно примѣняю разрѣзы по Pfannenstiell'ю (см. выше). Послѣ вскрытія брюшной полости я осматриваю придатки, произвожу на послѣднихъ тѣ или иныя необходимыя операціи, освобождаю отъ сращеній придатки и матку и затѣмъ фиксирую послѣднюю по способу, предложенному впервые Olshausen'омъ. Черезъ круглыя связки съ каждой стороны проводится нить съ двумя иглами; одна игла, а вмѣстѣ съ нею и одинъ конецъ нитки, проводится кнаружи черезъ брюшину, мускулатуру и фасцію; при разрѣзѣ по Pfannenstiell'ю это дѣлается такимъ образомъ, что нить выходитъ на фасціи между поперечнымъ разрѣзомъ и симфизомъ. Вторая игла, а вмѣстѣ съ нею и другой конецъ нитки, точно также выводится кнаружи, и притомъ возможно ближе къ первому концу нитки, а затѣмъ оба конца нитки завязываются на фасціи. Послѣ того какъ то же самое было продѣлано и на другой круглой связкѣ (послѣдняя должна быть захвачена непосредственно у мѣста отхожденія отъ матки), брюшная рана закрывается. Операція эта очень проста и съ Pfannenstiell'евскимъ разрѣзомъ ее, можетъ быть, можно сдѣлать даже быстро, чѣмъ вышеописанное укороченіе круглыхъ связокъ; но объ операціи не должно судить по быстротѣ ея производства, а лишь по безопасности для жизни и по возможности какихъ-нибудь осложнений. На этомъ основаніи при леченіи ретрофлексіи матки я придерживаюсь принципа оперировать всѣ простые случаи, за исключеніемъ вышеуказанныхъ осложненныхъ, по способу Alexander-Adams'a; во всѣхъ другихъ случаяхъ, въ которыхъ придатки не безусловно здо-

ровы, или въ которыхъ матка фиксирована, я всегда примѣняю вентрофиксацію.

Осложненія при ретрофлексіи заключаются въ начинающемся или болѣе сильномъ выпаденіи влагалища, въ катарральномъ пораженіи эндометрія, въ маточныхъ кровотеченіяхъ и заболѣваніяхъ придатковъ, а равно и сращеніяхъ.

Если имѣется одновременное выпаденіе передней или задней стѣнки влагалища, то это является особенно настоятельнымъ показаніемъ къ операциі. Чѣмъ дольше эти оба состоянія остаются, тѣмъ вѣрнѣе наступаетъ растяженіе тазового дна, все труднѣе и труднѣе поддающееся устраненію. Если мы имѣемъ дѣло съ болѣе высокой степенью выпаденія влагалища, то слѣдуетъ сдѣлать болѣе прочную фиксацію путемъ лапаротоміи, и при этомъ часто можно произвести стерилизацію большой. Прежде всего однако слѣдуетъ помнить, что начинающееся выпаденіе влагалища при ретрофлексіи требуетъ немедленнаго оперативнаго пособія; при этомъ я не признаю никакихъ противопоказаній.

Катарральныя пораженія влагалища и матки, а равно и метроррагіи должны быть устранены до операциі ретрофлексіи; всякое внутриматочное вмѣшательство, связанное съ низведеніемъ матки, можетъ угрожать фиксаціи послѣдней. Я признаю затрудненія какъ-разъ при катарральномъ состояніи, въ особенности при гонорреѣ, если слѣдуетъ ожидать рецидива. Въ послѣднемъ случаѣ я тщательнѣе взвѣшиваю, долженъ ли я вообще оперировать ретрофлексію, или лучше устранивъ или ослабить, въ зависимости отъ обстоятельствъ, катарръ. Послѣ его излеченія, но не временнаго ослабленія, можно подумать и объ операциі.

Путемъ операциі измененія положенія не слѣдуетъ рассчитывать на излеченіе меноррагіи и метроррагіи, какъ таковыхъ. Онѣ продолжаютъ оставаться и я совѣтую при наклонности эндометрія къ кровотеченіямъ всегда сперва расширить или выскоблить матку и послѣдовательно лечить эндометрій.

Сращенія матки представляли раньше серьезное препятствіе для всякаго механическаго леченія. Теперь приступаютъ къ немедленному вмѣшательству; не стоитъ подвергать больную длительному подготовительному леченію. Не слѣдуетъ больше рекомендовать примѣненія массажа или насильственнаго разрыванія сращеній; въ такомъ случаѣ все-таки приходится потомъ оперировать, и опасность resp. величина обоихъ пособій собственно одинакова. Такимъ образомъ при фиксированной маткѣ надо немедленно сдѣлать вентрофиксацію. слѣдуетъ только поступать съ осторожностью, если заболѣваніе придатковъ вызвало лихорадку; тогда нужно непремѣнно выждать и дать успокоиться процессу, ослабивъ дѣйствіе микробовъ, для чего большой предписывается поступленіе въ клинику и полное воздержаніе отъ половыхъ сношеній. Лишь по истеченіи нѣсколькихъ недѣль можно приступить къ операциі придатковъ; въ иномъ случаѣ, вслѣдствіе вѣроятнаго повторенія инфекціи, приходится иногда и вовсе отказаться отъ операциі ретрофлексіи и ограничиться излеченіемъ обострившагося сальпингита.

Если придатки хронически изменены, то ради этого пораженія болѣею частью не оперируютъ; лишь въ сочетаніи съ ретрофлексіей приходится подумать о томъ, какъ лучше поступить. Въ общемъ можно оперировать консервативно, т. е. сохраняя яичники, по край-

ней мѣрѣ большею частью; уклоненіе отъ принциповъ, признанныхъ правильными при другихъ операціяхъ на придаткахъ, объясняется здѣсь также тѣмъ, что не придатки сами по себѣ требуютъ операціи, а лишь измененіе положенія, а поэтому полная кастрація была бы нецѣлесообразной. Только въ видѣ исключенія обстоятельства складываются такимъ образомъ, что ретрофлексія отходитъ на второй планъ, и главнымъ образомъ выступаютъ симптомы заболѣванія придатковъ; тогда приходится поступать какъ вообще при заболѣваніи придатковъ, т. е. удаляютъ матку и придатки.

Противопоказаніемъ для производства операціи я считаю послѣродовое состояніе матки, а равно и время кормленія ребенка. Въ этотъ періодъ жизни связка такъ хрупка, какъ, напр., стѣнка матки, которая легко перфорируется зондомъ, причемъ не замѣчается никакого сопротивленія. Я требую, чтобы послѣ прекращенія кормленія прошло по крайней мѣрѣ четверть года и чтобы менструація появлялась бы снова правильно. Чѣмъ больше времени прошло послѣ кормленія, тѣмъ лучше. Если во время кормленія неправильное положеніе матки вызываетъ жалобы, то приходится ввести пессарій. Серьезныя общія заболѣванія, въ особенности туберкулезъ легкихъ, могутъ также помѣшать операціи; и въ подобномъ случаѣ предпочтительнѣе примѣненіе пессарія. Наконецъ, я также не оперирую во время беременности, хотя я и знаю, что въ случаяхъ нужды это допустимо безъ вреда для больной; но операція при этомъ часто бываетъ весьма кровавой и потому возможно нарушеніе беременности. Если, въ видѣ исключенія, ретрофлексія во время беременности причиняетъ разстройство, то послѣ поднятія матки вкладываютъ пессарій,

Примѣненіе пессаріевъ по сравненію съ прошлымъ теперь значительно уменьшилось. Женщины знаютъ, что введеніе этого инороднаго тѣла можетъ быть замѣнено оперативными приемами, и большинство женщинъ счастливо тѣмъ, что мы добились этого успѣха. Для отдѣльныхъ случаевъ эти инструменты еще необходимы и я считаю своей обязанностью эти случаи здѣсь привести.

Кромѣ выпаденія, лечение пессаріями примѣняется главнымъ образомъ при ретрофлексіи матки. Достигнутые при этомъ заболѣваніи путемъ операціи результаты, можно назвать прекрасными. Рецидивъ послѣ операціи паблюдается лишь крайне рѣдко; я поэтому примѣняю пессаріи главнымъ образомъ съ діагностической цѣлью въ тѣхъ случаяхъ, когда надо выяснитъ, зависятъ ли жалобы больной дѣйствительно отъ измененія положенія. Затѣмъ я примѣняю эту мѣру, чтобы рѣшить, показана ли операція въ томъ или иномъ случаѣ. Это изслѣдованіе можетъ въ самое короткое время дать рѣшеніе этого вопроса. Если измененіе положенія вызываетъ усиленные жалобы, то поднятіе и укрѣпленіе матки должно принести кажущееся исцѣленіе. Если симптомы вполне исчезаютъ, то можно со спокойной совѣстью дать совѣтъ больной подвергнуться операціи. Въ большинствѣ случаевъ однако дѣло обстоитъ очень просто; легко узнать, что измененіе положенія вызываетъ эти симптомы, и поэтому совѣтуютъ операцію. Временно можетъ понадобиться введеніе пессарія, если производство операціи по какимъ-нибудь причинамъ невозможно. Здѣсь введеніе пессарія имѣетъ относительно мало значенія.

Гораздо важнѣе ввести пессарій во время беременности, если перегибъ матки кзади вызвалъ ущемленіе или задержку мочи; если же подобныхъ явленій не имѣется, то измененія въ положеніи беременной матки могутъ быть большею частью оставлены безъ леченія, такъ какъ поднятіе наступаетъ само собою; тутъ необходимъ лишь контроль, чтобы удостовериться въ этомъ. Такимъ образомъ по сравненію съ прошлымъ значеніе этихъ пессаріевъ очень уменьшилось; несмотря на это, каждый врачъ долженъ умѣть обращаться съ этими инструментами и я рекомендую слѣдующую форму пессаріевъ:

Я получаю ихъ круглыми; они изъ целлюлоида и внутри имѣютъ не очень легко гнущуюся мѣдную проволоку. При обыкновенной температурѣ они не гнутся; лишь если ихъ погрузить на нѣкоторое время въ горячую воду въ 45—50°, то они гнутся, подобно мягкому воску; имъ придаютъ извѣстную форму по опредѣленному способу. Инструменты выгибаются спереди по направленію кзади, такъ что инструментъ въ цѣломъ получаетъ прежнюю полушаровидную выпуклость. Затѣмъ они сгибаются справа налѣво такъ, что изъ кольца образуется эллипсъ. Задній конецъ дѣлается узкимъ, передній, наоборотъ, широкимъ. Мнѣ вполне достаточно этого инструмента, который я стараюсь искусственно по возможности изогнуть, для даннаго случая. Если леченіе измененія положенія вообще или временно оперативнымъ путемъ невозможно, то слѣдуетъ попытаться достигнуть этого примѣненіемъ пессарія.

### 3. Лечение выворота матки.

Выворотъ матки, какъ сопутствующее явленіе или какъ слѣдствіе міомъ, лишь рѣдко нуждается въ особенномъ леченіи, направленной противъ неправильнаго положенія, какъ такового. Въ главѣ о леченіи міомъ я отдѣльно укажу на необходимость распознаванія выворота. Если просмотрѣть выворотъ при операціи міомъ, то больная подвергается большой опасности. Особеннаго леченія здѣсь не требуется потому, что послѣ удаленія міоматознаго полипа, обусловившаго полный или частичный выворотъ, обратное выворачиваніе матки происходитъ большею частью само собою; если однако это не произошло, то не стоитъ особенно трудиться, чтобы вызвать исчезаніе выворота, ибо уже при самой маточной міомѣ слѣдуетъ подумать, не лучше ли сразу удалить всю матку; на послѣднее придется рѣшиться, если надо будетъ оперировать ради выворота. Такимъ образомъ при леченіи міомъ слѣдуетъ лишь обратить вниманіе на выворотъ; если послѣдній послѣ удаленія міоматознаго полипа самъ по себѣ не исчезаетъ, то я приступаю къ удаленію всей матки.

Иначе дѣло обстоитъ при послѣродовомъ выворотѣ; здѣсь всегда желательно вправленіе выворота. Къ достиженію этой цѣли надо всячески стремиться. Прежнее леченіе путемъ введенія кольпейринтера во влагалище въ легкихъ случаяхъ можетъ дѣйствительно оказаться достаточнымъ; я считаю поэтому возможнымъ рекомендовать примѣненіе кольпейринтера въ теченіе 2—3 дней, послѣ чего слѣдуетъ вправленіе, и притомъ на первомъ планѣ ручное въ хлороформномъ наркозѣ. Если это не удается, то слѣдуетъ примѣнить крайне полезный способъ Küstner'a.

Послѣ вскрытія Дугласова пространства со стороны влагалища Küstner разсѣкаетъ заднюю стѣнку и притомъ черезъ всю влага-

лицную часть до поперечнаго кольца влагалища. Теперь вправленіе выворота становится возможнымъ: послѣ этого задняя стѣнка матки зашивается и влагалищная рана снова закрывается. Если возникаетъ сомнѣніе въ возможности инфекціи, то нужно тотчасъ же примѣнить дренажъ брюшной полости по направленію къ влагалищу.

Благодаря этому удалось вполне избѣжать экстирпаціи матки вслѣдствіе послѣродового выворота — и въ этомъ большая заслуга Küstner'a.

#### 4. Выпаденіе матки.

Практическіе результаты, достигнутые въ послѣднее время при помощи своевременныхъ операцій при выпаденіи матки, достойны особеннаго вниманія. Они совершенно вытѣснили всѣ другіе методы. Нужно сознаться, что отъ первыхъ «классическихъ» операцій, раньше при этомъ примѣнявшихся, осталось очень мало; но опытъ, приобретенный нами благодаря этимъ операціямъ, не пропасть понапрасну. Главныя положенія, ва которыя мы здѣсь должны обратить вниманіе, я могу резюмировать вкратцѣ слѣдующимъ образомъ: лишь тѣ случаи выпаденія можно съ увѣренностью отнести къ излечимымъ, которые находятся въ начальной стадіи и въ которыхъ можно помѣшать наступленію родовъ вскорѣ послѣ операціи. Всѣ далеко зашедшіе случаи выпаденія излечимы лишь при болѣе или менѣе уродующихъ вмѣшательствахъ.

Если слѣдовать этимъ положеніямъ, то прежде всего слѣдуетъ предостеречь практическихъ врачей, чтобы они не пользовались пессаріями въ случаяхъ начинающагося выпаденія. Временное улучшеніе, доставляемое благодаря этому больной, получается очень легко и поэтому очень соблазнительно удовлетвориться моментальнымъ успѣхомъ; послѣдній однако вреденъ для длительнаго излеченія больной. Успѣхъ достигается насчетъ растяженія влагалища и тазового дна. Уже послѣ немногихъ мѣсяцевъ должны быть введены большіе пессаріи, и съ этими уже едва удастся добиться того же результата. Если тогда приходится убѣдиться, что выпаденіе не можетъ удержаться пессаріемъ на долгое время, то часто бываетъ уже поздно производить въ настоящемъ смыслѣ слова пластическія операціи, чтобы при помощи ихъ достигнуть полной *restitutio ad integrum*. Такимъ образомъ пессаріи слѣдуетъ вводить лишь въ видѣ исключенія и притомъ лишь тогда, когда выпаденіе обнаруживается либо во время беременности, либо у кормящей женщины. При этихъ условіяхъ нельзя хорошо оперировать и поэтому слѣдуетъ уменьшить страданіе больной, вводя ей временно пессарій. Кромѣ того можетъ случиться, что операція болѣе не желательна у женщины, погибающей отъ чахотки, или операція должна быть отложена вслѣдствіе внѣшнихъ непредвидѣнныхъ обстоятельствъ. Не смотря на эти индивидуальныя исключенія, я настоятельно совѣтую придерживаться принципа не вводить пессарія при выпаденіи. Лишь если имѣется дѣло съ трудно устранимымъ выпаденіемъ у очень старыхъ женщинъ или при повторномъ выпаденіи послѣ операціи, можно прибѣгнуть къ пессарію. Во всѣхъ другихъ случаяхъ показано оперативное леченіе, и притомъ чѣмъ раньше, тѣмъ лучше.

Такимъ образомъ, за исключеніемъ временныхъ противопоказаній

къ операціи въ зависимости отъ беременности, послѣродового періода и кормленія, при выпаденіи не величина послѣдняго или продолжительное его существованіе даютъ поводъ къ примѣненію пессаріевъ, а лишь пожилой возрастъ и слабость больной. Въ тѣхъ случаяхъ, когда путемъ операціи успѣха не было достигнуто, или когда заранее слѣдуетъ опасаться, что операція къ цѣли не приведетъ, приходится, въ случаѣ болѣе пожилого возраста больной, вводить круглые большаго калибра пессаріи, чтобы они не выскальзывали изъ влагалища. Съ этой цѣлью въ настоящее время еще примѣняются лишь пессаріи Löhlein'a и Menge. И тѣ, и другіе имѣютъ то одинаковое преимущество, что не могутъ повернуться на свой край и выскользнуть. Пессарій Löhlein'a нѣсколько неудобенъ при введеніи, но, будучи введенъ, онъ всегда можетъ принести большую пользу. Въ пессаріи Menge даже самый упрощенный замокъ настолько сложенъ, что невозможно бываетъ научить пациентку самой вводить пессарій; я видѣлъ также случаи, когда при долгомъ пребываніи пессаріевъ невозможно было удалить ножку послѣднихъ. Поэтому для случаевъ неизлечимаго выпаденія я въ общемъ предпочитаю пессарій Löhlein'a.

а) Оперативное леченіе начинающагося выпаденія.

При только что начинающихся выпаденіяхъ операція заключается въ устраненіи ретрофлексіи путемъ укороченія круглыхъ связокъ въ большей или меньшей колporrhaphia posterior. На технику первой операціи мнѣ здѣсь останавливаться не приходится; она однако имѣетъ рѣшающее значеніе для успѣха и не должна ни въ коемъ случаѣ быть оставлена безъ вниманія. Вторая операція производится различно; я примѣняю либо способъ, предложенный Bischoff'омъ, либо способъ Hegar'a.

Послѣ основательной дезинфекціи кожи промежности и влагалища, приступаютъ къ операціи. Способъ Bischoffa я примѣняю въ слѣдующемъ видѣ: на томъ мѣстѣ вульвы, на которомъ долженъ находиться передній край промежности, вкалываютъ въ малыя губы каждой стороны пулевые щипцы, которыми сильно разводять губы. Сбоку отъ columna rugarum posterior вырѣзаютъ на одной сторонѣ изъ влагалища треугольникъ, основаніе котораго находится сбоку на вульвѣ, а вершина сбоку отъ columna. Одна сторона треугольника отъ этого пункта направляется къ боковымъ пулевымъ щипцамъ, другая сторона — къ срединѣ уздечки. По отпрепарованіи этого лоскута,—причемъ слѣдуетъ остерегаться идти въ глубину—разрѣвъ продолжается отъ середины уздечки до другихъ пулевыхъ щипцовъ; вся слизистая оболочка влагалища, находящаяся между верхнимъ пунктомъ на другой сторонѣ columnaе и другими пулевыми щипцами, отпрепаровывается, но не отрѣзается, а поднимается кверху. При этомъ получается тонкій лоскутъ, который долженъ образовать заднюю стѣнку влагалища. Онъ сильно сокращается и вслѣдствіе этого его можно использовать для образованія задней стѣнки влагалища такимъ образомъ, что соединяютъ короткій край раны между пунктомъ на columna и пулевыми щипцами первой стороны съ длиннымъ краемъ раны, который соединяетъ пунктъ на columna съ другими пулевыми щипцами. Это достигается тѣмъ, что мѣста уколовъ на короткомъ краѣ раны тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, тогда какъ на другой сторонѣ они далеко отстоятъ другъ отъ друга; этотъ

рядъ швовъ накладываютъ изъ кѣтгута либо непрерывно, либо узлами. По образованіи новой уздечки соединяютъ погружнымъ непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ боковыя поверхности глубины раны, которыя, несмотря на вполне поверхностное освѣженіе, теперь оказываются лежащими въ глубинѣ. Когда вся поверхность въ глубинѣ зашита, накладываютъ шовъ на кожу, для чего пользуются либо кѣтгутомъ, либо целлюлоидной нитью.

Способъ Hegar'a я теперь примѣняю такимъ образомъ, что по средней линіи задней стѣнки влагалища я захватываю зажимомъ легко доступное мѣсто и отсюда веду разрѣзъ въ обѣ стороны по направленію къ вышеазваннымъ пулевымъ щипцамъ. Затѣмъ я надрѣзаю часть влагалищнаго входа, находящуюся сзади гезр. внизу между пулевыми щипцами и отпрепаровываю очень поверхностно слизистую оболочку влагалища между этими тремя разрѣзами. Послѣ этого слѣдуетъ обнаженіе мускулатуры тазового дна. Зажимъ сильно оттягиваетъ слизистую оболочку влагалища кверху; поперечными разрѣзами ножницъ слизистая оболочка влагалища отпрепаровывается кверху и притомъ настолько, пока не обнаружатся сбоку обѣ складки мускулатуры, идущія книзу. Слѣдующее за этимъ соединеніе освѣженного влагалища легче, чѣмъ при первомъ вышеазванномъ методѣ, такъ какъ здѣсь приходится соединять другъ съ другомъ равныя по величинѣ разрѣзы. Послѣ того какъ влагалище зашито непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ, игла вкалывается поверхностно на лѣвой сторонѣ и идетъ затѣмъ на край мышцы слѣва и соединяетъ послѣдній также непрерывнымъ швомъ съ правой мышцей и притомъ тремя непрерывными стежками приблизительно до новой уздечки; затѣмъ игла возвращается къ слизистой оболочкѣ влагалища и соединяетъ послѣднюю и верхній конецъ новообразованной промежности. Точно такимъ же образомъ соединяется поверхность и глубина раны, и такъ же, какъ выше описано, зашивается затѣмъ кожа промежности кѣтгутомъ или целлюлоидной нитью.

Существуетъ еще довольно много методовъ для образованія промежности или для *kolporrhaphia posterior*. Я ихъ описывать не стану. Я хотѣлъ бы лишь отмѣтить, что принципъ долженъ всегда заключаться въ томъ, чтобы сочетать суженіе влагалищнаго входа съ соединеніемъ мускулатуры тазового дна.

### β) Лечение болѣе сильныхъ степеней выпаденія.

При начинающемся выпаденіи достигаютъ очень хорошихъ результатовъ путемъ комбинаціи укороченія крупныхъ связокъ съ влагалищно-промежностнымъ зашиваніемъ; не будетъ особенно вредныхъ послѣдствій, если наступятъ роды, которые будутъ протекать подъ внимательнымъ наблюденіемъ врача. Для того, чтобы судить, можно ли добиться успѣха при помощи этого пластического метода, слѣдуетъ каждый разъ для рѣшенія этого вопроса заставлять больную какъ можно сильнѣе натужиться. Если при этомъ влагалищная часть уже показывается снаружи, то я отказываюсь отъ этой пластики и прибѣгаю тогда къ другому оперативному пособию, которое также даетъ успѣшные результаты. Это пособіе заключается въ укрѣпленіи матки путемъ чревосѣченія, въ иссѣченіи трубъ для предупрежденія новаго зачатія и въ сильномъ суженіи влагалищнаго входа съ образованіемъ тазового дна. По новоду вентрофиксаціи я отсылаю къ сказанному въ



главѣ о ретрофлексіи; къ методу изсѣченія трубъ для предупрежденія зачатія я еще вернусь. Сѣуженіе влагалищнаго входа по вышеописанному способу лишь рѣдко бываетъ достаточнымъ; на это можно рассчитывать лишь, когда тазовое дно не слишкомъ сильно растянато. Часто бываетъ цѣлесообразнымъ еще болѣе усилить сѣуженіе. Это достигается тѣмъ, что освѣженіе влагалища производится значительно выше, а вульва еще сильнѣе уменьшается.

Операциі *kolporrhaphia anterior* я не придаю такого значенія, какъ это принято обычно; болѣею частью я вовсе отъ нея отказываюсь. Слѣдуетъ только осмотрѣть уретральнѣ бугорокъ; отъ него часто свѣшивается во влагалищнѣ входъ толстѣ кончикъ слизистой оболочки, подлежащѣ удаленію; стѣнка затѣмъ соединяется непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ справа налево.

Натяженія передней стѣнки влагалища можно достигнуть путемъ болѣею *kolporrhaphia posterior*.

Болѣе сильное сѣуженіе задней стѣнки влагалища производится лучше всего по методу Негар'а, и это удастся особенно легко, если извлечь влагалищную стѣнку кнаружи. Тогда верхушку фигуры освѣженія намѣчаютъ на пунктѣ влагалища, находящемся на 2 см. ниже мѣста перехода влагалищной части на влагалище и отсюда производятъ освѣженіе по направленію къ вульвѣ въ видѣ треугольника. И здѣсь также—при непремѣнномъ условіи очень поверхностнаго освѣженія—соединяютъ непрерывнымъ кѣтгутомъ поверхностные и глубокіе слои. Тутъ уже болѣею частью видны формы обнаженной газовой мускулатуры; слѣдуетъ при этомъ обратить особое вниманіе на тщательное соединеніе этихъ плотныхъ частей. Сѣуженіе влагалищнаго входа должно быть доведено до такой степени, чтобы только палецъ можно было еще ввести во влагалище.

Эту операцию удобнѣе произвести такимъ образомъ, что сначала дѣлается кольпоррафія, чтобы можно было извлечь совсѣмъ кнаружи верхнѣ части влагалища. Успѣхъ однако возможенъ лишь при одновременной вентрофиксациі; въ тяжелыхъ случаяхъ тѣло матки укрѣпляется непосредственно такимъ образомъ, что задняя стѣнка тѣла матки въ ея верхней части пришивается къ передней брюшной стѣнкѣ, причемъ укрѣпляющія шелковыя нити завязываются на фасціи.

#### γ) Лечение очень большихъ выпаденій.

Бываютъ однако случаи выпаденія, которые не могутъ быть устранены при помощи описанныхъ методовъ. Мы стараемся также и здѣсь лечить оперативнѣ, но надежды на прочность результата не велики. Случаи эти характеризуются полнымъ выворотомъ всего влагалища и либо сильнымъ утолщеніемъ шейки при ретрофлексированной маткѣ, либо выпаденіемъ всей матки далеко впереди вульвы.

Послѣ всего вышесказаннаго ясно, что мною рѣдко производится *kolporrhaphia anterior*. Послѣдняя должна вримѣняться лишь тогда, когда особенно выдается часть влагалища, которая нижнимъ краемъ лежитъ на уретрѣ. Именно эту часть нельзя достаточно сѣюзить при натяженіи задней стѣнки. Операциа очень проста. Изъ слизистой оболочки влагалища отпрепаровывается овалъ и края сшиваются справа налево, причемъ обращаютъ особенное вниманіе на то, чтобы и глубокіе слои слизистой оболочки были тщательно соединены. Согласно моимъ теперешнимъ воззрѣніямъ я произвожу освѣженіе лишь не-

далеко къзади; оно нѣсколько переходитъ границу внутренняго отверстия уретры.

Состояніе матки при этомъ обыкновенно не имѣетъ большого значенія. Утолщеніе шейки подвергается обратному развитію, растяженіе тазового дна остается; послѣднее обстоятельство представляетъ опасность, которая становится въ особенности большой, когда вся матка при выпаденіи находится въ ретрофлексіи.

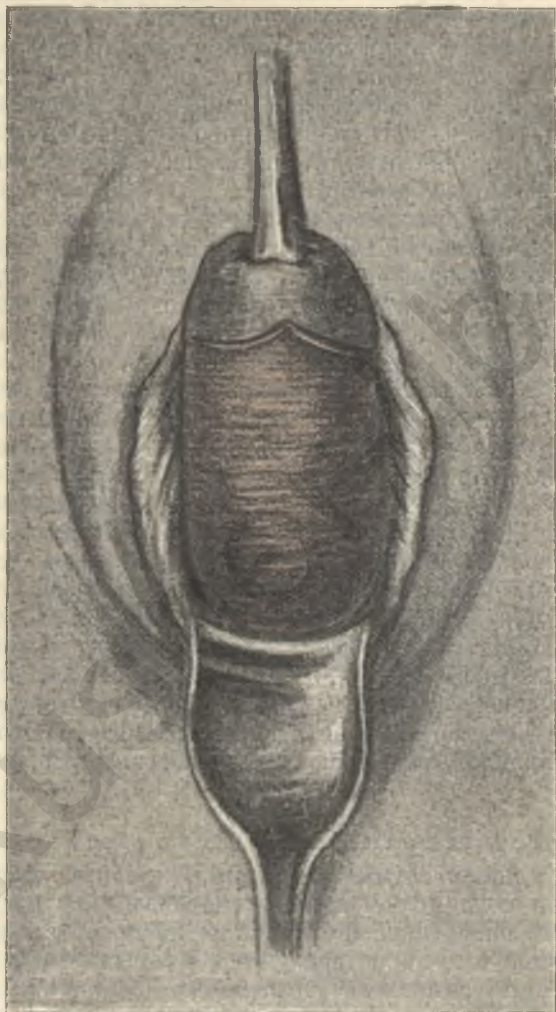


Рис. 23. Высокая кольпорафія. Освѣженіе всей задней стѣнки влагалища за исключеніемъ окружности—приподнятой кверху—влагалищной части.

Передъ каждымъ леченіемъ слѣдуетъ устранить по возможности изъязвленія влагалища и влагалищной части. Смазываніе іодной настойкой, длительное пребываніе въ постели съ приподнятымъ тазомъ, препятствующее выпаденію, способствуютъ излеченію въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ.

Затѣмъ приступаютъ къ операціи, которая производится по раз-

нымъ способамъ. Я лично произвожу высокую заднюю кольпоррафию на особенно большомъ протяженіи (см. рис. 23 и 24).

Методъ, примѣняемый мною для этой цѣли, долженъ быть произведенъ до вентрофиксаціи. Онъ состоитъ въ томъ, что верхушка задняго освѣженія влагалища намѣчается на 3 см. подъ влагалищной частью при сильно вытянутомъ выпавшемъ отрѣзкѣ; сбоку эта линія отстоитъ на такомъ же разстояніи отъ влагалищной части; затѣмъ обѣ линіи разрѣза на передней стѣнкѣ влагалища идутъ нѣсколько параллельно кпереди къ уретральному бугорку и затѣмъ разрѣзъ выводится на вульву 2 см. на 2 см. отъ влагалищнаго входа. Вся слизистая оболочка влагалища, поскольку она находится сбоку и сзади отъ этого разрѣза, освѣжается и притомъ, по возможности поверхностно. Сохраняется лишь влагалищная часть со своей окружностью и узкая около 3 см. полоска передней влагалищной стѣнки. Затѣмъ начинаютъ соединять непрерывнымъ швомъ слизистую оболочку влагалища, у мѣста наиболѣе высоко лежащей верхушки разрѣза. Послѣ того, какъ сдѣлано 3—4 укола, соединяютъ и глубокіе слои и притомъ съ помощью прочнаго матеріала. Я часто съ этой цѣлью накладывалъ погружные швы изъ вывареннаго въ сулемѣ шелка и такимъ образомъ соединялъ верхнюю часть глубокаго слоя. Послѣ этого, по вправленіи влагалищной части, я соединялъ непрерывнымъ катгутымъ швомъ слѣдующій отрѣзокъ слизистой оболочки влагалища, и затѣмъ погружалъ шелковый шовъ въ глубину раны лучше всего въ два этажа. Это поперебънное соединеніе слизистой оболочки влагалища катгутомъ и глубины раны шелкомъ продолжается до тѣхъ поръ, пока не будетъ соединена вся слизистая оболочка влагалища. Затѣмъ непрерывнымъ катгутымъ швомъ направляются въ глубину и соединяютъ окончательно рану, за исключеніемъ кожи. Послѣдняя закрывается целлюлоидной нитью. Послѣ этого производится вентрофиксація.

Вмѣсто погружнаго сулемоваго шелка я теперь впрочемъ поль-



Рис. 24. Высокая кольпоррафія. Освѣженіе боковой части выпаденія; освѣженіе соединено съ представленнымъ на рис. 23. Не освѣженная поверхность образуетъ въ послѣдствіи влагалище.

зуюсь также iodнымъ кэтгутонъ, такъ какъ, къ сожалѣнiю, шелкъ иногда выгнаивается кнаружи.

Такимъ образомъ операція въ существенномъ состоитъ изъ очень обширной задней кольпоррафiи. Опасенiя, возникающiя по поводу этой операцiи, заключаются въ очень широкой поверхности раны. Необходимая при этомъ остановка кровотока можетъ оказаться затруднительной; на основанiи однако моего опыта при этой операцiи я могу сказать, что обычно удается справиться съ кровотечениемъ и главнымъ образомъ благодаря тому, что производятъ крайне поверхностное освѣженiе влагалища, удаляя одну только слизистую оболочку. Далѣе не слѣдуетъ забывать, что расширение раны увеличиваетъ опасность зараженiя; лишь когда удается соблюденiе полной асептики, можно надѣяться на прочное соединенiе раны.

При особенно тщательной остановкѣ кровотока и при надежной антисептикѣ операція эта приобретаетъ сторонниковъ; я долженъ указать лишь еще на послѣднее затрудненiе, на вправленiе влагалищной части. Въ зависимости отъ толщины и величины послѣдней для нея должно оставаться мѣсто во вновь образованномъ влагалищѣ; влагалищный сводъ долженъ быть такой величины, какъ это необходимо для влагалищной части, и между тѣмъ каналъ влагалища становится довольно узкимъ. Чтобы сдѣлать влагалищный сводъ достаточно большимъ, слѣдуетъ на глазомѣръ установить границу освѣженiя вокругъ влагалищной части и тогда операція удается легко. Не слѣдуетъ забывать, что въ этой части операцiи кроются извѣстныя затрудненiя и что требованiя къ техникѣ не незначительны. Поэтому необходимо знать и другiе оперативныя способы, изъ которыхъ наиболѣе простымъ я считаю методъ, предложенный Schauta.

Методъ этотъ, для предупрежденiя цистоцеле, заключается въ вагинофиксации или лучше въ интерпозицiи матки. Послѣдняя располагается между пузыремъ и влагалищемъ такъ, что дно вшивается во влагалище, непосредственно подъ внутреннимъ уретральнымъ отверстiемъ. При подобныхъ отношенiяхъ не слѣдуетъ, конечно, допустить зачатiе, для чего одновременно производится и резекцiя трубъ. Операція впрочемъ технически проста, если наружный маточный звѣвъ выступаетъ. Продольнымъ разрѣзомъ отъ внутреннего уретрального отверстiя до наружнаго маточнаго звѣва разрѣзается влагалище и иногда перпендикулярно къ этому первому разрѣзу проводится второй, непосредственно предъ маточнымъ звѣвомъ, съ каждой стороны отъ  $\frac{1}{2}$  до 1 см. длиной. Съ помощью или безъ этого вспомогательнаго разрѣза съ каждой стороны отпрепаровывается по овальному влагалищному лоскуту, который однако не отрѣзается, а отслаивается по возможности далѣе по направлению къ уретрѣ. Затѣмъ вскрывается брюшная полость и пузырь отодвигается отъ шейки поперечнымъ разрѣзомъ ножа или ножницъ. Затѣмъ надрѣзается брюшина и, послѣ полной остановки кровотока, матка накладывается на пузырь. Раньше всего зашивается брюшина задней стѣнки пузыря, по возможности высоко у Дугласовой складки, къ задней стѣнкѣ матки двумя-тремя шелковыми швами, а затѣмъ лишь остается покрыть искусственно выведенную матку слизистой оболочкой влагалища. Для этой цѣли пользуются кэтгутоннымъ узловатымъ швомъ и начинаютъ соединенiе на влагалищной части, вправляя ее послѣ первыхъ же швовъ. Если не удается выполнѣ

закрѣпить матку влагалитной стѣнкой, то не будетъ особой бѣды оставить часть матки неприкрытой; слѣдуетъ только пришить влагалитную стѣнку къ маткѣ. Если тѣло матки велико и оно не можетъ быть прикрыто слизистой оболочкой влагалитца, то является цѣлесообразнымъ поднять матку во влагалитце и оставить ее неприкрытой. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно добиться успѣха, если вырѣзать изъ тѣла матки клинь, основаніе котораго обращено кверху. Это основаніе дѣлается такой ширины, что прикрытіе становится вполне возможнымъ. Тѣло матки тогда зашивается справа налѣво, послѣ предварительной, если необходимо, остановки кровотока изъ брызжущихъ сосудовъ. Опытъ впрочемъ скоро показываетъ, насколько слѣдуетъ отслоить влагалитце отъ пузыря, чтобы можно было прикрыть всю матку. Послѣ окончанія этой части операціи слѣдуетъ задняя кольпоррафія большей или меньшей ширины.

Въ качествѣ третьяго способа, одинаково цѣлесообразнаго въ извѣстныхъ случаяхъ, я рекомендую удаленіе всего влагалитца и матки. Основательность этой операціи, а равно и описанной на второмъ мѣстѣ расширенной кольпоррафіи заключается въ томъ, что при операціяхъ противъ выпаденія особенно важно разсѣчь растянутыя, но все еще существующія связующія волокна между влагалитцемъ и *m. levator ani*. Благодаря этому послѣдній въ качествѣ діафрагмы таза хорошо сокращается и смѣщается вверхъ и препятствуетъ такимъ образомъ выходу кишокъ. Различіе этой операціи отъ удаленія одной только матки заключается именно въ одновременномъ удаленіи влагалитца. Операція начинается съ того, что кругомъ влагалитчнаго входа проводится разрѣзъ соотвѣтственно линіи расположенія бывшаго гимена и затѣмъ, по извлеченіи всей матки, отпрепаровывается по возможности поверхностно слизистая оболочка влагалитца по направленію къ влагалитной части. При приближеніи къ послѣдней вскрываютъ брюшину по передней или по задней стѣнкѣ. Если это дѣлается спереди, то раньше слѣдуетъ осторожно отпрепаровать пузырь отъ шейки; затѣмъ брюшина вскрывается, матка извлекается и брюшина задней стѣнки пузыря соединяется съ брюшиной передней стѣнки прямой кишки; потомъ послѣ операціи разсѣкаются боковыя соединенія съ широкой связкой. Культи затѣмъ прикрѣпляются брюшиннымъ швомъ. Если брюшина вскрывается черезъ заднюю стѣнку, то техника еще легче; слѣдуетъ только быть осторожнымъ при отдѣленіи соединенія между маткой и пузыремъ, чтобы можно было проникнуть здѣсь въ надлежащій слой. Все же удается безъ особеннаго труда продѣлать эту операцію по тому и другому способу безъ поврежденія сосѣднихъ органовъ. Главнымъ основаніемъ успѣха является тщательная остановка кровотока. Насколько съ увѣренностью можно перевязать маточную и яичниковую артеріи, настолько часто бываетъ трудно перевязать вены. Лучше всего оперировать поверхностно и тотчасъ же захватывать и перевязывать всякій кровоточащій сосудъ. Послѣ того какъ это удалось, слѣдуетъ закрыть рану; для глубокихъ слоевъ это дѣлается катгутоннымъ погружнымъ швомъ; кожа закрывается наглухо целлулоидной ниткой или у нижняго конца раны оставляется маленькое отверстіе, черезъ которое вводится въ глубину раны полоска марли.

По поводу вышеназванныхъ оперативныхъ методовъ можно, мнѣ кажется, сдѣлать слѣдующіе выводы: прежде

всего слѣдуетъ настаивать на томъ, чтобы начальныя стадіи выпаденія матки подвергались оперативному леченію; лишь начинающіяся выпаденія можно устранить радикально и притомъ безъ уродующихъ операцій. Начинающееся выпаденіе устраняется при помощи укороченія круглыхъ связокъ и задней кольпорафій; если наружный маточный зѣвъ уже нѣсколько виденъ въ вульвѣ, то вмѣсто операціи Alexander-Adams'a производятъ вентрофиксацію по Olshausen'y. При всѣхъ большихъ степеняхъ выпаденія слѣдуетъ непременно устранить возможность наступленія впоследствии родовъ, для чего производится стерилизація у женщинъ, способныхъ еще къ зачатію. Наибольше простымъ методомъ слѣдуетъ признать способъ, предложенный Schauta, который можетъ быть легко перенесенъ и очень слабыми женщинами. Я пользуюсь этимъ методомъ съ непосредственно за нимъ слѣдующей задней кольпорафіей тогда, когда влагалищная часть появляется впереди вульвы и передняя стѣнка цѣликомъ, а задняя большею частью выпали. Если, наоборотъ, все тѣло матки, находясь въ ретрофлексіи, лежитъ въ вывороченномъ влагалищѣ далеко отъ вульвы, то операціей Schauta нельзя добиться надежнаго результата. Тогда нужно произвести вышеуказанную очень высокую кольпорафію съ вентрофиксаціей, либо удалить все влагалище вмѣстѣ съ маткой.

Такъ какъ при выпаденіи мы имѣемъ дѣло часто съ очень изнуренными женщинами, то при операціи слѣдуетъ особенно позаботиться, чтобы кровотеченіе не было слишкомъ сильнымъ; слѣдуетъ быть осторожнымъ и съ наркозомъ. Мнѣ неоднократно приходилось дѣлать операцію Schauta и безъ наркоза. Боль наступаетъ лишь, если матка потягивается передъ вульвой, но исчезаетъ по наложеніи фиксирующихъ швовъ на заднюю стѣнку влагалища. Для задней кольпорафій я многократно примѣнялъ съ успѣхомъ инфльтраціонную анестезію по Schleich'y, а равно и поясничную анестезію тронакокаиномъ.

Слѣдуетъ по возможности избѣгать палліативнаго леченія выпаденія пессаріями; прибѣгать къ послѣднимъ можно лишь временно, вслѣдствіе какихъ-нибудь особенныхъ основаній. Слѣдуетъ настоятельно предостеречь отъ примѣненія пессаріевъ, въ особенности у молодыхъ женщинъ и при свѣжемъ выпаденіи. Если у очень истощенныхъ женщинъ въ возрастѣ около 70 лѣтъ приходится ввести пессарій, то я большею частью рекомендую пессарій Löhlein'a. Во время беременности слѣдуетъ по возможности обойтись круглыми целлулоидными пессаріями, которые можно изогнуть самому въ теплой водѣ, придавая имъ любую, подходящую для даннаго случая, форму.

## VI. Лечение такъ наз. хроническаго метрита.

Хроническій метритъ игралъ въ прежнія времена большую роль въ гинекологіи. Въ своей извѣстной книгѣ Scanzoni подъ этимъ названіемъ объединялъ многое изъ того, что мы описываемъ теперь какъ эндометритъ, эрозія, эктропионъ и т. п. Кое-что, принадлежавшее даже къ области истерической неврастеніи, было отнесено къ рубрикѣ хроническаго метрита. Съ лечебной точки зрѣнія мы остались, однако, почти безсильными противъ настоящей гипертрофіи матки, противъ дѣйствительнаго воспаленія ея стѣнки. Мы можемъ излечить эндометритъ, а при устраненіи свѣжей инфекціи,

можно надѣяться даже на прочное излеченіе его. Намъ нѣтъ надобности при этомъ обращать вниманіе на стѣнку матки и, въ противоположность Scanzoni, мы можемъ игнорировать собственно леченіе метрита. Я остаюсь и теперь при этомъ убѣжденіи, несмотря на новыя попытки, въ особенности напр. Aschoffa воскресить метритъ съ патолого-анатомической стороны. Какъ мало у насъ имѣется анатомическихъ признаковъ для этого заболѣванія матки, такъ же мало и клиническихъ данныхъ для точнаго установленія понятія хроническаго метрита. Матка, правда, всегда измѣняется довольно замѣтно въ своей величинѣ. Но наиболѣе сильныя степени этого измѣненія бываютъ не тогда, когда имѣются какіе-нибудь признаки заболѣванія, соответствующіе старинному симптомокомплексу метрита; во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ увеличеніе матки слѣдуетъ признать патологическимъ, я убѣждался, что имѣется дѣло съ новообразованиемъ, а именно главнымъ образомъ съ міомой или аденоміомой. Эти случаи, конечно, слѣдуетъ лечить согласно тѣмъ принципамъ, о которыхъ еще будетъ рѣчь въ главѣ о міомѣ. Кромѣ того укажу на то, что именно эти формы можно съ успѣхомъ лечить рентгеновскими лучами.

Все же приходится сохранить названіе «хроническій метритъ», съ такимъ же правомъ и даже лучше было бы называть это заболѣваніе половой неврастеніей.

Мѣстно слѣдуетъ лечить на маткѣ лишь то, что можно признать объективно больнымъ; тогда мѣстная терапія при хроническомъ метритѣ исчезнетъ.

Идя однако навстрѣчу современному направленію, я рекомендую при этомъ «хроническомъ метритѣ» совершенно безвредное леченіе, а именно леченіе въ курортѣ. Тутъ будетъ умѣстно вкратцѣ коснуться этого вопроса. Курортное леченіе въ настоящее время сочетается въ наиболѣе удобной формѣ съ леченіемъ въ санаторіяхъ. И при томъ, я другомъ слѣдуетъ непремѣнно избѣгать по возможности влагалищнаго леченія. Многие знаменитые курорты только потому потеряли свою клиентуру, что отдѣльные спеціалисты примѣняли здѣсь мѣстную терапію и операціи, несмотря на то, что смыслъ курортнаго леченія заключается именно въ предоставленіи полнаго покоя половымъ органамъ.

Въ курортахъ и санаторіяхъ слѣдуетъ устранять все вредное для половыхъ органовъ, и такое я усматриваю также и въ раздраженіи нервной системы путемъ частаго леченія влагалищной части. Такимъ образомъ въ курортахъ, а равно и санаторіяхъ главной задачей является общее леченіе. Сюда относится назначеніе ваннъ и одновременное питье слегка послабляющихъ водъ, что во многихъ случаяхъ весьма цѣлесообразно. Изъ ваннъ особенное значеніе имѣютъ углекислыя ванны, напр. въ Киссингенѣ, грязевыя ванны, напр. въ Франценсбадѣ, Эльстерѣ, Мариенбадѣ и др., и наконецъ иловые, песочныя и фанго-ванны. Первые дѣйствуютъ успокаивающимъ образомъ на нервы; послѣднія, кромѣ дѣйствія на хроническій суставной ревматизмъ, вліяютъ также на рассасываніе экссудатовъ. Примѣненіе грязевыхъ ваннъ въ названныхъ выше курортахъ сочетается съ питьемъ слегка послабляющихъ водъ и кромѣ того съ примѣненіемъ препаратовъ желѣза; благодаря этой комбинаціи ихъ можно съ успѣхомъ рекомендовать больнымъ. Изъ другихъ курортовъ особеннаго вниманія заслужи-

вають курорты съ мочегонными водами при заболѣваніяхъ мочевыхъ путей; при хронической гонорреѣ пузыря и уретры охотно назначаютъ Вильдунгенъ; адѣсь именно иной разъ приходится мѣстнымъ леченіемъ мочевыхъ органовъ способствовать эффекту внутренняго леченія водой. Затѣмъ для дѣвушекъ съ хлоровомъ рекомендуются желѣзные источники, напр. Пирмонтъ и т. д. Нельзя отрицать, что курортное леченіе нѣсколько старомодно и что оно зависитъ отъ времени года. Приблизительно отъ начала или середины мая до начала сентября—самое настоящее время. Но и помимо этого времени также часто показано такое леченіе и для такого наилучшимъ является леченіе въ санаторіи. Нѣкоторые гинекологи устраиваютъ все это у себя въ клиникѣ, въ которой можно съ удобствомъ примѣнять углекислыя ванны, а равно ванны съ фанго, грязевыя и песочныя ванны. Единственный недостатокъ, на который можно указать при подобномъ леченіи въ санаторіи гинеколога, заключается въ томъ, что наряду съ большей оперативной дѣятельностью эта консервативная терапія отстываетъ нѣсколько на задній планъ. Однако и такимъ больнымъ надо удѣлять время и слѣдуетъ самому все въ точности контролировать. Подобнымъ больнымъ предписываютъ также движеніе на свѣжемъ воздухѣ, массажъ и электризацію. Движеніе на открытомъ воздухѣ затруднено въ большихъ городахъ, и поэтому нѣкоторые гинекологи предпочитаютъ посылать подобныхъ больныхъ въ спеціальныя санаторіи. Это имѣетъ то преимущество, что вниманіе больныхъ отвлекается отъ половыхъ органовъ и поэтому нѣкоторые гинекологи, можетъ быть, поступать подобно мнѣ слѣдующимъ образомъ: я принимаю въ клинику для расасывающаго леченія только тѣхъ больныхъ, у которыхъ, кромѣ общаго леченія, показано мѣстное леченіе половыхъ органовъ или наблюденіе при помощи частыхъ изслѣдованій. Этимъ я значительно ограничиваю количество подобныхъ методовъ леченія и дѣйствительно замѣчаю значительное успокоеніе нервной системы у большинства больныхъ при посылкѣ ихъ въ санаторіи. Въ случаяхъ, которые я характеризовалъ какъ половую неврастенію и въ которыхъ слѣдуетъ отвѣдчъ вниманіе больныхъ отъ половыхъ органовъ, я обычно назначаю леченіе въ спеціальныхъ санаторіяхъ тогда, когда время года противопоказуетъ леченіе въ курортѣ.

## VII. Лечение заболѣваній влагалищной части.

Леченіе заболѣваній влагалищной части составляло въ былое время наибольшую или по крайней мѣрѣ достаточно большую часть гинекологін; постепенно однако это леченіе все болѣе и болѣе отступаетъ на задній планъ. Теперь общепризнано, что заболѣванія влагалищной части представляютъ въ большинствѣ случаевъ лишь частное явленіе другихъ заболѣваній и что поэтому слѣдуетъ лечить не влагалищную часть, какъ таковую, а большею частью всю матку.

Я остановлюсь раньше всего на эрозіяхъ. Послѣ того какъ С. Ruge и я доказали, что анатомически мы не имѣемъ при этомъ дѣла ни съ эрозіей, ни съ изъязвленіемъ, слѣдуетъ съ терапевтической точки зрѣнія отнести леченіе эрозіи къ главѣ о леченіи катарра. Рѣдко наблюдаются, чтобы подобный катарръ локализовался только въ шейкѣ или влагалищной части. Въ большинствѣ случаевъ катарръ одновременно поражаетъ и слизистую оболочку тѣла матки.



Это приходится признать въ огромномъ большинствѣ случаевъ и соотвѣтственно съ этимъ у подобныхъ пациентокъ съ сильными эрозіями слѣдуетъ раньше всего лечить катарръ тѣла матки; лишь когда послѣдній вполнѣ устраненъ, переходятъ къ мѣстной терапіи влагалищной части, если только таковая еще нужна. Это положеніе я считаю наиболѣе надежнымъ принципомъ современной терапіи катарра. Слѣдуетъ воспрепятствовать новому зараженію женщины, которая лечится отъ катарра, и тогда можно быть увѣреннымъ, что эрозіи пройдутъ сами собою. Лучше всего приводитъ къ цѣли прижиганіе эндометрія палочками Menge или зондами Playfair'a (см. рис. 4). Если еще во время этого прижиганія желаютъ что-нибудь примѣнить на влагалищной части, то уже съ давнихъ поръ рекомендуется смазываніе влагалищной части древеснымъ уксусомъ или іодной настойкой: это лечение сочетается съ



Рис. 25. Ампутація влагалищной части. Боковой разръзъ влагалищной части, линия разръза на влагалищной части.

прижиганіемъ эндометрія; кромѣ того во влагалище можно вводить глицериновые тампоны. Послѣдняго однако дѣлать не слѣдуетъ, если прижиганіе производится хлористымъ цинкомъ, такъ какъ послѣдній, находясь въ вытекающемъ изъ матки секретѣ, производитъ серьезныя ожоги влагалища. При дальнѣйшемъ мѣстномъ леченіи эрозіи самымъ важнымъ затѣмъ является вскрытіе многочисленныхъ небольшихъ ретенціонныхъ кистъ, которыя здѣсь могутъ оказаться; самымъ лучшимъ инструментомъ для этого является маленькій остроконечный ножъ, примѣнявшійся раньше очень часто для кровопусканія изъ влагалищной части. Производитъ болѣе

сильныя прижиганія послѣдней я не рекомендую. Вполнѣ достаточно послѣ излеченія катаррального эндометрита предотвратить новую инфекцію, смазывать іодной настойкой или древеснымъ уксуомъ и ввести тампонъ. Оперативное лечение эрозій въ послѣднее время примѣняется значительно рѣже; лишь немногіе гинекологи прибѣгаютъ къ нему. Поводомъ для этого являлось представленіе о новообразовательномъ характерѣ эрозій; точно также приводилъ къ операціи господствовавшій долгое время взглядъ Emmet'a, въ силу котораго неврастенія и истерія могутъ быть излечены путемъ зашиванія шейки. Въ настоящее время я считаю



Рис. 26. Ампутація влагалищной части. Шейка разрѣзана сбоку и передняя губа клиновидно (лучше конусообразно) изсѣкается.

зашиваніе шейки показаннымъ лишь: 1) при эрозіяхъ, остающихся послѣ полнаго излеченія катаррального эндометрита, и 2) при тѣхъ разрывахъ шейки, при которыхъ одновременно существуютъ рубцы, доходящіе до тазовой клѣтчатки и когда уже изъ-за самихъ рубцовъ появляются послѣдовательныя тяжелыя явленія.

Я однако предостерегаю отъ оперативнаго вмѣшательства при всякой эрозіи или всякомъ разрывѣ. Если въ видѣ исключенія приходится оперировать, то лучше всего слѣдовать указаніямъ Schröder'a, даннымъ имъ для ампутаціи влагалищной части. На приложенныхъ рисункахъ (см. рис. 25—28) эта операція представлена полусхематически, такъ какъ по этому типу могутъ быть сдѣланы небольшія измѣненія въ технику. Послѣ основательной дезин-

фекціи влагалища обнажаютъ въ Simon'овскомъ зеркалѣ влагалищную часть и захватываютъ каждую губу пулевыми щипцами. Послѣдними влагалищная часть оттягивается книзу, нѣсколько она поддается, и затѣмъ прямыми ножницами вскрывается сбоку. Затѣмъ производится осмотръ и точно устанавливаются, на какомъ мѣстѣ слизистая оболочка шейки становится нормальной. Здѣсь сначала перерѣзается поперечно слизистая оболочка задней стѣнки шейки, причемъ ножъ направляется косо и кверху. Затѣмъ производится разрѣзъ на томъ мѣстѣ влагалищной части, гдѣ у задней границы эрозіи находится нормальная слизистая оболочка. Этотъ разрѣзъ соединяется съ первымъ разрѣзомъ на шейкѣ и такимъ

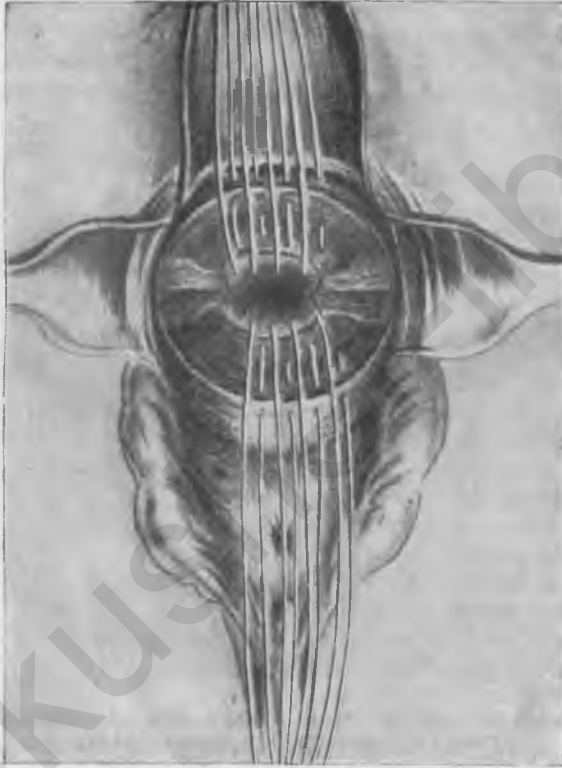


Рис. 27. Ампутація влагалищной части. Зашиваніе передней и задней губъ.

образомъ удаляется часть задней губы. Теперь очень легко можно соединить оба края разрѣза по средней линіи 3—4 швами. То же самое продѣлывается и на передней губѣ, причемъ и здѣсь нормальная слизистая оболочка шейки соединяется съ нормальной слизистой оболочкой наружной поверхности влагалищной части. Тогда остается соединить первый боковой разрѣзъ на обѣихъ сторонахъ. Это легко удастся, если провести иглу глубоко спереди къзади. Кромѣ того швы дѣйствуютъ одновременно и кровоостанавливающимъ образомъ, такъ что перевязки сосудовъ обыкновенно не требуется.

Если дѣло идетъ о разрывѣ шейки вмѣстѣ съ эрозіями, то операція производится приблизительно такимъ же образомъ; слѣ

дуетъ только обратить вниманіе на правильное соединеніе бокового разрѣза. Двусторонній разрѣзъ шейки для обнаженія слизистой оболочки влагалища относительно малъ; рядъ швовъ для соединенія боковой раны долженъ быть однако значительно больше обыкновеннаго. Это правило очень легко соблюсти.

Дальше леченіе влагалищной части бываетъ необходимо въ томъ случаѣ, если неизвѣстно, имѣется ли въ данномъ случаѣ карцинома; тогда показано пробное изсѣченіе. Обнажается влагалищная часть и затѣмъ отыскивается глазами или пальцемъ

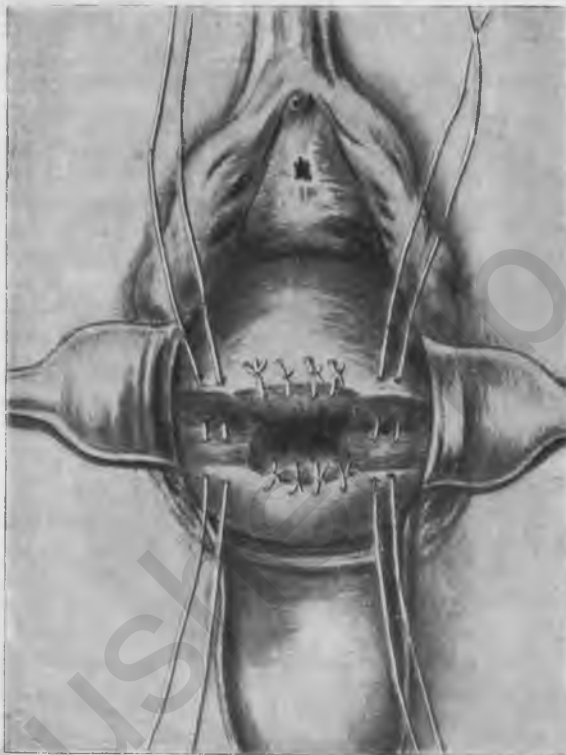


Рис. 28. Ампутація влагалищной части. Швы боковыхъ разрѣзовъ, послѣ завязыванія ряда переднихъ и заднихъ швовъ.

подозрительное мѣсто, изъ котораго вырѣзается кусочекъ; послѣдній тотчасъ же кладется въ уплотняющую жидкость, чтобы скоро закончить изслѣдованіе.

Такъ же просто леченіе маленькихъ шеечныхъ «слизистыхъ полиповъ», лишь рѣдко достигающихъ значительной величины. Обнажаютъ влагалищную часть, захватываютъ переднюю губу пулевыми щипцами и отрѣзаютъ по возможности высоко полипь. Часто приходится еще прижигать и слизистую оболочку тѣла матки, такъ какъ и здѣсь образованіе полиповъ является лишь частнымъ явленіемъ катарра.

Если при катарральномъ заболѣваніи влагалищной части находятъ тѣ же измѣненія, какъ и при воспаленіи влагалища, то ихъ надо лечить такъ же, какъ воспаленіе влагалища. Большею частью

бываетъ достаточно введенія тампона съ чистымъ глицериномъ. При всѣхъ болѣе сильныхъ степеняхъ заболѣванія я прижигаю или дезинфицирую влагалище и влагалищную часть іодной настойкой и въ заключеніе ввожу тампонъ.

При чистой *renis*-подобной гипертрофії влагалищной части, наблюдающейся иногда въ видѣ исключенія и при которой влагалищная часть показывается изъ влагалища, также показана ампутація *portio vaginalis*. Она производится точно такимъ же образомъ, какъ это описано при зровіяхъ. Здѣсь только части значительно больше и кровотечение можетъ быть болѣе значительнымъ; послѣднее и здѣсь останавливается при помощи обкалыванія.

### VIII. Лечение атрофії матки и аменорреи.

Подъ атрофіей матки мы разумѣемъ то состояніе, при которомъ шейка и тѣло матки ненормально малы. Подобное состояніе мы находимъ у молодыхъ лицъ, въ послѣдородовомъ періодѣ или послѣ него, послѣ изнурительныхъ болѣзней и климактерія. Во всѣхъ этихъ случаяхъ клиническимъ симптомомъ атрофій является прекращеніе мѣсячныхъ. Лечение атрофій матки должно быть болѣею частью направлено на то, чтобы способствовать появленію регулъ, и въ правильномъ ихъ наступленіи можно видѣть доказательство излеченія.

Если имѣется дѣло съ картиной врожденной атрофії матки у молодыхъ лицъ къ концу второго десятка жизни или первой половины двадцатыхъ годовъ, то встрѣчаются съ симптомо-комплексомъ, который раньше называли хлорозомъ; въ этихъ случаяхъ лечение также сводится къ тому, чтобы способствовать правильному общему развитію организма. Чѣмъ болѣе мы знакомимся въ послѣднее время съ ученіемъ о функціяхъ железъ и о внутренней секреціи, а равно и съ разстройствами ихъ, тѣмъ болѣе является нашей обязанностью указать на возможность достиженія здѣсь хорошихъ результатовъ путемъ возмѣщенія недостающихъ железъ или путемъ ограниченія патологической функціи железъ. Я иной разъ видѣлъ хорошее вліяніе на врожденную атрофію матки при назначеніи вытяжки щитовидной железы. Въ особенности такого рода лечение имѣетъ значеніе въ томъ случаѣ, когда въ болѣе пожиломъ возрастѣ при плохомъ развитіи щитовидной железы наряду съ атрофіей матки существуетъ чрезмерное отложеніе жира и когда одновременно приходится допустить возможность гиперплазіи *hypophysis*. Въ подобныхъ случаяхъ можно оказать благотворное вліяніе на функцію матки, назначая вещество или вытяжку щитовидной железы, а равно и обезжиривающее лечение.

Если прекращеніе мѣсячныхъ и одновременная атрофія матки являются слѣдствіемъ тяжелаго общаго заболѣванія, то при прогрессирующемъ выздоровленіи поправится и матка; послѣ выздоровленія появится менструація и пациентка сама по себѣ излечивается.

Только въ исключительныхъ случаяхъ атрофія матки является стойкимъ послѣдствіемъ тяжелаго общаго заболѣванія, которое объясняется тѣмъ, что паренхиматозное воспаленіе яичника уничтожило функцію послѣдняго. Въ такихъ случаяхъ предсказаніе плохое; тутъ не стоитъ даже дѣлать напрасныхъ попытокъ и при

подобномъ состояніи слѣдуетъ въ особенности предостеречь отъ мѣстнаго леченія.

Послѣродовую атрофію матки также не слѣдуетъ лечить мѣстно. Она—нормальное фізіологическое явленіе во время кормленія ребенка, и при отсутствіи какихъ-нибудь симптомовъ подобная атрофія матки не подлежитъ леченію. Напротивъ, если боли въ крестцѣ и общая слабость указываютъ, что подобное состояніе слѣдуетъ считать патологическимъ, то прежде всего отлучаютъ ребенка и стремятся улучшить общее состояніе. Большую пользу принесетъ здѣсь движеніе на свѣжемъ воздухѣ, лекарственно-фізическое леченіе, назначеніе легкихъ слабительныхъ и одновременно желѣза; это особенно удобно достигается при пребываніи въ курортахъ или санаторіяхъ.

Климактерическая атрофія матки, конечно, вовсе не подлежитъ леченію.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что атрофія матки представляетъ собою заблѣваніе, при которомъ слѣдуетъ въ общемъ воздержаться отъ всякаго мѣстнаго леченія; ни массажъ, ни зондированіе матки, ни скарификація влагалищной части, ни электролизъ—не имѣютъ никакого смысла. Правда, въ литературѣ описаны благоприятные результаты отъ этихъ мѣропріятій; но на основаніи вышесказаннаго понятно, что послѣ изнурительныхъ болѣзней или продолжительнаго кормленія ребенка время само по себѣ излечиваетъ атрофію матки; естественно, что то или иное мѣстное леченіе лишь, повидимому, ускоряетъ этотъ результатъ; не слѣдуетъ только думать, что мѣстная терапия дѣйствительно въ состояніи устранить атрофію матки. Я еще разъ настоятельно предостерегаю отъ примѣненія въ подобныхъ случаяхъ мѣстной терапии.

Среди разстройствъ менструаціи, по поводу которыхъ прибѣгаютъ къ вашей помощи, особенную роль играетъ аменоррея. Мнѣ нечего упоминать о безпокойствѣ женщинъ, у которыхъ прекратились мѣсячныя, вслѣдствіе наступившей беременности. Намъ, какъ врачамъ, очень часто задаютъ для рѣшенія вопросъ, имѣется ли беременность или вѣтъ; если вслѣдъ за этимъ спрашиваютъ, «нельзя ли противъ этого что-нибудь сдѣлать?», то врачу приходится поступать различно; лучше всего не обращать на это вниманія. Если же вопросъ упорно повторяется, такъ что отъ отвѣта уклониться нельзя, то слѣдуетъ сознаться, что моральными наставленіями тутъ ничего не подѣлаешь. Въ подобныхъ случаяхъ, если послѣдуетъ признаніе беременности, слѣдуетъ опасаться, что пациентка отправится куда-нибудь для производства аборта. Со мною однажды случилось слѣдующее: поставивъ діагнозъ беременности и сообщивъ спокойно объ этомъ больной, я замѣтилъ, что послѣдняя положила на столъ довольно значительную сумму денегъ и затѣмъ снова сѣла въ кресло для изслѣдованія, твердо увѣренная, что теперь я ей что-нибудь сдѣлаю. Я однако попросилъ ее встать съ кресла, большую часть денегъ взять обратно и выписалъ ей пилюли изъ *ferrum reductum*, отпустивъ ее съ совѣтомъ принимать эти пилюли регулярно въ теченіе шести недѣль, а затѣмъ снова показаться. Больную я больше не встрѣчалъ, пока она ко мнѣ не явилась черезъ три мѣсяца, вполнѣ помирившись со своей судьбой. Я на этомъ примѣрѣ особенно останавливаюсь потому, что, дѣйствуя подобнымъ же образомъ, я благодаря пилюлямъ желѣза приобрѣлъ многихъ благодарныхъ пациентокъ. Это леченіе собственно не мое, я его заимствовалъ у одного стараго

берлинскаго врача, оставшагося имъ очень довольнымъ и сообщившаго мнѣ объ этомъ. Я долженъ подтвердить, что въ первые мѣсяцы беременности женщины, у которыхъ имѣется рвота и плохое самочувствіе, особенно сильно желаютъ освободиться отъ беременности. Какъ только однако беременность настолько подвинулась впередъ, что ощущаются движенія ребенка, то весьма обычно это желаніе исчезаетъ; поэтому, подобно упомянутому берлинскому коллегѣ, я стремлюсь къ тому, чтобы помочь больной перенести періодъ ея нездоровья. Какое-нибудь лечение или слово утѣшенія, сулящее этимъ больнымъ вѣроятность, вслѣдствіе этой терапіи прерыванія беременности, если только онѣ захотятъ немного выждать, большую частью приводило меня къ цѣли. Я считаю, въ качествѣ врача, весьма цѣлесообразнымъ всячески удержатъ пациентокъ отъ ихъ болѣзненного и преступнаго намѣренія, и получилъ впечатлѣніе, что больныя сами въ концѣ-концовъ за это весьма благодарны. Врачъ никогда не долженъ отпускать подобныхъ больныхъ возмущенными. Пациентка пойдетъ тогда къ какому-нибудь шарлатану, который согласится исполнить ея желаніе.

Во всякомъ случаѣ гинекологіей не долженъ заниматься врачъ, не обладающій моральной силой, чтобы побороть у больной желаніе добиться выкидыша, желаніе впрочемъ почти всегда скоро проходящее. Для этого требуется твердое убѣжденіе; неправильныя политико-экономическія ученія объ избыткѣ населенія, къ сожалѣнію, достаточно часто приводятъ въ городѣ и деревнѣ къ искусственному выкидышу!

Но помимо этихъ психически объяснимыхъ, а потому и извинительныхъ случаевъ безпокойства, вслѣдствіе прекращенія мѣсячныхъ, которые однако никогда не слѣдуетъ лечить прописями морали, имѣется еще рядъ другихъ случаевъ, въ которыхъ не общее какое-либо страданіе, а прекращеніе мѣсячныхъ само по себѣ безпокоитъ больныхъ. Прежняя медицина шла навстрѣчу этому взгляду публики, полагая, что задержавшаяся въ организмѣ кровь можетъ вызвать безпокойство и давала подобнымъ больнымъ лекарства, которыя должны были вызвать менструаціи. Подобныя лекарства (emmenagoga) мы въ настоящее время не примѣняемъ больше. Наша терапія и здѣсь стремится быть при причинной; мы лечимъ заболѣваніе организма и добиваемся, конечно, возвращенія менструаціи. Emmenagoga я никогда не назначаю. Терапевтическая задача заключается такимъ образомъ въ опредѣленіи причины аменорреи. Туберкулезъ, диабетъ, истощеніе вслѣдствіе переутомленія, хронической нефритъ и скрытая карцинома суть наиболѣе частыя причины общаго характера. Всегда при этомъ находятъ уменьшенное тѣло матки, а также и шейку. Здѣсь существуетъ большой соблазнъ принять атрофію матки за самостоятельное заболѣваніе и назначить вслѣдствіе этого мѣстное леченіе. Уже а priori это слѣдуетъ считать неправильнымъ, если имѣется дѣло съ пациентками, до того вполне правильно менструировавшими и лишь внезапно потерявшими регулы. Если это наблюдается у не очень юныхъ лицъ, а у женщинъ въ возрастѣ 20—30 лѣтъ, то при внимательномъ изслѣдованіи можно найти причинное заболѣваніе; если оно устранимо, менструація возобновляется сама собою; напротивъ, если болѣзнь неизлечима, то является совершенно безразличнымъ, наступитъ ли менструація или нѣтъ. Благодаря улучшенію общихъ разстройствъ наблюдается иногда возобновленіе менструаціи,

особенно при диабетѣ, если имѣется та форма послѣдняго, при которой содержаніе сахара въ мочѣ уменьшается при надлежащей діетѣ. Здѣсь съ уменьшеніемъ содержанія сахара, безъ излеченія самаго диабета, менструація возстановляется. Я отвергаю, слѣдовательно, всѣ искусственныя мѣры, долженствующія вызвать менструаціи, особенно при формахъ аменорреи, обусловленныхъ общимъ заболѣваніемъ.

Приблизительно такимъ же образомъ обстоитъ дѣло съ аменорреей въ концѣ второго десятилѣтія жизни. Здѣсь причиной аменорреи является недостаточное развитіе всего организма или только половыхъ органовъ и въ такихъ случаяхъ было бы неправильнымъ желать вызвать искусственно менструацію при помощи какихъ-нибудь мѣстныхъ мѣръ. Здѣсь обыкновенно имѣется дѣло съ дѣвушками, у которыхъ сразу видно недостаточное общее развитіе; иногда въ пользу этого находятъ характерныя симптомы. Подобныя пациентки не принадлежатъ къ кліентурѣ гинеколога, примѣняющаго мѣстное леченіе. Это область прежняго домашняго врача; но подобно тому, какъ аменоррейную женщину вначалѣ беременности не слѣдуетъ оставлять безъ леченія, точно также и подобнымъ пациенткамъ нельзя отказать въ совѣтѣ. Въ настоящее время, когда молодыя дѣвушки изъ боязни не выйти замужъ или въ надеждѣ, что какъ-разъ этимъ путемъ можно скорѣе добиться замужества, обращаются къ занятіямъ, бывшимъ раньше исключительно мужскими, врачу нерѣдко удается наблюдать, что аменоррея является первымъ тревожнымъ симптомомъ, требующимъ настоятельнаго вниманія. Дѣвушки выглядятъ больными, страдаютъ бессонницей и могутъ работать, лишь примѣняя средства, сильно возбуждающія ихъ нервную систему. Никто не удивится, что онѣ могутъ существовать, лишь принимая препараты коффеина, и что лишь папироса сообщаетъ имъ бодрость. Это даже не считается болѣзненнымъ, а скорѣе интереснымъ. Но если прекращаются мѣсячныя, то у нихъ появляется безпокойство. При распросѣ этихъ бѣдныхъ созданій оказывается, что онѣ встаютъ въ 5 часовъ утра; въ 7 час.—онѣ уже въ школѣ, гдѣ работаютъ со скуднымъ завтракомъ вплоть до часа пополудни; послѣ обѣда онѣ имѣютъ еще частныя уроки и приходятъ домой изнуренными, безъ всякаго аппетита, чтобы снова сѣсть за работу у письменнаго стола и, наконецъ, часовъ около 11 получить разрѣшеніе отдохнуть. Если аменоррея наступаетъ при подобныхъ обстоятельствахъ, то первой мѣрой является, конечно, измѣненіе режима. Если ученіе не можетъ быть оставлено, то его слѣдуетъ временно прервать; если къ намъ обращаются за совѣтомъ зимою, то мы посылаемъ такихъ больныхъ на югъ или въ расположенную въ хорошемъ мѣстѣ санаторію. Лѣтомъ такихъ больныхъ посылаютъ въ Ругмонтъ, причемъ леченіе здѣсь должно продолжаться по возможности дольше. Если курортный врачъ, наряду съ назначеніемъ своего источника, предписываетъ и надлежащую діету, при которой съ помощью спорта и игръ больные принуждаются къ движенію на свѣжемъ воздухѣ, если затѣмъ больныя уже къ 9 часамъ ложатся въ постель и не должны вставать раньше 6 час., то при аменорреѣ получаютъ блестящіе результаты. Slѣдуетъ только предупредить, что для избѣжанія рецидива аменорреи необходимо повтореніе подобнаго продолжительнаго леченія. Если условія таковы, что уже заранѣе надо исключить возможность дорогаго стоящаго пребыванія въ курортѣ, то слѣдуетъ подыскать какой-нибудь другой соотвѣтствующій методъ леченія. Главнымъ образомъ не слѣдуетъ



думать, что послѣдній непосредственно обусловитъ появленіе мѣсячныхъ; здѣсь также менструація возобновляется сама по себѣ, если благодаря разумному физическому режиму пациентки возвращаются къ нормальному образу жизни. Не слѣдуетъ только думать, что занятіе мужскимъ дѣломъ, оставаясь безнаказаннымъ для многихъ женщинъ, можетъ быть разрѣшено всѣмъ женщинамъ. Подобный взглядъ обходится очень дорого этимъ бѣднымъ больнымъ и нѣкоторыя подобныя больныя излечиваются только послѣ того, какъ онѣ вовсе прекратятъ утомительное для нихъ занятіе.

Къ этимъ двумъ примѣрамъ второстепеннаго значенія аменорреи слѣдуетъ добавить еще тѣ случаи аменорреи, которые сочетаются съ послѣродовой атрофіей матки, съ такъ назыв. врожденной атрофіей матки и съ дѣтской маткой. Здѣсь дѣйствительно имѣется измѣненіе матки, которое является мѣстной причиной аменорреи. Но и при этихъ формахъ категорически противопоказано мѣстное леченіе или общее леченіе при помощи такъ наз. emmenagoga. При дѣтской маткѣ мы абсолютно безпомощны. При врожденной атрофіи матки можно надѣяться, что подобный случай относится ко второму изъ вышеописанныхъ видовъ аменоррейнаго состоянія и что общее укрѣпленіе организма будетъ способствовать лучшему развитію матки и наступленію мѣсячныхъ. Послѣродовая атрофія матки представляетъ собою нормальное состояніе, пока грудныя железы функционируютъ; патологическимъ явленіемъ она будетъ только тогда, когда послѣ отлученія ребенка мѣсячныя не восстанавливаются еще по истеченіи четырехъ недѣль.

Но и въ такихъ случаяхъ я предостерегаю отъ мѣстной терапіи. Ребенка слѣдуетъ отлучить, если у пациентки нѣтъ регулъ, причѣмъ она себя чувствуетъ нездоровой, жалуется на боли въ крестцѣ и страдаетъ безсонницей. Если аменоррея послѣ отлученія продолжается, то показано общее леченіе, заключающееся въ тѣлесныхъ движеніяхъ и въ обильной доставкѣ организму питательнаго матеріала. При сочетаніи этихъ методовъ можно при благоприятныхъ условіяхъ добиться излеченія. Назначаемыя при этомъ ножныя ванны съ горчицей, горячія сидячія ванны и т. п. я считаю излишнимъ. Горчичныя ножныя ванны я по крайней мѣрѣ считаю безвредными. Можетъ однако случиться, что въ силу какихъ-нибудь внѣшнихъ условій врачъ бываетъ вынужденъ въ подобныхъ случаяхъ примѣнять какое-либо мѣстное леченіе; тогда слѣдуетъ прибѣгать только къ какимъ-либо невиннымъ мѣрамъ; но и съ послѣдними надо быть осторожнымъ, такъ какъ именно при аменорреѣ, согласно вышеизложенному, можетъ пострадать нервная система.

## IX. Лечение миомъ матки.

### 1. Показанія къ операціи.

Леченіе миомъ матки, благодаря значительному прогрессу нашей оперативной техники, въ послѣднее время существенно измѣнилось, въ особенности въ смыслѣ установки показаній. Въ то время, какъ еще лѣтъ 40 тому назадъ имѣло большое значеніе положеніе Hildebrandt'a, согласно которому считалось возможнымъ, что подкожное примѣненіе эрготина способствуетъ исчезновенію миомъ, въ настоящее время мы знаемъ, что подобныя попытки совершенно напрасны. Те-

перь имѣется три метода леченія: палліативный, имѣющій цѣлью при помощи діететическихъ предписаній сдѣлать сноснымъ состояніе больной, примѣненіе рентгеновскихъ лучей и оперативный, заключающійся въ удаленіи опухоли или вмѣстѣ съ нею и матки.

На первый планъ все болѣе и болѣе выступаетъ оперативное леченіе и здѣсь, гдѣ мнѣ не приходится приводить различныя мнѣнія изъ литературы, а лишь свое собственное мнѣніе, я долженъ открыто признать, что границы оперативности въ особеннности міомъ, какъ мнѣ кажется, вполне справедливо все болѣе расширяются.

Когда не слѣдуетъ прибѣгать къ операціи? Когда операція показана? Это самый важный вопросъ, подлежащій обсужденію при леченіи міомъ.

Міому, которая является случайной находкой и не даетъ никакихъ симптомовъ, я еще и въ настоящее время совѣтую не удалять.

Подобные случаи рѣже встрѣчаются на приемѣ, чѣмъ это принято думать. Въ общемъ такія большыя обращаются къ врачу съ какимъ-нибудь жалобами. Если анализировать послѣднія, то можно очень часто придти къ убѣжденію, что явленія, исходящія даже изъ отдаленныхъ органовъ, все же находятся въ зависимости отъ міомы или находятся съ нею въ извѣстной связи. Все-таки существуютъ подобные рѣдкіе случаи неожиданнаго обнаруженія міомъ; я вспоминаю, напр., одну больную съ брюшнымъ тифомъ; у нея въ животѣ прощупывалась опухоль, для діагноза которой я былъ приглашенъ. Ни одинъ симптомъ не обратилъ вниманія на существованіе опухоли ни со стороны больной, ни ея постояннаго врача. Опухоль была открыта совершенно случайно во время ощупыванія живота при тифѣ. Я ее не удалилъ, и больная продолжаетъ носить опухоль безъ какихъ бы то ни было жалобъ.

Другая больная, благодаря указаніямъ окружающихъ, замѣчаетъ, что у нея большой животъ и обращается по этому поводу за совѣтомъ. При изслѣдованіи оказывается міома, доходящая, можетъ быть, до пунка и не вызвавшая за долгіе годы своего роста никакихъ явленій; и теперь больная чувствуетъ себя прекрасно; только животъ нѣсколько увеличенъ! Другая пациентка приходитъ къ гинекологу, потому что она бесплодна; при изслѣдованіи оказывается міома.

Въ то время, какъ первый случай является вполне типическимъ примѣромъ отсутствія какихъ бы то ни было симптомовъ, на оба другихъ случая слѣдуетъ смотрѣть уже нѣсколько иначе; нельзя отрицать, что увеличеніе живота обусловлено міомой, а въ послѣднемъ примѣрѣ слѣдуетъ обсудить вопросъ, не является ли міома причиной бесплодія. Такимъ образомъ здѣсь мы имѣемъ, съ одной стороны, явленія вполне безопасныя и развѣ только неприятыя, съ другой стороны, въ одномъ случаѣ имѣется симптомъ, несомнѣнно зависящій отъ міомы, въ другомъ—этотъ вопросъ подлежитъ еще обсужденію.

Примѣры эти показываютъ, что наряду съ міомами, не вызывающими никакихъ симптомовъ, имѣется другая категорія міомъ, которыя могутъ вызвать безразличныя явленія, и, наконецъ, третья категорія, въ которой вопросъ о зависимости симптомовъ еще подлежитъ обсужденію.

Въ обоихъ случаяхъ послѣдняго рода мѣнѣе двухъ врачей можетъ быть различнымъ; одинъ, напр., будетъ считать увеличеніе живота вполне безразличнымъ явленіемъ, другой будетъ бояться изъ-за этого разстройствъ въ будущемъ. Добросовѣстное отношеніе врача и въ особенности большой опытъ приведутъ здѣсь къ правильному рѣшенію. Я въ общемъ держусь того взгляда, что если только увеличеніе размѣровъ живота обращаетъ на себя вниманіе больной или окружающихъ, между тѣмъ, какъ нѣтъ рѣшительно никакихъ другихъ симптомовъ, въ особенности со стороны сердца, то можно спокойно посовѣтовать обождать, пока появятся какіе-либо дальнѣйшіе симптомы. Удаленіе опухоли тогда все же возможно довольно легко.

Безплодіе, напротивъ, можетъ быть причиной или слѣдствіемъ міомы. Въ первомъ случаѣ надо удалить опухоль, во второмъ—можно ее большею частью оставить нетронутой. Выборъ между этими двумя возможностями является опять—таки дѣломъ совѣсти врача. Въ одномъ случаѣ опухоль находилась еще до брака, въ другомъ—она была мало-по-малу намѣчена въ теченіе продолжительной брачной жизни; въ первомъ случаѣ виновникомъ безплодія является, вѣроятно, не мужъ, но, можетъ быть, міома; во второмъ—слѣдуетъ признать мужа причиной безплодія.

Именно подобные случаи съ недостаточно ясно выраженными явленіями или съ сомнительною зависимостью симптомовъ отъ опухоли представляютъ затрудненія въ смыслѣ выбора леченія; кромѣ того распросы больной часто побуждаютъ врача точно выяснитъ природу заболѣванія; вначалѣ вполнѣ успокоенная утѣшительными словами врача, рекомендующаго выжиданіе, больная начинаетъ нервничать по поводу того, что у нея имѣется «опухоль», и боязнь ея настолько усиливается, что уже вслѣдствіе этого приходится приступать къ операціи. Неудивительно, что при подобномъ отношеніи иной врачъ рекомендуетъ удалять всякую міому, какъ только таковая обнаружена. На основаніи личнаго опыта я не могу рекомендовать подобнаго радикализма, а, наоборотъ, совѣтую самое тщательное взвѣшиваніе всѣхъ обстоятельствъ. Прежде всего бываютъ несомнѣнно міомы, не вызывающія никакихъ симптомовъ, и если желательно принять во вниманіе только что упомянутую нервозность, то нужно сказать, что и ее слѣдуетъ разсматривать, какъ результатъ міомы, подлежащей операціи. Но для выжидательнаго отношенія имѣеть большое значеніе то обстоятельство, что техника и предсказанія операціи міомы не затрудняются, гесп. не ухудшатся при выжиданіи до появленія первыхъ дѣйствительныхъ симптомовъ.

Такимъ образомъ, на основаніи личнаго опыта, я поступаю такъ, что міомы, не дающія никакихъ симптомовъ, я не оперирую; напротивъ, я совѣтую удалить тѣ міомы, которыя являются причиною какихъ бы то ни было даже, невидимому, незначительныхъ симптомовъ.

Конечно, бываютъ и исключенія, но для этого нужны какія-нибудь индивидуальныя особенности. Пожилой возрастъ лишь рѣдко играетъ роль: міомы, не вызывавшія до того никакихъ жалобъ, въ пожиломъ возрастѣ не даютъ внезапно повода къ тяжелымъ явленіямъ или разстройствомъ. Если въ этомъ возрастѣ возникаютъ разстройства, зависящія отъ опухоли, разсматриваемой какъ міома.

то слѣдуетъ скорѣе думать о саркомѣ. При наличности тяжелаго порока сердца, остраго перитонита, или тому подобнаго общаго или мѣстнаго расстройства необходимо во всякомъ случаѣ произвести тщательное изслѣдованіе, чтобы установить, не стоитъ ли въ этиологической связи съ міомой расстройство сердечной компенсаціи или острый перитонитъ. Въ утвердительномъ случаѣ, разумѣется, еще болѣе показано удаленіе опухоли.

При міомахъ, не дающихъ симптомовъ, я въ общемъ совѣтую выжидать и наблюдать; наблюденіе не сводится однако къ тому, что больная съ міомой должна являться для контроля черезъ каждые нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, чтобы выяснитъ, не увеличивается ли міома. Это сдѣлаетъ больную нервной и врядъ ли этимъ путемъ можно будетъ объективно констатировать какой-нибудь пріростъ опухоли. При двухъ изслѣдованіяхъ, произведенныхъ въ различное время, можно сравнитъ результаты лишь тогда, когда оба раза изслѣдованіе производится при исполнѣ пустыхъ кишкѣ и пузырьѣ, а также и въ особенности въ одно и то же время по отношенію къ менструаціи, лучше всего непосредственно вскорѣ послѣ окончанія мѣсячныхъ. Вслѣдствіе предменструальнаго набуханія и въ зависимости отъ силы менструальнаго раздраженія міома можетъ довольно сильно, но не каждый разъ въ одинаковой степени, разбухать.

Разумная пациентка при міомѣ, не подлежащей оперированію, должна помнить, что при появленіи какихъ-нибудь симптомовъ въ ея организмѣ она не должна поддаваться самообману, а, наоборотъ, должна немедленно быть изслѣдована опытнымъ врачомъ для рѣшенія вопроса о томъ, зависятъ ли эти симптомы отъ міомы, или нѣтъ. Выборъ врача, къ которому обращаются за совѣтомъ, несомнѣнъ легокъ; болѣе пожилой врачъ, работавшій еще во времена сомнительной антисептики, навѣрное не посовѣтуетъ операцію; наоборотъ, смѣлый хирургъ предложитъ операцію. Тотъ врачъ, кто призванъ рѣшить этотъ вопросъ, долженъ обладать опытомъ и способностью къ спокойному обсужденію, а равно и полнымъ знакомствомъ со всѣми возможными исходами операціи.

Если желаютъ лечить еще діететически, то можно такую больную каждый годъ направлять въ какой-нибудь курортъ, для какой цѣли я особенно рекомендую соленыя ванны въ Kreuznach'ѣ или въ Münster'ѣ am Stein. Опытъ прежнихъ неоперативныхъ временъ говоритъ съ большимъ увѣренностью за то, что этимъ путемъ можно добиться благоприятнаго вліянія на общее состояніе. Напротивъ, настоящаго леченія я всячески избѣгаю. Я не назначаю болѣе вприскиваній эрготины; я прекратилъ примѣненіе лекарства во время мѣсячныхъ, чтобы уменьшить меноррагію. Если кровотеченіе во время мѣсячныхъ требуетъ леченія, то я приступаю къ операціи.

Въ тѣсной связи съ подобнымъ взглядомъ на оперативное леченіе міомъ матки находится то обстоятельство, что при необходимости операціи міомы я не удаляю всякій разъ всю матку, а ограничиваюсь иногда лишь удаленіемъ опухоли. Рѣшающимъ моментомъ являются индивидуальныя особенности даннаго случая.

Эта точка зрѣнія не раздѣляется всѣми гинекологами; нѣкоторые при всякой операціи міомы всегда удаляютъ всю матку, объясняя это тѣмъ, что при образованіи міомъ слѣдуетъ всегда ожидать множества міоматозныхъ зародышевыхъ узелковъ и вслѣдствіе этого

послѣ удаленія одной только миомы можно опасаться наступленія рецидива. Съ другой стороны, опытъ показываетъ, что женщины, лишенныя матки, преждевременно чувствуютъ себя устарѣвшими. Чѣмъ пациентка моложе, тѣмъ болѣе она желаетъ избѣжать подобнаго состоянія климактерія, непріятности котораго она хорошо знаетъ по описаніямъ уже оперированныхъ больныхъ. Ощущеніе половой импотенціи овладѣваетъ женщиной и побуждаетъ больную лишь неохотно подвергнуться уродующей операціи. Миоматозный полипъ въ особенности имѣлъ большое значеніе для моей терапіи. Экстирпація родившагося во влагалище полипа очень проста и можетъ быть произведена амбулаторно; экстирпація же матки представляетъ собою операцію, требующую для выздоровленія нѣсколькихъ недѣль. Миоматозные полипы рѣдко рецидивируютъ; почему же съ принципиальной точки зрѣнія нельзя такъ же отнестись и къ инымъ миомамъ? Улучшеніе въ предсказаніи при операціяхъ приводитъ затѣмъ къ тому, что вылушеніе миомы съ удержаніемъ матки ни въ коемъ случаѣ не мѣняетъ прогноза для больной, какъ и при удаленіи миомы при родившемся полипѣ; разница въ существенномъ сводится лишь къ различной техникѣ при этихъ двухъ операціяхъ, въ смыслѣ же прогноза для больной этой разницы не существуетъ, а между тѣмъ предсказаніе является къ концѣ-концовъ рѣшающимъ моментомъ.

Если имѣется дѣло съ молодыми лицами, у которыхъ констатируется только миома, и если послѣдняя, вслѣдствіе вызываемыхъ симптомовъ, напр. перекручиванія, должна быть удалена, то я сохраняю матку. Если наряду съ миомой имѣется беременность и какъ-разъ къ этому времени миома вызываетъ симптомы угрожающаго характера, то я сохраняю матку и удаляю только миому. Напротивъ, если въ концѣ третьяго десятилѣтія существуютъ уже многочисленныя миомы, то предпочтительнѣе радикальная операція. Если же больная приближается къ концу четвертаго, началу пятаго десятилѣтія, то можно спокойно удалить все.

## 2. Техника влагалищныхъ операцій.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что при описаніи леченія миомъ матки я обращаю извѣстное вниманіе и на частичныя операціи.

### а) Операція полипозной миомы.

Удаленіе миомы, родившейся во влагалище, представляетъ собою наиболѣе простую изъ всѣхъ операцій при миомѣ. Большею частью крайне обезкровленная пациентка съ немного отечнымъ припуханіемъ блѣдной, какъ воскъ, кожи лица часто, вслѣдствіе своей слабости, не переноситъ никакой большей операціи; въ иномъ случаѣ даже радикальные настроенные, гинекологи начинаютъ терапію съ удаленія сплывшейся во влагалище миомы, имѣя въ виду впоследствии, когда больная поправится, приступитъ къ удаленію всей матки. Пациентка однако часто разстраиваетъ эти планы, такъ какъ послѣ легко достигнутаго излеченія она проситъ отложить послѣдующую операцію на то время, когда ей снова станетъ хуже, но, вопреки ожиданію, она долгое время остается здоровой.

Техника операціи полипа требуетъ обращенія особеннаго вниманія на опасность выворота, и притомъ какъ уже наступившаго,

такъ и могущаго появиться при извлеченіи опухоли. Въ этомъ отношеніи діагностическіе признаки уже наступившаго до операціи выворота достаточно извѣстны; комбинированное изслѣдованіе даетъ намъ возможность во-время распознать это серьезное осложненіе. При операціи однако можно часто выворотъ просмотрѣть. Чтобы предохранить себя отъ этой опасности, слѣдуетъ каждый разъ при низведеніи опухоли, прежде чѣмъ перерѣзать ножку послѣдней, убѣдиться, не имѣется ли выворота. Но такъ какъ всегда приходится производить потягиваніе опухоли, чтобы ее экстирпировать, то я настоятельно совѣтую, прежде чѣмъ перерѣзать ножку всякаго миоматознаго полипа, еще разъ произвести изслѣдованіе на присутствіи или отсутствіи полнаго или частичнаго выворота.

Начинаютъ такимъ образомъ съ дезинфекціи и притомъ довольно основательной; присутствіе опухоли, съ поверхностью, наклонной къ омертвѣнію, является прекрасной питательной средой для сапрофитовъ влагалища; за дезинфекціей слѣдуетъ низведеніе опухоли до вульвы пулевыми щипцами, либо двумя изогнутыми пальцами, проведенными позади опухоли. Если теперь еще разъ убѣдились, что выворота нѣтъ, то кривыми ножницами перерѣзаютъ ножку опухоли непосредственно позади послѣдней. Не слѣдуетъ затѣмъ забывать, что при операціи, производимой безъ наркоза, ощупываніе при низведенной опухоли удается съ трудомъ и поэтому легко проглядѣть выворотъ. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ поэтому я разрѣзаю ножомъ циркулярно по наибольшей окружности опухоли и по разсѣченіи капсулы достигаю опухоли, которую и вылушаю затѣмъ изъ ея капсулы. Если послѣ отрѣзыванія или вылушенія что-нибудь остается, то это большею частью произвольно подвергается обратному развитію; большія части капсулы отрѣзаютъ послѣ. Ни послѣ отрѣзыванія, ни послѣ вылушенія полипа не получается кровотеченія, такъ что послѣдовательное леченіе или тампонада являются совершенно излишними послѣ этой маленькой операціи; только въ видѣ исключенія приходится прибѣгать къ кровоостанавливающимъ мѣрамъ.

Если, несмотря на всѣ предосторожности, не говоря уже о просмотрѣ выворота, при вырѣзаніи полипа разрѣзывается стѣнка матки, то единственнымъ успѣшнымъ леченіемъ является немедленная влагалищная экстирпація матки, къ описанію техники которой мы и переходимъ.

### β) Операція миомы, находящейся въ каналѣ шейки.

Слѣдующей по простотѣ операціей миомы матки является операція находящейся въ каналѣ шейки миомы; вслѣдствіе сокращенія матки опухоль проталкивается книзу и лишь узость наружнаго маточнаго зѣва нерожавшихъ препятствуетъ рожденію опухоли во влагалище. Здѣсь создаются отношенія наиболѣе трудныя для распознаванія; шарообразное вздутіе шейки непосредственно надъ наружнымъ зѣвомъ рѣдко встрѣчается при другомъ заболѣваніи, кромѣ беременности. Наиболѣе благоприятнымъ моментомъ для діагноза является время кровотеченія; наружный маточный зѣвъ становится тогда проходимымъ и большею частью можно прощупать нижній конецъ опухоли. Но если это даже невозможно, то шарообразная форма шейчнаго канала дѣлаетъ вѣроятнымъ предположеніе о переходѣ миомы въ шейку. Если діагнозъ установленъ, то наиболѣе простымъ методомъ леченія является разсѣченіе наружнаго маточнаго зѣва въ

обѣ стороны или кпереди и кзади. Первое направленіе самое обычное и оно несомнѣнно годится во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ діагнозъ точно установленъ; если при этомъ возникаетъ сомнѣніе, достоверно ли глубоко опустилась опухоль, или если нельзя съ увѣренностью исключить возможность нахождения опухоли еще въ тѣлѣ матки, то въ такихъ случаяхъ я предпочитаю разрѣзъ кпереди и кзади строго по средней линіи; если подобное разсѣченіе наружнаго маточнаго зѣва недостаточно, то слѣдуетъ приступить къ производству ниже описываемой *hysterotomia anterior*, при которой является необходимымъ разрѣзъ строго по средней линіи. Если вначалѣ были сдѣланы боковые разрѣзы, то получится извѣстное затрудненіе при дальнѣйшихъ моментахъ этой операціи. Операція однако могла бы стать необходимой, потому что въ отдѣльномъ случаѣ можно было бы расположеніе опухоли считать болѣе глубокимъ, чѣмъ оно оказалось бы на самомъ дѣлѣ.

Послѣ разрѣза наружнаго маточнаго зѣва накладываются пулевые щипцы на опухоль, которая извлекается во влагалище и затѣмъ кпереди отъ вульвы. При увѣренности въ отсутствіи выворота ножка просто перерѣзается и затѣмъ разрѣзъ наружнаго маточнаго зѣва закрывается съ каждой стороны швомъ.

Если не удастся вполне свободно вывести опухоль, то приступаютъ къ вылуценію, описаніе техники котораго будетъ дано ниже.

Если нельзя вполне исключить возможность частичнаго выворота, то и здѣсь для устраненія всякой опасности предпочитаютъ вмѣсто отрѣзыванія сдѣлать вылуценіе опухоли.

#### γ) *Hysterotomia anterior* и влагалищное вылуценіе.

Вылуценіе подслизистыхъ миомъ или такихъ, которыя находятся близко отъ слизистой оболочки, при помощи *hysterotomia anterior*, представляетъ собою операцію не болѣе опасную, чѣмъ вышеописанная, но техника которой представляетъ извѣстный интересъ. Предварительнымъ условіемъ является присутствіе капсулы, которая впрочемъ встрѣчается у большинства миомъ, за исключеніемъ лишь аденомиомъ; этотъ фактъ имѣетъ, повидимому, большое клиническое значеніе, такъ какъ, если капсула вообще имѣется, то она находится вокругъ опухоли. Такимъ образомъ, если капсула обнаруживается, то благодаря этому является анатомическое основаніе, чтобы распознать возможность вылуценія. Если капсула находится не тотчасъ же, то можетъ случиться, что она лежитъ гдѣ-нибудь въ глубинѣ. Поэтому во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ, въ которыхъ капсула не распознается, я совѣтую разрѣзать даже ножомъ опухоль, чтобы убѣдиться, не находится ли капсула въ глубинѣ, такъ какъ степень послѣдней можетъ быть различна.

Если мы допустимъ, что капсула имѣется, то этимъ дается одно изъ предварительныхъ условій для операціи. Другое условіе—это вопросъ техники; дѣло идетъ о вскрытіи полости такимъ образомъ, чтобы палецъ могъ проникнуть въ тѣло матки.

Разрѣзъ можетъ быть сдѣланъ поперечно или продольно, какъ это описано на стр. 43 и изображено на рис. 13. Послѣ основательной дезинфекціи вульвы и влагалища поперечно разсѣкается передняя стѣнка влагалища въ томъ именно мѣстѣ, гдѣ влагалище

переходить на переднюю стѣнку влагалищной части. Разрѣзъ ведется такъ глубоко, что вскрывается наравгагинальная клѣтчатка; затѣмъ тупымъ путемъ пузырь отодвигается отъ передней стѣнки шейки кверху вплоть до брюшины. При продольномъ разрѣзѣ влагалища задняя губа захватывается одними, передняя губа — двумя пулевыми щипцами и между послѣдними влагалище разрѣзается по средней линіи отъ влагалищной части до уретрального бугорка; слизистая оболочка тогда нѣсколько отпрепаровывается отъ пузыря, благодаря чему можно попасть въ пространство между шейкой и пузыремъ и между ними свободно разрѣчь рыхлую клѣтчатку, чтобы такимъ образомъ подойти къ брюшинѣ. Послѣдняя въ общемъ не вскрывается; теперь разрѣзается вся передняя стѣнка шейки по средней линіи. При этомъ, конечно, вскрывается внутренній маточный зѣвъ, нижняя граница «isthmi» и теперь палецъ безъ затрудненія проникаетъ въ маточную полость. Если пальцемъ можно убѣдиться, что міома сидитъ на ножкѣ въ какомъ-нибудь мѣстѣ внутренней поверхности матки, то падавливая пальцемъ, отдѣляютъ ножку и извлекаютъ опухоль пулевыми щипцами. Технические затрудненія возникаютъ лишь тогда, когда опухоль очень велика; если опухоль не очень велика, то ее извлекаютъ черезъ сдѣланное отверстіе и конецъ операціи заключается въ зашиваніи передней стѣнки шейки и въ соединеніи передней стѣнки влагалища съ передней стѣнкой влагалищной части. Если опухоль подслизистая, т. е. она не имѣетъ ножки и сидитъ широко на внутренней поверхности стѣнки, то сильнаго давленія пальца будетъ достаточно, чтобы проникнуть въ ткань между міомой и капсулой; этимъ путемъ легко можно добиться отдѣленія міомы. Если опухоль очень велика, то полное отдѣленіе, а равно и освобожденіе ея представить большія затрудненія. Чтобы высвободить опухоль, надо потянуть послѣднюю крѣпкими пулевыми щипцами, что даетъ возможность пальцу проникнуть до болѣе высоко расположенныхъ частей ножки; затѣмъ производятъ отдѣленіе опять-таки пальцемъ, если пулевые щипцы сами не могутъ отдѣлить ножку путемъ потягиванія. Послѣ того какъ палецъ проникъ къ нижнимъ частямъ ножки, одного потягиванія обычно бываетъ достаточно для полного отдѣленія. Пока дѣло идетъ объ опухольяхъ на ножкѣ, если даже послѣдняя и широка, операція очень проста, потому что пальцемъ нельзя пробуровать стѣнку; понятіе вылущенія поэтому здѣсь примѣнимо лишь въ ограниченномъ смыслѣ; переходъ къ настоящему вылущенію представляется лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ основаніе опухоли проникаетъ въ стѣнку, и настоящее вылущеніе начинается тогда, когда вся опухоль находится въ стѣнкѣ, но близко къ поверхности слизистой оболочки и несомнѣнно подъ послѣдней. Какъ только палецъ введенъ въ маточную полость, опухоль выступаетъ нѣсколько въ просвѣтъ и палецъ долженъ пробуровать покрывающую слизистую оболочку, чтобы внѣдриться въ опухоль. Сильное противодавленіе снаружи лежащей рукой способствуетъ болѣе рѣзкому выступленію опухоли, и если иногда отдѣленіе положенія капсулы можетъ представить извѣстныя затрудненія, то послѣднія устраняются тѣмъ, что палецъ, крѣпко давящій на опухоль, болѣе легко проникаетъ въ окружающую ткань, которая рыхлѣе, чѣмъ ткань самой опухоли. Насколько возможно, палецъ старается проникнуть кругомъ, придерживаясь все же строго границъ опухоли, и часто бываетъ поразительно, до чего далеко можно углу-



биться; значительное облегчение достигается, если проникнуть въ окружность опухоли съ разныхъ сторонъ. Со всѣхъ сторонъ стараются проникнуть къ основанію опухоли, и если это удалось на достаточномъ протяженіи, то можно перейти къ захватыванію самой опухоли пулевыми щипцами и закончить вылушение потягиваніемъ за послѣдніе. Соединеніе опухоли со своей капсулой отличается именно тѣмъ, что оно настолько рыхло, что поддается малѣйшему давленію или потягиванію, и если имѣется дѣло съ вылушимой опухолью, то эта манипуляція удается легко. Затрудненія встрѣчаются только при извлеченіи опухоли изъ маточной полости. Этотъ моментъ можно отнести къ наиболѣе труднымъ операціямъ, какія только существуютъ, и само собой понятно, что здѣсь былъ предложенъ цѣлый рядъ различныхъ вспомогательныхъ методовъ. Изъ этихъ послѣднихъ я лично лишь очень неохотно примѣняю разсѣченіе задней стѣнки шейки, ибо при этомъ всегда имѣется наибольшая вѣроятность зараженія брюшной полости; асептика въ теченіе долго длящейся операціи ненадежно обезпечена; я въ особенности боюсь попаданія гнилостныхъ микробовъ въ брюшную полость, которая можетъ сдѣлаться опасно воспримчивой по отношенію къ вредному вліянію сапрофитовъ за долгое время, протекающее отъ момента вскрытія брюшины до окончанія операціи, вслѣдствіе выпота или попаданія частицъ миомы. Иначе обстоитъ дѣло, если уже заранѣе рѣшено вскрыть брюшную полость; тогда не придется долго оставаться на попыткахъ извлеченія, при которыхъ вылушающій палецъ часто касается кожи промежности. Во всякомъ случаѣ я избѣгаю по возможности вскрытія брюшной полости при тѣхъ операціяхъ, при которыхъ могутъ возникнуть непредвидѣнные затрудненія.

Гораздо охотнѣе я прибѣгаю къ небольшимъ техническимъ приемамъ, которые способствуютъ освобожденію опухоли, и особенно прибѣгаю къ уменьшенію послѣдней. Нѣсколько словъ я хотѣлъ бы добавить для болѣе точнаго описанія этихъ, кажущихся мнѣ важными, вспомогательныхъ методовъ: потягиваніе опухоли производится не всегда въ одинаковомъ направленіи, иногда приходится мѣнять послѣднее; слѣдуетъ пытаться извлечь сначала одинъ, а затѣмъ другой трубный конецъ и затѣмъ снова мѣнять направленіе. Самымъ главнымъ является все же уменьшеніе самой опухоли. При этомъ основной принципъ заключается для меня въ томъ, чтобы при уменьшеніи рѣжущими инструментами идти лишь на столько, чтобы можно было работать подъ контролемъ зрѣнія; здѣсь слѣдуетъ по возможности избѣгать всякаго оперированія въ темнотѣ. Гораздо менѣе важнымъ является вопросъ, какой способъ примѣнить для уменьшенія опухоли. «Оперативное удлиненіе» и «центральное вылушеніе» являются наиболѣе важными методами; первый состоитъ въ томъ, что при сильномъ вытягиваніи опухоли послѣдняя косо разрѣзается подъ высоко наложенными пулевыми щипцами кнутри (медіально) отъ послѣднихъ; затѣмъ опухоль при помощи пулевыхъ щипцовъ вытягивается къ срединѣ и, благодаря этому, удается извлечь наружную часть опухоли, расположенную нѣсколько выше. На эту извлеченную часть накладываютъ другіе пулевые щипцы и снова разрѣзаютъ кнутри (медіально) отъ послѣднихъ и подъ ними; тогда въ вульвѣ можетъ показаться еще немного больше опухоли, и если затѣмъ возможно извлечь всю опухоль, то цѣль операціи до-

стигнута. Никогда не слѣдуетъ дѣлать разрѣзы такимъ образомъ, что теряется связь съ верхней частью опухоли; какъ только убѣдились, что разрѣзы произведены на надлежащей сторонѣ, нужно тотъ же приемъ повторить на другой сторонѣ. Опухоль можно очень сильно вытянуть по длинѣ, причемъ она суживается, въ то же время она становится гибкой; вслѣдствіе этого при нѣкоторой опытности и спокойной настойчивости большею частью удается закончить операцию.

Точно также и при центральномъ уменьшеніи опухоли требуется покойствие и поддержка; слѣдуетъ вырѣзать медиально отъ пулевыхъ щипцовъ пластинку изъ опухоли, и это слѣдуетъ повторять до тѣхъ поръ, пока опухоль не опустится; точно также очень цѣлесообразно вылущить ту или другую міому цѣликомъ, если многочисленные миоматозные узлы прилегаютъ другъ къ другу.

Какъ только опухоль тѣмъ или инымъ способомъ удалось уменьшить, слѣдуетъ снова попытаться вылущить ее при помощи сильного потягиванія, или помогая себѣ при этомъ пальцемъ. Предѣлы для возможности вылущенія влагалищнымъ путемъ устанавливаются величиной опухоли; мнѣ кажется, что не одна только абсолютная масса является опредѣляющимъ моментомъ, но и состояніе опухоли, а равно и отношеніе ея къ ширинѣ таза и мягкихъ частей въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Бываетъ, что можно удалить влагалищнымъ путемъ чрезвычайно большія опухоли, если онѣ узки и легко поддаются послѣдовательному вылущенію. Въ общемъ мѣриломъ для меня является возможность вѣдренія въ тазъ периферіи самой нижней или наибольшей опухоли; если опухоль остается надъ тазомъ, то технически, конечно, возможно извлечь ее черезъ влагалище, но это явится техническимъ кунштштюкомъ, который дѣлать не стоитъ; кто разъ присутствовалъ при подобныхъ операціяхъ, тотъ согласится, что въ такихъ случаяхъ брюшная операція для хирурга гораздо легче и что жизнь пациентки, повидимому, менѣе подвержена опасности, если операція производится сверху. Такимъ образомъ вѣдримость опухоли въ тазъ для меня является точно установленной границей для влагалищнаго пути.

Если при изслѣдованіи пальцемъ полости матки оказывается, что найденная міома находится довольно далеко отъ слизистой оболочки и не можетъ выступить въ полость даже при сильномъ давленіи снаружи, то большею частью лучше вовсе отказаться отъ операціи со стороны полости матки и подойти къ опухоли со стороны бѣлой линіи, либо путемъ кольпотоміи, о которой рѣчь ниже. Вылущеніе внутривѣстныхъ миомъ слѣдуетъ производить со стороны полости матки лишь тогда, когда ихъ можно выдавить въ полость.

Если въ этомъ имѣется извѣстное ограниченіе, то, съ другой стороны, въ выдавливаніи заключается важное расширеніе для влагалищной операціи; если одна міома удалена и оказывается еще другая въ стѣнкѣ, то и эта послѣдняя должна быть оперирована влагалищнымъ путемъ, если послѣ удаленія первой удастся путемъ давленія снаружи добиться того, чтобы вторая опухоль выступила внутрь. Такимъ образомъ эта возможность является для меня рѣшающимъ моментомъ для выясненія возможности вылущенія со стороны полости матки.

### б) Другія влагалищныя операціи.

Въ сравненіи съ этой операціей другія влагалищныя операціи при миомѣ отступаютъ на задній планъ; въ особенности я при этомъ разумѣю влагалищную перевязку артеріальныхъ сосудовъ. Такъ какъ при влагалищномъ способѣ безъ удаленія матки и при большихъ опухоляхъ доступна только маточная артерія, то операція со стороны влагалища имѣетъ мало значенія, такъ какъ сѣменные артеріи быстро возстановятъ кровообращеніе путемъ анастомозовъ.

Передняя кольпотомія можетъ понадобится также и при миомѣ, хотя и рѣдко, такъ какъ показанія для вмѣшательства черезъ влагалище большею частью опредѣляются кровотеченіемъ; послѣднее же всегда обуславливается тѣми миомами, которыя находятся близко отъ слизистой оболочки. Вскрытіе брюшной полости со стороны влагалища показано въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ отдѣльная миома находится въ Дугласовомъ пространствѣ или въ *excavatio vesico-uterina*, вызывая такимъ образомъ серьезные симптомы вслѣдствіе давленія. Операція производится со стороны передняго, либо задняго влагалищнаго свода въ зависимости отъ мѣста расположенія опухоли; техника вскрытія брюшной полости ничѣмъ не отличается отъ таковой при другихъ кольпотоміяхъ; опухоль подъ контролемъ пальца захватывается пулевыми щипцами и выводится кнаружи, причемъ для выведенія опухоли должны быть использованы всѣ вышеописанныя вспомогательныя приемы, примѣняемые для вылушенія. Отличіемъ отъ послѣдняго является лишь необходимость въ перевязкѣ жога опухоли или его основанія, лучше всего при помощи шва. Если послѣ удаленія первой опухоли въ стѣнкѣ матки оказывается вторая или еще дальнѣйшія, то онѣ вылущаются; ножомъ разрѣзается ткань, покрывающая опухоль, и послѣдняя затѣмъ вылущается. Ложе перевязывается швомъ. Интересно, что эта операція, впервые предложенная Czerny, не нашла широкаго распространенія; это объясняется не техническими трудностями, а лишь тѣмъ, что операція рѣдко показана. Этимъ объясняется также, что не благодаря этой операціи, представляющей собою влагалищное вскрытіе брюшной полости, была введена влагалищная лапаротомія, а поводомъ для этого явилась впервые операція ретрофлексіи.

При миомѣ влагалищнымъ путемъ производится еще операція вылушенія опухолей изъ тазовой клѣтчатки; и эта операція, въ сравненіи съ операціей со стороны слизистой оболочки, производится рѣдко. Операція не вполне типична; расположеніе опухоли, ея величина и въ особенности степень отдаленія ея отъ слизистой оболочки влагалища имѣютъ значеніе для выбора этого пути. Сначала точно устанавливаются, къ какому мѣсту близко прилегаетъ опухоль влагалища; старательно ощупываютъ, не подвержены ли опасности мочеточникъ или маточная артерія, и если расположеніе опухоли имъ не угрожаетъ, то опредѣляютъ, прощупывается ли болѣе сильная пульсація между пальцемъ и опухолью,—маточная артерія,—или ощущается болѣе плотный круглый тяжъ на этомъ мѣстѣ—мочеточникъ. Мѣсто перваго разрѣза должно быть такъ намѣчено, чтобы съ одной стороны, путь къ опухоли былъ кратчайшимъ, и чтобы разрѣзъ могъ быть сдѣланъ достаточно большимъ, и чтобы, наконецъ, ни мочеточникъ, ни маточная артерія не были повреждены. Если разрѣзъ соотвѣтствуетъ всѣмъ этимъ условіямъ,

то операція уподобляется вылуценію миомъ со стороны слизистой оболочки; она можетъ быть даже относительно легкой, такъ какъ влагалище значительно тоньше маточной стѣнки, которая при маточномъ вылуценіи должна быть разсѣчена. Въ одномъ только отлчается эта операція отъ вышеописанной: послѣ удаленія опухоли остановка кровотока представляеть извѣстныя затрудненія; мы имѣемъ лишь 2 средства, чтобы немедленно остановить кровотеченіе: одно заключается въ низведеніи матки, ставшей, послѣ удаленія опухоли, подвижной, чтобы непосредственно захватить брызжущій сосудъ или, если это не удастся сразу, необходимо немедленное производство лапаротоміи съ перевязкой сѣменной и маточной артерій на поврежденной сторонѣ.

Такимъ образомъ влагалищное вылуценіе не всегда выполнимо черезъ влагалище, и я считаю необходимой предосторожностью всегда заранее подготовиться къ возможности вскрытія брюшной полости. Наконецъ, миомы, лишеныя капсулы, не поддаются вылуценію; это зависитъ отъ ихъ анатомическаго строенія. Если встрѣчается подобнаго рода образованіе меньшихъ размѣровъ, то можно его вырѣзать и зашить сильно кровоточащее ложе, либо приходится одновременно прибѣгнуть къ удаленію всей матки.

#### е) Влагалищное вылуценіе матки.

Къ влагалищнымъ методамъ при леченіи миомъ относится еще и влагалищная экстирпація матки. Исторія этой операціи, которая производилась еще Schröder'омъ, Czerny и Billroth'омъ, началась съ примѣненія этого метода при карциномѣ. Большимъ успѣхомъ явилось примѣненіе этой операціи при миомѣ. При обсужденіи наилучшихъ методовъ большое значеніе имѣлъ долгое время французскій способъ, заключающийся въ примѣненіи большихъ зажимныхъ щипцовъ, снимавшихся лишь черезъ 48 часовъ послѣ операціи. Было время, когда два теченія—перевязка сосудовъ и наложеніе зажимовъ—боролись между собою и теперь мы должны сознаться, что этотъ споръ послужилъ лишь къ выгодѣ нашей оперативной техники. Улучшеніемъ зажимовъ, примѣняемыхъ теперь провизорно, мы обязаны тому времени. Наибольшимъ успѣхомъ въ техникѣ влагалищной экстирпаціи матки мы обязаны, мнѣ думается, Douen'у. Réan рекомендовалъ наложеніе зажимовъ на матку, остававшуюся въ нормальномъ положеніи, и одновременно предложилъ такъ разрѣзывать матку, чтобы она извлекалась наружу маленькими кусочками. Широкія связки захватывались въ длинныя зажимы и кромѣ того во влагалищѣ оставались еще и другіе зажимы. Дѣло доходило до того, что при подобной операціи во влагалищѣ оставалось отъ 20 до 26 зажимныхъ щипцовъ. При этомъ Réan даетъ рисунки, изъ которыхъ видно, что онъ подъ контролемъ пулевыхъ щипцовъ со стороны влагалища накладывалъ зажимы на дно матки и вырѣзавъ ножницами куски; у меня всегда возникали сомнѣнія относительно соответствія этихъ рисунковъ дѣйствительности. Если послѣдняя была на самомъ дѣлѣ такова, то подобная смѣлость превосходитъ границы нашей обычной техники. Но если при такой законченной техникѣ и можно было подобнымъ образомъ оперировать, то у всякаго зрителя и критика оставалось впечатлѣніе, что поврежденія сосѣднихъ органовъ при этомъ были неизбѣжны. Этотъ способъ на-

ложеиія зажимовъ въ тазу представляетъ собой предѣлъ подобной техники.

Въ противоположность этому большой заслугой Доуен'а является указаніе его на необходимость наложенія зажимныхъ щипцовъ лишь тогда, когда матка безъ всякой перевязки была выведена кпереди отъ вульвы. Предварительнымъ условіемъ для этого метода являются всѣ вышеописанные способы частичной операціи миомы. Лишь если вполне владѣть всѣми послѣдними, можно оперировать по Доуен'у. У каждаго оператора на основаніи техническихъ правилъ вырабатываются индивидуальныя методы и поэтому я описываю тотъ способъ операціи миоматозной матки, который я, на основаніи данныхъ Доуен'а, больше всего теперь примѣняю.

Послѣ основательной дезинфекціи влагалища влагалищная часть захватывается тремя пулевыми щипцами; одни лежатъ на срединѣ задней губы, оба другіе—сбоку на передней губѣ. Слизистая оболочка влагалища перерѣзается кругомъ на мѣстѣ перехода во влагалищную часть и затѣмъ производится препаровка кругомъ на  $\frac{1}{2}$  см. Послѣ этого влагалищная часть поднимается кверху и съ помощью пинцета и ножницъ вскрывается Дугласово пространство такимъ образомъ, чтобы можно было ввести два пальца и нѣсколько развести ихъ (см. рис. 29). Затѣмъ производится отелойка пузыря отъ шейки. Для этого передняя губа сильно оттягивается книзу при помощи двухъ пулевыхъ щипцовъ и всѣ, болѣе сильно на-



Рис. 29. Поперечный разрѣзъ задней стѣнки влагалища при влагалищной экстирпаціи матки.

прягающіяся связки разрѣзаются кривыми ножницами. Слѣдуетъ однако позаботиться о томъ, чтобы по возможности попасть въ рыхлую соединительную ткань между пузыремъ и шейкой, такъ чтобы можно было по средней линіи отодвинуть тупымъ путемъ пузырь. Вскорѣ за этимъ показывается поперечная бѣловатая складка, плотное основаніе excavationis vesico-uterinae. Какъ только эта складка разрѣзана, открывается брюшина, которая вскрывается такимъ образомъ, чтобы два введенныхъ пальца можно было удобно развести. Прямими ножницами теперь разрѣзается передняя стѣнка шейки, нижняго маточнаго сегмента и видимой части тѣла матки, какъ и при передней hysterotomia, но, конечно, съ умысленнымъ вскрытіемъ брюшины. Послѣ этого передняя стѣнка шейки или маточнаго сегмента

захватывается съ каждой стороны пулевыми щипцами и, держась за послѣдніе, пробуютъ извлечь тѣло матки кпереди отъ вульвы. Это удается лишь тогда, когда матка мала. При большихъ опухоляхъ, чтобы извлечь матку, приходится прибѣгнуть къ вспомогательнымъ приемамъ, а именно, прежде всего слѣдуетъ вылущить всѣ доступныя опухоли; вслѣдствіе этого матка значительно уменьшается въ объемъ. Надъ міомой разсѣкается стѣнка матки, пока не вскрыется капсула; тогда операція удается легко. Отъ одной міомы переходятъ къ другой, пытаюсь при извлеченіи каждой опухоли извлечь всю матку. При сильномъ низведеніи матки становится возможнымъ работать все время подъ контролемъ зрѣнія и при минимальномъ кровотеченіи.

Если такимъ путемъ не удастся извлечь матку, то изъ передней стѣнки вырѣзается треугольный кусокъ въ видѣ латинскаго V. Наружную поверхность разрѣза слѣдуетъ снова захватить пулевыми щипцами и если возможно извлечь матку, то это должно теперь удался. Это облегчается еще тѣмъ, что сначала извлекаютъ матку однимъ краемъ, а затѣмъ другимъ. Для меня не подлежитъ никакому сомнѣнію, что наконецъ можно будетъ извлечь матку. Лишь неохотно я называю этотъ способъ кускованіемъ (*morcellement*). Это лишь необходимая здѣсь вспомогательная операція, а самымъ главнымъ является разсѣченіе передней стѣнки. Сюда присоединяется вылущеніе опухолей и наконецъ разрѣзъ частей передней стѣнки.

По извлеченіи матки кпереди отъ наружныхъ половыхъ частей вся операція въ дальнѣйшемъ заключается лишь въ томъ, чтобы зажать съ каждой стороны широкія связки. Если яичники нормальны, то это производится между яичниками и маткой, такъ что первые остаются. При потягиваніи матки въ одну сторону становится видной широкая связка другой стороны. Зажимъ накладывается, начиная отъ Фаллопиевой трубы, на широкую связку, которая перерѣзается кнутри (медіально) отъ зажима, до конца послѣдняго. Затѣмъ накладвается второй зажимъ на среднюю часть широкой связки, которая также перерѣзается, и на послѣднюю часть широкой связки накладвается третій зажимъ. Та же манипуляція производится затѣмъ и на другой сторонѣ матки. Въ типическихъ случаяхъ на связкахъ находится съ каждой стороны по три зажима. Каждый изъ этихъ шести зажимовъ замѣняется крѣпкой лигатурой изъ катгута или шелка и затѣмъ вовсе снимается. Съ каждой стороны три нити, остающіяся довольно долго, извлекаются наружу. Затѣмъ слѣдуетъ зашиваніе влагалища. Первый шовъ начинается съ передней стѣнки влагалища, захватываетъ брюшину, направляется затѣмъ на 1-см. надъ лигатурами черезъ широкую связку и попадаетъ наконецъ на заднюю стѣнку брюшины и влагалища. По наложеніи подобнаго же шва съ другой стороны влагалища черезъ переднюю связку и заднюю стѣнку влагалища оба шва затягиваются въ узлы. Теперь собственно брюшная полость и влагалище вполне закрыты. Если въ послѣднемъ имѣется еще гдѣ-нибудь щель, то накладываются еще швы посрединѣ или сбоку отъ культей, и послѣ завязыванія всѣ нити отрѣзаются.

Только въ видѣ исключенія я поступаю иначе. Если послѣ разрѣза вокругъ влагалищной части и отслойки слизистой оболочки влагалища матка не поддается достаточному низведенію, то приходится перерѣзать широкую связку на одной или обѣихъ сторонахъ.

Чтобы это можно было сдѣлать, слѣдуетъ отодвинуть нузырь на передней стѣнкѣ влагалища на 1—2 см. кверху. Тогда является возможность сбоку обколоть тупой иглой основаніе широкой связки и эту нитку крѣпко затянуть. Послѣ этого разрѣзаютъ ткань между маткой и мѣстомъ перевязки по возможности вдали отъ послѣдней. При неопытности лигатура можетъ соскочить; средствомъ противъ этого является крѣпкое затягиваніе узла, боковое наложеніе и отдаленіе разрѣза отъ мѣста перевязки. Чтобы низвести влагалищную часть кпереди отъ вульвы, часто бываетъ достаточной перевязка на одной сторонѣ, а иногда необходимо перевязать еще и вторую сторону. Лигатурныя нити коротко обрѣзаются для того, чтобы неосторожное потягиваніе не повлекло за собой соскальзыванія ихъ.

Если дѣло идетъ о грязныхъ миомахъ, то брюшная полость остается открытой и въ нее вводится марля для дренажа. Въ такихъ случаяхъ нѣтъ необходимости фиксировать во влагалищѣ лигатурныя нити связокъ.

Для того, чтобы сдѣлать болѣе доступной влагалищную часть, я здѣсь лишь въ видѣ исключенія произвожу промежуточно-влагалищные разрѣзы. Если влагалище и влагалищный входъ очень узки то влагалищный путь представляетъ неудобство. Всѣ вышеописанные влагалищные методы находятъ наиболѣе яркое выраженіе въ полной влагалищной экстирпаціи. Границами этой операціи, въ сравненіи съ брюшной экстирпаціей матки, я опять-таки считаю вдавливаемость опухоли въ тазъ. Нельзя при этомъ отрицать, что при возникновеніи вопроса о возможности еще оперированія снизу, хирургъ сдѣлаетъ лучше, если будетъ оперировать сверху, разъ онъ владѣетъ техникой чревосѣченія и желаетъ оперировать быстро и удобно. При влагалищной операціи приходится примѣнять довольно значительную силу при потягиваніи матки. Несмотря на это, влагалищный методъ операціи въ подходящихъ случаяхъ является очень хорошимъ. Я однако не слишкомъ расширю показанія къ этой операціи. Всѣ вышеописанныя вспомогательныя операціи слѣдуетъ знать именно при экстирпаціи матки, чтобы сдѣлать надлежащее примѣненіе влагалищной операціи.

### 3. Брюшная операція при миомѣ.

Брюшныя операціи при миомѣ матки заключаются въ кастраціи, удаленіи подбрюшинныхъ миомъ, вылушеніи изъ соединительной ткани, энуклеаціи и полномъ удаленіи матки.

Вслѣдствіе хорошаго прогноза операцій миомы, кастраціи я больше не произвожу. Эта операція технически нѣсколько легче удаленія самой опухоли, но она не обезпечиваетъ отъ возможности неудачи и уже совершенно не имѣетъ никакого значенія, если дѣло идетъ о непредусмотрѣнной саркомѣ. На томъ же основаніи я не примѣняю способа Rüdiger'a и Gottschalk'a, предлагавшихъ перевязку всѣхъ артеріальныхъ сосудовъ.

#### а) Брюшная энуклеація миомы.

Брюшную энуклеацію я считаю иногда очень полезной и дѣйствительной операціей. Она производится съ обычными подготовленіями для чревосѣченія; къ этому я присоединяю всегда основательную дезинфекцію влагалища, такъ какъ при операціи, вопреки первона-

чальному намѣренію. можетъ оказаться вынужденнымъ расширить предѣлы операціи, въ особенности вскрыть влагалище.

Послѣ вскрытія брюшной полости обнажается опухоль, для чего большею частью является цѣлесообразнымъ извлеченіе матки наружу; затѣмъ надъ выступающимъ мѣстомъ надрѣзается брюшина и мускулатура вплоть до опухоли такъ, чтобы была вскрыта капсула. Послѣ того какъ это сдѣлано, начинается вылушеніе, для чего входятъ пальцемъ между опухолью и капсулой; правильный выборъ слоя для вылушенія узнается по тому, что освобожденіе опухоли совершается очень легко, такъ что ножомъ или ножницами собственно работать вовсе не приходится. Сильное потягиваніе за вылушаемую часть опухоли и крѣпкое надавливаніе вылушающаго пальца еще болѣе способствуетъ успѣху. Кровотеченіе изъ ложа или изъ разрѣза большею частью не очень велико. Мускулатура матки сокращается и вслѣдствіе этого просвѣтъ сосудовъ закрывается; разрѣзъ вообще не кровоточитъ, если сдѣлать его въ надлежащемъ мѣстѣ, особенно слѣдуетъ избѣгать разрѣза близко къ боковымъ краямъ. Если держаться середины, то можно разсѣкать продольно или поперечно безъ большаго кровотеченія. Послѣ вылушенія одной опухоли слѣдуетъ убѣдиться, нельзя ли вылущить еще опухоли. Въ такомъ случаѣ приступаютъ къ вылушенію одной или нѣсколькихъ опухолей безъ замедленія. Послѣ вылушенія я приступаю къ экстирпаціи всей матки лишь тогда, когда остающаяся ея часть явно уже неспособна къ дальнѣйшему функционированію. Я однажды удалилъ около 20 разной величины опухолей, и пациентка, у которой я, въ виду ея нервозности, рѣшилъ не вызывать понапрасну явленій выпаденія (Ausfallserscheinungen), осталась здоровой.

Перевязка ложа опухоли проста; непрерывный катгуттовый шовъ соединяетъ глубину раны и брюшинный покровъ въ заключеніе закрывается шелкомъ или катгуттомъ. Закрытіе раны живота производится обычнымъ образомъ.

### 3) Операція подбрюшинныхъ мѣомъ.

Экстирпація подбрюшинныхъ мѣомъ отличается отъ вышеописаннаго способа лишь тѣмъ, что разсѣкается только ножка опухоли; все остальное остается нетронутымъ. Перевязка ножки можетъ быть произведена различнымъ образомъ; большею частью я перевязываю ее крѣпкой ниткой въ два пучка, которые могутъ быть покрыты брюшиной послѣ остановки кровотеченія путемъ перевязки. Операція заканчивается закрытіемъ брюшной полости.

### γ) Вылушеніе изъ тазовой клѣтчатки.

Вылушеніе изъ клѣтчатки представляетъ собою различную операцію въ зависимости отъ мѣста расположенія опухоли; путь долженъ выбираться всегда такой, чтобы можно было возможно скорѣе подойти къ мѣомѣ и поэтому въ общемъ слѣдуетъ отыскивать то мѣсто, къ которому прилегаетъ наиболѣе выпуклая часть опухоли; только въ томъ случаѣ, если здѣсь на опухоли проходятъ большіе сосуды, надо постараться уклониться въ сторону отъ нихъ. Послѣ того какъ брюшина на опухоли разрѣзана, кри вылушенія послѣдней слѣдуетъ обращать всегда вниманіе на то, чтобы оставаться по возможности непосредственно на самой опухоли; это не всегда легко, но зато очень важно, такъ какъ, благодаря этому, устраняется кровоте-



чение и предупреждаются всѣ поврежденія сосѣднихъ органовъ. Съ ложемъ опухоли поступаютъ различно; я считаю наилучшимъ произвести полную остановку кровоточенія путемъ перевязки всѣхъ кровоточащихъ сосудовъ и затѣмъ ложе закрыть брюшиной. Тщательнаго зашиванія ложа не требуется; я даже не считаю абсолютно необходимымъ зашиваніе брюшины; при устраненіи инфекціи можно ожидать съ увѣренностью заживленія. Большая осторожность является необходимой лишь при перевязкѣ или обкалываніи сосудовъ, чтобы навѣрняка избѣжать захватыванія мочеточника; это часто бываетъ довольно трудно вслѣдствіе различныхъ смѣщеній мочеточника опухолю; все же является несомнѣнно возможнымъ избѣжать мочеточникъ. Во всѣхъ опасныхъ случаяхъ слѣдуетъ его обнажить.

#### б) Полная брюшная экстирпація.

Наиболѣе важной операціей миомъ матки является полная брюшная экстирпація; при производствѣ этой операціи я слѣдую въ общемъ предписаніямъ Доуена; отдѣльные моменты вполнѣ характеризуютъ операцію: вскрытіе брюшной полости, извлеченіе матки, разрѣзъ на влагалищной части со вскрытіемъ влагалища въ Дугласовомъ пространствѣ (см. рис. 30), разрѣзъ кругомъ влагалищной части во влагалищѣ, захватываніе задней губы пулевыми щипцами и крѣпкое потягиваніе за послѣдніе (см. рис. 31), разрѣзъ сначала одной, а затѣмъ другой широкой связки съ зажатіемъ маточной артеріи во время или лучше до этого разрѣза, дальнѣйшее вытягиваніе матки, разрѣзъ брюшины въ области *excavatio vesico-uterina*, пришиваніе влагалища и брюшины надъ влагалищемъ или шпиваніе влагалища съ брюшиной. Перевязка сѣменныхъ сосудовъ производится различно: либо они уже при вытягиваніи матки захватываются и перевязываются, либо еще лучше, послѣ перевязки обѣихъ маточныхъ артерій и эти сосуды къ концу операціи разсѣкаются и захватываются.

Въ заключеніе закрытіе брюшной раны.

Если вытягиваніе матки представляетъ затрудненія, то я стараюсь ихъ устранить путемъ вылушенія опухолей на задней стѣнкѣ матки или при помощи другихъ вспомогательныхъ приѣмовъ; принципъ при этомъ не мѣняется.

Большимъ преимуществомъ этой операціи предъ всѣми другими является большая простота въ перевязкѣ сосудовъ. Направляясь отъ основанія широкой связки кверху, перевязываютъ сначала главный сосудъ; при вытягиваніи матки, послѣ перевязки маточной артеріи, не наблюдается больше никакого кровоточенія изъ *art. spermatica*, resp. соединительной вѣточки маточныхъ и сѣменныхъ сосудовъ. Для неопытныхъ является неудобнымъ при этой операціи лишь первый моментъ вскрытія и обрѣзанія влагалища. Но если эта техника усвоена, что облегчается сильнымъ потягиваніемъ влагалищной части со стороны брюшной полости, то дальнѣйшее становится дѣйствительно очень простымъ.

При экстирпаціи матки является цѣлесообразнымъ оставить яичники или по крайней мѣрѣ одинъ изъ нихъ, такъ какъ медленная, но несомнѣнно наступающая атрофія яичниковъ способствуетъ и болѣе медленному, но зато и не столь непріятному наступленію явленій выпаденія.

Послѣ изложенія различныхъ способовъ удаленія миомъ остается еще дать сравнительную оцѣнку отдѣльныхъ способовъ операціи.

При этомъ возникаютъ 2 вопроса, требующіе принципиальнаго обсуждения: во-первыхъ, слѣдуетъ ли дѣлать частичныя операціи, во-вторыхъ, опредѣленіе границъ для брюшной операціи и влагалищной операціи. Что касается перваго вопроса, то я стою на той точкѣ зрѣнія, что удаленіе только миомы или миомъ, отъ которыхъ зависятъ симптомы, является правильнымъ методомъ. Часто, конечно, показано уклоненіе отъ этого консервативнаго принципа, а именно



Рис. 30. Брюшная экстирпация матки по Доуену. Послѣ вскрытія живота опухоль поднимается къ симфизу и въ Дугласовомъ пространствѣ производится поперечный разрѣзь.

прежде всего, если послѣ частичной операціи наступилъ рецидивъ, и далѣе если миомы очень многочисленны, такъ что вслѣдствіе этого становится невозможнымъ сохраненіе, способной къ функционированію, матки, и, наконецъ, изъ техническихъ соображеній.

Первое исключеніе не требуетъ, конечно, дальнѣйшихъ поясненій; ясно, что въ подобномъ случаѣ приходится удовлетворять практическимъ потребностямъ пациентки. Точно также понятно и второе исключеніе; сохраненіе маленькаго остатка матки не имѣетъ ника-

кого значенія, если не сохраняется функція органа, въ особенности менструація. Это можетъ быть остатокъ операцій миомы прежняго времени, если я при операціяхъ отказываюсь отъ сохраненія матки при вскрытіи полости послѣдней со стороны брюшной полости; раньше боялись вскрытія полости вслѣдствіе опасности зараженія находящимися въ ней микробами; теперь извѣстно, что маточная полость стерильна и поэтому отпадаетъ это основаніе, бывшее побудительнымъ моментомъ для расширенія операціи. Бываютъ однако случаи, въ которыхъ по окончаніи операціи отъ матки ничего не остается;



Рис. 31. Брюшная экстирпація матки по Доуену. Опухоль поднята кверху по направленію къ симфизу, влагалище вскрыто и влагалищная часть вытянута кверху по направленію къ симфизу.

въ такихъ случаяхъ я удаляю остатокъ. Въ особенности при принципиально рѣшенной брюшной операціи миомы, при которой уже заранее намѣчено удаленіе матки, я произвожу абдоминальную экстирпацію по Доуену и вовсе отказываюсь отъ тѣхъ операцій, при которыхъ искусственно сохраняется культя. Рѣшающимъ моментомъ для меня является техника; методъ, при которомъ начинають вскрытіемъ со стороны влагалища, настолько надеженъ и быстро исполнимъ, что уже въ этой быстротѣ я усматриваю достаточный мотивъ, чтобы такъ поступать.

Гораздо затруднительнѣе опредѣленіе границъ для этихъ двухъ методовъ; рѣшеніе вопроса здѣсь крайне индивидуально. Влагалищ-

ный методъ при иной операціи настолько неудобенъ, требуетъ такъ много времени и столь большого физическаго напряженія, что, будучи безпристрастнымъ, можно сказать, что отъ подобной операціи лучше было бы отказаться. Пока наша техника лапаротоміи была настолько несовершенна, что влагалищная операція была значительно безопаснѣе для жизни больной, выборъ метода не подлежалъ сомнѣнію; приходилось тогда имѣть въ запасѣ время и физическую силу, чтобы закончить операцію черезъ влагалище. Съ тѣхъ поръ однако какъ прогнозъ въ смыслѣ опасности для жизни при обоихъ методахъ въ существенномъ не отличается другъ отъ друга, продолжительность операціи имѣетъ большое значеніе. Удобоисполнимость и возможность быстро проведенія операціи при миомахъ я считаю весьма существеннымъ. Узость вульвы и влагалища, величина опухоли, невозможность низведенія матки и неясность въ характерѣ опухоли побуждаютъ меня къ влагалищному пути. Ненормальное отложение жира, какъ это встрѣчается часто у подобныхъ больныхъ, дѣлаетъ, по моему мнѣнію, неудобнымъ абдоминальный путь, и тогда я предпочитаю ему влагалищный путь.

Резюмируя вышеизложенное, я долженъ сказать, что не всякая миома подлежитъ леченію и тѣмъ менѣе экстирпаціи. Я считаю леченіе миомы необходимымъ лишь въ томъ случаѣ, если опухоль вызываетъ расстройства, которыя, чтобы быть воспринятыми, могутъ быть различной силы въ зависимости отъ положенія больной и состоянія ея нервной системы. Въ подобномъ случаѣ леченіе должно быть всегда оперативнымъ; въ общемъ слѣдуетъ ограничиться удаленіемъ опухоли или опухолей, вызывающихъ симптомы; лишь въ видѣ исключенія,—при рецидивѣ или техническихъ мотивахъ—приходится прибѣгать къ удаленію всей матки. Маленькія миомы я удаляю влагалищнымъ путемъ; всѣ другія, которыя не поддаются вдавливанію въ тазъ, я удаляю со стороны брюшной стѣнки. Сомнительные случаи я оперирую охотнѣе сверху, чѣмъ со стороны влагалища. Если я не ограничиваюсь удаленіемъ одной или многихъ опухолей, то у всѣхъ болѣе молодыхъ женщинъ я оставляю по меньшей мѣрѣ одинъ яичникъ. Я удаляю тогда впрочемъ всю матку черезъ влагалище или животъ.

#### 4. Другіе методы.

Наряду съ полной абдоминальной экстирпаціей матки часто рекомендовали производство ампутаціи. Вначалѣ послѣдняя была очень удобной операціей, когда культя при операціи миомы лечилась внѣбрюшинно. Такъ какъ этотъ методъ вполне справедливо больше не примѣняютъ вслѣдствіе постоянно наступающихъ вслѣдствіи грыжъ живота, то и методъ этотъ потерялъ вполне свое значеніе. Лишь немногіе еще примѣняютъ этотъ способъ. Такъ, Zweifel оставляетъ такую часть матки, чтобы она еще могла менструировать и при помощи этого метода онъ получилъ также прекрасные результаты. Другіе, напр. Chrobak и Hofmeister, хотятъ создать благопріятныя условія для газоваго дна. У меня сложилось убѣжденіе, что технически полная экстирпація матки гораздо легче и состояніе раны болѣе благопріятное, вслѣдствіе чего я все болѣе и болѣе отказываюсь отъ примѣненія ампутаціи. На первомъ планѣ я рекомендую полную экстирпацію, надвлагалищную же экстирпа-

цію матки я произвожу лишь тогда, когда, вслѣдствіе какой-либо особенности, этотъ методъ болѣе удобопримѣнимъ.

### 5. Примѣненіе рентгеновскихъ лучей.

Совершенно новымъ методомъ леченія миомъ матки является примѣненіе рентгеновскихъ лучей. Уже давно стало извѣстнымъ, что функціи яловыхъ органовъ страдаютъ при примѣненіи рентгеновскихъ лучей; этотъ нежелательный результатъ поставился использовать съ терапевтической цѣлью.

Этотъ методъ рекомендовали Foveau de Courmelles, M. Frenkel и въ особенности Albers-Schönberg, а также недавно Krönig и Rankow. Особенно Albers-Schönberg высказался въ пользу него. Этотъ методъ долженъ примѣняться такимъ образомъ, чтобы кожа больной была защищена отъ вліянія лучей, а послѣдніе проникали въ глубину организма; для этого существуютъ въ настоящее время разные способы. Примѣняемый мною аппаратъ состоитъ изъ жесткой рентгеновской трубки, дѣйствующей на животъ лежащей пациентки на разстояніи 35 см. отъ послѣдней. Все остальное тѣло покрыто свинцомъ, а животъ стекломъ. Лучи примѣняются ежедневно въ теченіе около 20 минутъ, и я продолжаю леченіе, пока пациентка не получитъ 10 единицъ по Kienböcky.

Аппаратъ устроенъ по даннымъ Dessauer'a; Albers-Schönberg примѣнялъ аппаратъ, устроенный фирмой «Reiniger, Gebbert и Schall» и называющійся «Идеаль». Главнымъ принципомъ является защита кожи и лица и вліяніе на глубину, въ особенности на яичники. Результаты, о которыхъ имѣются сообщенія, отчасти поразительны. Въ особенности уменьшается, повидимому, опасность со стороны явленій выпаденія (Ausfallerscheinungen). Болѣе точныя изслѣдованія въ ближайшемъ будущемъ покажутъ, насколько мы при этомъ имѣемъ дѣло съ закономѣрностью. На основаніи опытовъ у мужчинъ полагаютъ, что остается сохраненною интерстиціальная железа яичника, функція же овуляціи теряется. Этимъ можно было бы объяснить сохраненіе внутренней секреціи яичника.

### 6. Заключение.

Если сравнить теперь другъ съ другомъ три различныхъ метода и сдѣлать практической выводъ, то окажется, что дѣйствовать при миомѣ симптоматически придется лишь рѣдко, а именно лишь тогда, когда симптомы очень невзначительны и опухоль обнаружилась только случайно. Во всѣхъ другихъ случаяхъ показано активное леченіе миомъ. Выборъ между новымъ методомъ леченія рентгеновскими лучами и операціей не можетъ быть еще окончательно установленъ. Пока слѣдуетъ оперировать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣется даже отдаленное подозрѣніе о злокачественности опухоли. Точно также операція всегда необходима, если нужно быстро помочь. Если дѣло идетъ о хроническомъ состояніи безъ острой опасности для жизни, то придется иной пациенткѣ предложить испробовать леченіе рентгеновскими лучами и операцію сохранить для тѣхъ случаевъ, когда эти лучи не дадутъ никакого результата. Но и теперь все же придется всегда оперировать при большихъ опухоляхъ у молодыхъ женщинъ. Отчасти при рѣшеніи вопроса будетъ имѣть значеніе симпатія врача или пациентки къ тому или иному методу. Слѣ-

дуетъ имѣть въ виду, что результаты операций при миомахъ дѣйствительно превосходны; лишь несчастный случай приводитъ къ смерти. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ у всѣхъ операторовъ теперь имѣется длинный рядъ случаевъ съ выздоровленіемъ. Я считаю вполне естественнымъ совѣтовать операцию тѣмъ больнымъ, которыя съ увѣренностью хотятъ добиться излеченія отъ опухоли и не желаютъ подвергаться никакимъ напраснымъ испытаніямъ.

### Х. Лечение рака матки.

Лечение рака матки стало исключительно оперативнымъ. Пока мы не обладаемъ другимъ лечебнымъ средствомъ противъ рака, до тѣхъ поръ всякій другой методъ слѣдуетъ считать ошибкой. Операция рака матки производится теперь всегда путемъ лапаротоміи, чтобы можно было удалить все пораженное. Этотъ, предложенный W. A. Freund'омъ методъ оказался вполне безопаснымъ. Цѣлый рядъ больныхъ, оперированныхъ по этому способу, Zweifel'емъ—46, мною—25, все выздоровѣли; поэтому я предполагаю, что путемъ чревосѣченія мы дѣйствительно можемъ добиться излеченія; понизивъ первичную смертность, мы несомнѣнно должны будемъ получить лучшіе длительные результаты при карциномѣ. Методъ вычисления, примененный статистически для этой цѣли по предложенію Winter'a, показываетъ прогрессирующее улучшеніе, хотя я и думаю, что въ отдѣльности сравненіе, при различіи больничнаго матеріала въ разныхъ клиникахъ, возможно только съ большою осторожностью. Если однако операторы, имѣющіе однородный матеріалъ, съ каждымъ годомъ наблюдаютъ улучшеніе въ длительныхъ результатахъ операции и если эти результаты превосходятъ таковыя при влагалищной экстирпации матки, то нашей обязанностью является отмѣтить, что брюшная экстирпация матки въ ея современномъ техническомъ улучшеніи является спасительной для жизни больныхъ.

Но не для всѣхъ случаевъ. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ мы, правда, еще можемъ оперировать; намъ, можетъ быть, даже удастся высвободить матку и удалить все макроскопически пораженное. Но подобные случаи нельзя сравнивать съ благопріятными случаями, въ которыхъ имѣется начинающаяся карцинома влагалищной части при вполне подвижной маткѣ. Кто долженъ основывать свою статистику на случаяхъ съ почти неподвижной маткой, на которой раковый процессъ уже зашелъ далеко, тотъ долженъ будетъ получить худшіе результаты; въ этомъ отношеніи лучше послѣдовать примѣру Winter'a, который путемъ разъясненія публикѣ стремится къ тому, чтобы больныя своевременно обращались за помощью. Но мнѣ кажется наиболее важной вспомогательной мѣрой является улучшеніе нашихъ результатовъ. Если прежде при смертныхъ исходахъ послѣ операции рака мы могли утѣшать окружающихъ тѣмъ, что операция была произведена на больной, уже заранѣе обреченной и что это являлось лишь попыткой къ спасенію, и если мы могли понимать, что публика отказывалась отъ подобныхъ попытокъ, то теперь условія совѣтъ иныя: первичная смертность незначительна, послѣдовательные результаты хороши. Хотѣлось бы надѣяться, что подобные факты, скорѣе чѣмъ только со-

вѣтъ, приведутъ къ тому, что раковыя больныя будутъ обращаться къ намъ болѣе своевременно за помощью. Во всякомъ случаѣ будетъ всегда благоразумно отъ времени до времени соотвѣтствующимъ образомъ просвѣщать публику.

Итакъ, операція единственное средство и, какъ таковое, она гарантируетъ успѣхъ въ благопріятныхъ случаяхъ; но даже и въ случаяхъ, стоящихъ на границѣ оперативности, мы обязаны произвести операцію, какъ послѣднюю попытку къ спасенію. Лишь въ случаяхъ съ очень обширнымъ переходомъ раковаго процесса на соcѣдніе органы и тазовую клѣтчатку приходится отказаться отъ операціи.

Въ нижеслѣдующемъ я описываю примѣняемый теперь мною методъ. Влагалище дезинфицируется путемъ вытиранія алкоголемъ и растворомъ сулемы и плотно тампонируется вѣоформной марлей дезинфицированной рукой помощника, который больше не приходитъ въ соприкосновеніе съ полемъ операціи. Затѣмъ слѣдуетъ дезинфекція живота и покрытіе его гауданиномъ.

Вполнѣ достаточно дезинфекціи влагалища непосредственно передъ операціей безъ разрушенія карциномы. Я уже съ давнихъ поръ отказываюсь отъ всякаго предварительнаго выскабливанія и выжиганія; я стараюсь лишь по возможности основательно дезинфицировать поверхность карциномы. Я прекрасно сознаю, что дезинфекція самой карциномы невозможна, такъ какъ микробы находятся въ самой раковой ткани. Даже если выскаблить и выжечь карциному, то все же въ послѣдней могутъ остаться микробы гніенія. Для меня является вѣроятнымъ, что путемъ выскабливанія за нѣсколько дней до окончательной операціи можно больше повредить, чѣмъ принести пользу; точно также я не думаю, чтобы путемъ разрушенія карциномы непосредственно передъ операціей можно было добиться стерильнаго поля операціи. Упомянутый мною рядъ первичныхъ выздоровленій я получилъ, примѣняя только описанную дезинфекцію влагалища и ничего больше.

Вмѣсто порошка вѣоформа я раньше примѣнял ватный тампонъ, смоченный въ растворѣ формалина, но отказался отъ послѣдняго, такъ какъ соединительная ткань и окружность вслѣдствіе этого сильно пропитывались въ видѣ отека, что мѣшало при операціи. Марля удерживаетъ на шейкѣ порошокъ вѣоформа, вліяющій слегка дезинфицирующимъ образомъ; она удаляется предъ вскрытіемъ влагалища со стороны живота.

Нахожденіе микробовъ въ карциномѣ несомнѣнно установлено; но обычно здѣсь имѣется дѣло съ сапрофитами, а не съ опасными микробами раневой инфекціи. Карциноматозная ткань обречена на гибель и она, возможно, все же несовсѣмъ мертва, если въ ней живутъ микробы; во всякомъ случаѣ для микробовъ гніенія эта ткань представляетъ благопріятную питательную среду. Иначе обстоитъ дѣло, если въ параметральной клѣтчаткѣ, кажущейся еще здоровой, находятъ микробовъ; послѣдніе тогда обладаютъ вирулентностью и представляютъ серьезную опасность для пациентки. Подобные случаи однако очень рѣдки и при нихъ болѣею частью существуетъ сильная лихорадка. Я не могу впрочемъ подтвердить данныхъ Ліершанп'а, считающаго наличность микробовъ въ тазовой клѣтчаткѣ обычнымъ явленіемъ.

Послѣ дезинфекціи влагалища и кожи начинается собственно операція подѣ спинномозговой анестезіей (см. выше, стр. 48), которая полезна особенно здѣсь. Я теперь предпочитаю продольный разрѣзъ по средней линіи, такъ какъ опасеніе нагноенія брюшной стѣнки стало меньше, а при случайныхъ затрудненіяхъ легко удлинить разрѣзъ.

Предотвращеніе нагноенія брюшной стѣнки достигается различнымъ образомъ. Я раньше примѣнялъ очень часто прикрытіе всей поверхности разрѣза пристѣночной брюшиной при помощи зажимовъ или пришиванія послѣдней къ кожѣ и результатами остался весьма доволенъ; все-таки можно достигнуть еще большей гарантіи примѣненіемъ зеркала (см. рис. 11); послѣднее покрываетъ повсюду рану и одновременно ее раскрываетъ такъ, что во время операціи оператору нигдѣ и никогда не приходится касаться ея. Точно также прикрытіе раны батистомъ Billroth'a, вкрѣпленнымъ зажимами къ брюшинѣ и покрытомъ въ свою очередь зеркаломъ (см. рис. 12), представляется здѣсь весьма цѣлесообразнымъ. Наконецъ, въ качествѣ послѣдняго метода я примѣняю дренажъ жировой клѣтчатки надъ фасціальнымъ швомъ, если во время операціи шовъ, зажимы или зеркало оказались недостаточными.

Мѣры эти необходимы, такъ какъ приходится касаться влагалища, т. е. канала, весьма вѣроятно содержащаго микробовъ, которые могутъ быть перенесены при соприкосновеніи съ брюшной раной. Эти микробы, правда, не очень вирулентны, но они хорошо размножаются на подходящей питательной средѣ, каковой является секретъ, скопляющійся въ небольшомъ количествѣ между разрѣзанными и спитыми поверхностями раны. Здѣсь они размножаются и этому слѣдуетъ помѣшать. P f a n n e n s t i e l руководился тѣми же соображеніями; по крайней мѣрѣ онъ рекомендуетъ прижатіе произведеннаго по его методу разрѣза непосредственно послѣ операціи при помощи мѣшка съ пескомъ. Послѣднее однако несовѣмъ удобно и настоящее сдавливаніе обѣихъ раневыхъ поверхностей происходитъ лишь тогда, когда въ глубинѣ находится болѣе твердая часть. Поэтому подобное сдавливаніе не вполне отвѣчаетъ намѣченной цѣли.

Безразлично, какой бы изъ названныхъ методовъ ни примѣнять; наиболѣе удобнымъ мнѣ кажется примѣненіе зеркала съ положеннымъ подѣ нимъ батистомъ Billroth'a, такъ какъ при операціи все равно придется примѣнять что-нибудь для раскрытія раны.

При крутомъ высокомъ поднятіи таза кишки отходятъ къ діафрагмѣ и по возможности здѣсь собираются; 2—3 стерильныхъ полотенца покрываютъ ихъ и надежно удерживаютъ тутъ. Обѣ круглыя связки захватываются зажимами; точно также послѣ освобожденія придатковъ отъ наличныхъ сросеній захватываются ligamenta infundibulo-pelvis кнаружи отъ яичника; затѣмъ эти четыре связки обкалываются снаружи отъ зажимовъ и разрѣзаются между послѣдними и лигатурами. Затѣмъ я разрѣзаю часть брюшины, находящейся съ каждой стороны между ligam. rotundum и infundibulo-pelvicum; при этомъ я избѣгаю разсѣченія задняго или передняго листка широкой связки, раздвигая оба названныхъ листка тупо пальцемъ. Благодаря этому вхожденію пальцемъ удается дойти до большихъ сосудовъ и въ благоприятныхъ случаяхъ маточная артерія лежитъ здѣсь непосредственно у своего отхожденія отъ надчревной артеріи. Я отпрепаровываю первую тупымъ путемъ, захватываю ее зажимомъ и перевязываю ее кнаружи



отъ мочеточника, недалеко отъ мѣста отхожденія ея отъ надчревной артеріи. Я однако щажу, если возможно, пузырьную вѣточку. Послѣ перерѣзки маточной артеріи я оттягиваю захваченный зажимомъ кусокъ къ средней линіи отъ мочеточника, ясно видимаго подъ *art. uterina* (см. рис. 32). Когда это сдѣлано на обѣихъ сторонахъ, я перехожу къ вылущенію лимфатическихъ железъ, лежащихъ большею частью въ остромъ углу между бедренной и подчревной артеріями. Если возможно оставить эти железы, не нарушая ихъ связи съ маткой, то я это дѣлаю; въ противномъ случаѣ я ихъ вылуцаю, что удастся большею частью сдѣлать тупымъ путемъ. Затѣмъ я перерѣзаю брюшину между пузыремъ и маткой и отщипываю отчасти ножницами, отчасти тупымъ путемъ пузырь отъ нижняго сегмента матки и шейки. При этомъ слѣдуетъ быть особенно осторожнымъ. Въ этомъ именно мѣстѣ раковая инфильтрація можетъ проникать гораздо дальше, чѣмъ объ этомъ можно было думать даже послѣ предварительной цистоскопіи. Въ такомъ случаѣ приходится высвободить мочеточникъ изъ пузыря и удалить всю, находящуюся подъ мочеточникомъ, пораженную ракомъ ткань; для этой цѣли я пользуюсь пальцемъ, зажимомъ и ножницами. Я ощупываю пальцемъ, чтобы установить разницу въ консистенціи между злокачественной инфильтраціей и здоровой тканью. Я разрѣзаю большею частью такимъ образомъ, что предварительно захватываю ткань латерально зажимомъ, чтобы избѣжать напраснаго кровотеченія. Венозные кровотеченія, наблюдающіяся при этомъ вылущеніи, слѣдуетъ всегда останавливать зажимомъ и послѣдующей перевязкой; они могутъ быть очень серьезными и могутъ неблагоприятно отразиться на ходѣ операціи. Здѣсь требуется полное спокойствіе и вниманіе. Когда съ обѣихъ сторонъ спереди пузырь, а сбоку широкая связка отдѣлены, переходятъ къ разсѣченію *ligamenta recto-uterina* съ каждой стороны; тутъ также, латерально отъ разрѣза, связки предварительно захватываются зажимомъ; затѣмъ, поскольку это не было сдѣлано раньше, всѣ зажимы замѣняются лигатурами, всѣ напрягающіяся тяжи перерѣзаются, послѣ чего остается лишь соединеніе матки съ влагалищемъ; послѣ удаленія введеннаго во влагалище при дезинфекціи марлеваго тампона, по возможности далеко книзу отъ мѣста пораженія ракомъ влагалище захватывается предложеннымъ *Wertheim*'омъ зажимомъ и подъ нимъ перерѣзается; кровотеченіе должно быть непремѣнно остановлено до вскрытія влагалища. Этимъ собственно операція заканчивается, послѣ чего слѣдуетъ перевязка раневой поверхности. Благодаря этому, если не исключается, то во всякомъ случаѣ значительно уменьшается возможность позднѣйшей смертельной эмболии легочной артеріи. Это зависитъ отъ того, что я лично объясняю всѣ эмболии, другіе авторы по крайней мѣрѣ большую часть ихъ, попаданіемъ микробовъ, способствующихъ появленію мѣстнаго тромбоза.

Относительно дальнѣйшаго обращенія съ раной въ тазу мнѣнія расходятся; тутъ нельзя еще рекомендовать съ увѣренностью техническія правила. Мнѣ однако кажется безразличнымъ выборъ того или другого способа, такъ какъ всѣ они успѣшны. Имѣются слѣдующія возможности: 1. Здѣсь, какъ и при міомѣ матки, влагалище тотчасъ же снова зашивается послѣ перерѣзки; послѣ каждого удара ножницъ, отсѣкающихъ подъ *Wertheim*'овскимъ зажимомъ кусокъ влагалища, накладываютъ два шва, соединяющихъ тутъ же переднюю

и заднюю стѣнки влагалища. Послѣ удаленія матки влагалище оказывается закрытымъ и подтягивается кверху 8—10 швами. Затѣмъ производится тщательное закрытiе брюшиной всей поверхности раны, отъ одной сѣменной артерiи до другой. 2. Зашивается только брюшина, подъ которой оставляется открытымъ все соединительнотканное пространство съ дренажемъ или безъ него. Въ тотъ моментъ,



Рис. 32. Раскрытiе брюшной полости зеркаломъ Stoeckel'я; правая широкая связка отслоена, маточная артерiя перевязана и перерѣзана.

слѣдовательно, когда Wertheim'овскiй зажимъ наложенъ и влагалище разсѣчено, послѣднее остается погруженнымъ въ глубинѣ таза, и такъ какъ кровотеченiе остановлено, то не остается ничего другого, какъ зашить брюшину отъ ligamentum infundibulo-pelvicum одной стороны до той же связки другой стороны. 3. Послѣ наложенiя Wertheim'овскаго зажима разсѣкаютъ влагалище посрединѣ передней стѣнки и спиваютъ брюшину задней стѣнки пузыря съ влагалищемъ. Такое покрытiе брюшиной производится вокругъ всего вла-

галищного отверстия и въ заключеніе снаружи надъ всей широкой связкой. Влагалище такимъ образомъ остается открытымъ. 4. Обшиваютъ брюшную кругомъ только влагалище, брюшинную же рану надъ разрыванной широкой связкой оставляютъ открытой. 5. Погружаютъ влагалище въ тазъ и оставляютъ совсѣмъ непременными брюшину и влагалище.

На основаніи собственнаго опыта я полагаю, что въ завѣдомо начинающихся и благопріятныхъ случаяхъ первый изъ вышеописанныхъ способовъ слѣдуетъ признать наилучшимъ. Если же имѣется дѣло съ не вполне чистымъ случаемъ, то я охотнѣе примѣнялъ бы въ благопріятныхъ условіяхъ четвертый способъ. Послѣдній способъ, при которомъ тазовая клѣтчатка остается открытой и влагалищное отверстие не сшивается съ дѣлюю проведенія дренажа, годится особенно для плохихъ случаевъ. Полость шейки случайно уже заранѣе была вскрыта или надорвана и микробы гніенія, слѣдовательно, попали въ брюшную полость. Здѣсь въ нечистыхъ случаяхъ закрываютъ рану не сразу. Такъ какъ въ неблагопріятныхъ случаяхъ я видѣлъ хорошіе результаты отъ дренированія соединительно-тканной раны по направленію къ влагалищу, то я склоненъ тотъ же методъ рекомендовать и при благопріятныхъ случаяхъ; влагалище я держу открытымъ, обшивая его кругомъ; остается открытой также клѣтчатка, не будучи зашита. Второй методъ мнѣ кажется особенно показаннымъ, когда приходится вылущать карциному на большомъ протяженіи изъ тазовой клѣтчатки, но и тогда не слѣдуетъ закрывать брюшину. Во всякомъ случаѣ я считаю пока преждевременнымъ высказаться окончательно по этому вопросу.

Послѣ того, какъ влагалище перевязано по тому или иному способу, изъ брюшной полости удаляются салфетки, снимаются зажимы съ кожи живота, вынимается зеркало и производится закрытіе раны живота по обычному методу новыми инструментами послѣ прикрытія свѣжими салфетками и повторной дезинфекціи перчатокъ.

При этой операціи слѣдуетъ помнить о возможности дѣлаго ряда осложнений; самыми серьезными являются поврежденія мочевыхъ путей. Если операцію удалось произвести безъ поврежденія пузыря или мочеточниковъ, то предсказаніе въ общемъ благопріятно. Раненія пузыря должны быть, конечно, тотчасъ же зашиты. Съ этой дѣлюю слѣдуетъ подготовить ровныя и чистыя раневыя поверхности, а рану пузыря слѣдуетъ закрыть двойнымъ рядомъ швовъ, изъ которыхъ пузырьный шовъ накладывается лучше всего изъ кѣтгута, а для закрытія брюшинной или мышечной оболочки заслуживаетъ предпочтенія шелкъ. Если пришлось наложить шовъ на пузырь, то изъ вышеупомянутыхъ способовъ закрытія брюшной полости я считаю наилучшимъ тотъ, при которомъ рана вполне закрывается. Основаніемъ, побуждающимъ меня къ полному закрытію, является желаніе, чтобы рана пузыря, которая должна внутри зажить первичнымъ натяженіемъ, оставалась и снаружи безъ большихъ гранулирующихъ поверхностей; послѣднія находятся въ прямой связи съ влагалищемъ и имѣютъ извѣстную склонность къ нагноенію. Если однако на почвѣ полного закрытія брюшной полости послѣдуетъ серьезный гнилостный перитонитъ, то въ такомъ случаѣ легко снова вскрыть брюшную полость со стороны влагалища. Чѣмъ менѣе нужны грануляціи для заживленія, тѣмъ болѣе возможно первичное натяженіе и тѣмъ лучшее предсказаніе для пузырьнаго шва. Неблагопріятны

болѣе значительныя поврежденія пузыря, которыя приходится наносить; заживленіе ихъ удастся съ большимъ трудомъ, даже если и возможно покрытіе ихъ высланной эпителиемъ слизистой оболочкой. Въ послѣднее время я пытался прикрѣпить пузырный шовъ къ нижнему углу фасциальной раны; если шовъ не заживаетъ, то остается свищъ, какъ при *sectio alta*, заживающій большею частью самъ собою.

Точно такъ же обстояло дѣло и съ поврежденіями мочеточниковъ. Если дѣло идетъ о неопытности, или о нечаянной перерѣзкѣ мочеточника, то заживленіе еще относительно просто; тогда можно примѣнить съ хорошимъ успѣхомъ примѣненный Косчер'омъ или рекомендованный Франземъ способъ имплантациі мочеточника. Въ пузырь дѣлаютъ маленькое отверстіе, верхній конецъ мочеточника, по Косчер'у разсѣченнаго, по Франз'у косо разрѣзаннаго, прокалывается одной или двумя иголками и пришивается къ стѣнкѣ пузыря, послѣ чего послѣдній снова закрывается. Здѣсь также я покрываю, по возможности, пузырную рану снаружи влагалищемъ.

Если однако произошло поврежденіе мочеточника, вслѣдствіе нахожденія его въ ткани карциномы, то заживленіе его часто бываетъ очень затруднительнымъ. Въ подобномъ случаѣ иной разъ лучше произвести удаленіе и соотвѣтствующей почки. На основаніи очень важныхъ экспериментальныхъ данныхъ Ронфиска я теперь пробую въ такихъ случаяхъ умышленно перевязывать мочеточникъ въ области здоровой ткани; почка тогда сморщивается безъ осложнений.

Вопросъ о томъ, какъ поступать съ опухшими лимфатическими железами при операціи карциномы, еще окончательно не разрѣшенъ. Можетъ быть, правы тѣ, которые полагаютъ, что въ железахъ имѣются извѣстныя защитительныя приспособленія, которыя могутъ осилить карциному. Если разсмотрѣть на срѣзахъ рецидивы, появляющіеся послѣ влагалищной экстирпациі матки, то оказывается, что здѣсь чаще идетъ дѣло о разлитой инфильтраціи вокругъ влагалищной раны, слѣдовательно, источникомъ является оставшаяся карцинома, а не рецидивъ, исходящій изъ лимфатическихъ железъ. Инфильтраціи лимфатическихъ железъ или ихъ окружности стали наблюдаться лишь съ тѣхъ поръ, какъ начали широко выдѣлывать лимфатическія железы; при этомъ можно легко занести въ клѣтчатку карциноматозную ткань, которая, оставаясь здѣсь, можетъ дать источникъ для рецидива. Если поражены только лимфатическія железы перваго порядка, то я считаю показаннымъ ихъ удаленіе. Во всякомъ случаѣ неблагоприятнымъ обстоятельствомъ слѣдуетъ считать разрывъ железъ, если раковое содержимое ихъ попадаетъ въ окружающую клѣтчатку. Въ этомъ мѣстѣ тогда навѣрно образуется разлитая карциноматозная инфильтрація. Поэтому я обращаю особенное вниманіе на удаленіе пакетовъ железъ безъ ихъ вскрытія. Будущее должно показать намъ, какъ слѣдуетъ обращаться съ болѣе отдаленными железами.

При послѣдовательномъ леченіи карциномъ приходится обращать особенное вниманіе на мочевые пути. Высвобожденіе пузыря на большомъ протяженіи и обнаженіе мочеточника способствуютъ пониженію сопротивляемости по отношенію къ проникающимъ микробамъ. Пузырь слѣдуетъ катетеризировать лишь въ томъ случаѣ, если это безусловно необходимо; лучше позволить больной встать съ постели въ теченіе первыхъ 24 часовъ, чтобы всячески вызвать произвольное опорожненіе пузыря. Если послѣдній зараженъ карци-

номой, или зараженіе произошло при катетеризаціи, то процессъ безусловно переходитъ на мочеточникъ и почечную лоханку, вслѣдствіе чего больная погибаетъ. Обильное назначеніе мочегонныхъ и избѣганіе катетера является, мнѣ кажется, главнымъ основаніемъ, препятствующимъ появленію осложненій со стороны мочевыхъ путей.

Функция кишекъ менѣе поражается. Слѣдуетъ только обратить вниманіе на появленіе болѣе сильнаго метеоризма вслѣдствіе перитонитического раздраженія. Главною опасностью, отъ которой больная погибаетъ, является перитонитъ; здѣсь дѣло идетъ скорѣе о брюшинномъ гніеніи и обусловленномъ этимъ отравленіи, чѣмъ о настоящемъ прогрессирующемъ перитонитѣ. Если въ другихъ случаяхъ можно помочь опороженіемъ эксудата, то и здѣсь можно поступить аналогично и въ тяжелыхъ случаяхъ устранить всякое скопленіе содержимаго брюшной полости путемъ оставленія влагалища открытымъ и равнымъ вставаніемъ больной.

Я пытался всѣми способами предупредить возвратъ карциномы и рано сталъ примѣнять гомогенные лучи Рентгена, какъ это было предложено Dessauer'омъ. Вопросъ о томъ, въ состояніи ли этотъ способъ предотвратить рецидивъ, я долженъ оставить открытымъ. Сравненіе путемъ статистики станетъ возможнымъ лишь по прошествіи 5-лѣтнихъ наблюденій. Большіе карциноматозные остатки безусловно не подвергаются обратному развитію.

Лечение рецидивовъ, наступающихъ послѣ операцій рака, также еще довольно затруднительно. Расширеніе поля операціи здѣсь необычно велико; въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится резецировать кишку, пузырь и мочеточникъ. Перевязки сосудовъ необходимы также въ такомъ большомъ размѣрѣ, что въ этомъ усматривается основаніе для отказа отъ операціи. Возможно, что будущій прогрессъ въ техникѣ сосудистаго шва здѣсь принесетъ большую пользу. Я многократно здѣсь производилъ боковую перевязку бедренной вены въ отдѣльныхъ случаяхъ безъ всякаго осложненія. Артеріальный шовъ на arteria femoralis я еще не примѣнялъ, а безъ него въ худшихъ случаяхъ раковаго рецидива не слѣдуетъ оперировать. Поэтому вполне основателенъ вопросъ, цѣлесообразно ли дѣйствительно эти случаи еще оперировать. Съ большей увѣренностью, повидимому, можно продлить жизнь больной, если отказаться отъ большихъ операцій рецидива. Маленькіе рецидивы слѣдуетъ во всякомъ случаѣ пытаться оперировать, но всѣ нѣсколько болѣе распространенныя формы лучше не трогать. Лечение подобныхъ безнадежныхъ случаевъ или тѣхъ случаевъ, которые представляются вполне оперируемыми, является задачей чрезвычайно тяжелой и неблагоприятной. Больше всего можно продлить жизнь больныхъ большими дозами морфія, которая приходится постепенно все болѣе повышать. Мѣстно многого нельзя сдѣлать; пытаются разрушить карциному самыми разнообразными способами; для этихъ случаевъ фульгурацію можно примѣнить лишь съ большимъ трудомъ. Я считаю правильной попыткой примѣнить здѣсь непосредственно рентгеновскіе лучи или радій; получаютъ ли благодаря этому лучшіе результаты, сказать трудно. Охотно примѣнявшіяся раньше выскабливаніе и выжиганіе каленымъ желѣзомъ я больше не примѣняю; хорошіе результаты я отъ этого видѣлъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, которые я теперь стараюсь оперировать радикально. Несчастные случаи, въ которыхъ разлитая инфильтрація достигаетъ непосредственно

тазовой стѣнки и матка вполне неподвижна, не могутъ быть улучшены каленымъ желѣзомъ и ложечкой.

Если карцинома поразила также влагалище безъ разлитого однако перехода на окружность, если дѣло идетъ лишь объ отдѣльныхъ маленькихъ вторичныхъ узелкахъ во влагалищѣ, то показана попытка радикальнаго леченія, т. е. удаленія влагалища вмѣстѣ съ маткой. Раньше это дѣлали со стороны вульвы лишь при первичной влагалищной карциномѣ; съ развитіемъ брюшной операціи рака матки стало естественнымъ оперировать и здѣсь также со стороны живота. Теперь можно удалить абдоминально верхнюю половину, а, можетъ быть, даже и верхнія  $\frac{2}{3}$  влагалища; вслѣдствіе однако тазовой кривизны невозможно сверху экстирпировать нижнюю половину или нижнюю треть; послѣднюю легко удалить со стороны вульвы, и было бы дѣйствительно нераціонально вырѣзать ее сверху. Для этихъ случаевъ такимъ образомъ создавалась комбинированная операція. Техника послѣдней въ новѣйшее время значительно улучшена разными авторами. Я произвожу эту операцію слѣдующимъ образомъ:

Послѣ дезинфекціи вульвы и живота подъ спинномозговымъ тронакокаиновымъ наркозомъ я начинаю съ разрѣза кругомъ вульвы снаружи отъ каймы гимена и углубляю этотъ разрѣзъ вокругъ трубки влагалища. Затрудненія встрѣчаются лишь по средней линіи спереди, какъ и сзади, у мочеиспускательнаго канала и у прямой кишки. Въ обоихъ мѣстахъ слѣдуетъ непремѣнно избѣгать поврежденія названныхъ каналовъ. При осторожности и тщательной остановкѣ кровотечения это удается безъ труда, если пользоваться ножомъ или ножницами и пинцетомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я былъ пораженъ незначительностью кровотечения. Отъ вульвы идутъ по передней стѣнкѣ кверху включительно до внутренняго отверстія уретры, а по задней стѣнкѣ приблизительно на 6 см. кверху; сбоку часто бываетъ возможно отпрепаровать тупымъ путемъ. Всякій сильно кровоточащій сосудъ долженъ быть зажатъ и перевязанъ.

Затѣмъ просвѣтъ влагалища завязывается и послѣ новой дезинфекціи перчатокъ переходятъ къ операціи сверху, точно такъ же, какъ это описано выше для шейки. Теперь стараются попасть сбоку или сзади въ рану, сдѣланную со стороны вульвы, и когда это удалось, отдѣляютъ кругомъ половой каналъ, не вскрывая его, и извлекаютъ его со стороны раны живота. Если основное положеніе о полной остановкѣ кровотечения до вскрытія вульварной раны можно было провести, то послѣ удаленія всего полового канала операція закончена. Въ отдѣльныхъ случаяхъ я даже не закрывалъ брюшины надъ тазовой раной, въ другихъ случаяхъ однако зашивалъ. Затѣмъ слѣдуетъ закрытіе брюшной раны.

## XI. Лечение саркомы матки.

Саркома матки во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ это еще возможно, удаляется радикально оперативнымъ путемъ. Абдоминальная экстирпація матки является здѣсь самой правильной операціей. Главное различіе въ техникахъ, въ сравненіи съ операціей карциномы, заключается въ томъ, что при саркомѣ въ общемъ не требуется удаленія железъ. Впрочемъ и здѣсь при экстирпаціи матки можно сбоку

обнажить клѣтчатку таза, чтобы удалить нѣкоторые тромбовы венъ и по возможности оперировать въ границахъ здоровой ткани. И здѣсь также удержаніе влагалища открытымъ путемъ циркулярнаго шва, а равно и оставленіе раны клѣтчатки открытой оказались наилучшими способами.

## ХII. Лечение злокачественной хоріоэпителиомы.

Злокачественная хоріоэпителиома также должна быть устранена путемъ радикальной операціи. Затрудненія при этомъ извѣстны. Случай, въ которыхъ при операціи не все было удалено и, несмотря на это, наступило излеченіе, съ патологической точки зрѣнія заслуживаютъ особеннаго вниманія, но съ терапевтической не достойны подражанія: ихъ нужно лишь постолько знать, чтобы остерегаться дѣлать абсолютно плохое предсказаніе, если радикальная операція не вполне удалась. При поставленномъ диагнозѣ слѣдуетъ однако попытаться непременно все удалить. Подобно Hirschman'у, я считаю также очень цѣлесообразнымъ оперировать при этомъ со стороны живота. Я всегда считаюсь съ возможностью заноса во время операціи чего-нибудь въ вены и съ возможнымъ, вслѣдствіе этого, появленіемъ впоследствии рецидива; на основаніи опыта также извѣстно, что именно при этомъ въ яичникахъ, въ широкой связкѣ или гдѣ-нибудь въ другомъ мѣстѣ имѣются метастазы, которые одновременно подлежатъ удаленію.

При отсутствіи метастазовъ операція можетъ ограничиться лишь удаленіемъ матки съ придатками, причемъ операція производится въ существенномъ по способу, описанному для міомъ. Особенное вниманіе надо обращать на тромбовы въ венахъ, не придавая въ то же время значенія лимфатическимъ железамъ. Одновременное удаленіе яичниковъ большею частью при этомъ цѣлесообразно.

## ХIII. Лечение половой неврастеніи.

Этотъ отдѣлъ я не могу просто начать съ изложенія того, какъ я лечу это заболѣваніе; я долженъ начать съ опредѣленія понятія этой болѣзни. Картина послѣдней общеизвѣстна и все же при ней возникаютъ большія терапевтическія затрудненія. Больная, страдающая неврастеніей, локализуетъ цѣлый рядъ нервныхъ симптомовъ въ сферѣ половыхъ органовъ. Прежде она была посѣлительницей гинекологической амбулаторіи, въ которой однако по современнымъ воззрѣніямъ ничего не дѣлалось, и которая тѣмъ не менѣе очень многими посѣщалась. Неврастеническія женщины «заражаютъ»; долгое время считалось необходимымъ такихъ женщинъ лечить и наиболѣе тяжкія истерическія больныя «заражали» менѣе тяжкихъ и склоняли ихъ къ подражанію. Въ настоящее время мы этому должны противодействовать. Не слѣдуетъ примѣнять никакого безполезнаго леченія половыхъ органовъ, никакого внушенія при помощи влагалищной «терапіи!» Это состояніе часто смѣшивается съ другимъ несомнѣнно существующимъ, при которомъ заболѣваніе половыхъ органовъ вызываетъ нервныя симптомы. И то, и другое можно назвать половой неврастеніей, и если я оба обозначаю

одинаковымъ именовемъ, то этимъ уже указано на терапевтическія затрудненія. Если неврастеническая женщина приписываетъ свои расстройства здоровымъ половымъ органамъ, то будетъ большой ошибкой подвергать эти послѣдніе леченію; ей становится все хуже и хуже, и гинекологъ, пользующійся ею, осуждается своимъ товарищемъ—неврологомъ. Съ другой стороны женщина становится дѣйствительно несчастной, если на почвѣ пораженія половыхъ органовъ у нея появляются общіе симптомы, обозначаемые именовемъ неврастеніи. Здѣсь не входитъ въ мою задачу привести дифференціальную діагностику между этими двумя заболѣваніями; съ практической точки зрѣнія я считаю лишь чрезвычайно важнымъ отмѣтить, что это различіе непременно должно проводиться. При этомъ подразумѣвается не только больная болѣе богатыхъ классовъ, которая кокетничаетъ комбинаціей этихъ страданій; мы должны разрѣшить также и большой социальный вопросъ; возникающій на почвѣ германскаго законодательства о страхованіи больныхъ, споръ о рентѣ категорически требуетъ обсужденія именно этихъ состояній. Принципъ простъ. Неврастеническая женщина, обнаруживающая половые симптомы, не относится къ гинекологической клиникѣ. Женщина съ больными половыми органами, жалующаяся на общія расстройства, настоятельно нуждается въ мѣстномъ гинекологическомъ леченіи, хотя не должно быть оставлено безъ вниманія и общее леченіе, каковое однако не является главнымъ.

Лучше всякихъ длинныхъ теоретическихъ разсужденій является поясненіе какимъ-нибудь примѣромъ и въ качествѣ наиболее извѣстнаго можно привести загибъ матки кзади. Расстройства, зависящія отъ этого заболѣванія, признаны всѣми возможными и заключаются главнымъ образомъ въ мѣстныхъ расстройствахъ: давленіе на прямую кишку, боли въ животѣ, расстройства при менструаціи. На почвѣ расстройствъ, обусловленныхъ ретрофлексированною маткою при опорожненіи кишечника, у нѣкоторыхъ пациентокъ появляется хроническій запоръ со всѣми его послѣдствіями. Мы отлично знаемъ, что при этомъ можетъ страдать также и нервная система; вполне понятно, что у больной ретрофлексіи косвенно, благодаря запору, можетъ вызвать заболѣваніе нервной системы, которое допускаетъ различное толкованіе; его можно, напр. объяснить аутоинтоксикаціей. Но какъ ни объяснять эту связь, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что ретрофлексія дала начало заболѣванію и что мѣстныя расстройства отъ загиба матки кзади были просмотрѣны, вслѣдствіе извѣстной робости больной или потому, что они были дѣйствительно незначительны. Примѣнять у такой больной какіе-нибудь способы леченія, воздѣйствующіе на нервную систему, не имѣетъ, конечно, никакого смысла. Устранить запоръ у подобной больной на долгое время является невозможнымъ, такъ какъ продолжаетъ оставаться механическое препятствіе, вызывающее запоръ, и поэтому всякое продолжительное леченіе запора не помогаетъ. Но и устраненіе ретрофлексіи еще отнюдь не устраняетъ запора; оно является только началомъ леченія и можетъ благотворно отразиться на состояніи больной. Леченіе въ приведенномъ примѣрѣ сводится, слѣдовательно, къ тому, что нужно по возможности совсѣмъ устранить ретрофлексію, урегулировать функцію кишечника и соотвѣтствующимъ образомъ улучшить состояніе нервной системы.

Съ другой стороны, крайне неврастеническая женщина страдаетъ,



какъ и многіе люди, запоромъ и случайно имѣеть также и ретрофлексію. Здѣсь устраненіе послѣдней и регулированіе функціи кишечника не являются необходимыми для излеченія неврастеніи. Если неврастеніа излечима или поддается улучшенію, и если она дѣйствительно является первичнымъ страданіемъ, то ни заиоръ, ни ретрофлексію лечитъ не приходится. Правильная оцѣнка подобныхъ состояній требуетъ отъ врача большого опыта. Кому приходится имѣть дѣло съ больными, которыя уже были оперированы и, не смотря на это, продолжаютъ жаловаться, тотъ пойметъ неспрятное положеніе врача, когда подобная неврастеническая больная съ новыми жалобами требуетъ новую операцію. На всякаго предыдущаго оператора она горько жалуется; она надѣется, что, наконецъ, ей все же должны помочь.

Оцѣнка значенія ретрофлексіи при этомъ большею частью еще проста. У тѣхъ женщинъ, напр., которыя еще до замужества къ концу второго или началу третьяго десятилѣтія обнаруживаютъ признаки неврастеніи, послѣднюю слѣдуетъ признать первичнымъ заболѣваніемъ. Съ другой стороны имѣется дѣло съ хроническимъ состояніемъ набуханія, если къ концу двадцатыхъ или къ началу тридцатыхъ годовъ жизни, послѣ однихъ или многихъ родовъ, при большой тяжелой, лежащей въ тазу, маткѣ обнаруживаются признаки неврастеніи.

По отношенію къ леченію слѣдуетъ далѣе замѣтить, что трудоспособность больной, вслѣдствіе самой ретрофлексіи, не уничтожается. Больныя, имѣющія ретрофлексію въ теченіе ряда лѣтъ, могутъ съ нею работать такъ же, какъ, напр., и женщины съ большимъ выпаденіемъ матки.

Трудоспособность подобныхъ женщинъ лишь тогда ограничивается, если подъ вліяніемъ сильнаго тѣлеснаго напряженія матка внезапно глубоко низдавливается и вслѣдствіе этого появляются расстройства. Но даже и тогда у женщины со здоровыми нервами не терается трудоспособность. Послѣ нѣсколькихъ дней покоя все снова приходитъ въ порядокъ. У неврастенической женщины, напротивъ, симптомы, развившіеся при ретрофлексіи отъ однократнаго напряженія, продолжаютъ оставаться въ небольшомъ размѣрѣ; одновременно съ этими симптомами появляется особая чувствительность, такъ что больная лишь тогда становится трудоспособной, когда устранена ретрофлексія матки; единственная причина, которая и дальше можетъ ограничить трудоспособность, заключается въ очень долго длящемся страданіи. Если женщина съ ретрофлексіей матки и неврастеническимъ расположеніемъ почувствовала симптомы со стороны ретрофлексіи и если у нея въ теченіе долгаго времени признана неспособность къ труду, то ея трудоспособность восстановится лишь тогда, когда она, помимо операціи ретрофлексіи, подвергнетъ серьезному леченію свою нервную слабость. Оцѣнка этихъ отношеній лишь рѣдко представитъ затрудненія для опытнаго врача; значеніе правильной оцѣнки потому такъ важно, что по нашему законодательству помощь зависитъ отъ мнѣнія врача.

При ретрофлексіи матки имѣется еще одинъ моментъ, облегчающій оцѣнку, а именно, возможность пробнаго леченія ретрофлексіи. Если поднять ретрофлектированную матку, при помощи пессарія временно поддержать ее въ правильномъ положеніи, позаботиться о регулярномъ опорожненіи кишечника и благоприятно повліять на нервную

систему, то, при наличности дѣйствительной связи явленій должно немедленно наступить улучшение симптомовъ, и тогда можно будетъ стремиться къ окончательному излеченію. Я это считаю особенно важнымъ именно при ретрофлексіи, такъ какъ полное излеченіе достигается оперативнымъ путемъ, а къ оперативному вмешательству, вслѣдствіе или при наличности одновременныхъ нервныхъ симптомовъ, приходится прибѣгать лишь тогда, если можно имѣть сколько-нибудь увѣренность въ успѣхѣ. Если такимъ образомъ весь вопросъ сводится къ тому, можно ли ожидать успѣха для нервной системы, то ясно, что именно при ретрофлексіи путемъ поднятія матки и леченія пессаріемъ можно получить данныя, чтобы узнать, насколько обоснованы наши надежды на излеченіе неврастении при помощи операціи ретрофлексіи.

При остальныхъ заболѣваніяхъ отношенія большею частью таковы, что, какъ показалъ опытъ, безъ мѣстнаго леченія нельзя ожидать длительного вліянія на нервную систему, если мѣстное заболѣваніе было причиной разстройствъ. Я поэтому лишь неохотно рѣшился бы подвергнуть мѣстному леченію больную, у которой единственнымъ поводомъ для мѣстной терапіи являются симптомы со стороны нервной системы. Особенно это нужно сказать, когда дѣло идетъ о заболѣваніи яичниковъ. Кастрація ради неврастении не приноситъ никакой пользы; напротивъ, опытъ показалъ, что кастрація въ такихъ случаяхъ приноситъ вредъ, и я настоятельно предостерегаю отъ кастраціи вслѣдствіе половой неврастении. Время должно показать, можно ли будетъ рентгеновскими лучами благотворно повліять на яичникъ при тѣхъ нервно-истерическихъ состояніяхъ, при которыхъ особенно рѣзко выступаютъ явленія раздраженія со стороны половыхъ органовъ. Слѣдуетъ однако остерегаться при подобныхъ условіяхъ съ увѣренностью обѣщать излеченіе; съ другой стороны въ очень многихъ случаяхъ неврастении представляется крайне неприятое сопутствующее явленіе, и въ такихъ случаяхъ наряду съ мѣстнымъ заболѣваніемъ приходится лечить и нервную систему. Слѣдуетъ помнить объ успѣшныхъ результатахъ, полученныхъ Thure-Grandt'омъ путемъ общаго леченія при истерическихъ состояніяхъ. Во всякомъ случаѣ при назначеніи гинекологическаго леченія слѣдуетъ имѣть въ виду состояніе нервной системы и поэтому должно стремиться къ тому, чтобы больная оставила клинику не только со здоровыми половыми частями, но и съ вполне исправившейся нервной системой.

Болезненное расположеніе больной также требуетъ леченія со стороны гинеколога. Успѣхъ леченія не долженъ однако заключаться въ томъ, чтобы вполне устранить болезненное расположеніе; слѣдуетъ лишь устранить послѣдствія переутомленія у подобныхъ пациентокъ и обратить особенное вниманіе ихъ на то, чтобы онѣ примирились со своимъ болезненнымъ расположеніемъ и не предъявляли къ своему организму большихъ требованій, чѣмъ ему подъ силу.

Къ области половой неврастении принадлежитъ также симптомъ, названный американцами *dyspareunia*; дѣло идетъ о недостаткѣ полового ощущенія при *coitus*, об отсутствіи чувственности и т. д. Эти жалобы будутъ легко устранены врачомъ, который отнесетъ эти симптомы къ области половой неврастении, и для того, чтобы это ясно подчеркнуть, я иамѣренно привожу здѣсь леченіе этихъ симптомовъ.

Если у подобныхъ больныхъ провести успѣшно лечение существующаго страданія половыхъ частей, то можно добиться, конечно, хорошихъ результатовъ, которые здѣсь можно разсматривать, какъ вліяніе внушенія. Избавленная отъ мѣстнаго заболѣванія женщина, которой указываютъ, что это заболѣваніе является причиной ея жалобъ и которой затѣмъ говорятъ, что устраненіе мѣстнаго заболѣванія постепенно приведетъ также къ исчезновенію диспарейніи, такая женщина будетъ довольна. Но того же можно добиться и путемъ мнимаго леченія вообще не существующей болѣзни и, наконецъ, безъ всякой мѣстной терапіи. Послѣдній методъ я здѣсь даже предпочитаю и мѣстную терапію считаю даже опасной, если не имѣется яснаго заболѣванія. Это соотвѣствовало бы прежнимъ амбулаторнымъ методамъ леченія и исчезновеніе его слѣдуетъ признать шагомъ впередъ; мы желаемъ прогрессировать, а не регрессировать.

Для леченія развившейся на почвѣ болѣзненнаго расположенія половой неврастенія, а равно и «диспарейніи», важно знать главную причину; большею частью она лежитъ въ боязни забеременѣть. Боязнъ эта, къ сожалѣнію, очень широко роепространена и ведетъ къ тому, что начинаютъ прибѣгать къ различнымъ мѣрамъ, чтобы предунредить беременность. Я думаю, что вслѣдствіе этого могутъ развиваться всѣ виды нервозности. Единственная терапія: восстановление нормальныхъ половыхъ сношеній. Нѣкоторымъ женщинамъ достаточно иногда разъяснить это; часто однако одного этого недостаточно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимо кромѣ того мѣстное леченіе, но еще лучше назначить какое-нибудь леченіе, которое разлучило бы на извѣстное время жену съ мужемъ; одновременно необходимо лечить и мужа; а затѣмъ дать надлежащія наставленія. Для полученія успѣха нужна извѣстная ловкость, но ею долженъ обладать всякій желающій вообще быть врачомъ; степень ловкости, которая здѣсь требуется, пожалуй, больше, чѣмъ для операцій. Безъ подобной ловкости нельзя ничего добиться. Важно не только то, что назначается, сколько то, какъ что назначается.

На основаніи тѣхъ же принциповъ слѣдуетъ лечить и тѣ формы дисменорреи, которыя приходится разсматривать, какъ чисто неврастеническія. Здѣсь довольно часто можно помочь внушеніемъ путемъ примѣненія различныхъ мѣръ; лишь тѣ случаи подлежатъ мѣстному леченію, въ которыхъ имѣется ясно выраженное мѣстное страданіе.

#### XIV. Стерилизація женщины.

Въ новѣйшее время стерилизація женщины приобрѣла извѣстное практическое значеніе. Имѣется рядъ врачей, которые при извѣстныхъ заболѣваніяхъ въ зачатіи усматриваютъ настоящее несчастіе или серьезную опасность; поэтому вполне послѣдовательно, если эти врачи рекомендуютъ стерилизацію женщины. Въ настоящее время съ практической точки зрѣнія нельзя отрицать, что при извѣстныхъ обстоятельствахъ приходится удовлетворять этимъ показаніямъ.

Вопросъ сводится лишь къ тому, какъ широко ставить эти показанія. По этому поводу врачи придерживаются самыхъ разнообразныхъ мнѣній. Я лично примѣняю пока эту операцію лишь въ самыхъ крайнихъ случаяхъ и во всякомъ случаѣ вполне отвергаю ее

при недостаточно обоснованных показаніяхъ. Бываютъ однако случаи, въ которыхъ и мнѣ все же приходится рѣшаться на стерилизацію. Если по опыту мы знаемъ, что при большомъ выпаденіи матки, которое еще можно устранить пластической операціей, можно быть вполне увѣреннымъ, что выпаденіе при позднѣйшихъ родахъ непременно возобновится, то при подобномъ состояніи я уже посоветовалъ бы пациенткѣ подвергнуться стерилизаціи. Если женщина была разрѣшаема 2—3 раза кесарскимъ сѣченіемъ, то, я полагаю, она имѣетъ право требовать отъ насъ, чтобы эта операція не повторялась у нея снова каждый годъ. Если я долженъ прервать беременность у больной вслѣдствіе психоза, то я считаю необходимымъ дать совѣтъ воспрепятствовать дальнѣйшему зачатію. Каждый разъ однако, когда послѣ серьезнаго обсужденія намъ представляется необходимымъ совѣтовать производство аборта вслѣдствіе психоза, дѣло идетъ о длительныхъ показаніяхъ и какъ бы ни казалось остроумнымъ недавнее предложеніе Sellheim'a устроить при искусственной стерилизаціи все такъ, чтобы способность зачатія снова могла быть восстановлена, я лично все же придерживаюсь мнѣнія, что это несовсѣмъ правильно. Если возможность зачатія должна быть устранена оперативнымъ путемъ, то для этого должны быть лишь длительныя основанія.

Методъ долженъ заключаться въ томъ, чтобы сохранить яичники, и, несмотря на это, все же воспрепятствовать зачатію. Здѣсь, повидимому, рентгеновскіе лучи могутъ дѣйствительно помочь. Они разрушаютъ Граафовы фолликулы и сохраняютъ такъ названныя интерстиціальныя железы, благодаря чему не появляется симптомовъ выпаденія. Мы еще не имѣемъ очень большого опыта относительно дѣйствительнаго вліянія рентгеновскихъ лучей для этихъ цѣлей и лишь дальнѣйшее изученіе можетъ показать, можемъ ли мы рассчитывать съ увѣренностью на достиженіе этой цѣли. Если это сбудется, то оперативная стерилизація будетъ, конечно, производиться рѣдко; несмотря на это, ее будутъ примѣнять, если придется уже оперировать по какому-нибудь другому поводу. Методъ, который для этого слѣдуетъ примѣнить, долженъ быть чрезвычайно основательнымъ, ибо въ противномъ случаѣ цѣль не будетъ достигнута. Я большею частью рекомендую клиновидное изсѣченіе трубы изъ угла матки и удаленіе всей трубы. Операція проста; влагалищнымъ или абдоминальнымъ путемъ обнажаютъ дно матки, достаютъ уголокъ трубы и вырѣзаютъ клинъ. Этотъ кусокъ очень старательно зашиваютъ; надъ яичникомъ, параллельно трубѣ, накладывается зажимной пинцетъ, надъ которымъ вся труба отрѣзается. Зажимной пинцетъ затѣмъ замѣняется лигатурой; такая же операція производится и на другой сторонѣ. Я прекрасно знаю, что былъ предложенъ еще цѣлый рядъ другихъ методовъ стерилизаціи; я однако думаю, что оба эти метода съ извѣстнымъ правомъ могутъ быть мною рекомендованы, какъ вполне надежныя.

## XV. Лечение перитонита.

### 1. Разлитой перитонитъ.

Лечение общаго перитонита относится также къ сферѣ дѣятельности гинеколога; оно стало болѣе оперативнымъ, чѣмъ раньше. Основныя положенія леченія въ существенномъ сводятся къ тому,

что ставить себѣ вопросъ: исходя изъ общаго врачебнаго опыта, вѣроятнo ли въ данномъ случаѣ, чтобы больная поправилась безъ операціи, или нѣтъ? Въ первомъ случаѣ объ операціи можно говорить лишь тогда, когда она общаетъ значительное ускореніе процесса выздоровленія. Установить для этого вполне опредѣленные стadiи положенія, которыя болѣе или менѣе годились бы для всякаго врача, я въ настоящее время считаю невозможнымъ; настолько же невозможнымъ, какъ и давать вполне точное опредѣленіе необходимости операціи аппендицита въ опредѣленномъ случаѣ. При этомъ я не хотѣлъ бы быть неправильно понятымъ; конечно, легко сказать, что въ томъ или иномъ случаѣ операція показана. Но если больныя не пожелаютъ послѣдовать совѣту оперироваться и пожелаютъ лучше выждать, то не слѣдуетъ отрицать, что у врача появляется непріятное состояніе, если онъ впоследствии слышитъ, что данная больная выздоровѣла и безъ операціи. Опытъ съ отдѣльной больной публичкой обобщается, и тогда къ нашимъ оперативнымъ показаніямъ легко вселяется большое недоувѣріе. Чѣмъ серьезнѣе врачъ относится къ своему призванію, тѣмъ точнѣе онъ долженъ стараться устанавливать показанія къ операціи; въ иномъ случаѣ придется посоветовать операцію, но тутъ же откровенно сознаться, что, можетъ быть, и безъ операціи больная можетъ поправиться. Какъ - разъ при общемъ перитонитѣ я считаю рѣшеніе вопроса очень труднымъ. Я видѣлъ, какъ поправлялись больныя съ гонорройнымъ перитонитомъ, при которомъ симптомы были необыкновенно тяжки; я видѣлъ и другіе случаи, въ которыхъ черезъ короткое время, послѣ кажущагося доброкачественнаго перитонита, быстро развивалось смертельное заболѣваніе.

Тѣ формы перитонита, въ которыхъ имѣется дѣло съ раневой инфекціей, какъ съ причиннымъ моментомъ, даютъ плохое предсказаніе; если же картина болѣзни въ извѣстномъ смыслѣ соответствуетъ гнилостному заболѣванію, то эти формы можно излечить путемъ основательнаго опорозненія содержимаго брюшной полости. Первые формы выражаются тѣмъ, что по лимфатическимъ сосудамъ микробы проникаютъ изъ внѣбрюшинной раны до брюшины и изъ брюшной полости поступаютъ въ кровь; въ случаяхъ, разсматриваемыхъ, какъ гнилостные, долженъ имѣться разрывъ абсцесса или операція со вскрытіемъ брюшной полости.

Почти всегда въ перваго рода случаяхъ дѣло идетъ о вирулентныхъ стрептококкахъ; слѣдовательно, если при разлитомъ перитонитѣ можно обнаружить въ крови стрептококковъ, то съ большой вѣроятностью можно поставить плохое предсказаніе и придется заявить, что операція будетъ безуспѣшна. Отсюда практическій выводъ, что при перитонитѣ надо по возможности изслѣдовать кровь, и если по истеченіи 12 часовъ на кровяномъ агарѣ будутъ найдены стрептококки, то слѣдуетъ поставить неблагоприятное предсказаніе и признать операцію бесполезной.

Поэтому, если имѣется дѣло съ перитонитомъ, то изслѣдованіе крови на содержаніе микробовъ имѣетъ большое значеніе. Если имѣютъ передъ собою случай, въ которомъ на основаніи своего опыта, нужно признать шансы операціи не плохими и можно предполагать, что отсрочка операціи на 12 часовъ увеличитъ опасность, то я считаю лучше рѣшиться на операцію, чѣмъ ее откладывать. Въ общемъ я имѣю обыкновеніе выяснять прогнозъ операціи путемъ

изслѣдованія крови и въ такихъ случаяхъ уже при операциіи я беру кровь, чтобы можно было установить предсказаніе по крайней мѣрѣ черезъ 12 часовъ.

#### а) Оперативное лечение.

Если при перитонитѣ желательнo успѣшно оперировать, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что опасность обуславливается только содержимымъ брюшной полости. Поэтому подобно тому, какъ вообще опорожняется и дренируется абсцессъ, точно такъ же слѣдуетъ поступать и съ содержимымъ брюшной полости. Поэтому слѣдуетъ считать неблагоприятными тѣ случаи, въ которыхъ перитонитъ представляетъ собою лишь путь для распространения заболѣванія и когда процессъ пошелъ уже дальше. Такъ, нужно считать неблагоприятнымъ, если при перитонитѣ не находятъ никакого содержимаго въ брюшной полости, а имѣется лишь вадутіе кишекъ, покраснѣніе брюшины и отложеніе фибрина. Если же въ брюшной полости находятъ гной или мутную серозную жидкость, то прежде всего слѣдуетъ попытаться освободить повсюду полость брюшины отъ ея содержимаго и озаботиться, чтобы брюшная полость была и впредь свободна отъ жидкости.

Этого можно достигнуть лишь введеніемъ дренажныхъ трубокъ на различныхъ мѣстахъ, причемъ совершенно не слѣдуетъ считаться съ тѣмъ, что въ послѣдствіи можетъ образоваться грыжа. Мѣста, которыми мы для этой цѣли пользуемся, въ общемъ слѣдующія: во-первыхъ, то мѣсто бѣлой линіи, на которомъ производится разрѣзъ, затѣмъ обѣ отлогія части подъ почками и, наконецъ, Дугласово пространство. Къ этимъ четыремъ мѣстамъ иногда присоединяются еще разрѣзы надъ Пупартовой связкой съ каждой стороны. Въ эти 4—6 отверстій вставляются дренажныя трубки, обернутыя марлей или безъ нея, а именно, въ Дугласово пространство и въ мѣста на задней стѣнкѣ живота Т-образныя трубки, которыя препятствуютъ выскальзыванію; простыя дренажныя трубки могутъ быть введены надъ симфизомъ и надъ паховымъ сгибомъ. Къ этому общему основательному вскрытію брюшной полости присоединяются еще и другія техническія мѣропріятія, которыя могутъ быть показаны въ отдѣльномъ случаѣ. Сюда относится прежде всего вопросъ о промываніи брюшной полости. Въ то время какъ нѣкоторые операторы обильно промываютъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли, я совершенно отъ этого отказался; я ограничиваюсь опорожненіемъ и постояннымъ стокомъ содержимаго. Затѣмъ имѣетъ значеніе вопросъ о леченіи исходнаго пункта заболѣванія. Обычно—я здѣсь совершенно не касаюсь послѣродового перитонита—дѣло идетъ въ этихъ случаяхъ о червеобразномъ отросткѣ или Фаллопиевой трубѣ.

Въ общемъ здѣсь приходится сообразоваться съ тѣмъ, допускаетъ ли общее состояніе больной еще дальнѣйшую операцию или нѣтъ. Это объясняется тѣмъ, что при перитонитѣ имѣется дѣло съ очень опасными больными; хлороформный наркозъ оказывается едва возможнымъ. Вскрытіе Дугласова пространства возможно, конечно, безъ всякаго наркоза; вскрытіе бѣлой линіи лучше всего происходитъ подъ мѣстной анестезіей, а дальнѣйшіе затѣмъ разрѣзы кзади или подъ обѣими паховыми областями можно, въ случаѣ нужды, сдѣлать и безъ мѣстной анестезіи. Я поэтому полагаю, что если мы имѣемъ дѣло при общемъ перитонитѣ съ такими тяжелыми больными,

то лучше предварительно удовлетвориться основательнымъ опорожненіемъ гноя. Съ другой стороны, если оказывается, что больная во время операціи нѣсколько оправляется и если удаленіе источника заболѣванія просто, то этотъ источникъ надо непременно удалить. Чаще всего при этомъ дѣло идетъ о червеобразномъ отросткѣ; но иногда придется удалить и *ruosalpinx*; но удалить послѣднее бываетъ не такъ необходимо, какъ *appendix*. Второй пунктъ, о которомъ надо особенно уномануть, это вопросъ о томъ, возможенъ ли дренажъ по направленію къ влагалищу съ сохраненіемъ матки. Если имѣется дѣло съ очень большой маткой, напр. послѣродовой, или съ образованіемъ міомы, съ одновременнымъ *ruosalpinx*, то иногда лучше заодно удалить и матку, чтобы сдѣлать возможно шире отверстіе къ влагалищу. Въ другихъ случаяхъ я оставляю матку.

Кромѣ того до и послѣ операціи слѣдуетъ поднять сопротивляемость организма; подкожно вливаются большія количества физиологическаго раствора поваренной соли и кромѣ того пытаются доставить организму жидкость при помощи постоянныхъ ректальныхъ вливаній по Katzenstein'у.

### 3) Неоперативное леченіе.

Если при общемъ перитонитѣ можно съ нѣкоторой вѣроятностью предположить, что процессъ закончится выздоровленіемъ, то главнѣйшей задачей для врача является наблюденіе за больной, которому не должно мѣшать назначеніемъ лекарствъ. Подобно тому, какъ мало значенія имѣеть при лихорадочномъ заболѣваніи устраненіе высокой температуры путемъ жаропонижающаго средства безъ леченія самой болѣзни, точно также мало значенія имѣеть устраненіе какого-нибудь симптома при перитонитѣ.

Наблюденіе однако для насъ показано, такъ какъ только благодаря ему мы въ состояніи своевременно произвести операцію, ставшую все же необходимой. Если назначаются лекарства, то при обсужденіи симптомовъ слѣдуетъ учитывать вліяніе ихъ. Въ особенности это относится къ назначенію наркотическихъ. Старое излюбленное леченіе заключалось въ прописываніи опія въ большихъ дозахъ; уменьшали боли, успокаивали кишечникъ, желая «локализовать» процессъ. Но если при перитонитѣ главнымъ симптомомъ являются боли и опій послѣднія успокоилъ, то исчезновеніе боли не слѣдуетъ разсматривать, какъ *signum boni ominis*, при продолжающейся однако, напр., рвотѣ, увеличивающемся метеоризмѣ и ухудшеніи пульса.

Можно спокойно давать наркотическія, можно давать опій, если перистальтика особенно болѣзненна; можно назначать морфій или пантопонъ, если боли сдѣлались особенно сильными и онѣ должны быть быстро устранены, но тогда слѣдуетъ удвоить вниманіе по отношенію ко всѣмъ другимъ явленіямъ.

Часто кладутъ пузырь со льдомъ на животъ; слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы пузырь не былъ очень тяжелъ, что достигается путемъ его подвѣшиванія. Наряду съ этимъ приходится слѣдить за переменной и подкладываніемъ сухихъ простынь, чтобы номѣшать появленію гангрены кожи, хотя и рѣдко, но все же встрѣчающейся. Пузырь со льдомъ нѣсколько уменьшаетъ боль и часто приятенъ больной.

Противъ рвоты надежнѣйшимъ средствомъ является запрещеніе

приема каких бы то ни было твердыхъ или жидкихъ веществъ per os; чтобы это возможно было провести, слѣдуетъ доставлять организму подкожно или per rectum физиологическій растворъ поваренной соли. Устраненіе рвоты я считаю не маловажнымъ, потому что движеніе большой при рвотныхъ движеніяхъ, равно какъ и сильное напряженіе брюшнаго пресса вредно вліяютъ на процессъ въ брюшной полости. Но и здѣсь надо быть осторожнымъ; прекращеніе рвоты еще не указываетъ на улучшеніе перитонита; если пульсъ становится плохимъ, животъ вздувается, то слѣдуетъ оперировать; особенно необходимо прибѣгать къ операціи, если рвота, несмотря на прекращеніе приема per os, снова наступаетъ или не прекращается. Единственное состояніе, при которомъ леченіе производится иначе, это ileus тонкихъ кишекъ; тутъ обыкновенно помогаетъ колѣбнолоктевое положеніе. Въ другихъ случаяхъ слѣдуетъ быть очень осторожнымъ и не откладывать напрасно операціи.

Вообще надо твердо помнить, что опасность операціи острога перитонита заключается не въ самой операціи, а съ одной стороны, въ тяжести инфекціи, а съ другой—въ «заповданіи» съ операціей. Если еще оперируютъ въ безнадежныхъ случаяхъ, то иной разъ нельзя отдѣлаться отъ впечатлѣнія, что операція ускорила наступленіе смерти; но въ дѣйствительности это лишь тѣ случаи, при которыхъ слишкомъ поздно было приступлено къ операціи, или которые уже раньше надо было разсматривать какъ потерянные.

Нельзя индифферентной терапіей терять времени, когда лапаротомія еще можетъ быть успѣшна. Если нельзя съ увѣренностью сказать, что перитонитъ хорошо протекаетъ, то не должно медлить разрѣзомъ. Таково положеніе, которое я долженъ установить на основаніи своего опыта съ неоперативнымъ леченіемъ перитонита.

## 2. Лечение ограниченного перитонита.

Я говорилъ лишь о разлитомъ перитонитѣ. Совершенно иначе, конечно, обстоитъ дѣло съ операціей инкапсулированнаго перитонита. При немъ операція должна производиться только при настоятельномъ показаніи. Можетъ, правда, угрожать прорывъ, можетъ быть нарушено общее состояніе больной, но настоящей, внезапной угрозы для жизни обычно не бываетъ. Разрѣзъ эксудата при ограниченномъ перитонитѣ долженъ производиться лишь тогда, если лихорадка и т. д. угрожаетъ общему состоянію, если мѣстные симптомы ущемленія требуютъ немедленной помощи и, наконецъ, если при существующей флюктуации не происходитъ уменьшенія эксудата. Мѣсто, гдѣ слѣдуетъ вскрывать подобные внутрибрюшинные абсцессы, большею частью зависитъ отъ того, гдѣ абсцессъ находится. Наиболѣе частымъ мѣстомъ, гдѣ приходится оперировать, является Дугласово пространство. Основные положенія для вскрытія очень просты. Если имѣются абсцессы надъ Пуартовой связкой, то надо задать себѣ вопросъ, нельзя ли подойти къ нижней периферіи опухоли со стороны Дугласова пространства. Большею частью при такихъ высоко сидящихъ опухоляхъ мы имѣемъ дѣло не съ внутрибрюшинными, а съ трубными гнойными мѣшками; при послѣднихъ, если общее состояніе нарушено, показано, конечно, удаленіе трубы, а не только ея разрѣзъ.

При разрѣзѣ Дугласова пространства слѣдуетъ съ особенной тщательностью избѣгать первичнаго или вторичнаго вскрытія кишки,



а равно и вскрытія гнойнаго мѣшка трубы. Если это происходитъ, то почти всегда развивается картина прободнаго pyosalpinx и тогда ничего другого не остается, какъ удалить у пациентки всѣ внутренніе половые органы путемъ влагалищной или абдоминальной радикальной операціи; это является вспомогательнымъ средствомъ, которое можно примѣнить въ случаѣ нужды; но все-таки это должно оставаться въ резервѣ лишь для самыхъ крайнихъ случаевъ.

Для вскрытія Дугласова пространства дезинфицируется влагалище, обнажается влагалищная часть и позади послѣдней производится поперечный или продольный разрѣзъ слизистой оболочки влагалища (см. рис. 29) и вскрывается Дугласово пространство. Если гной находится позади утолщенной оболочки или расположенъ между петлями кишекъ или трубными мѣшками, то достаточно широкаго вскрытія влагалища ножомъ; введенный, какъ для ощупыванія, палецъ проникаетъ глубже и, если это возможно со стороны влагалища, опорожняется гной или разрываетъ сращения. Вторая операція, которая здѣсь можетъ понадобиться, это — удаление трубныхъ мѣшковъ и матки по способу, изложенному при заболѣваніяхъ трубъ. Высвобождаютъ трубные мѣшки, осматриваютъ червеобразный отростокъ и затѣмъ, если нужно, удаляютъ матку.

При обѣихъ этихъ формахъ операціи имѣются извѣстныя опасности, съ которыми практическій врачъ долженъ быть хорошо знакомъ. Если дѣло идетъ объ экссудатѣ, то можетъ случиться, что вмѣсто того, чтобы вскрыть свободную брюшную полость, вскрываютъ трубные мѣшки. Въ этомъ заключается большая опасность; если отверстіе разрѣза само по себѣ снова не закрывается, то при этомъ получается картина прободнаго pyosalpinx; гнилостные микробы влагалища попадаютъ въ трубу и находятъ въ гноѣ послѣдней прекрасную питательную среду; образуются продукты гніенія, которые время отъ времени выдѣляются во влагалище, причемъ зловоніе бываетъ для больной довольно тягостно. Если pyosalpinx самъ по себѣ прорывается, что случается впрочемъ рѣдко, то по поводу этого неприятнаго явленія обращаются за совѣтомъ; я однако считаю очень неприятымъ, если этомъ тяжелый симптомъ наступилъ вслѣдствіе операціи и я совѣтую при операціи тазоваго перитонита всячески избѣгать влагалищнаго вскрытія трубныхъ мѣшковъ.

Лечение ограниченнаго перитонита производится оперативно лишь тогда, если на основаніи повышенія температуры слѣдуетъ предположить нагноеніе и опредѣляется абсцессъ или выпячиваніе, или если экссудатъ давитъ на сосѣднія части.

Если этого нѣтъ, то лечение всегда выжидательное; стараются поддержать силы, ослабить наиболѣе неприятные симптомы и обезпечить полный покой.

Если происходитъ явное рассасываніе, то помогаютъ послѣднему тѣми же мѣрами, которыя будутъ изложены въ отдѣлѣ о леченіи параметрита.

## XVI. Лечение параметрита.

### 1. Оперативное лечение.

Лечение параметрита отчасти оперативное, отчасти рассасывающее. Рѣшеніе вопроса, какой способъ леченія слѣдуетъ примѣнить, зависитъ исключительно отъ формы заболѣванія. Разрѣзъ примѣ-

няется особенно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ параметритъ развился въ послѣродовомъ періодѣ. Здѣсь дѣло идетъ о гнойномъ разрушеніи тазовой клѣтчатки, которое начинается отъ влагалища и идетъ вверхъ до fossa iliaca. Не всегда всѣ части одинаково поражены. Иногда процессъ ограничивается только fossa iliaca, причемъ здѣсь клѣтчатка можетъ такъ выпятиться и брюшина такъ отодвинуться отъ брюшной стѣнки, что опухоль прилежитъ непосредственно къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ другихъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ эксудатъ лежитъ на самой подвздошной кости, даже прощупывается спереди, но впереди отъ него лежатъ кишечныя петли. Это зависитъ отъ того, какая часть тазовой клѣтчатки является исходнымъ пунктомъ пагненія.

Опытъ старыхъ акушеровъ и гинекологовъ показалъ, что образование параметрита при послѣродовой лихорадкѣ даетъ относительно благопріятное предсказаніе. Поэтому въ общемъ операцію параметрита надо производить лишь тогда, когда симптомы заболѣванія очень серьезны, когда имѣется непрерывная высокая лихорадка и въ особенности когда послѣ паузы въ нѣсколько дней безъ лихорадки снова начинается повышение температуры. Это основное положеніе я считаю очень важнымъ для рѣшенія вопроса о вмѣшательствѣ при параметритѣ. Изъ этого я дѣлаю исключеніе лишь тогда, когда кожа надъ эксудатомъ покраснѣла и самъ эксудатъ близокъ къ прорыву. Тогда слѣдуетъ вмѣшаться, чтобы дать эксудату удобный путь для опорожненія и устроить правильно дренажъ. Особенно строгимъ слѣдуетъ быть съ показаніями при тѣхъ формахъ параметрита, при которыхъ эксудатъ не прилежитъ непосредственно къ передней стѣнкѣ живота. Подобные случаи встрѣчаются, правда, рѣдко, но при нихъ необходимо непременно удалить эксудатъ.

Если при эксудатахъ на подвздошной кости показано опорожненіе, то поступаютъ такимъ образомъ, что проникаютъ въ клѣтчатку, не вскрывая при этомъ брюшины, и надежно дренируютъ эксудатъ. Путь простъ въ тѣхъ случаяхъ, когда эксудатъ тѣсно прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ или когда можно даже прощупать флюктуацию. Здѣсь приходится только перерѣзать кожу, по возможности на покраснѣвшемъ мѣстѣ, и затѣмъ ввести ножъ въ флюктуирующее мѣсто; затѣмъ входятъ пальцемъ въ абсцессъ и ощупываютъ въ какомъ направленіи послѣдній дальше всего идетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно удовлетвориться дренажемъ черезъ разрѣзъ кожи, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда, какъ говорили прежде, абсцессъ вполне созрѣлъ, т. е. когда онъ уже сосредоточился на мѣстѣ угрожающаго прорыва. Если, напротивъ, абсцессъ нѣсколько идетъ въ глубину таза, то въ подобныхъ случаяхъ наиболѣе надежнымъ способомъ является дренажъ по направленію къ влагалищу, о чемъ я сейчасъ скажу.

Нѣсколько сложнѣе вскрытіе абсцесса, если онъ хотя и прилежитъ въ области Пупартовой связки къ передней брюшной стѣнкѣ, но ограничивается передней частью подвздошной кости. Хотя черезъ брюшную стѣнку и прощупывается абсцессъ, какъ опухоль, но онъ уже не прилегаетъ такъ тѣсно, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Нужно сдѣлать разрѣзъ приблизительно на одинъ поперечный палецъ надъ Пупартовой связкой и параллельно ей. Послѣ разрѣза кожи слѣдуетъ снова ощупать и надрѣзать надъ мѣстомъ, кажушимся наибо-

лѣе твердымъ, и здѣсь проникнуть послѣдно въ ткань, кажущуюся инфильтрированной. Послѣ разрѣза мускулатуры подходят непосредственно къ твердой стѣнкѣ абсцесса удобнѣе всего пальцемъ, которымъ снова ощупываютъ въ глубинѣ послѣ каждого неглубокаго разрѣза; при этомъ направление ножа всегда должно быть скорѣе книзу. Пальцемъ можно однако проникнуть по направленію къ подвздошной кости, причѣмъ имъ надо отыскивать особенно твердыя мѣста; избранный путь правиленъ тогда, когда чувствуется, что именно твердая ткань поддается при давленіи пальца. Въ подобномъ случаѣ абсцессъ очень близокъ, и при такихъ, глубоко лежащихъ абсцессахъ приходится иной разъ довольствоваться и тѣмъ, если удастся выпустить 1 чайную ложку гноя. Главной задачей теперь является выясненіе вопроса о томъ, необходимъ ли дренажъ. Путь для дренажа по направленію къ влагалищу идетъ вдоль по передней боковой стѣнкѣ таза и притомъ впереди маточной артерій. Здѣсь онъ встрѣчается съ пальцемъ, введеннымъ со стороны влагалища, причѣмъ пальцы здѣсь надвигаются одинъ на другой и отжимаютъ всѣ ткани къ сторонѣ такимъ образомъ, что между ними остается лишь влагалищная стѣнка. Этотъ путь дренажа кажется начинающему очень рискованнымъ и затруднительнымъ. Для этихъ случаевъ я не вижу однако никакой другой возможности излеченія и совѣтую поэтому при всѣхъ серьезныхъ формахъ параметрита проводить дренажъ по направленію къ влагалищу. Если оба пальца, введенные со стороны раны и влагалища, встрѣтились и между ними остается только влагалище, то сверху проникаютъ въ рану искривленнымъ корнцангомъ и ведутъ его къ мѣсту встрѣчи пальцевъ. Теперь два введенныхъ во влагалище пальца напрягаютъ туго влагалищную стѣнку въ этомъ мѣстѣ и корнцангъ легко проскальзываетъ насквозь. Теперь инструментъ слѣдуетъ раскрыть, чтобы при обратномъ извлеченіи его по возможности расширить рану; затѣмъ можно провести какимъ-нибудь образомъ, черезъ рану дренажную трубку. Если влагалище хорошо дезинфицировано, то дренажную трубку, снабженную отверстиями, можно ввести въ раскрытый корнцангъ и вытянуть изъ влагалища; въ другихъ случаяхъ продвигаютъ дренажную трубку сверху и выводятъ ее прямо во влагалище. Эту операцію я называю типической при параметритѣ и полагаю, что въ тѣхъ случаяхъ, когда она показана, она значительно укорачиваетъ процессъ выздоровленія, препятствуя истощенію, такъ какъ лихорадка исчезаетъ большею частью тотчасъ же, если и не всегда окончательно.

Дальнѣйшее лечение происходитъ затѣмъ такимъ образомъ, что при продолжающейся лихорадкѣ обезпечиваютъ оттокъ при помощи движений дренажной трубки или промыванія черезъ послѣднюю. Затѣмъ дренажная трубка выводится изъ раны во влагалище; резиновую трубку, снабженную Т-образной пластинкой, сверху соединяютъ съ первой дренажной трубкой и втягиваютъ ее въ рану. Способствуютъ заживленію раны отъ верхняго разрѣза и затѣмъ черезъ нѣкоторое время удаляютъ влагалищную дренажную трубку.

При этой операціи чаще всего возникаютъ затрудненія вслѣдствіе того, что при разрѣзѣ вскрывается также и брюшина. Въ нрѣднее время подобное поврежденіе считалось очень серьезнымъ; опытъ однако показалъ, что это не такъ уже скверно, если только тотчасъ же снова закрыть брюшную полость и позаботиться, чтобы въ нее

не попало ни крови, ни какой-либо другой жидкости. Если поэтому при препаровкѣ надрѣзается брюшина, то не слѣдуетъ изъ-за этого прерывать операціи, а нужно лишь тотчасъ же тщательно зашить брюшину и затѣмъ продолжаютъ дальше. Особенныя техническія затрудненія приходится одолѣть, если эксудатъ расположенъ очень далеко кзади. Это тѣ случаи, которые могутъ врача привести въ отчаяніе. Эксудатъ прощупывается, но многочисленныя петли кишекъ отдѣляютъ его отъ передней брюшной стѣнки и подступиться къ эксудату кажется невозможнымъ. Такъ какъ гной однако не имѣетъ никакого оттока, то больная все время лихорадитъ и приходится за этимъ спокойно наблюдать, пока не удастся какъ-нибудь добраться до абсцесса. Оперативное вмѣшательство при подобныхъ, далеко кзади лежащихъ абсцессахъ лишь очень рѣдко бываетъ необходимымъ. Въ одномъ случаѣ, напр., я вскрылъ абсцессъ послѣ того, какъ онъ поднялся надъ *crista ossis ilium*; въ теченіе нѣсколькихъ недѣль я не имѣлъ возможности сдѣлать абсцессъ доступнымъ для операціи. Послѣ того какъ онъ поднялся надъ гребешкомъ подвздошной кости, мнѣ удалось безъ труда дойти до него. Впослѣдствіи я видѣлъ еще одинъ подобный случай, въ которомъ, когда болѣзнь затянулась, абсцессъ сталъ яснымъ и появилось настоятельное показаніе, я произвелъ разрѣзъ надъ гребешкомъ подвздошной кости, отсюда вскрылъ абсцессъ и дренировалъ его. Эти различія находятся въ связи съ анатоміей тазовой клѣтчатки, какъ это показали W. A. Freund и v. Rosthorn, если при извѣстныхъ условіяхъ заболѣваютъ именно эти части. Въ случаяхъ, въ которыхъ абсцессъ расположенъ такъ далеко кзади, врядъ ли можно будетъ что-нибудь сдѣлать со стороны Пупартовой связки.

Вскрытіе абсцессовъ при нагноеніи клѣтчатки вдоль круглой связки оказывается простымъ, если въ области лобка появляется флюктуация. Выжидаютъ пока флюктуация не станетъ ясной, и тогда вскрытіе лежащаго почти открыто абсцесса представляетъ уже очень простую задачу.

Изъ заболѣваній тазовой клѣтчатки въ самомъ тазу оперативно наиболѣе доступными являются тѣ формы, при которыхъ гной спустился черезъ *incisura ischiadica major*. Опредѣляется флюктуация, и нужно только разрѣзать кожу и затѣмъ проникнуть къ абсцессу, что лучше всего удастся тупымъ путемъ, причемъ постоянно нащупываютъ пальцемъ путь, который удобнѣе всего приводитъ къ абсцессу. Большею частью здѣсь не требуется даже дренировать тазовую клѣтчатку, а можно ограничиться дренажемъ вскрытаго абсцесса.

Гораздо труднѣе вскрытіе малыхъ параметритовъ, которые прощупываются только въ тазу. Склонность подвергнуть ихъ операціи потому такъ великъ, что именно при этихъ малыхъ опухоляхъ общія явленія заболѣванія могутъ быть очень серьезными. Для опытнаго врача это должно служить доказательствомъ опаснаго характера микробовъ, такъ какъ опасность не зависитъ отъ степени распространенія воспаленія въ тазовой клѣтчаткѣ. Отъ вскрытія этихъ малыхъ абсцессовъ у меня собственно не получилось впечатлѣнія, что благодаря этому можно добиться существованнаго успѣха. Это объясняется тѣмъ, что въ такихъ случаяхъ обыкновенно имѣется дѣло только съ тромбозами лимфатическихъ сосудовъ съ отекомъ, или съ тромбозомъ венъ и парафлебитомъ, и что здѣсь собственно абсцесса не

имѣется. Проникають, правда, въ инфльтрированную ткань, но настоящаго абсцесса для вскрытія здѣсь не находятъ. Не всякая пациентка еще потеряна, если у нея вскрытъ со стороны влагалища подобный параметритъ; но я не могъ убѣдиться, чтобы благодаря этому ускорилось выздоровленіе. Путь, черезъ который можно проникнуть въ параметритъ, здѣсь идетъ только со стороны влагалища; въ зависимости отъ расположенія параметрита вскрываютъ слизистую оболочку влагалища нѣсколько спереди, или нѣсколько сзади отъ основанія широкой связки, исходя отъ влагалищной части. Разрѣзъ углубляютъ, проникая затѣмъ тупо пальцемъ въ тазовую клѣтчатку и, наконецъ, попадаютъ на область твердой инфльтраціи, проникая въ нее. Затѣмъ рана дренируется марлей. И въ этихъ случаяхъ можетъ случиться, что при началѣ разрѣза будетъ вскрыта брюшина; но и здѣсь бѣда невелика. Тогда со стороны вскрытой брюшной полости сперва убѣждаются ощупываніемъ въ какомъ мѣстѣ всего больше эксудатъ, и точно ориентируются, куда слѣдуетъ направить палецъ. Затѣмъ можно въ клѣтчаткѣ внѣ брюшины проникнуть до абсцесса, закрыть потомъ брюшину и тогда тупымъ путемъ вскрыть абсцессъ. При этихъ операціяхъ иногда часто примѣняютъ шприцъ для прокола, чтобы узнать, когда и гдѣ можно найти гной. Я однако и здѣсь совершенно отказываюсь отъ иглы и полагаю въ общемъ, что ножомъ и ощупывающимъ пальцемъ я добиваюсь лучшихъ результатовъ.

Если имѣется дѣло съ послѣ родовымъ зараженіемъ и являются потрясающіе ознобы, говорящіе съ вѣроятностью за наличность тромбоза съ парафлебитомъ или безъ послѣдняго, то перевязка вены является операціей, дающей здѣсь больше всего надежды на успѣхъ; вскрываютъ брюшную полость и перевязываютъ по ту сторону и по возможности вдали отъ тромбоза соответствующую вену.

Особыя осложненія съ точки зрѣнія леченія возникаютъ при прорывѣ эксудата въ сосѣдніе органы. Въ то время какъ прорывъ въ прямую кишку не даетъ почти повода къ терапевтическимъ мѣропріятіямъ и требуетъ лишь воздержанія отъ примѣненія клизмъ, дѣло обстоитъ иначе съ эксудатами, которые опорожнились въ мочевоу пузырь. Этотъ прорывъ слѣдуетъ также разсматривать въ общемъ, какъ благопріятное явленіе, причемъ не слѣдуетъ вредить какимъ-нибудь леченіемъ пузыря (даже цистоскопированіе можетъ быть здѣсь вреднымъ); бывають однако случаи недостаточнаго опорожненія, когда температура снова повышается, чтобы послѣ повторнаго опорожненія упасть на короткое время. Здѣсь я большею частью поступалъ какъ выше, при описанной мною типической операціи при параметритѣ. Если происходитъ задержка гноя, то разрѣзъ проводится надъ опухолью сверху отъ лона, палецъ тупо проталкивается въ абсцессъ и дальше изъ послѣдняго по заранѣе проложенному пути, который слѣдуетъ найти, по направленію къ влагалищу. Не обращаютъ никакого вниманія на отверстіе въ пузырь и идутъ мимо него по пальцу, введенному во влагалище, вскрываютъ послѣднее и проводятъ дренажную трубку. Тогда отверстіе въ пузырь само собою закрывается, и если это установлено цистоскопически, то пробують постепенно удерживать дренажъ только для влагалища.

Всѣ другіе методы я не считаю такимъ надежными—ни высокое сѣченіе и широкій дренажъ абсцесса во вскрытый пузырь, ни попытка путемъ цистоскопіи расширить прободное отверстіе.

Второй видъ операціи, который можетъ понадобиться при заболѣваніяхъ тазовой клѣтчаткѣ, касается тѣхъ формъ, при которыхъ образовались рубцы. Эти операціи ни въ какомъ случаѣ нельзя признавать легкими. Не слѣдуетъ думать, что если со стороны влагалища прощупывается рубецъ, то очень легко провести разрѣзъ. Въ особенности важно имѣть въ виду, что здѣсь легко причинить поврежденія сосѣднихъ тканей, а именно прежде всего маточной артеріи и ватѣмъ мочеточника. Вѣрнѣе всего можно избѣжать обидныхъ этихъ поврежденій, если при боковомъ положеніи рубцовъ,—такъ какъ они большею частью идутъ отъ шейки къ тазовой стѣнкѣ,—провести у влагалищной части разрѣзъ въ видѣ полукруга, отъ середины передней стѣнки кругомъ по одной сторонѣ до середины задней стѣнки. Ватѣмъ тупымъ путемъ отпрепаровываютъ клѣтчатку свади, а пузырь спереди отъ шейки и такимъ образомъ обнажаютъ цѣликомъ весь рубецъ. Послѣдній напрягается теперь въ видѣ бѣлаго тяжа и разрѣченіе его представляетъ извѣстныя затрудненія лишь тогда, когда желаютъ перерѣзать его на слишкомъ большомъ протяженіи. Лучше всего, какъ и при влагалищномъ рубцѣ, дѣлать разрѣзъ непосредственно у влагалищной части; опасность кровотеченія очень велика, если держаться слишкомъ къ боковой сторонѣ. Я поэтому рекомендую всячески стараться скорѣе отрѣзать одновременно кусокъ отъ шейки, чѣмъ слишкомъ къ сторонѣ углубиться въ рубецъ. Тутъ могутъ наступить кровотеченія изъ шеечныхъ вѣтокъ маточной артеріи, которыя могутъ угрожать непосредственной опасностью жизни больной. Каждый брызжущій сосудъ слѣдуетъ захватить и перевязать. Эти маленькіе, повидимому, сосуды могутъ мало кровоточить въ моментъ разрѣза, но послѣ могутъ дать очень опасное кровотеченіе. Зашиваніе этихъ рубцовъ производится такимъ образомъ, что влагалище снова пришивается спереди и сзади къ влагалищной части; при этомъ однако боковой край послѣдней пришивается не прямо къ влагалищу, а большая часть разрѣза послѣдняго соединяется спереди назадъ, такъ что къ боковымъ частямъ влагалищной части придутся части влагалища, которыя собственно лежатъ больше спереди и сзади. Эти боковыя рубцовыя образованія имѣютъ особенно значеніе, когда одновременно имѣются разрывы шейки съ той стороны; тогда цѣлесообразно сочетать перерѣзку рубцовъ съ зашиваніемъ разрывовъ. Другіе рубцы въ тазовой клѣтчаткѣ также не такъ просто устранить. Чаще всего мнѣ еще приходилось рѣшаться на разрѣзъ *ligamenta recto uterina*, если ихъ сморщиваніе никакимъ другимъ путемъ устранить не удавалось. И здѣсь также разрѣзъ долженъ производиться по возможности ближе къ маткѣ, даже почти въ самой маткѣ, ибо иначе опасность поврежденія сосѣднихъ органовъ очень велика; здѣсь послѣ остановки кровотеченія влагалище должно быть зашито и иногда перерѣзанная связка должна быть укрѣплена къ влагалищному шву подальше отъ шейки.

## 2. Разсасывающее леченіе.

Разсасывающее леченіе играетъ большую роль въ гинекологіи; показаніямъ и техникѣ его посвящены нижеслѣдующія

строки. Всасывается собственно только эскудаты. Условіемъ для рассасывающаго леченія является, слѣдовательно, наличие эскудата и притомъ такого, который уже не даетъ болѣе лихорадки.

Эти эскудаты раздѣляются на брюшинные и соединительнотканые; на ихъ діагностическое отличіе, а именно на основаніи измѣненій, находимыхъ на границѣ эскудата, я уже указалъ въ другомъ мѣстѣ. Съ точки зрѣнія леченія очень важно указать вкратцѣ на ихъ обычное происхожденіе; именно, брюшинный эскудаты есть болшею частью результатъ заболѣванія трубы, параметритической—болшею частью есть слѣдствіе зараженія раны. Если при послѣднемъ больная не лихорадитъ, то опасность новаго воспаления обыкновенно миновала; только если въ эскудатѣ имѣется гной, онъ можетъ снова вызвать лихорадку. При внутрибрюшинномъ эскудатѣ новое обостреніе можетъ произойти вслѣдствіе существующаго или лежащаго въ основѣ заболѣванія трубы.

Если однако мы себя спросимъ, какъ представить себѣ анатомически, что собственно мы устраняемъ путемъ «рассасывающаго» леченія, то окажется, что не все можетъ быть рассматриваемо, какъ эскудаты. Кровоизлияніе въ Дугласово пространство, серозный или гнойный выпотъ въ немъ являются лучшими примѣрами для эскудатовъ, считающихся годными для рассасывающаго леченія. Въ качествѣ эскудата рассматривается клинически и опухоль придатковъ, которая къ началу леченія кажется большой, затѣмъ скоро уменьшается, чтобы черезъ нѣкоторое время снова увеличиться. Это—картина срощеній кишекъ съ половыми органами; уменьшеніе здѣсь обуславливается часто опорожненіемъ кишекъ, срощенныхъ съ придатками.

Поэтому первымъ предварительнымъ условіемъ леченія является разрѣшеніе вопроса, заключается ли въ эскудатѣ еще опасность новаго обостренія или нѣтъ, и затѣмъ разрѣшеніе втораго вопроса, расположенъ ли эскудаты внутрибрюшинно или нѣтъ.

Я начинаю съ внутрибрюшиннаго эскудата.

Пока температура еще повышена, мы имѣемъ дѣло съ картиной остраго или подостраго тазоваго перитонита, леченіе котораго описано было выше. Предварительнымъ условіемъ для рассасывающаго леченія является, слѣдовательно, отсутствіе повышенія температуры. Большинство этихъ эскудатовъ исчезаетъ, какъ это мы знаемъ по опыту, само по себѣ, оставляя остатки, рассматриваемые какъ измѣненія трубы и срощенія. Леченіе прежде всего должно заключаться въ томъ, чтобы этому самопроизвольному успѣху не мѣшали и поэтому прежде всего чрезвычайно важно устранить новые вредные моменты и предотвратить новую инфекцію. По минованіи острой стадіи подобныя женщины считаютъ себя вполне выздоровѣвшими и онѣ вредятъ себѣ половыми сношеніями, и въ особенности новой инфекціей. Гинекологъ долженъ постараться всѣми зависящими отъ него средствами устранить всѣ эти вредные моменты, и я считаю самымъ вѣрнымъ способомъ для этого удалить пациентку изъ дому, а иногда даже изъ мѣста ея жительства. Поступленіе въ лечебницу или посылка въ курортъ является наилучшимъ средствомъ для выполнения первой задачи, воздержанія отъ новыхъ половыхъ сношеній.

Если удастся той же цѣли достигнуть съ полной увѣренностью въ домѣ пациентки, то противъ этого ничего возразить нельзя; психическіе моменты, желаніе избѣжать большихъ затратъ и убѣжденіе пациентки, что она въ состояніи будетъ навѣрняка противостоятъ вреднымъ вліяніямъ, побуждаютъ насъ иногда уступить подобному желанію. Я лишь крайне рѣдко наблюдалъ выполнение обѣщаннаго воздержанія; большею частью свѣжія инфекціи на наружныхъ половыхъ частяхъ больной указывали на послѣдовавшее новое зараженіе. Поэтому я совѣтую весьма серьезно указать больнымъ на необходимость ихъ удаленія изъ домашней обстановки. Въ сравненіи съ этимъ терапевтическимъ моментомъ всѣ другія мѣропріятія отступаютъ на второй планъ. Пренебречь послѣдними, конечно, нельзя, что-нибудь должно дѣлаться, иначе больная не останется въ клиникѣ, а что именно дѣлать, относительно почти безразлично. Важно только, чтобы примѣняемые методы леченія не вредили.

Индифферентныя ванны въ клиникѣ, спеціальныя ванны въ пользующихся издавна славой курортахъ стоятъ въ этомъ отношеніи на первомъ мѣстѣ. При умѣломъ искусствѣ врача, поддержанномъ опытной сидѣлкой, ванна можетъ такъ помочь, что больная приходитъ къ убѣжденію въ абсолютной необходимости удаленія ея изъ дому. Къ дальнѣйшимъ рассасывающимъ средствамъ относятся теплыя ванны, либо изъ простой воды, либо грязевыя, изъ фанго, или песочныя. И отъ этихъ средствъ при извѣстныхъ формахъ параметрита и параметрита приходится видѣть хорошіе результаты. Гораздо важнѣе однако вопросъ о мѣстномъ леченіи. Слѣдуетъ при этомъ различать леченіе, дѣйствующее лишь путемъ внушенія, отъ дѣйствительно мѣстно вліяющаго. Съ цѣлью внушенія можно примѣнять все, что не вредитъ. На первомъ планѣ стоятъ тампоны, смоченные въ различныхъ лекарствахъ, изъ которыхъ главной составной частью всегда является глицеринъ. Можно также примѣнять смазываніе очень выносливой въ этомъ отношеніи влагалищной части іодной настойкой, какимъ-нибудь другимъ препаратомъ, дѣйствующимъ мѣстно развѣ только антисептически, или комбинировать вкладываніе тампона со смазываніемъ влагалищной части. При этомъ прежде всего не слѣдуетъ причинять никакихъ болей, работать съ несомнѣнно чистыми руками и инструментами, чтобы самому какъ-разъ не внести чего-либо вреднаго, чего желательно избѣжать!

Къ средствамъ дѣйствительно полезнымъ я все же причисляю на первомъ мѣстѣ примѣненіе глицерина въ видѣ тампоновъ; затѣмъ примѣненіе тепла въ формѣ теплыхъ или горячихъ компрессовъ или въ видѣ теплыхъ 40—50° С. спринцованій влагалища. Послѣднія я примѣняю очень охотно, но только съ величайшей осторожностью; при всѣхъ нѣсколькихъ свѣжихъ или опасныхъ, въ смыслѣ обостренія, случаяхъ я совѣтую врачу производить спринцованія въ амбулаторіи клиники или поручаю производство этого опытной сидѣлкѣ. Небольшое давленіе ирригатора, избѣжаніе выпрыскиванія жидкости въ тѣсный каналъ шейки—являются моментами, имѣющими большое значеніе.

Прежде примѣняли горячія припарки изъ каши; теперь примѣняютъ термофоръ. Но кромѣ послѣдняго имѣется рядъ другихъ полезныхъ аппаратовъ, которые могутъ мѣстно дѣйствовать тепломъ. Сюда относятся аппараты съ горячимъ воздухомъ, въ которыхъ воздухъ, нагрѣтый спиртовымъ пламенемъ, долженъ дѣйствовать на



опредѣленные части тѣла. Если желаютъ использовать очень высокую температуру, то такіе аппараты очень пѣлесообразны. Если же желательны среднія степени температуры, около  $60^{\circ}\text{C}$ ., то очень полезна «свѣтовая ванна» по Stöckel'ю (см. рис. 33). Я ее охотно примѣняю, такъ какъ устраняется опасность горѣнія спиртовой лампы и обезпечивается чистота.

Примѣненіе электричества также рекомендуется въ видѣ дѣйствія электрическихъ лучей или электрическихъ ваннъ. Доказательныхъ наблюдений о большей дѣйствительности послѣднихъ методовъ по сравненію со старыми я не могу привести; все же я считаю весьма вѣроятнымъ, что электричество и здѣсь оказываетъ извѣстное влияние, которое въ частности надо еще выяснитъ. Большимъ затрудненіемъ для критики является увѣренность въ томъ, что можно раз-



Рис. 33. Свѣтовая ванна по Stöckel'ю.

считывать на рассасываніе этихъ экссудатовъ при устраненіи вредныхъ моментовъ, и поэтому сказать, что одно средство дѣйствуетъ лучше другого, дѣйствительно довольно трудно. Во всякомъ случаѣ и мы, врачи, ищемъ переменны въ терапіи и этимъ объясняется рекомендація иныхъ новыхъ средствъ, которыя затѣмъ снова исчезаютъ.

Отъ рассасыванія перитонитическихъ экссудатовъ приходится отказываться лишь тогда, когда пациентка, только что отпущенная изъ клиники, снова возвращается въ послѣднюю больницу. Въ такихъ случаяхъ сначала Tait и затѣмъ Gusselow справедливо указывали на необходимость путемъ удаленія гнойныхъ мѣшковъ ограждать больную отъ рецидивовъ, и въ извѣстныхъ границахъ это вполне справедливо.

Затѣмъ слѣдуетъ отказаться отъ рассасыванія, если, несмотря на максимальную осторожность въ леченіи, снова появляется болѣе или менѣе сильная лпхорадка.

Но не считая оба эти противопоказанія, при тазовомъ перитонитѣ предсказаніе относительно всасыванія можно считать благоприятнымъ. Даже временныя повышенія температуры, которыя часто слѣдуетъ отнести къ самому лечению, не мѣшаютъ мнѣ сохранить хорошей прогнозъ. Конечно, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ лечение является поводомъ къ ухудшенію процесса, въ дальнѣйшемъ леченіи слѣдуетъ быть еще болѣе осторожнымъ и въ особенности избѣгать всякаго вреднаго момента для больной. Тогда скоро наступитъ излеченіе, т. е. острого обостренія, и въ такомъ случаѣ слѣдуетъ снова начать рассасываніе.

При леченіи перитонитическаго эксудата лишь съ величайшей осторожностью слѣдуетъ примѣнять массажъ и леченіе тяжестью. Въ то время, какъ послѣдній способъ еще можно примѣнить съ нѣкоторой осторожностью въ случаяхъ, въ которыхъ не имѣется никакой лихорадки и лишь въ трубахъ имѣется гной или остаются только срощенія, массажъ при локализаци заболѣванія въ полости брюшины можно примѣнять лишь съ чрезвычайной осторожностью. Гнойное содержимое трубъ очень легко даетъ поводъ къ острому ухудшенію, и не того или иного способа слѣдуетъ бояться, а именно присутствія гноя. Выстудленіе гноя изъ трубы вызываетъ болѣе частыя обостренія процесса и способствуетъ образованію новыхъ срощеній; исключительной областью ручного массажа при тазовомъ перитонитѣ являются срощенія безъ всякаго слѣда свѣжаго воспаленія. Разорвать послѣднія легче всего при помощи руки и это допускается, если при разрываніи имѣется увѣренность, что изъ трубы при этомъ не можетъ выступить ни капли гноя. Въ то время, какъ при леченіи тяжестью самое большее можетъ угрожать подострое ухудшеніе, при выстудленіи гноя, вызванномъ рукою, вредъ можетъ быть значительно больше. Можетъ наступить острый перитонитъ, теченіе котораго ранѣе предсказать нельзя; это зависитъ отъ микробнаго содержимаго мѣшковъ и отъ химически ядовитыхъ свойствъ содержимаго. Токсическія формы, вызывая коллапсъ, могутъ имѣть очень грозный характеръ, въ то время какъ наличность вирулентныхъ микробовъ можетъ вызвать смертельный перитонитъ.

Техника примѣненія тяжести при помощи кольпейринтера, наполненнаго ртутью, равно какъ техника массажа и вибраціоннаго массажа уже были описаны въ другомъ мѣстѣ.

Рассасывающія мѣры надо примѣнять, слѣдовательно, по минованіи острой стадіи и по прекращеніи лихорадки и всегда при убѣжденіи, что если бы ничего не дѣлать, то въ концѣ-концовъ больная все-же поправилась бы, т. е. надо прежде всего имѣть въ виду правило «*nil nocere!*» Механическое леченіе слѣдуетъ совсѣмъ не примѣнять, пока въ трубахъ имѣется гной. Радикальную, т. е. уродующую терапію слѣдуетъ ограничить лишь крайними случаями.

Избѣгать рецидива однажды перенесеннаго тазового перитонита возможно при предупрежденіи новой инфекціи и половыхъ эксцессовъ. Каждый начинающійся возвратъ болѣзни долженъ подвергнуться леченію въ смыслѣ устраненія новыхъ вредныхъ моментовъ. При такомъ условіи и теперь леченіе тазового перитонита представитъ для врача благодарную задачу; всякое обостреніе даетъ хорошее предсказаніе и при осторожности въ терапіи можетъ быть устранено. Рецидивы станутъ тѣмъ рѣже, тѣмъ менѣе серьезными, чѣмъ скорѣе больная при началѣ заболѣванія подвергнется леченію; чѣмъ вѣрнѣе

врачъ понимаетъ, какъ устранить опасности терапіи, тѣмъ менѣе придется прибѣгать къ радикальнымъ операціямъ.

По отношенію къ образованію рубцовъ я долженъ добавить, что нѣкоторые изъ нихъ чрезвычайно быстро исчезаютъ. Когда мы очень часто примѣняли массажъ, мы видѣли отдѣльные случаи, въ которыхъ рубцы вполне исчезали въ теченіе одного сеанса, чтобы впрочемъ черезъ 24 часа снова появиться. Подобные случаи я могу себѣ объяснить лишь мышечнымъ сокращеніемъ вълѣдствіе какихъ-нибудь раздраженій, исходящихъ изъ полового канала или кишечника. Поэтому при нѣкоторыхъ формахъ слѣдуетъ принять во вниманіе, нельзя ли путемъ обильнаго опорожненія кишечника или устраненія какихъ-нибудь вредныхъ моментовъ вызвать исчезаніе «рубцовыхъ» образованій, представляющихъ собой на самомъ дѣлѣ ретракцію мышць.

Въ другихъ случаяхъ слѣдуетъ принимать въ соображеніе, что исходнымъ пунктомъ заболѣванія являются трубы. Воспаленія слизистой оболочки трубы могутъ вызвать реакцію въ ближайшей окружности, параметритъ, и, понятнo, подобные процессы не могутъ быть излечены, пока имѣется заболѣваніе трубы. Подобное обследованіе окружности, конечно, имѣетъ значеніе для терапевтическаго показанія. Такіе случаи излечиваются только послѣ устраненія заболѣванія трубъ либо при помощи недопущенія непрерывно повторяющейся инфекции, либо путемъ удаленія трубнаго мѣшка.

Леченіе, направленное на рассасываніе послѣ родового параметрита, по сравненію съ периметритомъ имѣетъ въ большое преимущество, что къ рассасывающему леченію прибѣгаютъ лишь послѣ того, какъ давно прекратился доступъ въ тѣхъ мѣстахъ, черезъ которыя микробы попали въ клѣтчатку и которыя больше уже не угрожаютъ новымъ обостреніемъ. Лишь самъ эксудатъ заключаетъ въ себѣ опасность остраго ухудшенія; внутри выпота можетъ находиться иногда наполненный микробами гной. При наличности микробовъ можно допустить, что выхожденіе ихъ въ новыя ткани не всегда является опаснымъ, такъ какъ этотъ гной со всѣхъ сторонъ окружаютъ толстыя перемычки; ихъ прорвать является задачей далеко не легкой и нужна порядочная доза насилія, чтобы вызвать острый припадокъ при параметритѣ, уже закончившемъ свой острый періодъ.

Все же и при параметритѣ предварительнымъ условіемъ для примѣненія рассасывающихъ средствъ является прекращеніе лихорадки. Больная должна быть навѣрное свободна отъ лихорадки въ теченіе цѣлой недѣли, прежде чѣмъ можно приступить къ рассасывающему леченію. Если имѣется дѣло съ эксудатомъ, то на первомъ планѣ стоитъ примѣненіе тепла. Въ какой формѣ примѣнять тепло, это менѣе важно. Удобнѣе всего примѣнять термофоръ, и, мнѣ кажется, наиболѣе практичнымъ начать съ него. Больныя при этомъ лежатъ вполне спокойно и тщательное наблюденіе за температурой указываетъ, какъ реагируетъ организмъ на примѣненіе этого средства. Какъ только температура повышается даже на  $\frac{1}{10}$  градуса, то примѣненіе термофора слѣдуетъ прервать и снова выждать. Иной разъ могутъ потребоваться согрѣвающей компрессъ и даже пузырь со льдомъ, чтобы дать возможность скорѣе исчезнуть ухудшенію процесса, вызванному слишкомъ раннимъ примѣненіемъ тепла. Если при болѣе долгомъ употребленіи термофора эксудатъ остается стационарнымъ, то можно безъ особаго риска поступить болѣе энергично,

а именно примѣнить методы, вызывающіе застои по Bier'у, и наряду съ этимъ механическое сжатіе эксудата тяжестью ртути или мѣшка съ дробью. Съ застоемъ по Bier'у я здѣсь еще не имѣю достаточнаго опыта; при механическомъ сжатіи я видѣлъ обратное развитіе большихъ эксудатовъ въ короткое время. Методы, съ помощью которыхъ можно примѣнить это сжатіе, различны; важенъ принципъ, а какой методъ примѣнить—является вопросомъ удобства. Простой ртутный баллонъ безъ сложной конструкціи Pinkus'a я считаю наиболѣе удобнымъ: кольпейринтеръ наполняется ртутью и запирается зажимомъ; у конца его резиновой трубки находится стеклянная трубочка, на которую надѣтъ второй кольпейринтеръ, пустой и замкнутый. Послѣдній вводится во влагалище и затѣмъ, при подѣмѣ перваго кольпейринтера, послѣ удаленія замыкающаго зажима, ртуть переходитъ во второй кольпейринтеръ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и во влагалище, которое сильно растягивается. На нижнюю часть живота кладется мѣшокъ съ пескомъ различной тяжести. Методъ этотъ очень простъ, его можно примѣнять безъ того, чтобы больная много двигалась, и поэтому онъ, по моему мнѣнію, можетъ быть рекомендованъ. Кольпейринтеръ при нѣсколько возвышенномъ положеніи таза остается во влагалищѣ отъ 2 до 3 часовъ и затѣмъ удаляется, а при отсутствіи какихъ-нибудь явленій раздраженія снова вводится черезъ 24 часа. Очищать или стерилизовать нужно лишь вводимый во влагалище кольпейринтеръ, который легко снимается со стеклянной трубочки. Такимъ образомъ этотъ способъ легко примѣнить безъ потери ртути и безъ загрязненія.

По истеченіи приблизительно недѣли болшею частью можно констатировать очень сильное уменьшеніе эксудата и даже упорные инфильтраты часто исчезаютъ черезъ 4—5 недѣль; при примѣненіи этого способа сжатія слѣдуетъ лишь озаботиться о правильномъ опорожненіи кишечника.

Благодаря этому методу примѣненіе массажа очень рѣзко уменьшилось, и дѣло взгляда, какой методъ считать болѣе пріятнымъ. Я гораздо болѣе предпочитаю механическое сжатіе массажу.

Если однако желательно массировать, то при этомъ также надо подумать о «nil posere!» Тщательное наблюденіе за температурой здѣсь, по моему, особенно важно и это правило при амбулаторномъ примѣненіи массажа, къ сожалѣнію, очень часто остается безъ вниманія. Наблюдаемые мною ежегодно случаи нанесенія вреда массажемъ заставили меня немного скептически относиться къ этому методу, хотя нельзя отрицать, что массажемъ достигаются хорошіе результаты, въ особенности при стаціонарномъ леченіи; безъ регулярнаго измѣренія температуры я не совѣтую примѣнять массажъ. Точно также и примѣненіе теплыхъ ваннъ весьма цѣлесообразно; болѣе длительное примѣненіе каждой отдѣльной ванны переносится довольно хорошо. Отдѣльные составныя части жидкости ваннъ особенно восхваляются различными курортами; и такъ какъ мы въ новѣйшее время могли ознакомиться съ возможностью вліянія радиоактивности, то мы не сможемъ отрицать значенія извѣстныхъ курортовъ и извѣстныхъ лечебныхъ составныхъ частей, которымъ приписываютъ особое вліяніе.

Подавляющее число послѣродовыхъ параметритовъ излечивается самопроизвольно. Они не требуютъ никакой энергичной терапіи, кромѣ покоя и устраненія вредныхъ моментовъ. Къ послѣднимъ слѣ-

дуетъ отнести всякое дальнѣйшее механическое леченіе; здѣсь нужно рекомендовать лишь мѣстно различныя степени тепла. Пока имѣется лихорадка, кладутъ на больное мѣсто ледъ; если повышеніе температуры исчезло, то замѣняютъ ледъ водяными компрессами, и если желательно добиться скорѣе расасыванія, то цѣлесообразно примѣнять теплые компрессы. При новомъ появленіи повышенія температуры возвращаются снова къ мѣшку со льдомъ. Если температура достигаетъ болѣе высокой степени и долго длится, то слѣдуетъ приступить къ операциі. Другія мѣры тогда будутъ напрасны. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ исходить изъ положенія, что при послѣродовомъ параметритѣ не всегда приходится оперировать, но что для операциі необходимы опредѣленные вышеприведенныя показанія. Точно также обстоитъ дѣло и при огромномъ большинствѣ хроническихъ параметритовъ; при послѣднихъ я также считаю примѣненіе операциі лишь самымъ крайнимъ средствомъ. Выжиданіе истощаетъ часто терпѣніе окружающихъ и самого врача, но это не должно служить поводомъ для оперированія. Лучше примѣнять всякія средства, которые не вредны. Обыкновенно цѣль достигается «расасывающими» средствами, и во всякомъ случаѣ объ операциі нужно думать лишь тогда, когда имѣется дѣло уже съ законченнымъ процессомъ, вызвавшимъ нарушеніе общаго состоянія больной подъ вліяніемъ рубцовыхъ образований.

### XVII. Лечение опухолей яичника.

Съ леченія опухолей яичника началось современное побѣдное шествіе оперативной гинекологіи. Успѣхи операциі со времени Spencer Wells'a стали настолько поразительными, что въ настоящее время неосложненные случаи яичниковыхъ опухолей слѣдуетъ считать легко излечимыми. Практическій врачъ, желающій заранѣе сообщить больной или родственникамъ прогнозъ операциі, обязанъ главное вниманіе обратить на слово «неосложненные»; отсюда возникаетъ для насъ задача по возможности раньше распознавать осложненія. Въ качествѣ послѣднихъ я подразумеваю межсвязочное расположение и въ особенности злокачественность. О первомъ надо подумать, если опухоль отодвинула матку непосредственно у передней брюшной стѣнки кпереди и немного въ сторону. Нормальный механизмъ движенія яичниковыхъ опухолей состоитъ въ томъ, что опухоль при поворотѣ своей ножки падаетъ кпереди и отодвигаетъ матку кзади и болѣе или менѣе въ сторону. Если однако влагалищную часть находятъ высоко позади симфиза, и матка тѣсно прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ, въ то время, какъ Дугласово пространство сильно выпячивается опухолью, то, вѣроятно, имѣется дѣло съ межсвязочнымъ расположеніемъ или съ сильными сращениями въ тазу. Въ подобныхъ случаяхъ къ техникѣ оператора иной разъ предъявляются довольно большія требованія и кто впервые, или имѣя небольшой опытъ, встрѣчается съ подобными случаями, долженъ быть осторожнымъ; онъ долженъ послать больную къ болѣе опытному или долженъ охранить себя тѣмъ, что характеризуетъ на основаніи своего изслѣдованія случай, какъ технически трудный. О злокачественности опухоли слѣдуетъ подумать, если рѣзкія границы послѣдней становятся неясными, если

рядомъ съ опухолью находятъ твердую, какъ доска, разлитую инфильтрацію, если на опухоли прощупываются разлпчные бугры или если одновременно имѣется асцитъ. Изъ этихъ различныхъ признаковъ для техники операціи самымъ серьезнымъ является разлитая инфильтрація окружности. При асцитѣ приходится иногда имѣть опасенія по поводу характера опухоли. Шансы на длительное выздоровленіе могутъ быть незначительны, но техника операціи и вмѣстѣ съ нею первичное предсказаніе остаются благоприятными. Техника въ подобныхъ случаяхъ можетъ быть даже простой и опухоль можно иногда относительно быстро удалить. Изъ практическихъ соображеній я считаю необходимымъ сдѣлать эти предварительныя замѣчанія; эти объясненія можно дать паціенткѣ или ея окружающимъ еще до операціи.

Показанія къ оваріотоміи всегда даны, если вообще распознана опухоль яичника. Не существуетъ ни одной опухоли яичника, про которую можно было бы сказать, что она совмѣстима въ теченіе продолжительнаго времени съ жизнью больной. Хотя мы и знаемъ, что не всѣ опухоли становятся злокачественными, но мы всегда должны твердо помнить, что имѣется извѣстная вѣроятность, что при большей продолжительности существованія опухоль приметъ злокачественный характеръ или вызоветъ тяжелыя разстройства. Поэтому всякая опухоль яичника должна быть по возможности быстро удалена; чѣмъ дольше она существуетъ, тѣмъ меньше находятъ противопоказаній для операціи. Общія заболѣванія не должны служить противопоказаніемъ. Можно оперировать подъ мѣстной анестезіей; болѣе пожилымъ больнымъ можно позволить встать на слѣдующій день послѣ операціи, и единственнымъ основаніемъ для отказа отъ операціи является злокачественное перерожденіе, но и послѣднее лишь въ томъ случаѣ, если опухоль уже весьма широко переходитъ на сосѣдніе органы. Если это констатируется при исслѣдованіи, въ особенности черезъ прямую кишку, то въ общемъ операція слѣдуетъ отклонить; несмотря на это, иной разъ подъ вліяніемъ родственниковъ больной можно быть вынужденнымъ даже и при этихъ условіяхъ по крайней мѣрѣ попытаться сдѣлать операцію. Слѣдуетъ однако указать, что операція является лишь попыткой, и что самымъ лучшимъ можетъ оказаться здѣсь лишь производство пробнаго разрѣза. Другихъ противопоказаній кромѣ злокачественности, т. е. лишь такой, которая выражается въ образованіи метастазовъ и прямою переходѣ опухоли на окружность, я больше не признаю. Операція показана во всѣхъ другихъ случаяхъ и при злокачественности оправдывается по крайней мѣрѣ попытка къ ней. Поэтому передъ операціей слѣдуетъ по возможности ориентироваться относительно діагноза, чтобы на основаніи послѣдняго поставить лишь предсказаніе, но никогда не противопоказаніе противъ операціи или попытки къ таковой.

Техника операціи въ простыхъ случаяхъ заключается въ томъ, что при умѣренномъ возвышенномъ положеніи таза вскрывается животъ по бѣлой линіи, либо по уже описанному способу Pfannenstiela. Опухоль выдавливается по направленію къ ранѣ живота и затѣмъ ее стараются извлечь. Если это легко удается, то въ настоящее время избѣгаютъ пункции. Если опухоль слишкомъ велика и ея содержимое внушаетъ подозрѣніе относительно злокачественности, то удлиняютъ разрѣзъ брюшной стѣнки. Лишь при недоподозрительномъ

содержимомъ опухоль захватывается пулевыми щипцами и рядомъ съ послѣдними надрѣзается; тогда жидкое содержимое опухоли вытекаетъ и при сильномъ потягиваніи послѣдняя опорожняется отъ содержаго, такъ что теперь опухоль можетъ быть извлечена даже черезъ довольно маленькое отверстіе. Ножка опухоли, состоящая изъ яичниковой опухоли и трубы, захватывается зажимомъ или, при большой ширинѣ, двумя зажимами и, какъ ножка, отрѣзается между зажимами и опухолью. Зажимъ или оба зажима замѣняются лигатурами (см. рис. 34) и брюшная рана закрывается.

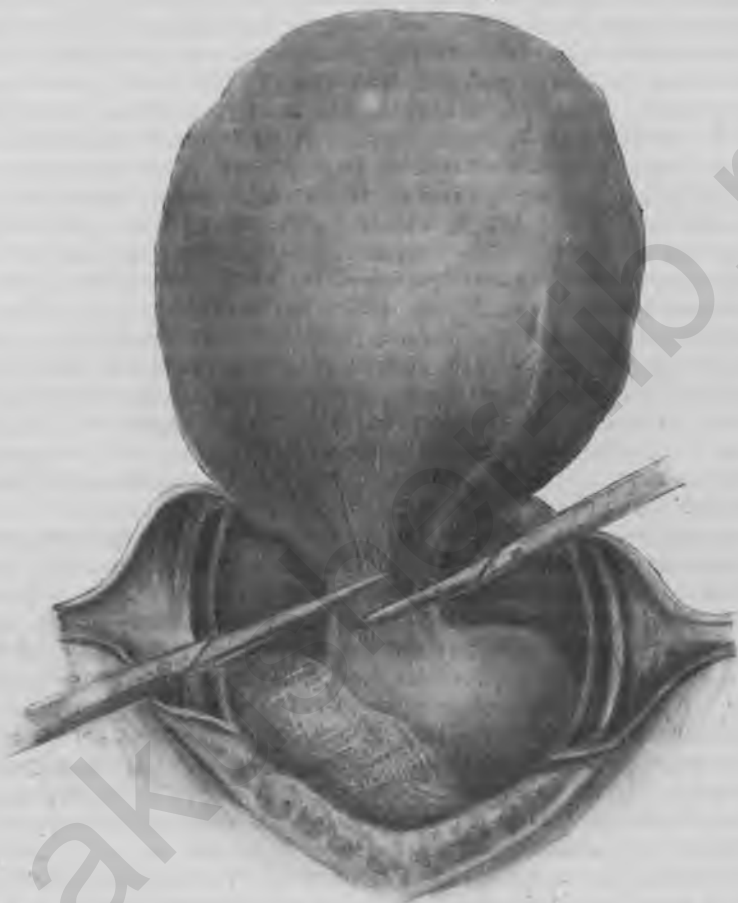


Рис. 34. Зажатіе яичниковой опухоли двумя зажимами.

Въ качествѣ матеріала для швовъ я употребляю при оваріотоміи брюшной полости шелкъ, вываренный въ 1% растворѣ сулемы, или надежно стерилизованный катгутъ.

Не всегда, конечно, ходъ операціи такъ простъ, какъ это здѣсь описано. Въ нижеслѣдующемъ я попытаюсь указать наиболѣе важныя осложненія, которыя могутъ при операціи вызвать затрудненія. Я начну съ срощеній. При разрѣзѣ брюшины лучше всего

сдѣлать разрѣзъ выше мѣста существованія сросченій. Желательно навѣрняка попасть въ свободную брюшную полость, чтобы отсюда можно было удобно ориентироваться и въ то же время уничтожить сросченія. Если никакимъ образомъ не удастся выше мѣста существованія сросченій не удастся, то слѣдуетъ, тщательно отпрепаровавъ, разсѣчь различные слои передней брюшной стѣнки и такимъ образомъ установить, когда можно вскрыть брюшину. Затѣмъ нытаются разорвать сросченія; при этомъ очень важно производить это въ надлежащей плоскости. У малоопытнаго оператора можетъ легко случиться, что онъ попадетъ между брюшиной и мускулатурой живота и такимъ образомъ нанесетъ бесполезныя поврежденія. Если сросченія у передней брюшной стѣнки разорваны и навѣрное удалось достигнуть свободной брюшной полости, то входятъ рукой внутрь въ обѣ стороны и отдѣляютъ сросченія между опухолью и передней брюшной стѣнкой. При этомъ пытаются проникнуть насколько возможно далеко, а при сомнительномъ диагнозѣ надо тотчасъ же направиться рукой въ тазъ, чтобы установить связь матки съ опухолью. Лишь очень рѣдко сросченія настолько прочны, что является необходимымъ отпрепаровка ножомъ. Въ подобномъ случаѣ слѣдуетъ всегда помнить, что такія сросченія по всей окружности опухоли встрѣчаются лишь очень рѣдко и поэтому является подозрѣніе, что отдѣленіе производится въ ложной плоскости, или что дѣло идетъ о межсвязочной опухоли. Если сросченія рукой отдѣлить не удастся, то большею частью можно предварительно подождать, пока опухоль не будетъ извлечена, быть можетъ, послѣ уменьшенія путемъ опорожненія содержимаго; но иной разъ можетъ быть цѣлесообразнымъ не пунктировать опухоль, и тогда приходится значительно удлинить разрѣзъ брюшной стѣнки. Всѣ сросченія, разсѣкаемые ножомъ, должны быть предварительно зажаты или по крайней мѣрѣ послѣ осмотра, не кровоточатъ ли поверхности разрѣза; все, что нѣсколько сильнѣе кровоточитъ, должно быть захвачено и перевязано. Особенно трудно отдѣлить сросченія съ кишкой. Здѣсь лучше оставить на кишкѣ кусокъ брюшины опухоли, чѣмъ понапрасну повредить кишку. Если опухоль можно было проколоть, то легче подойти къ сросченіямъ, вытягивая опухоль зажимными щипцами. Сросченія въ глубинѣ таза большею частью можно отдѣлить рукой. Сильное потягиваніе за опухоль и обладаніе увѣренностью въ томъ, что работа производится въ надлежащей плоскости, приводитъ здѣсь къ успѣху. Разсѣченіе сросченій каленымъ желѣзомъ, производимое въ особенности Küstner'омъ, я обычно не примѣняю.

Дальнѣйшія затрудненія возникаютъ вслѣдствіе содержимаго опухоли. Если оно жидкое или ложно-слизистое, то не является большой опасностью опорожнить опухоль и выпустить содержимое. Spencer Wells обращалъ наибольшее вниманіе на такое устройство троакаровъ, чтобы при примѣненіи ихъ не вытекало бы мимо нихъ ни капли жидкости и брюшная полость оставалась бы навѣрняка свободной отъ содержимаго опухоли, но Schröder указалъ на то, что это является обыкновенно бесполезной предосторожностью. Онъ вскрывалъ опухоль, и въ то время, когда помощникъ отдавливалъ ее по направленію къ брюшной стѣнкѣ, содержимое вытекало струей наружи черезъ большую. Пулевые щипцы или особенные корнцанги захватывали опухоль и во время опорожненія извлекали ее кнаружи. Какъ ни хорошъ этотъ послѣдній методъ для простыхъ опухолей,



но нельзя не сознаться, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ содержимое опухоли можетъ быть опаснымъ для брюшной полости и для брюшной раны, въ особенности если при опорожненіи содержимаго кнаружи выходятъ сосочковыя разрощенія, которыя могутъ случайно пристать къ ранѣ, тогда они могутъ стать исходнымъ пунктомъ злокачественнаго образованія, какъ это Schröder самъ наблюдалъ; поэтому всячески надо избѣгать этой опасности. Не слѣдуетъ забывать, что этой опасности можно избѣжать тѣмъ, что при опорожненіи опухоли въ послѣдней дѣлается довольно большое отверстіе, черезъ которое можно осмотромъ убѣдиться, имѣются ли сосочковыя разрощенія. Если они есть, то удлиняютъ разрѣзъ, зажимаютъ отверстіе въ опухоли и удаляютъ послѣднюю, послѣ того какъ она предварительно наполовину опорожнена. При железистыхъ формахъ опасность возникаетъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль состоитъ изъ безчисленнаго множества мелкихъ кистъ; это тѣ случаи, при которыхъ проколомъ также ничего нельзя сдѣлать. Здѣсь прежде предписывалось вскрыть опухоль, войти рукой въ мѣшокъ, захватить крѣпко какія-нибудь части опухоли и, потягивая за нихъ, извлечь послѣднюю. При этомъ впрочемъ часть содержимаго опухоли можетъ пристать къ брюшной ранѣ и образовать здѣсь исходный пунктъ для дальнѣйшаго новообразованія. Наиболѣе вѣрнымъ средствомъ и здѣсь является значительное удлиненіе разрѣза живота. Если въ этихъ двухъ примѣрахъ опасность имплантаціи относительно невелика, то новѣйшій опытъ показалъ, что при всѣхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ слѣдуетъ быть очень осторожнымъ. Здѣсь уже заранѣе показанъ непременно большой разрѣзъ. Если Spencer Wells особенно старался дѣлать по возможности маленькій разрѣзъ живота и даже полагалъ, что съ увеличивающейся длиной разрѣза ухудшалось предсказаніе, то теперь убѣдились, что этотъ взглядъ неправиленъ и я настоятельно совѣтую во всѣхъ подозрительныхъ, въ смыслѣ злокачественности, случаяхъ удлинить разрѣзъ, чтобы можно было достать опухоль лучше не вскрытою.

Особенныя затрудненія возникаютъ при развитіи опухолей въ клѣтчаткѣ. Прежде эти опухоли съ технической точки зрѣнія считались неизлечимыми. Заслуга Schröder'a, что онъ впервые указалъ на то, что и эти случаи можно оперировать. Въ одномъ случаѣ, въ которомъ онъ самъ сначала вынужденъ былъ оставить половину опухоли, ему удалось радикально удалить ее, послѣ того какъ опухоль снова выросла и у него лично накопилось больше опыта. Принципъ заключается въ вылученіи опухоли. Для этого въ мѣстѣ перехода брюшиннаго покрова на тазовую стѣнку или сошедшіе органы слѣдуетъ разрѣзать брюшину и затѣмъ, придерживаясь близко къ опухоли, рукой уничтожить ея срощенія съ клѣтчаткой. Какъ при плотныхъ, такъ и при кистовидныхъ опухоляхъ, все равно, опорожнены ли послѣднія или нѣтъ, это удается сдѣлать гораздо легче, чѣмъ это принято думать, при условіи, если держаться ближе къ опухоли; тогда послѣдняя легко вылучается и большая соединительнотканная полость затѣмъ перевязывается. Это однако дѣлается не всѣми одинаково. Я самъ охотнѣе всего поступаю такимъ образомъ, что останавливаю только кровотеченіе и больше ничего не дѣлаю; полость уже сама собою покрывается брюшиной. Другіе однако обращаютъ особенное вниманіе на то, чтобы изъ по-

лости ничего не выдѣлялось внутрь; они поэтому отдѣляютъ эту полость отъ полости живота, предварительно дренируя ее по направленію къ влагалищу или окончательно закрывая ее погружнымъ швомъ. Если удастся добиться заживленія безъ брюшиннаго прикрытія, при условіи, конечно, остановки кровотеченія, то это значительно проще двухъ другихъ методовъ, и я всегда буду придерживаться названнаго способа. Это и теоретически вполне понятно; недостатокъ соединительнотканной раны можетъ заключаться лишь въ выдѣленіи жидкости, являющейся въ брюшной полости питательной средой для микробовъ воздуха. У меня получилось впечатлѣніе, что тщательная остановка кровотеченія изъ этихъ полостей устраняетъ всѣ опасенія, въ особенности если быстрота операціи уменьшаетъ шансы попаданія микробовъ воздуха.

Въ техникѣ оваріотоміи, какъ и лапаротоміи вообще, въ послѣднее время многократно дѣлалось предложеніе всякую рану въ брюшинѣ, въ данномъ случаѣ, слѣдовательно, перевязанную культю, покрывать брюшиной, или эту культю погружать такъ, какъ это дѣлается съ раной червеобразнаго отростка при операціи аппендицита. Этотъ способъ я не могу назвать опаснымъ, но я считаю его излишнимъ. На основаніи эксперимента я знаю, что всякій дефектъ въ брюшинѣ прикрывается такъ же, какъ и рана кожи, и поэтому въ интересахъ быстроты я стремлюсь возможно скоро погрузить культю. Я останавливаю кровотеченіе путемъ перевязки культи и больше съ послѣдней ничего не дѣлаю.

При вылушеніи межсвязочныхъ опухолей чрезвычайно важно всегда помнить, что расположеніе сосѣднихъ органовъ значительно измѣнилось въ сравненіи съ тѣмъ, что было раньше въ нормѣ. Пузырь, прямая кишка, мочеточникъ оказываются часто расположенными на совершенно неожиданныхъ мѣстахъ; если въ пріятномъ сознаніи почти близкаго вылушенія опухоли въ послѣдній моментъ не соблюдена необходимая осторожность, то можетъ оказаться разрываннымъ мочеточникъ, какъ культя, содержащая сосуды, или истонченная слизистая оболочка пузыря можетъ разорваться подобно соединительной ткани при вылушеніи. При этихъ операціяхъ надо быть дѣйствительно очень осторожнымъ и въ теченіе всей операціи необходимо особенно избѣгать поврежденія сосѣднихъ органовъ. Если мочеточникъ, пузырь или прямая кишка повреждены, то, конечно, слѣдуетъ наложить шовъ, для чего гинекологъ долженъ быть достаточно знакомъ съ соответствующими правилами. Именно при межсвязочномъ расположеніи мнѣ казалось удобнымъ не уменьшать опухоль, такъ какъ легче удалить цѣлую опухоль; благодаря этому удобнѣе избѣгать поврежденія сосѣднихъ частей.

И при перевязкѣ культи я также слѣдую очень простымъ принципамъ. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ бороздкѣ отъ зажимного пинцета удобнѣе перевязать, чѣмъ вокругъ неизмѣнной культи; несмотря на это, я однако рекомендую примѣнять этотъ методъ такъ, какъ я его описалъ выше.

Если одновременно имѣется беременность, то я считаю операцію принципиально всегда показанной; ее надо производить по возможности рано съ соблюденіемъ самой тщательной чистоты, быстрой техники операціи и съ возможно меньшей потерей крови, иначе является опасность для беременности, и это опасеніе за беременность побудитъ насъ въ общемъ быть осторожными. Исключенія изъ этого

общаго правила, конечно, возможны. Может случиться, что жизни ребенка придаётся особенное значение и родители пожелают непременно устранить даже возможность прерывания беременности. Тогда будет целесообразным, при отсутствии каких-нибудь настоятельных показаний для производства раньше операции, отложить такую до 4-х послѣднихъ недѣль. Если тогда вслѣдствіе операции ускоряется наступленіе родовъ, то можно спокойно отнести къ этому обстоятельству.

Изъ показаній, побуждающихъ къ немедленной операциі, все равно, имѣется ли беременность или нѣтъ, на первомъ мѣстѣ стоятъ перекручиваніе ножки и разрывъ. Какъ только эти явленія ясно распознаны, не слѣдуетъ медлить съ операцией. При нихъ беременнымъ напр. угрожаетъ выкидышъ, и лишь немедленная операція можетъ сохранить беременность. Откладываніе операціи до послѣ-родового періода не всегда целесообразно. Внезапное опорожненіе матки можетъ именно въ послѣродовомъ періодѣ дать поводъ къ перекручиванію ножки; никогда не оперируютъ охотно безъ подготовленій и на этомъ основаніи, мнѣ кажется, болѣе целесообразнымъ принципиально совѣтовать, чтобы всегда производилась операція, если во время беременности установлена наличность опухоли яичника.

Если при операціи окажется, что въ брюшной полости имѣются метастазы, то не всегда слѣдуетъ отказываться отъ производства операціи. Здѣсь можно сдѣлать самыя странныя наблюденія. Сосочковая яичниковая опухоль послѣ разрыва кисты можетъ покрыть всю брюшную полость маленькими сосочками; опухоль можетъ доставлять изъ лопнувшей полости все новые маленькіе сосочки и благодаря этому поддерживать скопленіе жидкости въ брюшной полости. По удаленіи опухоли довольно часто, къ счастью, можно добиться того, чтобы эти метастазы имплантаціи рассосались. Это зависитъ отъ природы новообразованной опухоли, что не всегда поддается макроскопическому распознаванію. Попытка радикальнаго удаленія опухоли всегда поэтому несомнѣнно показана. Напротивъ, я не считаю целесообразнымъ въ подобныхъ случаяхъ оперировать или удалять опухоли, распространившіяся за предѣлы брюшной полости.

Если опухоли распространились далеко, то удаленіе ихъ невозможно и если онѣ навѣрное доброкачественны, то этого и не требуется. То же самое относится и къ псевдомиксомѣ брюшины. Здѣсь также желеобразное содержимое брюшной полости вполне рассы-вается, если удалена главная опухоль.

Практически надо себѣ также поставить вопросъ: что слѣдуетъ сдѣлать, если при овариотоміи нельзя кончить операцію? Вопросъ этотъ обсуждался неоднократно, но имѣетъ очень мало практическаго значенія. Можно, конечно, попасть въ это неприятное положеніе; при этомъ однако слѣдуетъ ясно помнить, что операція несомнѣнно поведетъ къ смерти больной; поэтому въ такихъ случаяхъ вполне правильно совѣтуютъ совсѣмъ закрыть брюшную полость, погрузивъ въ нее, что не удалось удалить. Это именно тѣ печальные случаи, которыхъ операторъ по возможности долженъ избѣгать уже въ силу того, что подобный случай долженъ быть признанъ неоперабельнымъ; если по настоящему желанію родныхъ все же приступаютъ къ вскрытію живота, то весьма целесообразно приступать къ операціи, т. е. удаленію опухоли яичника, лишь тогда, когда есть увѣренность въ возможности высвобожденія опухоли. Нѣсколько

иначе обстоит дѣло въ тѣхъ случаяхъ рака яичниковъ, въ которыхъ имѣется большая подвижная, легко удалимая опухоль, но наряду съ послѣдней уже существуетъ ракъ кишки. И здѣсь можетъ возникнуть вопросъ, можно ли удалить опухоль кишки или нѣтъ. Въ послѣднемъ случаѣ удаляютъ опухоль яичника и закрываютъ животъ больной. Послѣдняя по поводу исполненной операціи, испытываетъ чувство радости и, конечно, не слѣдуетъ лишаться этого безнадёжно-больную.

Другой важный вопросъ при леченіи опухолей яичниковъ заключается въ томъ, какъ слѣдуетъ поступить съ другимъ яичникомъ? Съ точки зрѣнія практической я считаю наиболѣе правильнымъ при заболѣваніи одного яичника удалить оба у женщинъ въ возрастѣ близкомъ къ климактерію. Я однако считаю цѣлесообразнымъ сохранить у молодыхъ особъ макроскопически неизмѣненный яичникъ, если только въ другомъ не имѣется ясныхъ измѣненій и если въ первомъ нѣтъ злокачественнаго процесса. И здѣсь также на наше рѣшеніе будутъ вліять практическія условія. Въ одномъ случаѣ придется поступить консервативно, если напр. заболѣваніе найдено у молодой замужней женщины, въ другомъ случаѣ охотнѣе удаляютъ все пораженное, если пациентка въ возрастѣ около 40 лѣтъ. Къ сожалѣнію, распознаваніе злокачественности не вполне просто и въ нѣкоторыхъ случаяхъ поэтому можетъ быть дозволено попытаться сохранить яичникъ. Это въ особенности относится къ тератомѣ; удаление ея на одной сторонѣ не предполагаетъ существованія такой же опухоли на другой сторонѣ. Иной разъ это довольно трудно бываетъ рѣшить и въ такомъ случаѣ можно сдѣлать разрѣзъ черезъ яичникъ, чтобы убѣдиться, какъ онъ выглядитъ внутри; если онъ не измѣненъ, то я снова его зашиваю тонкимъ катгуттомъ и оставляю въ брюшной полости.

Принципъ сохраненія яичниковъ старались затѣмъ по возможности болѣе распространить и указывали на то, что даже и части яичника могутъ быть оставлены. Это несомнѣнно справедливо. Это цѣлесообразно для всѣхъ тѣхъ случаевъ, когда приходится удалить доброкачественныя опухоли у молодыхъ особъ. Къ такимъ случаямъ сохраненія частей яичника справедливо относятся маленькія кисты желтаго тѣла или пароваріальныя кисты. Иначе, конечно, дѣло обстоитъ при двустороннихъ опухоляхъ, обнаруживающихъ железистыя или сосочковыя измѣненія. Въ отдѣльныхъ подобныхъ случаяхъ я также сохранилъ части яичниковой ткани. Мнѣ въ особенности вспоминается одна молодая замужняя женщина, у которой во время первой беременности ущемленная въ тазу яичниковая киста понудила меня къ операціи. Когда животъ былъ вскрытъ, оказалось, что оба яичника содержатъ двѣ плотныхъ опухоли. Пациентка очень хотѣла, чтобы ей дали возможность доносить беременность и просила поэтому сохранить ей части яичника, даже съ опасностью рецидива. Въ этомъ случаѣ я могъ исполнить желаніе больной; несмотря на то, что при изслѣдованіи оказалось саркоматозное измѣненіе опухоли, все же удалось сохранить беременность и, что особенно замѣчательно, за первой беременностью послѣдовали дальнѣйшія, причемъ рецидива не наступило до сихъ уже въ теченіе пяти лѣтъ наблюденія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ двустороннихъ яичниковыхъ опухолей слѣдуетъ отказаться отъ сохраненія матки,

въ особенности если съ обѣихъ сторонъ имѣются несомнѣнные злокачественныя опухоли. Если подобныя опухоли подходятъ близко къ маткѣ, или пациентка жалуется на маточныя кровоточенія, то я, предосторожности ради, всегда совѣтовалъ бы удалить вмѣстѣ и матку.

Поврежденія сосѣднихъ органовъ могутъ, конечно, происходить при овариотоміи, и если имѣются не вполне ясные случаи, то при этихъ операціяхъ всегда слѣдуетъ помануть о всѣхъ случайностяхъ брюшныхъ операцій. Я не могу рѣшиться всегда производить удаленіе червеобразнаго отростка лишь потому, что вскрыта брюшная полость. Но если отростокъ срощенъ съ опухолью и обнаруживаеъ ясныя воспалительныя измѣненія, то въ такихъ случаяхъ его всегда надо удалить. Большое значеніе затѣмъ имѣетъ практической опытъ послѣднихъ лѣтъ, показывающей частое сочетаніе рака яичника съ ракомъ желудка. Отсюда слѣдуетъ обязанность для осторожнаго врача при каждой овариотоміи, при которой доброкачественность опухоли должна быть подвергнута сомнѣнію, при открытой брюшной полости произвести изслѣдованіе области желудка, чтобы по крайней мѣрѣ заранѣе имѣть возможность высказаться относительно прогноза съ извѣстной осторожностью. Слѣдуетъ ли сочетать резекцію желудка съ овариотоміей, зависитъ отъ степени распространенія измѣненій желудка.

Рядъ операцій, которыя раньше играли извѣстную роль при овариотоміи, я совсѣмъ оставилъ. Поэтому я не буду тутъ приводить ихъ, но я долженъ по крайней мѣрѣ упомянуть, какіе методы я больше не примѣняю: сюда относится прежде всего проколъ, затѣмъ проколъ съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ іода, далѣе операція въ два приѣма и, наконецъ, вшиваніе опухолей въ брюшную рану. Все это способы, которые больше примѣнять не стоитъ и которые лучше всего предать забвенію.

Влагалищное удаленіе яичниковыхъ опухолей производится иной разъ въ видѣ исключенія. Значеніе этой операціи лишь тогда велико, если имѣется дѣло съ очень тучными пациентками, у которыхъ вскрытіе живота сверху также не вполне удобно. Въ такомъ случаѣ можно удалить опухоль яичника со стороны влагалища лишь тогда, когда опухоль не очень велика и она находится въ Дугласовомъ пространствѣ. Эти опухоли въ Дугласовомъ пространствѣ иногда срощены или онѣ межсвязочнаго происхожденія. Въ подобныхъ случаяхъ является дѣйствительно неудобнымъ оперировать со стороны влагалища. Но такую попытку все же, можетъ быть, не слѣдуетъ совсѣмъ отвергнуть, и въ соотвѣствующихъ случаяхъ я также дѣлаю ее, не будучи однако самъ въ восхищеніи отъ этого метода. Послѣ основательной дезинфекціи я вскрываю брюшную полость позади влагалищной части, дѣлаю отверстіе достаточно большимъ и извлекаю опухоль кнаружи. Затѣмъ я захватываю ножку зажимомъ, отрѣзаю опухоль и замѣняю зажимъ лигатурой; въ заключеніе я снова закрываю разрѣзъ въ брюшинѣ и во влагалищѣ. Въ общемъ этотъ путь я рекомендую лишь тогда, когда матка подвижна и влагалище широко. Въ этихъ случаяхъ однако всегда надо подготовиться ко вскрытію живота сверху, такъ какъ очень легко можетъ появиться какое-нибудь маленькое осложненіе, которое нельзя будетъ устранить со стороны влагалища. Въ особенности начинающій считаетъ признакомъ неопытности, если подобная операція не можетъ

быть доведена до конца влагалитическим путем. Не советуем давать больным обещание во что бы то ни стало кончить операцию влагалитическим путем и стараться затѣмъ одолѣть всѣ большія затрудненія непременно со стороны влагалитца.

Съ пароваріальными кистами поступаютъ совершенно такъ же, какъ и съ яичниковыми. На основаніи опыта прежняго времени извѣстно, что иной разъ и простой проколъ излечивалъ надолго; надежность этого результата все же такъ невелика, что къ прокалу больше прибѣгать не слѣдуетъ. При пароваріальныхъ кистахъ всегда приходится имѣть въ виду возможность межсвязочныхъ развитія и своевременный при этомъ разрѣвъ брюшины и вылушеніе опухоли изъ тазовой клѣтчатки.

Если приходится ставить діагнозъ о варіальгіи или оваріи, то яичникъ во всякомъ случаѣ слѣдуетъ оставить въ покоѣ. Слѣдуетъ смазать животъ іодной настойкой, положить больную подъ свѣтовой дугой Stöckel'я, послать ее въ санаторію или курортъ, но яичники не трогать. Часто показана перемѣна въ леченіи подобнаго рода больныхъ, но никакъ не операція.

Грыжи яичника подлежатъ лучше всего оперативному леченію; если яичникъ, вслѣдствіе врожденнаго положенія, вправить нельзя, или если онъ кистовидно измѣненъ, то его удаляютъ.

Если яичникъ вправимъ, то его вправляютъ и оперируютъ грыжу по общимъ правиламъ.

Если есть опущеніе яичника, то слѣдуетъ убѣдиться насколько при этомъ имѣется заболѣваніе его. Большею частью тутъ находятъ тазовой перитонитъ, подлежащій леченію по соотвѣтствующимъ правиламъ. Въ другихъ случаяхъ имѣется невращенія, на которую, конечно, надо обратить вниманіе.

Если въ рѣдкихъ случаяхъ дѣйствительно имѣется опущеніе неизмѣннаго яичника, то иногда можно этому помочь при помощи пессарія, поднимающаго матку. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, надо дѣлать операцію. Большею частью яичникъ оказывается измѣненнымъ и долженъ быть удаленъ. Если онъ не измѣненъ, то онъ фиксируется шелковыми швами въ тазовомъ выходѣ, лучше всего въ области прикрѣпленія *lig. infundibulo-pelvicum*.

Другія измѣненія яичника, при которыхъ не имѣется кистовидныхъ образований, соединяются подъ именемъ оофоритовъ; леченіе ихъ производится по правиламъ, даннымъ для тазового перитонита.

На основаніи многочисленныхъ изслѣдованій явленій, сопровождающихъ удаленіе яичника, въ настоящее время показанія къ кастраціи все болѣе и болѣе ограничиваются. Вслѣдствіе міомы матки кастрація больше не производится; при тяжелыхъ заболѣваніяхъ придатковъ она производится лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, которыя будутъ изложены при заболѣваніи трубъ. Заболѣванія яичниковъ даютъ поводъ къ удаленію больныхъ яичниковъ, но не къ кастраціи, т. е. удаленію здоровыхъ яичниковъ. Такимъ образомъ теперь показанія къ кастраціи очень незначительны; трофическія разстройства, которыя мы связываемъ съ повышеніемъ внутренней секреціи, какъ напр. остеомалація, даютъ типичный примѣръ подобнаго заболѣванія; возможно, что станутъ извѣстны и другія трофическія разстройства, при которыхъ придется удалять

нормальные яичники. Пока надо установить тотъ фактъ, что показанія для кастраціи становятся все болѣе и болѣе ограниченными; весьма характерно то обстоятельство, что въ случаяхъ, въ которыхъ операція считается настоятельно показанной, имѣется надежда на яичниковыя измѣненія, которыя тогда будутъ разсматриваться, какъ желательное анатомическое доказательство необходимости операціи.

Техника кастраціи, согласно сказанному при овариотоміи, очень проста; если операція считается показанной, то слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на то, чтобы отъ ткани яичника дѣйствительно ничего не оставалось.

### XVIII. Лечение заболѣванной Фаллопиевыхъ трубъ.

Наибольшее затрудненіе во всей области гинекологическаго леченія заключается въ правильномъ толкованіи болѣзней трубъ. Съ одной стороны онѣ вызываютъ такія внезапныя угрожающія явленія, которыя почти понуждаютъ къ вмѣшательству, съ другой стороны подобные угрожающіе симптомы быстро проходятъ безъ всякой операціи; затѣмъ имѣются другіе случаи, въ которыхъ выздоровленіе безъ операціи невозможно. Важной задачей гинеколога является здѣсь установленіе правильнаго пути, при помощи котораго пациентка могла бы выздороветь; большая лишь тогда должна подвергнуться операціи, когда ничто другое невозможно.

При влагалищномъ леченіи гинекологическихъ болѣзней слѣдуетъ считаться съ всякимъ пораженіемъ трубъ. Ни одно вмѣшательство, сопряженное съ движеніемъ матки, недопустимо при свѣжемъ заболѣваніи трубы. Не слѣдуетъ зондировать, низводить пулевыми щипцами матку, выскабливать; если это въ видѣ исключенія въ отдѣльныхъ случаяхъ остается безнаказаннымъ, то это можно объяснить лишь тѣмъ, что трубные мѣшки въ концѣ-концовъ становятся стерильными. Если и возможно легко объяснить то обстоятельство, что подобныя вмѣшательства переносятся, то все же невозможно при кланическомъ ислѣдованіи доказать отсутствіе микробовъ въ трубѣ, и поэтому слѣдуетъ при заболѣваніяхъ трубъ всегда отказаться отъ подобныхъ вмѣшательствъ. Во всѣхъ мѣстахъ, гдѣ я вхожу въ обсужденіе этихъ заболѣваній, я считаю необходимымъ подчеркнуть это правило предосторожности. Даже при гинатрезіяхъ рѣшеніе вопроса о способѣ леченія существенно зависитъ отъ состоянія, въ которомъ находятся трубы.

Заболѣванія трубъ, протекающія безъ симптомовъ, имѣють поэтому практическое значеніе, такъ какъ въ нихъ слѣдуетъ усматривать противопоказаніе для влагалищныхъ операцій. Вмѣстѣ съ тѣмъ слѣдуетъ отмѣтить, что случайное нахожденіе двусторонняго пораженія трубъ не должно служить поводомъ для удаленія этихъ опухолей. Въ подобномъ случаѣ труба можетъ долгое время, большею частью даже всю жизнь, оставаться измѣненной и поэтому не слѣдуетъ ни въ коемъ случаѣ оперировать.

Трубы должны быть оперативно удаляемы прежде всего при злокачественномъ пораженіи ихъ, или если въ нихъ кроется опасность для жизни больной въ данный моментъ, или если такая опасность можетъ воз-

никнуть въ будущемъ. Этимъ исчерпываются показанія для оперативнаго леченія, но какъ они ни малочисленны, въ подобной установкѣ показаній все же кроются иной разъ затрудненія. Сказать съ увѣренностью, что у больной тазовое заболѣваніе имѣетъ злокачественный характеръ возможно лишь тогда, когда процессъ, несмотря на свое незначительное протяженіе, все же обуславливаетъ тяжелую кахексію, если онъ захватилъ также и окружающія ткани и если, кромѣ того, найдена разлитая инфильтрація внѣ области самаго процесса. Если съ большей или меньшей степенью увѣренности приходится все-таки предположить наличность злокачественнаго образованія, то въ большинствѣ случаевъ все же трудно утверждать, что труба является мѣстомъ локализаціи злокачественнаго новообразованія. На практикѣ дѣло представляется большею частью такимъ образомъ, что мѣстныя разстройства—давленіе на сосѣдніе органы, сильныя боли и т. п.—у больной являются угрожающими; при этомъ находятъ опухоль, которую желаютъ удалить. Вскрываютъ животъ и мѣстомъ локализаціи злокачественнаго заболѣванія находятъ трубу. Лишь очень рѣдко приходится оперировать вслѣдствіе рака трубы, распознаннаго операторомъ.

Слѣдуетъ поэтому тутъ же остановиться на томъ, когда надо оперировать при предположеніи заболѣванія трубъ, могущаго быть злокачественнымъ. Для рѣшенія этого вопроса необходимо обращать вниманіе на данныя изслѣдованія и на общее состояніе. Точно также ставятся и другія показанія къ операціи при заболѣваніи трубъ. Изслѣдованіе указываетъ на одностороннюю или двустороннюю опухоль, объясняющую существованіе болей или симтоты давленія. При этомъ можно предположить опухоль трубы, если на видимой слизистой оболочкѣ полового канала замѣтны слѣды инфекции. Далѣе можно допустить участіе трубы, если воспалительные процессы вызывали часто симтоты. Вмѣшательство считается обязательнымъ, если болѣе или менѣе тяжелыя явленія у больной долгое время остаются безъ измѣненія, равно какъ и данныя изслѣдованія не измѣняются, несмотря на то, что при полномъ половомъ покоѣ въ теченіе многихъ недѣль все было сдѣлано для того, чтобы вызвать обратное развитіе. При подобныхъ условіяхъ заболѣванія трубъ у рабочихъ женщинъ прямо понуждаютъ къ операціи. Слѣдуетъ только избѣгать производить послѣднюю при наличности лихорадки и гонококковъ въ половомъ каналѣ, такъ какъ въ подобномъ случаѣ оперативное пособіе неподходяще. Проводя такимъ образомъ вышеназванныя показанія, слѣдуетъ признать, что при одно- или двустороннемъ пораженіи трубы симтоты имѣютъ наибольшее вліяніе для установки показаній, и что для окончательнаго рѣшенія требуется болѣе или менѣе продолжительное время наблюденія. То же самое относится и къ хроническимъ процессамъ, при которыхъ, вслѣдствіе постоянно повторяющагося полового зараженія, часто повторно появляющіеся приступы воспаленія дѣлаютъ больную почти постоянной обитательницей больницы. Улучшивъ въ теченіе многихъ недѣль покоя свое состояніе, она тотчасъ же возвращается снова, заразившись опять послѣ ухода изъ больницы.

Точно также обстоитъ дѣло у тѣхъ женщинъ, у которыхъ подъ вліяніемъ заболѣванія трубъ замѣтно наступленіе настоящей кахексіи. Здѣсь для восстановленія здоровья больной послѣ безуспѣшности всякаго другого леченія остается лишь операція. Если на осно-



ваніи этихъ показаній приходится прибѣгнуть къ оперативному леченію заболѣванія трубъ, то я рекомендую большею частью примѣнять лапаротомію. Если обѣ трубы находятъ превратившимися въ гнойные мѣшки и замкнутыми, то показано удаленіе ихъ, а вмѣстѣ съ ними и матки—абдоминальная радикальная операція.

Въ техникѣ операціи заболѣванія трубъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на надежную защиту верхней части брюшной полости; необходимо тщательно прикрыть все салфетками. Прежде однако, чѣмъ это сдѣлать, надо отдѣлить всѣ сращения, причемъ слѣдуетъ быть осторожнымъ, чтобы не дать вытечь заразнымъ веществамъ изъ трубнаго мѣшка въ свободную брюшную полость; какъ разъ во время этого освобожденія трубныхъ мѣшковъ требуется особенная осторожность. Затѣмъ при этихъ операціяхъ цѣлесообразна также защита брюшной стѣнки; для этой цѣли я рекомендую при точно установленномъ діагнозѣ заболѣванія трубъ прикрытіе всей брюшной раны пристѣночной брюшиной или батистомъ Billroth'a и зеркаломъ (см. рис. 11 и 12). Иногда пристѣночную брюшину укрѣпляютъ зажимами къ кожѣ или пришиваютъ ее по направленію кнаружи. Эти методы защиты брюшной раны я считаю настолько цѣлесообразными, что я примѣняю ихъ даже тогда, когда неожиданно встрѣчаю пилосальпинксъ. Если лапаротомія сдѣлана безъ этихъ предохранительныхъ приемовъ, то мнѣ часто хорошія услуги оказывалъ при зашиваніи живота дренажъ кожи надъ зашитой фасціей.

Въ положеніи съ круто поднятымъ тазомъ отодвигаютъ въ верхнюю часть брюшной полости всѣ тѣ кишечныя петли, которыя свободны и защищаютъ ихъ салфетками. Затѣмъ освобождаютъ трубы отъ сращеній съ окружающими тканями и отодвигаютъ освобожденныя при этомъ кишечныя петли кверху, чтобы снова покрыть ихъ салфеткой. Затрудненія при этой операціи не малы, вслѣдствіе крѣпкихъ сращеній въ тазу. Къ этой части операціи переходятъ лишь тогда, когда отдѣлены всѣ находящіяся надъ трубой кишечныя сращения; послѣ этого, прикрывъ верхнюю часть брюшной полости, подходятъ рукой къ настоящему мѣсту, т. е. между прямой кишкой или флексурой и придатковой опухолью. Для этой цѣли пользуются ладонной поверхностью руки. Имѣя кривизну, подобную передней поверхности крестца, рука входитъ въ тазъ со стороны медиальной части опухоли и освобождаетъ послѣднюю изъ Дугласова пространства. При этомъ безразлично, если даже труба разорвется и освободитъ свое содержимое; тогда безъ поврежденія кишки извлекаютъ опухоль кнаружи. Чѣмъ крѣпче сращения въ тазу, тѣмъ больше опасность поврежденія кишекъ. Узнать послѣднія въ тазу довольно не легко. Такимъ образомъ, если при отдѣленіи сращеній встрѣчаются особыя затрудненія, то слѣдуетъ очень тщательно послѣ удаленія опухоли изслѣдовать флексуру и кишку. При обнаруженіи поврежденій необходимо, конечно, немедленно зашить ихъ. Часто для этого не имѣется достаточно матеріала и если матку оставляютъ, то можно заднюю поверхность послѣдней пришить къ мѣсту поврежденія. Если одновременно производятъ экстирпація всей матки, то пользуются задней стѣнкой влагалища, чтобы ею прикрыть мѣсто поврежденія. Если никакихъ поврежденій не находятъ и брюшная полость закрывается, то поврежденіе можетъ обнаружиться въ видѣ наступленія тяжелыхъ разстройствъ уже въ теченіе перваго дня; тогда является

непремѣнно показаннымъ вскрытіе брюшной полости со стороны влагалища и проведеніе дренажа. Со всѣми другими поврежденіями со-сѣднихъ органовъ поступаютъ точно такимъ же образомъ, какъ выше было описано. Они впрочемъ встрѣчаются довольно рѣдко.

По возможности щадя и сохраняя яичникъ, при удаленіи одной только трубы, зажимаютъ кнаружи отъ трубнаго мѣшка *lig. infundibulo-pelvicum* и разрѣзаютъ его между двумя зажимами. У нижняго края трубы снова захватываютъ связку и перерѣзаютъ ее. Затѣмъ изсѣкаютъ трубу, лучше всего клиновидно изъ трубнаго угла матки и тотчасъ же зашиваютъ клиновидную рану, замѣняя затѣмъ уже наложенные зажимы лигатурами. При односторонней операціи такая-вая этимъ уже заканчивается.

Довольно часто, особенно когда вообще рѣшаются на операцію при серьезномъ заболѣваніи трубъ, показано также удаленіе и съ другой стороны, и если къ этому нужно перейти, то лучше заодно удалить и матку. Начинаютъ это точно такъ же, какъ описано; большею частью лучше заодно захватить и яичники, и послѣ отщепленія съ одной стороны дѣлаютъ то же самое и на другой сторонѣ. Такимъ образомъ съ обѣихъ сторонъ подходятъ къ маткѣ. Захватываютъ между двумя зажимами верхнюю часть широкой связки до мѣста плотнаго прикрѣпленія брюшины къ передней стѣнкѣ и перерѣзаютъ; затѣмъ нижніе концы этихъ двухъ послѣднихъ разрѣзовъ соединяютъ поперечнымъ разрѣзомъ брюшины *excavationis vesico-iterinae*, проходящей какъ разъ у нижняго конца, мѣста плотнаго ея прикрѣпленія. Подъ этимъ разрѣзомъ пузырь лишь рыхло соединенъ съ шейкой и его легко отодвинуть. Затѣмъ накладываются зажимы непосредственно у шейки во влагалищной части, разсѣкаютъ влагалище спереди и сзади въ поперечномъ направленіи и такимъ образомъ удаляютъ матку. Наружные зажимы лучше всего замѣнить до вскрытія влагалища лигатурами—съ каждой стороны большею частью 3—4, и затѣмъ зашиваютъ спереди и сзади брюшину съ влагалищемъ. Благодаря открытому влагалищу достигается хорошій дренажъ тазовой брюшины, который здѣсь очень пѣлесообразенъ, вслѣдствіе часто существующихъ въ гноѣ трубы микробовъ и возможности оставленія жидкости. Закрытіе брюшной полости сверху производится обычнымъ порядкомъ.

Брюшинную радикальную операцію я теперь предпочитаю двусторонней кастраціи и влагалищной радикальной операціи. Существенное основаніе противъ влагалищной операціи заключается для меня въ томъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда еще возможно сохраненіе одной стороны, это скорѣе можно узнать при вскрытіи брюшной полости сверху, чѣмъ со стороны влагалищной операціи. При послѣдней это можно замѣтить лишь тогда, когда матка уже разсѣчена или перевязана и выведена впереди наружныхъ половыхъ частей и когда поэтому уже нельзя и думать о сохраненіи.

Заболѣваніе трубъ въ общемъ въ настоящее время не подвергается больше такъ часто операціи, какъ прежде. Отнюдь не каждый разъ приступаютъ къ операціи, когда женщина жалуется на боли въ животѣ и обнаруживается опухоль трубы. Тяжелые тазовые перитониты, повторно возвращающіеся и въ высокой степени нарушающіе трудоспособность больной, должны при рецидивѣ служить показаніемъ къ операціи. Въ подобномъ случаѣ я считаю наиболѣе правильнымъ удалить всю матку одновременно съ трубными мѣш-

ками, оставляя иногда въ видѣ исключенія яичники. Конечно, иной разъ приходится оперировать и при одностороннемъ заболѣваніи. Подозрѣніе о трубной беременности, все равно, предполагается ли живое яйцо или уже мертвое, является поводомъ для операціи. Не всегда съ увѣренностью можно поставить этотъ діагнозъ, но если при односторонней трубной опухоли имѣется даже лишь большая вѣроятность этого предположенія, то попытку къ операціи я считаю цѣлесообразной. Иногда можно поставить діагнозъ путемъ пробнаго прокола со стороны влагалища, но это отнюдь не всегда возможно. Существующія на большомъ протяженіи срощенія, которыя были еще до наступленія беременности, дѣлають вскрытіе со стороны влагалища невозможнымъ. Такимъ образомъ и при односторонней опухоли трубы можетъ понадобится лапаротомія. Если у молодой женщины, вмѣсто ожидавшейся внѣматочной беременности, находятъ піосальпинксъ, то является полезнымъ оперировать лишь одну сторону, причеиъ другую, болѣе или менѣе измѣненную, сохраняють. Затѣмъ заболѣваніе правыхъ придатковъ можетъ дать показаніе къ операціи, потому что одновременно пораженъ червеобразный отростокъ, что встрѣчается далеко не рѣдко. При этихъ условіяхъ является показаннымъ лишь удаленіе отростка и правой стороны

Лечение туберкулеза трубъ я здѣсь не затрогиваю и отсылаю въ этомъ отношеніи къ описанію туберкулеза половыхъ частей вообще.

Интересъ къ леченію болѣзней трубъ въ новѣйшее время нѣсколько ослабѣлъ. Теперь убѣдились, что въ гораздо большей степени, чѣмъ думали прежде, покой и устраненіе новой инфекціи способствуютъ излеченію. Проводимое при этомъ консервативное леченіе, которое я выше описалъ подъ общимъ именемъ рассасывающаго леченія, должно, конечно, при заболѣваніи трубъ примѣняться нѣсколько осторожно. Не слѣдуетъ просто въ каждомъ случаѣ начинать леченіе съ примѣненія тяжести; если у больной находятъ двустороннее поражение нѣкоторыхъ трубъ въ качествѣ источника ея болей, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже заранѣе ясно, что имѣется хроническое состояніе, при которомъ можно посоветовать состоятельную больной ежегодную поѣздку на курортъ. При этомъ нахождение заболѣванія трубъ служитъ къ тому, чтобы предостеречь курортнаго врача отъ примѣненія всякой мѣстной терапіи. Изъ курортовъ, рекомендуемыхъ въ такомъ случаѣ, на первомъ мѣстѣ стоятъ тѣ, въ которыхъ имѣются источники, дѣйствующіе слегка послабляющимъ образомъ. Наряду съ этимъ и грязевыя ванны оказываютъ также хорошее влияніе. Мы, правда, и теперь еще съ трудомъ можемъ составить себѣ правильное представленіе о томъ, какимъ образомъ грязевыя ванны могутъ снособствовать рассасыванію; я однако считаю очень важнымъ, чтобы всякій гинекологъ былъ по крайней мѣрѣ знакомъ съ ихъ значеніемъ, раньше признававшимся всѣми. Слѣдовательно, очень многіе случаи заболѣванія трубъ дають поводъ къ назначенію курортовъ, среди которыхъ на первомъ мѣстѣ изстари пользуются хорошей славой Franzensbad и Elster; годятся также и другіе курорты, какъ Kissingen, Karlsbad, Marienbad и т. п.

Не всѣ наши паціентки, конечно, въ состояніи лечиться на курортахъ; нѣкоторыя заболѣванія трубъ, которыя у состоятельныхъ больныхъ подлежатъ леченію на одномъ изъ названныхъ курортовъ,

у обѣдныхъ больныхъ подлежать другому леченію. Послѣднее должно быть направлено къ тому, чтобы устранить возможность обостренія подобныахъ хроническихъ заболѣваній. На основаніи своего опыта я долженъ замѣтить, что въ выборѣ леченія слѣдуетъ быть очень осторожнымъ; слѣдуетъ помнить, что при назначеніи очень дорогаго стоющаго леченія больная, или тѣ, на чей счетъ леченіе проводится, требуютъ отъ нашей терапіи блестящаго и въ особенности прочнаго результата. Намъ мало будетъ пользы, если мы убѣдимся, что больная, считая себя окончательно излеченной, по истеченіи немногихъ недѣль обнаружить у себя снова старые симптомы и, обманутая въ своихъ надеждахъ, значительно преувеличить эти симптомы. Слѣдуетъ спокойно сказать каждой такой пациенткѣ съ двустороннимъ заболѣваніемъ трубъ, что у нея имѣется поражение въ нижней части живота, само по себѣ безопасное, но требующее врачебнаго пособія, если оно вызываетъ какія-нибудь явленія; надо попытаться устроить эту врачебную помощь по возможности просто, что дастъ гораздо лучшіе результаты, чѣмъ назначеніе болѣе сложнаго леченія, не обещающаго дать большаго успѣха. При назначеніи подобнаго леченія противъ хроническаго тазоваго перитонита и его подострыхъ ухудшеній слѣдуетъ прежде всего поставить вопросъ: не явится ли наиболѣе правильнымъ помѣщеніе больной въ клинику, чтобы, благодаря этому, освободить ее отъ вредныхъ моментовъ окружающей ее среды. Въ клиникѣ уже одно пребываніе въ постели способствуетъ излеченію; къ этому присоединяютъ согревающіе компрессы, если оказывается, что одного пребыванія въ постели недостаточно. Затѣмъ при примѣненіи разсасывающаго леченія и въ клиникѣ довольно часто является необходимымъ дѣлать что-нибудь со стороны влагалища. Наиболѣе цѣлесообразнымъ маѣ представляется смазываніе влагалищной части (іодная настойка) и я убѣжденъ, что, благодаря этому, многія больныя будутъ избавлены отъ возможныхъ осложненій. Искусство врача при заболѣваніяхъ трубъ должно заключаться въ томъ, чтобы своевременно прекращать леченіе. Если леченіе продолжается слишкомъ долго, то публика воспринимаетъ это такимъ образомъ, что этимъ достигнуто радикальное излеченіе. При наступленіи рецидива врача за это упрекаютъ, и я полагаю, что при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ трубъ приходится довольствоваться устраненіемъ симптомовъ, несмотря на то, что опухоль все еще остается; тогда леченіе прекращается и больной разрѣшается ходить, причемъ слѣдуетъ, не происходить ли отъ этого новаго обостренія; если нѣтъ, то больную можно спокойно выписать, утѣшивъ ее тѣмъ, что съ наступленіемъ рецидива его можно будетъ устранить такимъ же простымъ образомъ, если больная во-время явится для леченія. Наибольшую ошибку дѣлаетъ начинающій при заболѣваніи трубъ, если онъ считаетъ необходимымъ лечить такъ долго, пока не исчезнетъ опухоль трубы, а если это не удастся, то считаетъ себя вынужденнымъ оперировать.

Въ леченіи заболѣванія трубъ серьезнымъ вопросомъ является рѣшеніе, что лучше, оперировать ли со стороны влагалища, или со стороны живота. Этотъ вопросъ рѣшался различно, но правильное рѣшеніе лежитъ въ серединѣ. Если только въ очень тяжелыхъ случаяхъ рѣшаются на операцію, то послѣдняя со стороны влагалища технически дѣйствительно очень затруднительна; она тогда должна производиться только радикально и нерѣдко приводитъ къ повреж-

деніямъ сосѣднихъ органовъ. Вслѣдствіе этого нельзя, конечно, всегда отвергать операцію, но придется выбирать болѣе вѣрный путь для устранения поврежденій сосѣднихъ органовъ или для распознаванія, можетъ быть, сдѣланныхъ поврежденій; охотнѣе будутъ оперировать сверху. При вполне подвижной маткѣ, при относительно свободныхъ опухоляхъ можно оперировать со стороны влагалища. У меня получилось впечатлѣніе, что при рѣшеніи оперировать со стороны влагалища жертвуютъ собственно маткой, а между тѣмъ встрѣчаются всегда молодыя женщины, у которыхъ при лапаротоміи, произведенной на основаніи распознаннаго піосальпинкса, отношенія могутъ быть настолько благопріятны, что можно было бы сохранить одну сторону. Принимая во вниманіе всѣ эти данныя, я постепенно все болѣе и болѣе оставляю влагалищную операцію, и если я вообще при піосальпинксѣ рѣшаюсь на операцію, то я предпочитаю путь сверху.

Сальпингостомія (сальпингостомотомія) была предложена А. Martin'омъ и Skutsch'емъ, чтобы вскрыть абдоминальные концы трубъ, закрытые у стерильныхъ женщинъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ этого рода добились успѣха. Теоретически это всегда должно бы имѣть успѣхъ, но практически условія таковы, что причина бесплодія длится долго и въ ней также лежитъ причина закрытія трубы. Послѣ этой операціи надежды на успѣхъ невелики; на послѣдній можно рассчитывать лишь въ видѣ исключенія, особенно когда стерильная вдова съ закрытіемъ трубъ выходитъ замужъ за здороваго мужчину. Общаго значенія эта операція не приобрѣла, но какъ операція, примѣняемая въ видѣ исключенія, она должна быть извѣстна гинекологу.

### XIX. Лечение свѣжей гонорреи.

Лечебные принципы, положенные въ основу терапіи свѣжей гонорреи, въ существенномъ сводятся къ тому, что непременно устраняется возможность новой инфекціи и осложненія на почвѣ внесенія микробовъ въ выше лежащіе пути. Начинаютъ поэтому съ леченія наружныхъ половыхъ частей. Здѣсь при свѣжей гонорреѣ дѣло идетъ лишь о дезинфекціи и для этой цѣли очень полезно примѣненіе 50% раствора алкоголя и 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> сулемы. Небольшое нагноеніе изъ парауретральныхъ ходовъ, а равно и Бартолиновыхъ железъ скоро прекращается. При свѣжей инфекціи дальнѣйшаго леченія этихъ железистыхъ образований болѣею частью не требуется. Лишь когда имѣется болѣе частое зараженіе или если къ старой инфекціи присоединяется вполне свѣжее воспаленіе, показано леченіе абсцесса железы. Это производится такимъ образомъ, что железу широко разрѣзаютъ на внутренней ея поверхности, такъ что въ дѣйствительности вся полость абсцесса представляется открытой. Это отверстие съ трудомъ закрывается и постоянный оттокъ содержимаго способствуетъ на практикѣ излеченію. Если, наоборотъ, при остромъ воспаленіи имѣется и хроническая припухлость железы, то удаленіе всей ея является наилучшимъ способомъ. Не слѣдуетъ тогда только съ увѣренностью рассчитывать на prima intentio. Операцію лучше всего производить всегда съ дренажемъ раны.

Если нагноеніе железъ Skene около отверстия уретры продолжается очень долго, то и здѣсь показана мѣстная терапія. Это про-

изводится лучше всего такимъ образомъ, что раскаленнымъ остро-конечнымъ желѣзомъ разрушаютъ обѣ боковыя ниши около уретры.

Лечение самой уретры при вполне свѣжей инфекціи едва ли необходимо. Назначаютъ обильное питье и иногда прибавляютъ къ нему сантилъ или санталовое масло. Если по прекращеніи острыхъ явленій все же продолжается истеченіе гнойнаго секрета изъ уретры, то послѣднюю лучше всего лечить азотнокислымъ серебромъ; послѣ предварительнаго механическаго выдавливанія гноя изъ уретры въ нее впрыскивается 1% растворъ.

Точно также очень осторожно должно производиться лечение вла-галища при свѣжемъ заболѣваніи. Слѣдуетъ спринцевать вла-галище медленно съ небольшимъ давленіемъ струи дезинфицирую-щихъ растворовъ. Такъ какъ влагалищная стѣнка въ общемъ не-проницаема для гонококковъ, то тутъ не требуется никакихъ специ-фическихъ лекарствъ; нужно только озаботиться механическимъ уда-леніемъ находящагося во влагалищѣ секрета. Послѣ того какъ вла-галище по возможности осушено отъ жидкости для спринцованія, напр. 1% раствора лизола, вкладываютъ глицериновый тампонъ на 12 часовъ, чтобы основательно проспринцевать снова послѣ его уда-ленія. Лишь когда исчезли всѣ острые явленія на вульвѣ и во вла-галищѣ, переходятъ къ леченію тѣла матки и шейки. Если при этомъ трубы поражены, то первые 3 недѣли я ограничиваюсъ леченіемъ внутренней поверхности шейки и, не вытигивая влагалищную часть, я вытираю шейку растворомъ протаргола. Если шейка излечена, а гнойный секретъ изъ тѣла матки все же вытекаетъ (если въ про-межуткѣ исключена возможность новой инфекціи), то переходятъ къ прижиганію маточной полости лучше всего предложенными для этой цѣли палочками Playfair'a и Menge; въ качествѣ прижигающаго средства я примѣняю 20—50% растворъ хлористаго цинка или рас-творъ формола. Я всегда избѣгаю леченія трубъ въ острой стадіи. Если по прекращеніи всѣхъ воспалительныхъ процессовъ остаются трубные мѣшки и повторное зараженіе приводитъ къ рецидивирующе-му тазовому перитониту и къ настоящей кахексїи, вслѣдствіе чего больная серьезно истощается, я рекомендую радикальную операцію.

Внутреннее лечение свѣжей гонорреи у женщинъ лишь очень рѣдко представляется необходимымъ. Лечение специфическими средствами до сихъ поръ не дало никакого вѣрнаго результата.

## XX. Лечение туберкулеза.

Лечение туберкулеза женскихъ половыхъ органовъ различными гинекологами проводится различно. Наибольшее согласіе существуетъ по поводу леченія туберкулеза брюшины. Тѣ формы этого заболѣванія, при которыхъ произошло обильное скопленіе асцити-ческой жидкости, лучше всего подлежатъ леченію при помощи чревосѣченія. Этому въ высшей степени замѣчательному факту весьма трудно дать объясненіе; но со времени Spencer Wells'a, который впервые при этомъ заболѣваніи, вопреки своему ожиданію, спасъ большую чревосѣченіемъ, подобное наблюденіе дѣлалось неоднократно; если я долженъ признать, что и другіе методы одинаково могутъ привести къ цѣли, то все же слѣдуетъ отмѣтить, что самымъ надежнымъ методомъ является чревосѣченіе съ полнымъ удаленіемъ жидкости. Какая-нибудь дальнѣйшая внутрибрюшинная терапія

является большею частью совершенно излишней. Вскрываютъ животъ, удаляютъ жидкость, очень тщательно осушиваютъ послѣдніе остатки ея и снова закрываютъ животъ. Лишь очень рѣдко жидкость еще разъ скопляется, и въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ путемъ повторной лапаротоміи довольно часто удается устранить заболѣваніе, такъ что мы дѣйствительно знаемъ довольно значительное количество долго длящихся и продолжающихся излеченій отъ асцитическаго туберкулезнаго перитонита.

Здѣсь также было предложено удалять жидкость влагалищнымъ путемъ. Послѣ того, какъ впервые Löhlein сдѣлалъ это предложеніе, я попробовалъ его примѣнить нѣсколько разъ. Противъ ожидація встрѣчаются иногда затрудненія при удаленіи жидкости, даже если не имѣется никакихъ сращеній. Матка въ видѣ клапана закрываетъ отверстие и поэтому понятно, что жидкость задерживается. Это причина, побудившая меня всегда производить вскрытіе туберкулезнаго перитонита сверху.

Иначе обстоитъ дѣло въ тѣхъ случаяхъ туберкулеза брюшины, когда имѣются уже обильныя сращенія. Я упоминаю здѣсь про эти случаи, хотя хорошо знаю, что діагнозъ такого туберкулеза брюшины можетъ быть поставленъ только очень опытными гинекологами. Довольно часто случается, что предполагается опухоль, подлежащая удаленію; вскрываютъ животъ, но уже попытка къ этому встрѣчаетъ большія затрудненія, вслѣдствіе сращеній. Между послѣдними въ отдѣльныхъ мѣстахъ имѣется обильная жидкость. Если въ подобныхъ случаяхъ настаивать на неправильно поставленномъ діагнозѣ и во что бы то ни стало оперировать, то получатся большею частью неблагоприятные результаты. Въ подобныхъ случаяхъ освобожденіе отъ сращеній, между которыми мѣстами находится жидкость, очень легко приводитъ къ поврежденію стѣнки, въ особенности тонкихъ кишекъ; тогда возникаетъ вопросъ, какъ лучше всего заживить нанесенныя поврежденія. Даже и на вскрытіи нельзя подойти къ здоровой кишкѣ, и понятно, что эти операціи ни въ коемъ случаѣ не могутъ быть названы легкими. Я часто видѣлъ, что освобожденіе отъ сращеній, хотя и не приводило къ поврежденію кишки, но во время періода выздоровленія между швами брюшной стѣнкиonorожилось кишечное содержимое; эти отверстия становились тогда тяжело заживающими свищами, существованіе которыхъ угрожаетъ серьезной опасностью жизни больной. Такимъ образомъ, на основаніи постепенно увеличивающагося опыта, я поставилъ себѣ правиломъ быть очень осторожнымъ во всѣхъ случаяхъ слипчиваго туберкулеза брюшины. Уже при вскрытіи брюшной полости можно узнать, съ чѣмъ имѣется дѣло. Своеобразное утолщеніе въ связи съ образованіемъ бугорковъ, находимыхъ на самыхъ глубокихъ слояхъ брюшной стѣнки, указываетъ уже съ нѣкоторою достовѣрностью на туберкулезъ, и именно въ этихъ случаяхъ я особенно предостерегаю отъ освобожденія кишекъ на большомъ протяженіи. Слѣдуетъ просто закрыть брюшную полость и сознаться себѣ и окружающимъ, что, противъ ожиданія, оказался туберкулезъ. Здѣсь большую пользу принесетъ осторожное общее леченіе туберкулиномъ R., можетъ быть также туберкулиномъ Rosenbach'a. Эти случаи надо объяснить такимъ образомъ, что излеченіе туберкулеза брюшины уже достигнуто, и что наличность сращеній вызываетъ механическія затрудненія въ движеніи кишекъ, дающія поводъ къ болямъ въ животѣ.

Если бы здѣсь ничего не было сдѣлано, то, благодаря обильному опорожненію кишечника, прохожденіе кишечнаго содержимаго было бы облегчено и единственный симптомъ, мучающій больную—боль, былъ бы устраненъ. Однако все-таки бываютъ случаи, въ которыхъ сухая форма туберкулезнаго перитонита не можетъ быть разсматриваема, какъ процессъ заживленія; здѣсь имѣется процессъ, который отчасти можно сравнить съ казеозной формой туберкулеза, наблюдающагося въ различныхъ мѣстахъ организма. Слѣдуетъ однако имѣть въ виду, что на основаніи клиническаго опыта эта сухая форма не излечивается лапаротоміей; затѣмъ надо помнить, что если удалить отдѣльныя казеозныя гнѣзда, то этимъ не удаляется вся туберкулезная ткань изъ брюшной полости. Я все болѣе и болѣе, благодаря этому, прихожу къ убѣжденію, что при слипчивомъ сухомъ туберкулезѣ мѣстное леченіе не можетъ помочь и чревосѣченіе поэтому только тогда имѣетъ смыслъ, если имѣется дѣло съ асцитической формой.

Наряду съ леченіемъ туберкулиномъ у меня получились хорошіе результаты и отъ втираній зеленого мыла.

Туберкулезъ трубъ я лечу приблизительно по тѣмъ же принципамъ. Если мнѣ удастся съ увѣренностью распознать туберкулезъ трубъ, то я больше не оперирую и примѣняю другія средства общаго характера, рекомендуемыя при туберкулезѣ. Противъ такого терапевтическаго воззрѣнія можно, конечно, привести отдѣльные случаи, въ которыхъ, вслѣдствіе опухоли придатковъ, пришлось оперировать и въ которыхъ былъ найденъ туберкулезъ трубы. Операция привела къ излеченію также и туберкулеза. Операторъ описываетъ этотъ случай, какъ излеченіе первичнаго туберкулеза трубъ, и онъ попадаетъ въ литературу. На самомъ дѣлѣ однако доказательство первичнаго заболѣванія трубы не приведено. Я такіе случаи знаю; раньше я принципиально старался ихъ оперировать; теперь я оперирую ихъ лишь тогда, если знаю, что это не туберкулезъ. При этомъ всегда дѣло идетъ о послѣднихъ остаткахъ туберкулезнаго перитонита или о сопутствующихъ явленіяхъ хроническаго туберкулеза, локализующагося въ трубахъ. Доказательство первичнаго характера трубъ, по моему мнѣнію, не приведено. Если бы такое было приведено и вообще возможно было распознать расположеніе первичнаго туберкулеза въ трубѣ, то я, конечно, считалъ бы показанной операцию. Невелико несчастіе, если удалить опухоль трубы, вызванную туберкулезомъ. Операция эта однако очень опасна, если надъ туберкулезно-пораженной трубой находится повсюду приросшая кишка; если сначала освобождаютъ послѣднюю и, наконецъ, послѣ долгихъ манипуляцій подходятъ къ трубѣ, то встрѣчаются со всѣми неудобствами операциі сухого перитонита, описанныя выше, причемъ съ очень большими опасностями удаляется лишь маленькая часть туберкулезнаго пораженія. Если пораженное вообще удаляется со стороны влагалища, то часто получаютъ еще болѣе серьезныя послѣдствія; при этомъ тоже повреждается кишка, и получающіеся свищи заживаютъ очень не легко. Такимъ образомъ при туберкулезномъ сальпингитѣ я принципиально не оперирую, пока я предварительно не установилъ въ точности существованія первичнаго туберкулеза трубы. Если я дѣлаю чревосѣченіе и нахожу на почвѣ туберкулеза распространенныя кишечныя сращения, то я снова закрываю брюшную полость, не заботясь о трубѣ. Если



опухоль послѣдней, вслѣдствіе мѣстныхъ явленій, представляется угрожающей, и если эти срощенія имѣются не съ тонкими кишками, а дѣло идетъ лишь объ отдѣльныхъ срощеніяхъ по близости трубы, то удаленіе послѣдней можетъ быть полезнымъ для больной. Если въ подобномъ случаѣ во время операціи я распознаю изолированный туберкулезъ, то я рекомендую удаленіе обѣихъ трубъ и матки. Польза отъ операціи тогда несомнѣнно увеличивается. Эта точка зрѣнія содержитъ въ себѣ извѣстное противорѣчіе; но это становится понятнымъ, такъ какъ при туберкулезѣ во время операціи трудно пріостановиться и если одна труба уже удалена, то лучше поступить по возможности радикально.

Общее леченіе туберкулеза въ гинекологіи ничѣмъ не отличается отъ обычно принятаго. Діететическія мѣропріятія слѣдуетъ сочетать съ назначеніемъ спеціфическихъ лекарственныхъ средствъ и будемъ надѣяться, что, наконецъ, удастся найти безопасный и все же дѣйствительный туберкулинъ.

## XXI. Лечение болѣзней уретры.

Заболѣванія женскихъ мочевыхъ путей служатъ теперь больше, чѣмъ раньше, предметомъ внимательства гинекологовъ. Большой успѣхъ, достигнутый нашей спеціальностью, выражается также и въ улучшеніи леченія этихъ болѣзней. Если я, несмотря на это, лишь вкратцѣ касаюсь этого вопроса, то это происходитъ потому, что большая часть терапіи этихъ болѣзней требуетъ особой спеціальной подготовки.

Леченіе уретры просто. Катарральные процессы въ ней лишь рѣдко требуютъ вслѣдствіе незначительной длины канала болѣе продолжительной терапіи.

При остромъ воспаленіи уретры очень цѣлесообразно сначала выждать, чтобы внесеніемъ микробовъ въ глубину не ухудшить свѣжаго процесса. Пациентка укладывается въ постель, на низъ живота кладутся согревающие компрессы и назначается обильное питье. Лишь если острый процессъ въ теченіе нѣсколькихъ дней успокоился, приступаютъ къ леченію; для этого пользуются шприцемъ изъ твердаго каучука, имѣющаго на концѣ одно отверстіе, причеиъ лучше пальцемъ закрыть внутреннее отверстіе уретры такимъ образомъ, чтобы вытекающая назадъ жидкость могла подѣйствовать; можно пользоваться также шприцемъ Fritsch'a со многими маленькими отверстіями. Для впрыскиванія рекомендуется лучше всего протарголъ въ 10—20% растворѣ, ихтарганъ въ растворѣ 1:1000 или азотнокислосе серебро въ растворѣ 1 до 10 на 1000.

Прежнія промыванія уретры или впрыскиваніе прижигающихъ растворовъ теперь должны лишь рѣдко примѣняться. Скорѣе всего иной разъ приводитъ къ цѣли введеніе маленькаго Simon'овскаго уретрального зеркала, вливаніе въ него жидкости и медленное извлеченіе зеркала, причеиъ рукоятка послѣдняго обращена кверху, чтобы жидкость при извлеченіи пришла въ соприкосновеніе со всѣми частями уретры. Въ то время какъ при катаррахъ не-гонококковаго характера большею частью достигаютъ успѣха растворами борной кислоты, карболовой кислоты или сулемы, при наличности гонококковъ слѣдуетъ предпочесть препараты серебра и для этого леченія

пользуются 1% растворомъ азотнокислаго серебра или 10% протарголомъ.

Другія заболѣванія уретры, находящіяся въ связи съ катаромъ, должны быть лечимы оперативно. Сюда относятся уретральныя полипы—они отрѣзаются и кровотеченіе, если оно значительно, останавливается прижатіемъ.

Urethrocele, содержащее слизь или гной выпячиваніе уретры на ея нижней стѣнкѣ, можетъ быть излечена лишь путемъ оперативнаго удаленія выпячиванія, что легко удастся со стороны влагалища. Проводятъ разрѣзъ по средней линіи и отпрепаровываютъ по возможности чисто кистовидную опухоль, и затѣмъ разсѣкаютъ ее поперечно у ея соединенія съ уретрой. Произведенное такимъ образомъ отверстіе въ уретрѣ закрывается швомъ, и выпяченная слизистая оболочка, по удаленіи изъ нея необходимаго куска, закрывается сверху надъ зашитымъ отверстіемъ.

Свѣжія поврежденія уретры, попадающія къ врачу, вслѣдствіе сильнаго кровотеченія должны быть по возможности немедленно зашиты; при этомъ слѣдуетъ стараться по возможности возстановить снова нормальныя отношенія. Если помимо поврежденія имѣется зараженіе, то показана остановка кровотеченія, рану же слѣдуетъ зашить, вставивъ одновременно дренажъ кнаружи.

Поврежденія уретры, наблюдающіяся при изъязвленіяхъ послѣ стараго сифилиса и могущія повести къ зіянію наружнаго отверстія уретры и стать причиной недержанія мочи, могутъ явиться показаніемъ для новаго образованія уретры; опытъ показываетъ, что даже и безъ образованія сфинктера возстановленія нормальной длины уретры бываетъ достаточно для устраненія недержанія мочи. Операция, конечно, должна производиться лишь тогда, когда язвы вполне зажили; она производится по способу, предложенному Emmet'омъ для шейки. Освѣжаютъ обѣ стороны рубцовой стѣнки уретры въ продольномъ направленіи и производятъ одинаковое освѣженіе по обѣимъ сторонамъ уретрального валика. При этомъ слѣдуетъ только обратитъ вниманіе на то, чтобы уретра была достаточно широка. Зашиваніе освѣженныхъ поверхностей производится съ обѣихъ сторонъ.

Случаи суженія уретры встрѣчаются рѣдко. Въ случаяхъ съ одновременнымъ разрывомъ или разрушеніемъ, вслѣдствіе нагноенія, я поступалъ такимъ образомъ, что разрѣзалъ кольцеобразный рубецъ, соотвѣтствовавшій внутреннему отверстію уретры, и образовывалъ послѣднюю при помощи двусторонняго освѣженія. При другихъ рубцахъ можно иногда добиться хорошаго результата, примѣняя постепенное расширеніе дилататорами. Такъ какъ извѣстно, что образовавшіеся рубцы всегда расположены въ клѣтчаткѣ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ я съ успѣхомъ примѣнялъ обнаженіе рубцовъ клѣтчатки, и такъ какъ они были циркулярны, то я разрѣзалъ ихъ въ продольномъ направленіи. Если это слѣлать очень осторожно и позаботиться о томъ, чтобы слизистая оболочка не была повреждена, то въ благопріятныхъ случаяхъ при помощи этой маленькой операціи можно очень просто добиться хорошаго результата. Въ тяжелыхъ случаяхъ можетъ потребоваться вырѣзаніе рубца и зашиваніе.

Леченіе недержанія мочи проводится въ зависимости отъ причины. Въ послѣрдовомъ періодѣ наиболѣе цѣлесообразнымъ является вкладываніе пессаріевъ. Мы поднимаемъ переднюю влагалищную

стѣнку кверху, такимъ образомъ натягиваемъ уретру и, вслѣдствіе давленія спереди назадъ, обусловливаемъ достаточное сжатіе уретры. Изъ другихъ методовъ рекомендуется примѣненіе массажа, въ особенности вибраціоннаго, а также примѣненіе постоянного тока. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣтить наблюдавшійся успѣхъ отъ эпидуральной инъекціи кокаина. Въ этомъ направленіи у меня нѣтъ опыта. Во всякомъ случаѣ операція на уретрѣ неоднократно оказывалась дѣйствительной, такъ какъ благодаря ей доказано, что сфинктеръ можетъ быть защищенъ удаленіемъ или суженіемъ уретры. Можно попытаться зашить наружное отверстіе уретры, производя освѣженія съ обѣихъ сторонъ, аналогично операціи зашиванія шейки по Emmet'у; затѣмъ можно вырѣзать кусокъ изъ влагалища и уретры и произвести натяженіе передней влагалищной стѣнки путемъ зашиванія этого дефекта и вызвать суженіе уретры. Подобно этому вліяетъ предложенное Gerguny перекручиваніе уретры. Въ качествѣ вспомогательнаго средства въ затруднительныхъ случаяхъ рекомендуется впрыскиваніе парафина. слѣдуетъ только избѣгать слишкомъ большихъ дозъ—не болѣе 2 куб. см.—вслѣдствіе опасности жировой эмболіи.

Епигегіс postigna лишь рѣдко встрѣчается въ практикѣ гинекологовъ; здѣсь главное вниманіе слѣдуетъ обратить на весь организмъ и въ особенности слѣдуетъ лечить носоглоточное пространство. Если это не помогаетъ, то наиболѣе показана эпидуральная инъекція.

Врожденное расщепленіе уретры, гипоспадія и эписпадія, точно также устраняются оперативнымъ путемъ и къ операціи послѣдняго уродства присоединяется операція расщепленія пузыря.

Эктопія пузыря есть наибольшая степень эписпадіи. Операція Trendelenburg'a въ общемъ въ его рукахъ дала хорошіе результаты, но самъ методъ не всегда обѣщаетъ надежный успѣхъ, такъ какъ недостааетъ сфинктера; понятно поэтому, что изъ всѣхъ оперативныхъ способовъ методъ Ma y d l'я—пересадка trigoni съ мочеточниками въ flexura sigmoidea, долженъ считаться въ общемъ наилучшимъ.

Камни въ уретрѣ находятъ лишь рѣдко, когда камень вышелъ изъ пузыря и застрялъ въ уретрѣ, или если онъ лежитъ въ дивертикулѣ уретры. Въ первомъ случаѣ нужно поступать такъ, какъ это дѣлается при камняхъ пузыря; въ послѣднемъ случаѣ приходится разрѣзать дивертикулъ и удалить камень.

Въ качествѣ выпаденія уретры описываются своеобразныя состоянія припухлости уретральной слизистой оболочки, когда она ярко-красная выдается изъ наружнаго отверстія на задней стѣнкѣ или кольцевидно. Происхожденіе этихъ случаевъ часто неясно, несомнѣнно наиболѣе удобнымъ средствомъ для излеченія является вырѣзаніе вывавшаго куска и зашиваніе снаружи кнутри тонкимъ катгутомъ.

Маленькія опухоли уретры доброкачественнаго происхожденія легко удаляются, причѣмъ обычно не нарушается держаніе мочи. Послѣднее не всегда возможно при карциномѣ. Различныя попытки излечить и эти случаи доказываютъ необходимость ранней операціи. Всѣ пластическія операціи послѣ полнаго разрушенія уретры даютъ довольно неблагоприятные результаты.

Уретральныя карциномы надо, конечно, удалять радикально. Операція большею частью не трудна. Если дѣло идетъ о начинаю-

щихся формахъ и если при этомъ область сфинктера можно пощадить, то можно закончить операцію, даже сохраняя функцію держанія мочи. Проводятъ кругомъ уретры разрѣвъ на наружной поверхности и отдѣляютъ ее отъ передней и нижней стѣнки симфизы настолько, насколько распространяется новообразование. Слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на то, чтобы инструменты не приходилъ въ соприкосновеніе съ новообразованиемъ, а если это произошло, то мѣняютъ инструменты. По достиженіи верхняго края новообразования уретра перерѣзается поперекъ и ампутируется или экстирпирована въ зависимости отъ пораженія. Восстановленіе уретры пластикой необходимо, если при операціи достигли сфинктера и пузыря. Пластика легка постольку, поскольку можно легко добыть матеріалъ изъ избыточной кожи малыхъ губъ и подвижной кожи большихъ губъ. Затрудненія здѣсь возникаютъ только въ томъ, что очень трудно сохранить чистоту, а въ послѣдней и находится единственная гарантія для первичнаго натяженія, необходимаго условія для успѣха. При карциномѣ большею частью уже содержимое пузыря заражено и поэтому часто наблюдается неудача пластики. Тогда приходится вторично образовать уретру. Тутъ приходится слѣдовать тѣмъ же принципамъ, какъ это описано при болѣе частомъ недержаніи мочи.

Мнѣ кажется лучше, при карциномѣ сначала пренебречь оперативной пластикой и примѣнить фульгурацію, а лишь впоследствии сдѣлать пластику.

Задержаніе мочи лечится въ зависимости отъ причины. При мѣненіи катетера слѣдуетъ ограничить лишь крайними случаями, когда дѣйствительно нельзя обойтись безъ этого. Возможность занесенія въ пузырь микробовъ разложенія даже чистыми инструментами объясняется присутствіемъ микробовъ въ уретрѣ. Послѣ операцій въ особенности слѣдуетъ медлить съ катетеризаціей. Послѣ того какъ стало извѣстнымъ, что не слѣдуетъ особенно бояться ранняго вставанія послѣ операціи, слѣдуетъ именно при задержкѣ мочи настаивать на томъ, чтобы больная встала даже на первый день. Тогда происходитъ опорожненіе пузыря. Предложеніе Werth'a наполнить пузырь при операціи, чтобы сдѣлать излишней послѣдующую катетеризацію, не всегда является успѣшнымъ, поэтому я вовсе отказался отъ этого способа. Если послѣ операціи, несмотря на вставаніе, моча все же задерживается, то я впрыскиваю часто послѣ катетеризаціи 10 куб. см. іодоформъ-глицерина, но если и это не дѣлаетъ катетеризацію излишней, то я рекомендую расширение уретры дилататорами Simon'a или Hegar'a. Если моча задерживается безъ операціи, то надо, конечно, постараться найти причину задержки и въ зависимости отъ этого поступать. Большею частью придется подумать о загибѣ матки кзади. Но и при новообразованіяхъ матки, если одновременно имѣется загибъ ея кзади, а равно и при заматочныхъ опухоляхъ происходитъ задержаніе мочи. Устраненіе болѣзни устраняетъ здѣсь и задержку.

## XXIII. Лечение болѣзней мочевого пузыря.

Со времени введенія цистоконна лечение заболѣваній пузыря стало очень успѣшнымъ; наиболѣе важное положеніе при всякомъ леченіи болѣзней пузыря заключается въ томъ, что слѣдуетъ регулярно объ-

ективно убѣждаться при помощи этого инструмента во влияніи леченія. Самое главное заболѣваніе, встрѣчающееся гинекологу, представляет собою катарръ пузыря. Попаданіе микробовъ въ пузырь сверху или со стороны уретры, разложеніе мочи обуславливаютъ раздраженіе слизистой оболочки пузыря, боли и частые позывы къ мочеиспусканію. Отъ характера микробовъ зависятъ симптомы и принципы леченія. Главной задачей и здѣсь является устраненіе причинныхъ вредныхъ моментовъ, и удовлетворить этому показанію часто несомнѣнно легко.

Слѣдуетъ имѣть въ виду, что при хроническихъ инфекціонныхъ процессахъ эвергичное обрывающее леченіе невозможно, и что острые воспаленія лучше всего протекаютъ при покоѣ. Въ 1—2 сеанса не удастся ни дезинфекція на продолжительное время, ни излеченіе инфльтраціи; для этого всегда необходимо время. При остромъ катаррѣ пузыря, въ особенности съ лихорадкой, слѣдуетъ раньше позаботиться о покоѣ и устраненіи всѣхъ вредныхъ моментовъ. Вначалѣ избѣгаютъ мѣстнаго леченія; горячее питье, теплые компрессы и иногда опій лучше всего дадутъ облегченіе. Если явленія острой стадіи миновали, то приобрѣтаютъ извѣстное значеніе внутреннія средства. Въ зависимости отъ этиологіи рекомендуютъ гоносанъ, уротропинъ и гелмитолъ. При мѣстной терапіи катарра пузыря при помощи промыванія слѣдуетъ всегда убѣждаться въ томъ, что слизистая оболочка больше не покрыта приставшими свертками. Повліяя на слизистую оболочку можно лишь тогда, когда всѣ налеты удалены. Промыванія начинаютъ растворомъ азотнокислаго серебра 1:10.000 и мало-по-малу переходятъ къ болѣе крѣпкимъ растворамъ до 1:1000.

Методы леченія, которыми мы обладаемъ при хроническомъ катаррѣ, заключаются въ промываніи пузыря, лучше всего растворами борной кислоты или слабыми растворами ляписа, причемъ пузырь растягивается лекарственнымъ растворомъ болѣе или менѣе продолжительное время, лишь пока пациентка можетъ это перенести безъ боли. Затѣмъ въ качествѣ дальнѣйшаго метода леченія послѣ опорожненія промывательной жидкости или мочи слѣдуетъ впрыскиваніе небольшого количества болѣе крѣпкаго раствора ляписа (1% и не болѣе 2%) или впрыскиваніе іодоформнаго масла или іодоформнаго глицерина въ пустой пузырь. Далѣе въ качествѣ метода леченія слѣдуетъ упомянуть о введеніи катетера на продолжительное время. Сюда относится также, примѣнявшееся особенно въ прежнее время, наложеніе пузырно-влагалищнаго свища въ качествѣ послѣдняго вспомогательнаго средства.

Что касается техники этихъ методовъ, то для промыванія пузыря лучше всего пользоваться стерильной воронкой, на которую надѣвается стерильная резиновая трубка, на нижнемъ концѣ которой находится катетеръ съ двойнымъ каналомъ. Путемъ поднятія воронки и закрытія одного изъ отверстій катетера можно пропустить въ пузырь нѣсколько сотъ граммъ промывательной жидкости, которую выпускаютъ затѣмъ путемъ открыванія отверстия для оттока жидкости. При введеніи слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на то, чтобы устранить возможность попаданія пузырьковъ воздуха. Это легко достигается тѣмъ, что передъ введеніемъ инструмента въ пузырь даютъ вытечь небольшому количеству жидкости изъ катетера. Промываніе можетъ быть произведено и при помощи простого ирири-

гата и вмѣсто катетера съ двойнымъ каналомъ можно пользоваться двойнымъ краномъ Stöckel'я. Для выпрыскиванія небольшихъ количествъ, около 10 куб. стм. раствора ляписа или іодоформа, пользуются небольшимъ шприцемъ изъ твердаго каучука съ слегка изогнутымъ длиннымъ наконечникомъ. Въ качествѣ катетера à demeure, наиболѣе удобный предложенъ Holt'омъ; впоследствии Stöckel его очень удачно устроилъ изъ стекла.

Въ общемъ не слѣдуетъ однако думать, что, обладая теперь этими различными методами мѣстнаго леченія, можно очень легко устранить хроническій катарръ пузыря. Удастся, конечно, скоро устранить главнѣйшія жалобы, боли, полакиурію и больная считаетъ себя излеченной; опытный наблюдатель замѣтитъ однако, что объективныя измѣненія слизистой оболочки пузыря остались безъ перемѣны или образовались снова; поэтому всегда необходимъ контроль цистоскопомъ. При всѣхъ катаррахъ пузыря, если болѣзненность не очень велика, я охотнѣе всего начинаю промыванія растворомъ борной кислоты или ляписа. Если болѣзненность совсѣмъ исчезла, то послѣ нѣсколькихъ дней промыванія и полного опорожненія пузыря я выпрыскиваю отъ 10 до 30 куб. стм.  $\frac{1}{2}\%$ , 1% или 2% раствора ляписа. Если же, напротивъ, имѣется сильная болѣзненность или неприятный нозывъ къ мочеиспусканію, то предпочтительнѣе іодоформное масло. Во всякомъ случаѣ я совѣтую быть нѣсколько осторожнымъ съ этимъ средствомъ. Прежній опытъ показалъ, что при примѣненіи послѣдняго средства очень часто развивается нервозность; поэтому при первыхъ признакахъ нервнаго возбужденія, обнаруживающихся при примѣненіи іодоформа, послѣдній надо оставить.

Катетеръ à demeure я охотнѣе всего примѣняю тогда, когда цистоскопъ или опытъ показываютъ, что не вся моча выводится, что въ пузырьѣ остается большое количество мочи, разложеніе которой поддерживаетъ катарръ пузыря. На этомъ основаніи, особенно при болѣе острыхъ заболѣваніяхъ или при внезапныхъ ухудшеніяхъ со стороны хроническихъ измѣненій, я считаю особенно цѣлесообразнымъ катетеръ à demeure. Не слѣдуетъ однако на него вполне полагаться; даже пока такой катетеръ лежитъ, въ пузырьѣ можетъ оставаться большее или меньшее количество мочи, иногда до 100 куб. стм., и пациенткѣ отъ этого особенной пользы, конечно, не будетъ. Въ одномъ отношеніи катетеръ à demeure можетъ дѣлать чудеса, а именно, если болѣзненность уретры очень велика и если вслѣдствіе этого или вслѣдствіе участія сфинктера существуетъ ишурия, то пока катетеръ лежитъ, больныя чувствуютъ себя спокойными. Если слизистая оболочка пузыря очень чувствительна, то иной разъ инструментъ не переносится больной. Здѣсь цѣлесообразно примѣнить наркотическія средства, а именно мѣстно кокаинъ или новокаинъ въ пузырь, или опій въ свѣчкахъ per rectum или, еще лучше, въ видѣ подкожнаго выпрыскиванія морфія. Съ тѣхъ поръ какъ я терпѣливо индивидуализирую въ этомъ отношеніи каждый случай, мнѣ ни разу не пришлось для излеченія катарра пузыря наложить пузырно-влагалищный свищъ. Слѣдуетъ только приучать къ терпѣнію отчаявшихся больныхъ и въ особенности надо избѣгать причинять при леченіи боли. Тутъ, конечно, необходимо большое терпѣніе какъ со стороны врача, такъ и со стороны пациентки. Наряду съ мѣстнымъ леченіемъ очень большое значеніе имѣетъ также возбужденіе діуреза. Чѣмъ невиннѣе средство, тѣмъ

лучше. При пиелитѣ у беременныхъ очень хорошіе результаты давало обильное примѣненіе чая изъ липового цвѣта. Это средство мнѣ кажется очень цѣлесообразнымъ и при катаррѣ пузыря. Не слѣдуетъ пренебрегать и другимъ современными «мочевыми антисептическими средствами», но значеніе ихъ при катаррѣ пузыря не очень велико.

Особый видъ катарра пузыря, описываемый подъ именемъ *сystitis colli*, я охотнѣ всего лечу примѣненіемъ 1 — 5% раствора ляписа, который въ зависимости отъ степени заболѣванія и послѣ промыванія пузыря я впрыскиваю или впускаю по канлямъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ въ пузырь.

Наиболѣе тяжелыя формы цистита наблюдаются при загибѣ взади беременной матки. Профилактика является здѣсь самымъ главнымъ и заключается въ своевременномъ правильномъ леченіи этого тяжелого измѣненія положенія во время беременности. Частности этого леченія относятся къ области акушерства. Если развился гангренозный циститъ, то повторныя дезинфицирующія и въ особенности длительныя промыванія пузыря лучше всего приводятъ къ цѣли, т. е. къ восстановленію сноснаго состоянія.

Наряду съ катарромъ пузыря очень мучительны болшею частью неврозы пузыря; послѣдніе впрочемъ со времени введенія цистоскопа значительно уменьшились въ количествѣ. При чувствительности пузыря можно было еще доказать послѣдніе остатки катарра пузыря; стало болѣе яснымъ, что для объясненія болей гораздо болшее значеніе имѣетъ какое-нибудь мѣстное страданіе пузыря. На этомъ основаніи при леченіи нервныхъ разстройствъ со стороны пузыря я рекомендую твердо держаться принципа, что чистой болязненности въ пузырь безъ мѣстныхъ измѣненій не существуетъ.

Впрочемъ въ качествѣ конечнаго результата леченія катарра пузыря такая чувствительность можетъ остаться. Кто однако тщательно и повторно цистоскопируетъ, тотъ замѣтитъ мѣстныя измѣненія слизистой оболочки пузыря и, конечно, постарается устранить ихъ. Въ то время какъ прежде часто примѣняли мѣстно кокаинъ, мой личный опытъ показалъ, что примѣненіе этого средства при неврозахъ пузыря неумѣстно; оно имѣетъ только значеніе, если при катаррѣ пузыря главнымъ симптомомъ являются боли; тогда въ качествѣ палліатива полезенъ кокаинъ, который однако нельзя считать средствомъ, излечивающимъ неврозъ надолго. При неврозахъ пузыря всегда слѣдуетъ стараться установить лежащее въ основѣ его заболѣваніе.

Состояніе раздражительности пузыря, судороги сфинктера, скорѣе всего можно устранить при помощи осторожнаго расширенія уретры, которую прижигаютъ затѣмъ слабымъ растворомъ ляписа.

Изъ другихъ заболѣваній пузыря въ особенности имѣютъ значеніе опухоли. Большинство изъ нихъ должно быть удалено оперативнымъ путемъ, причемъ при малыхъ опухоляхъ лучше всего оперировать эндovesикально операціоннымъ цистоскопомъ. Всѣ большія опухоли, въ особенности всѣ злокачественныя, оперируются путемъ высокаго сѣченія.

Высокое сѣченіе производится непосредственно надъ симфизомъ продольнымъ разрѣзомъ черезъ мускулатуру по бѣлой линіи, причемъ нѣкоторые рекомендуютъ разрѣзъ кожи и иногда и фасціи

производить поперечно. Сильно раздвинувъ мышцы, вскрываютъ затѣмъ поперечно пузырь по возможности непосредственно надъ симфизомъ. Пузырь большею частью легко узнать; при затрудненіяхъ въ распознаваніи вводится въ него черезъ уретру катетеръ. Мускулатура раздвигается и поперечный разрѣзъ дѣлается настолько широкимъ, чтобы можно было удобно обозрѣть внутренность пузыря при положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ.

Послѣ удаленія опухоли и тщательной остановки кровотечения наглухо зашиваютъ рану пузыря и передней брюшной стѣнки. При послѣдовательномъ леченіи надо ввести катетеръ à demeure.

Удаленіе инородныхъ тѣлъ и камней производится черезъ уретру, если дѣло идетъ о небольшихъ предметахъ или объ образовавшихся вокругъ нихъ маленькихъ камняхъ. Если же удаленіе этимъ путемъ не вполне надежно, то принципиальное производство операціи черезъ расширенную уретру опасно, ибо очень легко въ качествѣ результата растяженія остается очень тягостное недержание мочи. На этомъ основаніи рекомендуется во всѣхъ затруднительныхъ случаяхъ, въ которыхъ удалить все инородное тѣло сразу не удастся, вскрыть пузырь со стороны влагалища путемъ продольнаго разрѣза передней стѣнки, въ который катетеромъ выпячиваютъ пузырь. Рана, нанесенная для удаленія инороднаго тѣла, послѣ этого тотчасъ же снова закрывается швомъ, такъ какъ она представляетъ собою обыкновенную гладкую рану.

Поврежденія пузыря, подлежащія леченію какъ таковыя, рѣдко наблюдаются гинекологомъ. Чаще всего они встрѣчаются въ акушерствѣ, какъ сопутствующее явленіе при разрывѣ матки. Если раны не очень тяжело заражены, то непременно показана попытка къ наложенію пузырнаго шва. Слизистая оболочка, мускулатура и иногда брюшинный покровъ соединяются въ три этажа; охотнѣе всего я зашиваю такимъ образомъ, что накладываю наружные швы шелкомъ, а внутренніе—кэтгутомъ.

Большимъ опытомъ мы обладаемъ относительно поврежденій пузыря при нашихъ операціяхъ. Умышленно или неумышленно пузырь иногда повреждается при міомѣ и яичниковыхъ операціяхъ. Умышленно—если заболѣваніе переходитъ на пузырь, неумышленно—если при подбрюшинномъ развитіи опухолей пузырь не былъ узнавъ. Здѣсь всегда слѣдуетъ немедленно наложить шовъ на пузырь и я съ удовольствіемъ соглашаюсь съ совѣтомъ Stöckel'я, рекомендующаго не выжидать съ наложеніемъ швовъ до конца операціи, а накладывать швы, какъ только поврежденіе распознано. Шовъ и здѣсь во внутреннихъ слояхъ накладывается изъ кэтгута, снаружи—изъ шелка. Гораздо сложнѣе обстоитъ дѣло, если при операціи вслѣдствіе рака матки находятъ пораженнымъ пузырь или послѣдній надрываютъ. Тогда условія заживленія значительно болѣе неблагоприятны, особенно если случится, что зашитая поверхность попадаетъ въ область грануляцій; рана тогда почти никогда не заживетъ. Я видѣлъ лучшіе результаты заживленія съ тѣхъ поръ, какъ я оставляю влагалище открытымъ въ сторону брюшины и только край раны сшиваю кругомъ съ брюшиной. Благодаря этому удается пузырную рану и шовъ прикрыть слизистой оболочкой влагалища по направленію къ брюшной полости и отдѣлить ихъ отъ заживающей *per secundam* раны тазовой брюшины; я надѣюсь, что благодаря этому методу, давшему мнѣ вообще хорошіе результаты, мнѣ удастся и въ даль-



нѣйшемъ добиться успѣха. Главное, конечно, будетъ заключаться въ томъ, чтобы, зная опасность этихъ поврежденій, стараться всячески избѣгать ихъ.

Я хочу еще отмѣтить, что можно достигнуть еще лучшихъ результатовъ, если рану пузыря послѣ ея зашиванія укрѣпить въ нижней части раны разрѣза живота; если рана пузыря не вполне заживаетъ, то остается свищъ, какъ послѣ высокаго сѣченія, большею частью заживающей самъ собою.

Лечение туберкулеза пузыря въ общемъ проводится такимъ образомъ, что при заболѣваніи одной лишь почки послѣдняя удаляется, и тогда обыкновенно излечивается и вторичный туберкулезъ пузыря.

Очень серьезно состояніе, если обѣ почки поражены туберкулезомъ. Теперь все больше можно надѣяться, что примѣненіемъ специфическихъ средствъ, направленныхъ противъ туберкулеза, также и здѣсь можно будетъ кое-чего достигнуть. Какъ разъ при этомъ заболѣваніи въ особенности у меня возникаетъ желаніе примѣнить подобное леченіе, такъ какъ въ клиникѣ у меня встрѣчались различные случаи двусторонняго туберкулезнаго пораженія почекъ. На мѣстное леченіе туберкулеза пузыря можно мало рассчитывать, и я рекомендую лишь впрыскиваніе іодоформнаго масла. Напротивъ, на примѣненіе выскабливанія я не могу рѣшиться.

### XXIII. Лечение половых свищей.

Леченіе свищей полового канала, образовавшихся между послѣднимъ и мочевыми путями, стало теперь чисто оперативнымъ. Лишь въ немногихъ случаяхъ свищъ въ видѣ исключенія заживаетъ иногда самъ собою.

Предварительнымъ условіемъ леченія свищей является ихъ обнаженіе. Въ общемъ этого достигнуть не трудно.

#### 1. Уретрально-влагалищные свищи.

Проще всего отношенія при уретрально-влагалищныхъ свищахъ при операциі ихъ требуется лишь особенная осторожность, которую начинающій часто пренебрегаетъ: именно при освѣженіи не слѣдуетъ вскрывать всей уретры. Разрѣзъ, обычно проводимый при обыкновенныхъ способахъ освѣженія, можетъ очень легко привести къ тому, что все болѣе и болѣе можно приблизиться къ наружному отверстию уретры, чѣмъ создаются условія, которыя скорѣе ухудшаютъ, а не улучшаютъ состояніе больной. Главный успѣхъ, сдѣланный въ леченіи уретрально-влагалищныхъ свищей, заключается поэтому въ образованіи лоскутковъ. Благодаря послѣднимъ безъ всякой потери вещества край свища раздѣляется на 2 части, которыя могутъ быть отдѣлены другъ отъ друга настолько, пока не достигается порядочная толщина раны. Зашиваніе тогда просто.

#### 2. Пузырно-влагалищные свищи.

Для увеличенія простаго пузырно-влагалищнаго свища одинаково требуется хорошее обнаженіе и чистое освѣженіе. Оба положенія, которыя прежде при освѣженіи надо было имѣть въ виду, именно слѣдуетъ ли болѣе круто или плоско освѣжать и слѣдуетъ

ли включать слизистую оболочку пузыря, въ настоящее время въ существенномъ потеряли свое значеніе. Во всѣхъ хорошо доступныхъ свищахъ пробуютъ сдѣлать край раны приблизительно  $\frac{1}{2}$  стм. шириной. Если имѣется мало матеріала, если уже многократно оперировали, то и при пузырьно-влагалищномъ свищѣ цѣлесообразно расщепленіе лоскутовъ, которое производится совершенно такъ же, какъ и при всѣхъ свищахъ. Разсѣкаютъ такъ далеко, чтобы край свища превратился въ раневую поверхность отъ  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{3}{4}$  стм. Точно также для болѣе удобнаго расщепленія лоскутовъ можно сдѣлать разрѣзъ на двухъ, другъ другу противоположащихъ, мѣстахъ и отъ этого разрѣза отпрепаровать слизистую оболочку влагалища. Затрудненія въ зашиваніи свища возникаютъ однако въ томъ случаѣ, если въ область свища вовлечена передняя губа маточнаго зѣва или мочеочникъ. Первое осложненіе въ особенности неприятно, когда матка цѣликомъ не можетъ быть низведена; тогда технически чрезвычайно трудно хорошо освѣжить верхній край раны. Плотныя стѣнки, которыми обладаетъ свищъ въ шейкѣ, препятствуютъ хорошему прилаживанію освѣженныхъ краевъ. Искусство зашиванія подобныхъ свищей существенно улучшается тѣмъ, что стараются расщепить рубецъ и добиться отдѣленія передней маточной губы отъ пузыря. Тогда можно непосредственно закрыть пузырьную стѣнку и поверхъ свища еще пришить верхнюю часть шейки; этимъ достигается хорошее прикрытіе всей раневой поверхности. Если наружный маточный зѣвъ совсѣмъ нельзя низвести, то слѣдуетъ непременно постараться сдѣлать его подвижнымъ, что достигается растяженіемъ влагалища постепенно увеличивающимися каучуковыми шарами *Vozena's* или примѣненіемъ тяжести со ртутью. Можно также прибѣгнуть къ помощи ножа и разрѣзать всѣ рубцы, поскольку они напрягаются при низведеніи или не исчезаютъ послѣ примѣненія шаровъ или тяжести. Иногда придется вскрывать Дугласово пространство, чтобы перерѣзать напрягающіяся связки, причемъ однако, вслѣдствіе близости мочеочника и маточной артеріи, слѣдуетъ быть нѣсколько осторожнымъ. Необходимо во всякомъ случаѣ держаться принципа, что въ большинствѣ случаевъ, путемъ предварительнаго подготовленія или, самое позднее, во время самой операціи, свищи должны стать доступными. Даже случаи, кажущіеся невозможными, въ концѣ-концовъ все же излечиваются; слѣдуетъ считать триумфомъ современной техники возможность излеченія почти всѣхъ этихъ случаевъ.

Если мочеочникъ находится у края свища, то шовъ лишь постолько различенъ, поскольку всячески приходится избѣгать освѣжать самый мочеочникъ или захватить его въ шовъ; иначе закрытіе просвѣта мочеочника можетъ привести къ очень грознымъ результатамъ. И здѣсь также правильный диагнозъ приведетъ къ правильному леченію. Слѣдуетъ освѣженіе производить во влагалищѣ и не ранить ножомъ пузыря или мочеочника.

Наиболѣе неприятыя свищи, подлежащія зашиванію, суть тѣ, которые остаются послѣ экстирпаціи матки. Если свищъ расположенъ вверху въ воронкообразномъ концѣ влагалища, то очень трудно сдѣлать его доступнымъ. Искусная помощь заключается въ томъ, чтобы тщательно освѣжить и очень хорошо зашить. Слѣдуетъ только всегда имѣть въ виду, что заживленіе здѣсь значительно труднѣе, чѣмъ при всѣхъ другихъ пузырьно-влагалищныхъ свищахъ.

При зашивании пузырно-влагалищных свищей гинекологу необходимо при операциях придерживаться описанных принципов. Затѣмъ слѣдуетъ помнить, что для особенныхъ случаевъ показаны особыя правила. Я считаю важной задачей врача умѣть распознавать еще до операции случаи, уклоняющіеся отъ нормъ, и заранѣе отмѣчать ихъ тяжесть и ихъ излечимость. Затрудненіе я считаю доказаннымъ, если я не могу достаточно удобно сдѣлать свищъ доступнымъ и низвести его книзу. Какіе вспомогательные приемы необходимо тогда примѣнить, это зависитъ отъ рода затрудненій. Если напр. одинъ край свища совсѣмъ недоступенъ, въ то время какъ другой край удобнѣе достигается, то слѣдуетъ подумать объ образованіи лоскутовъ. Точно также въ отдѣльныхъ случаяхъ влагалищный лоскутъ заворачивается въ пузырь и подъ нимъ слизистая оболочка зашивается. О разсѣченіи пузырно-маточной перегородки и использованіи шейки для закрытія уже упомянуто; но можно и все маточное тѣло примѣнить для замыканія, какъ это предложено W. A. Freund'омъ. Отдѣленіе пузыря отъ кости, если имѣются какія нибудь ненормальныя сращенія, является дальнѣйшимъ вспомогательнымъ приемомъ, причемъ отдѣленіе можно произвести какъ со стороны влагалища, такъ и со стороны передней брюшной стѣнки.

### 3. Пузырно-шеечные свищи.

Къ третьей категоріи свищей относятся пузырно-шеечные. Ихъ оперировать стало возможнымъ лишь благодаря тому, что шейка хорошо обнажается и вскрывается соединительнотканное пространство между пузыремъ и шейкой; это удается сдѣлать лишь при хорошей доступности тканей; всѣ рубцы, расположенные передъ свищемъ, разсѣкаются, всѣ напрягающіеся соединительнотканные тяжи перерѣзаются. Послѣ обнаженія шейки и поперечнаго разрѣза предъ влагалищной частью зашиваніе производится такимъ образомъ, что отверстіе въ пузырьъ закрывается погружнымъ швомъ; падъ этимъ отверстіемъ зашивается неповрежденная часть шейки, вышележащая или нижележащая и затѣмъ закрываютъ влагалище. Этотъ принципъ надо стараться проводить при всѣхъ операцияхъ. Особенности отдѣльнаго случая дѣлаютъ необходимыми и особенные вспомогательные приемы. Тутъ приходится приспособляться къ каждому отдѣльному случаю.

Особенно важно при леченіи половых свищей разрѣшеніе вопроса, когда можно рассчитывать на произвольное заживленіе. Тутъ приходится считаться съ подобной возможностью въ двухъ направленіяхъ: во-первыхъ, случаи, въ которыхъ уже заранѣе можно на это рассчитывать, и, во-вторыхъ, случаевъ, гдѣ не получилось полного заживленія, но гдѣ потомъ можно падѣяться на закрытіе. Въ первомъ случаѣ наиболѣе благоприятныя условия существуютъ для пузырно-шеечныхъ свищей. Изъ губообразнаго свища, образовавшагося во время родовъ между пузыремъ и половымъ каналомъ, образуется при инволюціи половыхъ частей длинный свищевой каналъ, который все болѣе вытягивается въ длину. Этимъ объясняется также и то, что, пока существуютъ грануляціи, послѣднія могутъ склеиться, если не происходитъ постояннаго вытеканія жидкости. Этимъ самымъ уже предугазанъ путь, благодаря которому облегчаютъ произвольное заживленіе. Вводятъ катетеръ à demeure и такимъ об-

разомъ способствуютъ тому, чтобы больная оставалась сухой. Если послѣ родовъ тотчасъ же распознается пузырно-шеечный свищъ, то показано немедленное введеніе катетера à demeure. Но даже и на второй и третьей недѣлѣ послѣ родовъ можно съ извѣстными шансами на успѣхъ сдѣлать попытку излеченія при помощи подобнаго катетера. Лишь, если послѣ родовъ протекло 4 недѣли и пузырно-шеечный свищъ все же существуетъ или лишь тогда приступаютъ къ леченію его, предсказаніе хуже. Это вполне согласуется съ тѣмъ, что операцію не слѣдуетъ дѣлать раньше 4 недѣль послѣ родовъ. Такимъ образомъ при всѣхъ пузырно-влагалищныхъ свищахъ, подлежащихъ леченію въ послѣродовомъ періодѣ, цѣлесообразно изслѣдовать, не имѣется ли здѣсь дѣла съ этой благоприятной формой. Въ подобномъ случаѣ можно предложить это леченіе съ благоприятнымъ предсказаніемъ. Часто случается, что нельзя въ точности опредѣлить поврежденіе въ первые дни и если возникаетъ сомнѣніе, не имѣется ли здѣсь пузырно-шеечный свищъ, то дѣлаютъ пробу съ постояннымъ катетеромъ, не возбуждая, конечно, яри этомъ большихъ надеждъ. Если дѣло идетъ, несомнѣнно, о пузырно-влагалищныхъ свищахъ, то возможность произвольнаго заживленія почти исключена.

Въ общемъ методъ леченія для ускоренія заживленія не вполне закрывшихся свищей одинаковъ. И здѣсь точно также другъ противъ друга лежитъ грануляціонная ткань, и здѣсь также возможно послѣдовательное наступленіе заживленія при помощи катетера à demeure. Я однако не считаю принципиально необходимымъ введеніе катетера à demeure послѣ операціи свищей, но я считаю это показаннымъ, если пациентка послѣ операціи свища заявляетъ, что у нея вытекаетъ моча.

Прежніе методы закрытія свищей вутемъ прижиганія почти не примѣняются. При очень маленькихъ оставшихся свищахъ я считаю цѣлесообразнымъ сдѣлать попытку воздѣйствія вяжущими средствами—квасцами или танниномъ на края влагалищной раны, для чего я ввожу ихъ на маленькомъ ватномъ тампонѣ.

Уретрально-влагалищные свищи нѣтъ надобности лечить, если свищъ расположенъ ниже середины уретры, такъ какъ вполне безразлично, если при функционирующемъ сфинктерѣ моча вытекаетъ черезъ свищъ или черезъ наружное отверстіе уретры. Важно главнымъ образомъ, чтобы сфинктеръ хорошо функционировалъ.

Поэтому если при уретрально-влагалищномъ свищѣ жалобы прекратились, то не слѣдуетъ напрасно оперировать. Если здѣсь даже и не имѣется анатомическаго излеченія, то его все же достаточно для удержанія мочи, и поэтому слѣдуетъ удовлетворяться, если при уретрально-влагалищномъ свищѣ моча не истекаетъ.

Мочеточничко-влагалищные свищи почти никогда не заживаютъ сами собою. По крайней мѣрѣ на эту возможность не слѣдуетъ никогда рассчитывать.

Изъ методовъ леченія пузырно-влагалищныхъ свищей слѣдуетъ упомянуть еще два способа, которые примѣняются при свищахъ, недоступныхъ иначе излеченію. Первый изъ этихъ способовъ заключается въ закрытіи полового канала подъ свищемъ. Это закрытіе влагалища, kolpokleisis, предложенное, какъ крайнее средство Simon'омъ, теперь все болѣе и болѣе оставляется. Всякій искусный операторъ обращаетъ особенное вниманіе на то, чтобы женщина сохранила нормальныя функціи. Эти стремленія я считаю вполне пра-

вильными и полагаю, что закрытіе полового канала ниже свища должно производиться наивозможно рѣже. Если это приходится дѣлать, то операція заключается въ томъ, что подъ свищемъ отпрепаровывается кольцевидная полоска слизистой оболочки влагалища, толщиною приблизительно въ 1 см., и затѣмъ эту освѣженную часть тщательно зашиваютъ.

Другой способъ, которымъ здѣсь пользуются, это операція со стороны брюшной стѣнки. Здѣсь все сводится къ тому, чтобы сдѣлать себѣ свищъ хорошо доступнымъ и покрыть его здоровымъ мѣстомъ полового канала. Слѣдуетъ также пузырь нѣсколько отслоить отъ стѣнки полового канала. Этимъ путемъ тогда возможно увеличить надежность излеченія. Дѣлаютъ высокое сѣченіе, освѣжаютъ пузырную слизистую оболочку и отдѣляютъ ее нѣсколько отъ ея окружности, или послѣ лапаротоміи проникаютъ въ пузырно-маточную перегородку и прокладываютъ здѣсь путь мимо мочеточниковъ до самаго свища.

Здѣсь едва ли стоить описывать частности операціи; тутъ всякій долженъ составить себѣ планъ операціи въ зависимости отъ затрудненій. Высокое сѣченіе рекомендуется лишь для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ пузырно-влагалищный свищъ другимъ путемъ никакъ нельзя было сдѣлать доступнымъ.

Основное положеніе современной гинекологіи заключается, несомнѣнно, въ томъ, чтобы благодаря пластикѣ непременно достигнуть хорошаго результата. Лишь въ видѣ исключенія только можно теперь рѣшиться на закрытіе полового канала, на hysterokleisis или на kolpokleisis.

#### 4. Мочеточниковые свищи.

Я перехожу теперь къ обсужденію мочеточниковыхъ свищей. Ихъ оперируютъ со стороны влагалища или со стороны полости живота, причемъ выборъ метода зависитъ отъ ихъ доступности. Если край свища во влагалищѣ недостаточно подвиженъ и не поддается легко низведенію, то мнѣ кажется наиболее правильнымъ отказаться отъ влагалищнаго пути и оперировать со стороны брюшной полости.

При операціи со стороны влагалища поступаютъ по Маскенгодту. Послѣдній пересаживаетъ мочеточникъ съ окружающей его слизистой оболочкой влагалища въ сдѣланный въ пузырь разрѣзъ. Съ этой цѣлью онъ проводитъ кругомъ свища разрѣзъ въ видѣ полукруга и отдѣляетъ этотъ полукругъ отъ остальной части влагалища. На неосвѣженномъ мѣстѣ полукруга онъ дѣлаетъ маленькое отверстіе въ пузырь и пришиваетъ отслоенный полукругъ слизистой оболочки влагалища къ слизистой оболочкѣ пузыря и такимъ образомъ внутрь послѣдняго. Теперь во влагалищѣ остается раневая поверхность, которая непосредственно закрывается.

Абдоминальная операція дѣлается лучше всего такимъ образомъ, что послѣ установленія цистоскопомъ, на какой сторонѣ поврежденъ мочеточникъ, послѣдній отыскивается впереди широкой связки и здѣсь перерѣзается. Затѣмъ дѣлаютъ отверстіе въ пузырь, вкалываютъ, какъ это предложили Kocher и Franx, въ перерѣзанный мочеточникъ по иглѣ, прокалываютъ ихъ черезъ какое-нибудь мѣсто пузырной стѣнки, а другой конецъ нити проводятъ непосредственно вблизи и узелъ завязываютъ снаружи. То же самое дѣлаютъ и съ другой частью мочеточника. Затѣмъ закрывается сдѣланное въ пузырь отверстіе, а потомъ брюшная полость.

При боковыхъ свищахъ мочеточниковыхъ, встрѣчающихся особенно послѣ операціи, очень полезной оказалась катетеризація для распиренія нижняго конца мочеточника.

### XXIV. Лечение болѣзней мочеточниковъ.

Изъ заболѣваній мочеточниковъ, кромѣ свищей, лишь немногія попадаютъ къ гинекологу для леченія. Пороки развитія въ особенности рѣдко доступны леченію; трудно вкратцѣ дать общія правила для леченія отдѣльнаго случая. Точное изслѣдованіе состоянія даннаго случая даетъ ясныя указанія для оперативной помощи, если вообще подобнаго рода леченіе еще возможно. Я имѣю при этомъ въ виду ненормальное открытіе мочеточника и закрытіе другого мочеточника, которое при цистоскопическомъ изслѣдованіи представляется въ видѣ кисты пузыря стѣнки.

Катарральное воспаленіе мочеточниковъ чаще предполагается, чѣмъ навѣрное распознается; смѣшеніе съ нѣзитомъ, конечно, возможно. Цистоскопическое изслѣдованіе должно попытаться по возможности установить дифференціальныи діагнозъ. Большею частью назначенія обильнаго питья или вызваннаго этимъ увеличенія количества мочи будетъ достаточно для постепеннаго излеченія; при этомъ слѣдуетъ однако позаботиться объ устраненіи дальнѣйшихъ вредныхъ моментовъ и въ особенности имѣть въ виду регулированіе дѣятельности кишечника. Катетеризація мочеточника, вслѣдствіе болѣзни послѣдняго, должна производиться во всякомъ случаѣ лишь съ осторожностью; катетеризація показана только тогда, когда катарръ мочеточника, какъ таковой, повелъ къ застою въ мочеточникѣ; тогда иной разъ она можетъ быть полезна.

О поврежденіяхъ мочеточниковъ и ихъ леченіи было сказано при ракъ матки.

Въ видѣ исключенія приходится гинекологу лечить и камни мочеточника. Главное вниманіе должно быть обращено на то, чтобы постараться протолкнуть камень черезъ мочеточникъ въ пузырь. Если на основаніи жалобъ пациентки можно предполагать присутствіе камня въ мочеточникѣ, которое при помощи цистоскопа можно подтвердить, то очень полезно назначить теплое питье, повысить діурезъ, примѣнять мѣстно тепло и назначить морфій. Въ тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ это къ дѣлу не приводитъ, можно попытаться расширить устье мочеточника со стороны пузыря. Въ силу анатомическихъ условій положенія мочеточника это отнюдь не легко; этимъ же объясняется, что требуется продолжительное время для производимаго изгнанія камней. Если расширение устья мочеточника не приводитъ къ дѣлу, или камень расположенъ такъ высоко, что попытка уже заранѣе можетъ считаться сомнительной, то и здѣсь наилучшимъ способомъ является операція. Если камень прощупывается со стороны влагалища, то вскрываютъ на мѣстѣ его мочеточникъ со стороны влагалища, удаляютъ камень и зашиваютъ мочеточникъ, а затѣмъ влагалище. У меня самого былъ случай, когда камень сидѣлъ надъ входомъ въ тазъ; я вскрылъ брюшную полость и сдѣлалъ сперва попытку отдалить камень книзу и раздавить его; такъ какъ однако это не легко удавалось, то я вскрылъ брюшину въ области мочеточника, затѣмъ вскрылъ послѣдній, удалилъ камень, который былъ длиною въ 7—8 см., а затѣмъ снова зашилъ мочеточникъ и закрылъ брюшину. Больная поправилась безъ осложнений. вмѣсто этой трансперитонеальной операціи нѣкоторые рекомендуютъ и экстраперитонеальную, но первая мнѣ кажется болѣе простой.

## Предметный указатель.

### А.

Аменоррея 122.  
Ампутация матки по Chrobak'у и Hofmeister'у 144.  
Ампутация portio vaginalis 121.  
Аномалии влагалища 65.  
Антисептическое подготовление операционного поля 40.  
Атрезия полового канала, лечение 67.  
Атрофия матки, лечение 121.

### Б. В\*.

Безкровное расширение шейки матки по Hegar'у 45.  
Беременность при опухолях яичников 182.  
Bгаиновский шприц 16, 17.  
Брюшинная радикальная операция 190.  
Брюшная экстирпация матки по Douen'у 141.

### В. W\*.

Вагинизм 65.  
Вагинит 58, гонорройный у маленьких девочек 61.  
Ванны при хроническом метрит 115.  
Вариальгия 186.  
Wassermann'овская реакция 51.  
Weinhold'овский катетер 71.  
Вентрификсация 101, 111.  
Wertheim'овский зажим 150.  
Вибрационный массаж 18, 19.  
Влагалищная часть, гипертрофия 121.  
Влагалищная экстирпация матки по Douen'у 136.  
Влагалищная экстирпация матки по Schröder'у, Czerny и Billroth'у 136.  
Воспаление влагалища 50.  
Вскрытие абсцессов при нагноении клетчатки вдоль круглой связки 168, через incisura ischiadica major 168.  
Вскрытие Дугласова пространства 165.  
Выворот матки 106.  
Выкидыш, дисменоррея послѣ него 92.  
Вылущение миомы матки, влагалищное 131, опухолей из тазовой клетчатки 135.

### Г. H\*.

Гауданин 28.  
Hegar'овскіе бужи 86.  
Hegar'овскіе расширители 13, 16, 17, 71, 86.

Haematocolpos 69.  
Гематометра, односторонняя 69.  
Гермафродитизм 65.  
Гимнастика 26.  
Гиперплазия эндометрия, железистая 81.  
Гипоспадия 199.  
Hysterotomia anterior 42, 131.  
Гомогенные лучи Рентгена 153.  
Гоноррея 193.  
Грыжи яичника 186.

### Д. D\*.

Двойной крань Stöckel'я 202.  
Дезинфекция 7.  
Дезинфекция алкоголем по методу Schumburg'a 7, 24.  
Дисменоррея 91.  
Dyspareunia 158.  
Дренаж брюшной полости 35.

### Е.

Emmenagoga 123.  
Etmе'овская операция 3, 4.  
Epuresis nocturna 199.

### Ж.

Желудокъ, ракъ его 185.

### З.

Задержание мочи 200.  
Защита разреза живота при операции 31.

### И.

Измѣненія положенія матки, лечение 94.  
Изсѣченіе Фаллопиевыхъ трубъ 160.  
Изъязвленія вульвы 51.  
Имплантація мочеточника по Kocher'у 152, 209.  
Иородныя тѣла въ брюшной полости 35, въ мочевомъ пузырѣ 204.

### И.

Иодная настойка, вливанія ея во влагалище по Schwarz'у 58.

### К.

Камни мочевого пузыря 204, мочеточника 210, уретры 199.  
Кастрация 158, 186, техника 187.  
Катарръ мочевого пузыря 201.  
Катетеризация 19.  
Каучуковые шары Bozeman'a 206.

Кисты влагалища 61.  
Кольпотомія, передняя при миомах матки 135.  
Kolporrhaphia posterior 107.  
Kraurosis vulvae 51.  
Кресло для изслѣдованія G. v. Veit-Schröder'a 9.  
Кэтгутъ 25.  
Кюретки 87.

**Л. Л\*.**

Laminaria digitata 45, 46, 86.  
Лейкоплакия 51.  
Лечение выворота матки по Küstner'y 105.  
Лечение дрожжами по Abraham'y 58.  
Лечение половых свищей по W. A. Freund'y 207.  
Лечение рака матки по W. A. Freund'y 146.  
Лечение тяжестью 18, 174.

**М.**

Массажъ 18, 174, 176.  
Массажъ по Apostoli 4.  
Матка, атрофія ея 121.  
Матка, выворотъ ея 105, выпаденіе ея 206.  
Маточный катетеръ Bozeman-Fritsch'a 17.  
Маточныя кровоточенія 79.  
Маточныя міомы, показанія къ операциі 125.  
Методъ Döderlein'a дезинфекціи кожи 28.  
Методъ Zweifel'я операциі міомъ матки 144.  
Метрить хроническій 114.  
Міома матки 129, влагалищное вылушеніе 131, брюшная операциа 139.  
Міомы, подбрюшинныя 140.  
Міомы влагалища 61.  
Молочница влагалища 60.  
Молочное стекло Carl'a Meyer'a 11.  
Мочевой пузырь, катарръ 201.  
Мочевой пузырь, невроты 203.  
Мочевой пузырь, эктопія 199.  
Мочеточники, воспаленія ихъ 210.  
Мочеточниковыя свищи 209.

**Н.**

Нагноенія брюшной раны 39.  
Надвлагалищная экстирпация матки 144.  
Наркозъ 46.  
Неврастенія, половая 155.  
Невроты мочевого пузыря 203.  
Недержание мочи 198.

**О.**

Образованіе влагалища 65.  
Образованіе рубцовъ во влагалищѣ 63.  
Овариотомія, показанія 178.  
Оварія 186.  
Оперативное лечение начинающагося выпаденія матки по Bischoff'y 107, по Hegar'y 108.  
Операционная комната 22.

Операционныя перчатки, дезинфекція 7.  
Операция Alexander-Adams'a 97.  
Операция опухолей яичника по Sprenger Wells'y 177, 180.  
Операция Schauta при выпаденіяхъ матки 112, 114.  
Операция Trendelenburg'a при эктопіи мочевого пузыря 199.  
Опушеніе яичника 186.  
Освѣженіе промежности по Schröder'y 53, 54.  
Освѣщеніе операционной комнаты по Zeiss-Siedentopf-Krönig'y 23.  
Осложненія при опухоляхъ яичника 179.

**П. Р\*.**

Палочки Menge 8, 16, 89, 117.  
Параметритъ, оперативное лечение 165, рассасывающее лечение 170.  
Пароваріальныя кисты 186.  
Паста по Dimpontallier 77.  
Перекручиваніе ножки опухоли яичника 183.  
Перитонитъ, разлитой, лечение 160, оперативное 162, неоперативное 163, ограниченный, лечение 164.  
Пессаріи, примѣненіе ихъ 95, 104, съ ножкой L'Heine'n'a 14.  
Piaufair'овскіе зонды 8, 13, 16, 75, 89, 117.  
Поваренная соль, подкожныя вливанія физиологическаго раствора ея 163.  
Поврежденія мочевыхъ путей 151, уретры 198, мочевого пузыря 204.  
Повязка 38, по Roux и Graser'y 39.  
Послѣдовательное лечение, способы 38.  
Пробное изсѣченіе влагалищной части 120.  
Проколъ влагалища 41.  
Промежность, разрывъ ея 52.  
Пузырно-влагалищныя свищи 205.  
Пузырно-шеечныя свищи 207.

**Р. R\*.**

Разрывъ опухолей яичника 183.  
Разрѣзъ шейки матки 42.  
Ракъ матки 146, рецидивы 153, влагалища 62, вульвы 57, Фаллопиевыхъ трубъ 188, уретры 199.  
Раннее вставаніе послѣ операциі 39.  
Ректальныя вливанія по Katzenstein'y 163.  
Рентгеновскіе лучи, лечение 20, 21.  
Retroflexio uteri 95, 156.  
Ртутный баллонъ 19, Pinkus'a 176.  
Рубцы тазовой клѣтчатки 170.

**С. S\*.**

Сальпингостомія 193.  
Санаторіи при хроническомъ метритѣ 115.  
Саркомы влагалища 62, матки 154.  
Свѣтовая ванна по Stöckel'ю 173.  
Simon'овскія зеркала 11, 14, 15, 42, 71.  
Скарификаціи 2.  
Слизистыя полипы шейки матки, лечение 120.  
Способъ Franz'a имплантациі мочеточника 152, 209.



Спринцованія влагалища 15, 21, 60, 78, 86.

Срошенія яичниковъ 179.

Стерилизація женщины 159.

### Т.

Тампонада влагалища 2, 14, 21, 58, 59, 72.

Тампонъ-дренажъ Mikulicz'a 38.

Термофоръ 172, 175.

Техника влагалищныхъ операций 129.

Туберкулезъ брюшины 194, матки 74, 79.

Туберкулезъ мочевого пузыря 205.

Туберкулезъ Фаллопиевыхъ трубъ 191, 196.

### У. У\*.

Уретра, воспаленіе 197.

Уретра, выпаденія ея 199.

Уретрально-влагалищные свищи 205.

Уретральные полипы 198.

Urethrocele 198.

Uterus bicornis 69.

Uterus septus 69.

Ученіе Adler'a объ эндометритъ 80.

### Ф. F\*.

Фаллопиевы трубы, леченіе заболѣваній ихъ 79, 187.

Фасціальныи шовъ по Winter'y 31.

Фульгурація по Keating Hart'y и Czerny 57.

Fürbringerg'овская дезинфекція 28.

### Х.

Хлористый цинкъ, прижиганія 75.

Хоріоэпителіома, злокачественная 155, влагалища 62.

### Ц.

Целлулоидныя нити для швовъ 25.

### Ч.

Чревосъщеніе, техника 27.

### Ш.

Шейка матки, безкровное расширеніе ея 45, боковой разръзъ ея 44.

Шейка матки, разрывъ ея 4, операция міомы, находящейся въ каналъ ея 130.

Шелкъ для швовъ 25.

Широкія атрезіи влагалища 68.

### Э.

Экстирпація матки, брюшная 141, влагалищная 137, 141.

Эктопія мочевого пузыря 199.

Электротерапія по Apostoli 4.

Эндометрій, разрушеніе его прижиганіями 89.

Эндометритъ гѣла матки 70, острый 70, хроническій 71.

Энуклеація міомы матки, брюшная 139.

Эписпадія 65, 199.

Эрозіи 116.

### Я.

Яичниковыя опухоли 177.



Ординарный Профессор акушерства и женских болѣзней, Директоръ акушерско-гинекологической Клиники при Императорскомъ Томскомъ Университетѣ, Директоръ Томскаго Родильнаго Дома Вѣдомства Учрежденій Императрицы Маріи.

615.85 + 618.14

# ВНУТРИМАТОЧНЫЯ ВПРЫСКИВАНІЯ.

(Injectiones intrauterinae)

ГОРОДСКАЯ  
БИБЛИОТЕКА  
№ 137.320

## СОДЕРЖАНІЕ:

Предисловіе къ 1-му и 2-му изданіямъ. Краткія литературно-историческія замѣчанія касательно внутриматочныхъ впрыскиваній и вообще внутриматочной терапіи. Систематическія внутриматочныя впрыскиванія въ Томской клиникѣ и ближайшія подробности ихъ производства. Дѣйствіе систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній на половые органы и ихъ отпращленія — прекращеніе менструаціи, измѣненія яичниковъ, измѣненія слизистой оболочки матки, уменьшенія размѣровъ матки. Сущность менструаціи на основаніи данныхъ, добытыхъ при систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ. Значеніе слизистой оболочки матки при заболѣваніяхъ въ области половой сферы. Систематическія внутриматочныя впрыскиванія какъ самостоятельный способъ леченія въ гинекологіи. Терапевтическое примѣненіе систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній: острая воспалительная заболѣванія матки, ея придатковъ, околоматочной кѣлтчатки и тазовой брюшины; хроническія воспалительныя измѣненія половой сферы; трофическія разстройства матки и ея придатковъ. Общіе выводы касательно систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній.

Второе исправленное и дополненное изданіе съ 17-ю рисунками въ текстѣ.



1912. III 14  
Франц Шлиман

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Изданіе К. Л. РИККЕРА  
Невскій пр. 14.  
1899.

618.1

Печатано по распоряженію Императорскаго Томскаго Университета 30 апр. 1899 г.  
Деканъ *М. Поповъ*.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ 1-му ИЗДАНІЮ.

---

Не подлежитъ сомнѣнію, что среди различныхъ способовъ леченія болѣзненныхъ состояній, въ какой-бы области человѣческаго тѣла они ни находились, хирургическій способъ представляется во многихъ случаяхъ наиболее блестящимъ и вѣрнымъ средствомъ борьбы съ болѣзнію, но не подлежитъ также сомнѣнію и то, что существуютъ предѣлы хирургическаго вмѣшательства, дамы которыхъ не желательно было-бы распространять цѣлебное дѣйствіе ножа. Высшая задача терапіи заключается въ сохраненіи заболѣвшаго органа и въ приведеніи его въ состояніе, при которомъ онъ могъ-бы хотя отчасти нести возложенную на него природой работу. Къ сожалѣнію, хирургическая терапія не всегда отвѣчаетъ этому требованію, такъ какъ нерѣдко въ результатъ оперативнаго вмѣшательства получается полное изыятіе заболѣвшаго органа. Конечно, такія серьезныя вмѣшательства являются часто неотложными и нерѣдко составляютъ единственно возможный способъ терапіи, но иногда они производятъ впечатлѣніе преждевременнаго и поспѣшнаго вмѣшательства. Въ особенности это должно быть отнесено къ хирургическому леченію органовъ, дѣятельность которыхъ существенна въ жизненныхъ процессахъ, совершающихся въ организмѣ; къ такимъ органамъ, безъ сомнѣнія, слѣдуетъ отнести производительные органы женщины (матку и яичники), которые въ извѣстный періодъ жизни женскаго организма составляютъ центръ, съ которымъ связаны все остальные жизнепроявленія. Лишеніе женщины этихъ органовъ въ періодъ, когда производительная дѣятельность ея достигаетъ наивысшаго развитія, не можетъ не отразиться на общемъ ея состояніи и влечетъ за собою такія нарушенія въ фізіологическихъ отправленияхъ организма, которыя въ значительной мѣрѣ умаляютъ значеніе и пользу хирургическаго леченія.

Къ числу такихъ операций на женскихъ половыхъ органахъ слѣдуетъ отнести удаление матки (*extirpatio uteri*) и ея придатковъ (*ovario-salpingotomia*) при воспалительныхъ (особенно гнойно-рейнныхъ) пораженіяхъ у молодыхъ женщинъ. Едва-ли кто-либо не согласится съ этимъ положеніемъ, хотя съ другой стороны каждый добавитъ при этомъ, что вышеупомянутыя рѣшительныя хирургическія вмѣшательства обусловлены нерѣдко полною безпомощностью въ подобныхъ случаяхъ устранить болѣзненные припадки иными путями.

Во всякомъ случаѣ необходимо сосредоточить свое вниманіе и свои усилія на отысканіи именно этихъ иныхъ путей терапіи, съ цѣлью ограничить насколько возможно полное удаление существующихъ частей полового аппарата женщины:

Предлагаемый мною способъ леченія внутриматочными впрыскиваніями воспалительныхъ состояній матки и ея придатковъ какъ въ острыхъ, такъ и въ хроническихъ случаяхъ составляетъ по моему мнѣнію, основанному на 5-ти-лѣтнихъ клиническихъ наблюденіяхъ, существенный шагъ консервативной гинекологической терапіи въ указанномъ направленіи.

Мнѣ могутъ возразить (какъ это и имѣло мѣсто однажды), что внутриматочныя впрыскиванія издавна уже извѣстны въ гинекологіи и не могутъ быть разсматриваемы, какъ новый способъ терапіи.

Однако, ознакомившись съ сущностью дѣла въ предлагаемой работѣ, не трудно будетъ замѣтить, что внутриматочныя впрыскиванія въ томъ видѣ, какъ они предлагаются мною, составляютъ новый методъ гинекологической терапіи. Правда, инструментъ, которымъ производятся впрыскиванія — издавна извѣстный инструментъ, равнымъ образомъ и іодная настойка вводилась въ матку десятки лѣтъ тому назадъ, но систематическія впрыскиванія ежедневно въ теченіе 4—6 недѣль не примѣнялись никѣмъ; равнымъ образомъ не было установлено, что такія систематическія ежедневныя впрыскиванія влекутъ за собою прекращеніе менструальной функціи, отсутствіемъ которой можно воспользоваться въ интересахъ терапіи. Съ этой точки зрѣнія способъ Томской клиники — новый способъ и по показаніямъ къ его примѣненію, и по подробностямъ его производства, и, что самое главное, по выясненію основнаго дѣйствія впрыскиваній на половую сферу, дѣйствія, положеннаго въ основу терапевтическаго пользованія впрыскиваніями.

Само собою разумѣется, я менѣ всего думаю, что мною исчерпанъ вопросъ съ надлежащей полнотой и подробностью; многое еще надлежитъ выяснитъ, и съ этой стороны совмѣстныя усилія были бы крайне желательны; если предлагаемая работа вызоветъ интересъ къ ея содержанию и обусловитъ стремленія къ дальнѣйшей разработкѣ вопроса, поставленнаго мною, то я буду нравственно удовлетворенъ и спокойно выслушаю тѣ замѣчанія, которыя могутъ мнѣ быть сдѣланы по поводу литературныхъ пробѣловъ и нѣкоторой растянутости въ изложеніи предлагаемой статьи.

Независимо отъ всего мнѣ можетъ быть сдѣланъ упрекъ по поводу нѣкоторыхъ чисто теоретическихъ разсужденій, которыя совершенно могли бы быть вытѣщены, какъ напримѣръ нѣкоторыя замѣчанія касательно сущности менструаціи и пр., но я не могъ не коснуться мимоходомъ съ теоретической стороны вопросовъ, которые представляютъ интересъ для каждаго гинеколога и полагаю, что 16-тилетнія клиническія занятія дадутъ мнѣ нѣкоторое на то право.

Проф. Ив. Грамматинати.

27 сентября 1897 г.

г. Томскъ.

## ПРЕДИСЛОВІЕ КО 2-МУ ИЗДАНІЮ.

Со времени выхода въ свѣтъ перваго изданія «Внутриматочныхъ впрыскиваній» прошло немного больше года; всѣ имѣвшіеся у меня 350 экземпляровъ разошлись, и уже къ концу прошлаго года приходилось отказывать желающимъ получить мою книжку, за полнымъ ея отсутствіемъ. Все это свидѣтельствуетъ о томъ живомъ интересѣ, съ которымъ врачи отнеслись къ предложенному мною способу сохраняющаго (консервативнаго) леченія страданій женскихъ половыхъ органовъ. Чтобы удовлетворить возникшей среди врачей потребности ближайшимъ образомъ ознакомиться съ способомъ Томской клиники, я рѣшаюсь выпустить 2-е изданіе, дополняя его тѣми данными, которыя накопились со времени выхода въ свѣтъ перваго изданія.

Если годъ тому назадъ я высказалъ увѣренность въ томъ, что предлагаемый мною способъ леченія представляетъ существенный шагъ впередъ въ области сохраняющаго леченія, то въ настоящее время я вполне убѣжденъ, что способъ этотъ займетъ видное мѣсто въ гинекологической терапіи и будетъ наиболее популярнымъ среди врачей, такъ какъ онъ даетъ возможность успешно и скоро врачевать наиболее тяжелыя формы женскихъ страданій, требовавшихъ до послѣдняго времени сложныхъ, не всегда доступныхъ практическому врачу и не всегда успешныхъ оперативныхъ приѣмовъ.

Высказанное только-что убѣжденіе мое основано на накапливающимся все болѣе и болѣе клиническихъ наблюденіяхъ, которыя ставятъ внѣ всякаго сомнѣнія положенія, выставленныя мною ранѣе.

Какъ легко каждый можетъ убѣдиться изъ дальнѣйшаго изложенія, предлагаемый мною способъ въ основаніи своемъ имѣетъ клиническія и анатомическія данныя, впервые установленныя

мною въ Томской клиникѣ и впервые мною обнаруженныя. Это даетъ мнѣ право считать способъ, о которомъ идетъ рѣчь, новымъ способомъ. Съ другой стороны, одна изъ особенностей моего способа заключается въ производствѣ внутриматочныхъ впрыскиваній изодня въ день, безъ перерывовъ, съ цѣлью получить остановку мѣсячныхъ, а въ случаѣ надобности и продлить эту остановку на 2—3 мѣсяца. Для этого требуется въ среднемъ отъ 30—40 ежедневныхъ впрыскиваній. Производимыя при такихъ условіяхъ ежедневныя внутриматочныя впрыскиванія я назвалъ «Систематическими внутриматочными впрыскиваніями» и полагаю, что названіе «систематическій» вполне пригодно для характеристики производимыхъ впрыскиваній. Въ виду этого я считалъ-бы вообще совершенно излишнимъ мѣнять слово «систематическій» на какое-либо другое, а въ частности не вижу оснований, почему бывший мой ординаторъ Г. Лебедевъ, ознакомившійся съ моимъ способомъ въ моей клиникѣ, въ диссертациіи своей, вышедшей въ Петербургъ и трактующей о моемъ способѣ, замѣнилъ слово «систематическій» названіемъ «методическій».

**Проф. Ив. Грамматикати.**

13 апрѣля 1899 г.

г. Томскъ.



Вопросъ о внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ и по настоящее время не можетъ считаться въ достаточной мѣрѣ разработаннымъ, не смотря на то, что примѣненіе этихъ впрыскиваній въ Гинекологию составляетъ одинъ изъ старинныхъ приемовъ леченія женскихъ болѣзней. Оставляя въ сторонѣ не всѣми раздѣляемыя мнѣнія о томъ, что внутриматочныя впрыскиванія были извѣстны древнимъ врачамъ, все же слѣдуетъ признать, что уже въ прошломъ столѣтіи впрыскиванія въ матку начинаютъ имѣть мѣсто въ гинекологической терапіи.

Во всякомъ случаѣ, согласно Chrobak'у <sup>1)</sup>, Видалъ де Касси <sup>2)</sup> долженъ считаться однимъ изъ первыхъ, примѣнившихъ въ болѣе или менѣе значительныхъ размѣрахъ внутриматочныя впрыскиванія; съ другой стороны не подлежитъ сомнѣнію, что съ вопросомъ о внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ въ гинекологическихъ случаяхъ связано имя Steinberger'a <sup>3)</sup>, который въ двадцатыхъ годахъ нынѣшняго столѣтія примѣнилъ съ цѣлью леченія при хроническомъ метритѣ впрыскиванія въ матку t-rae jodi. Изъ врачей, ранѣе приведенныхъ только что авторовъ примѣнявшихъ въ отдѣльныхъ случаяхъ внутриматочныя впрыскиванія, въ особенности слѣдуетъ упомянуть Astruc'a <sup>4)</sup>, пользовавшагося особымъ шприцемъ для впрыскиваній въ матку.

Насколько можно судить по имѣющимся литературнымъ даннымъ (Astruc <sup>5)</sup>, Velpeau <sup>6)</sup>, Vidal de Cassis <sup>7)</sup>, Sthrole <sup>8)</sup>, Sigmund <sup>9)</sup>,

---

<sup>1)</sup> Die Untersuchung der weiblichen Genitalien und allgemeine gynäkol. Therapie. Stuttgart. 1885. стр. 172.

<sup>2)</sup> Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice par les injections intra-vaginales et intra-utérines. Paris. 1840.

<sup>3)</sup> Journal f. Geburtsh. von Siebold Bd. vj. 1837.

<sup>4)</sup> Traité des maladies des femmes. Paris. Изд. 1770 г. Имѣется нѣмецкій переводъ v. Otto. Dresden 1768 г.

<sup>5)</sup> l. c.

<sup>6)</sup> Gazette des hôpitaux. Paris 1842 г.

<sup>7)</sup> l. c.

<sup>8)</sup> Du traitement du cathare utérin par les injections utérines. 1848 г. Gazette de Strasbourg.

<sup>9)</sup> Wiener medicinisch. Wochenschr. 1857. Ueber die Anwendung der ätzenden Mittel auf die innere Wand der Gebärmutter.

Hennig <sup>1)</sup>, Duncan <sup>2)</sup>, Grünewald <sup>3)</sup> и др.] впрыскиванія въ полость матки производились до самаго послѣдняго времени по преимуществу при хроническихъ страданіяхъ внутренняго покрова матки, сопровождающихся или усиленными слизистыми и гнойными истеченіями, или кровотечениями. Что касается до результатовъ впрыскиваній въ полость матки, то они уже съ самаго начала были крайне неутѣшительны и сопровождались, по общему мнѣнію, цѣлымъ рядомъ самыхъ нежелательныхъ случайностей. Чаще всего впрыскиванія въ матку обуславливали обмороки, приступы болѣзненныхъ схватокъ въ области матки, нерѣдко дѣло кончалось воспаленіемъ тазовой брюшины; бывали и случаи, оканчивавшіеся смертью.

У Chrobak'a собранъ цѣлый рядъ подобныхъ смертныхъ случаевъ, что заставило его высказать положеніе, по которому „внутриматочныя впрыскиванія слѣдуетъ считать небезопаснымъ средствомъ, которое должно примѣняться не иначе, какъ на основаніи добросовѣстно взвѣшенныхъ показаній“ (1. с.).

Взглядъ Chrobak'a раздѣлялся многими врачами, и каждый разъ, какъ вопросъ о внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ дѣлался предметомъ обсужденій въ Гинекологическихъ Обществахъ, со всѣхъ сторонъ подчеркивались опасности и случайности этихъ впрыскиваній. Въ засѣданіи Берлинскаго Гинекологическаго Общества 11-го апрѣля 1865 года Fürst <sup>4)</sup> демонстрировалъ шприць Брауна, и по этому поводу С. Mayer распространился объ опасностяхъ и бесполезности внутриматочныхъ впрыскиваній. Ближайшая причина этихъ опасностей, какъ это обнаружилось дальнѣйшими наблюденіями, заключалась прежде всего въ возможности проникновенія впрыскиваемой жидкости въ яйцепроводы и въ возникающемъ при этомъ воспаленіи брюшины. Не смотря на цѣлый рядъ экспериментовъ [Видалъ де Касси, Геннигъ, Клеммъ, Рокитанскій, Сканцони, Ольсгаузенъ, Döderlein, у насъ въ Россіи Горвиць, Соловьевъ <sup>5)</sup>], показавшихъ, что впрыскиваемая жид-

<sup>1)</sup> Der Katarrh der inneren weiblich. Geschlechtstheile. Leipzig 1862.

<sup>2)</sup> Edinburg medic. Journal 1860. On the uterine leucorrhoea of old women.

<sup>3)</sup> Petersburg. medicinisch. Zeitschrift. 1865. Ueber den chronischen Uteruskatarrh.

<sup>4)</sup> Monatschrift f. Geburtsh. und Frauenkrankh. 1865. Bd. XXVI Hf 1. стр. 1.

<sup>5)</sup> Видалъ де Касси, на основаніи опытовъ на трупахъ, устанавливаетъ, что переходъ впрыскиваемой жидкости въ вены матки возможенъ, но что такой же переходъ въ яйцепроводы невѣроятенъ. Въ опытахъ Геннига въ матку вводилась канюля, шейка матки вслѣдъ за этимъ туго завязывалась, и черезъ канюлю при сильномъ давленіи вводилась въ матку окрашенная

кость не такъ легко можетъ попадать въ трубы и антиперистальтическими движеніями этой послѣдней проталкиваться далѣе въ брюшную полость, тѣмъ не менѣе прямыя изслѣдованія на вскрытіяхъ удостовѣрили эту возможность <sup>1)</sup>.

Таковы случаи Hourmann'a <sup>2)</sup>, Bretonneau <sup>3)</sup>, Späth'a <sup>4)</sup>; сюда же слѣдуетъ отнести и случаи Haselberg'a <sup>5)</sup>, Kern'a <sup>6)</sup>, Barnes'a <sup>7)</sup>,

жидкость; въ двухъ случаяхъ такимъ путемъ доказано было проникновеніе жидкости въ вены матки, но ни разу жидкость не попадала въ трубы (цит. по Mackenrodt'y l. c.). Опыты Klemm'a показали, что только при перевязываніи шейки матки, по введеніи въ эту послѣднюю канюли, впрыскиваемая жидкость можетъ быть находима въ венахъ матки, широкихъ связокъ и въ яйцепроводахъ. Экспериментальныя данныя Scanzoni и Горвица отрицательны. Однако, болѣе новые опыты Olshausen'a въ этомъ направленіи, произведенныя на вырѣзанныхъ маткахъ, показали возможность проникновенія жидкости изъ матки черезъ ostium tubae, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже при умѣренномъ давленіи (Klinisch. Beiträge zur Gynäkologie und Geburtsh. Stuttgart. 1884). Ранѣе Olshausen'a аналогичные результаты получены на собакахъ Соловьевымъ (Оперативная Гинекологія. Москва 1883). Наиболѣе рѣшающія данныя по этому вопросу добыты въ самое послѣднее время Döderlein'омъ, который въ случаяхъ полного удаленія матки, передъ производствомъ операци, впрыскивалъ въ матку растворы хлористаго цинка и іода, и въ громадномъ % случаевъ (изъ 6-ти случаевъ въ 5-ти) получалъ переходъ жидкости въ полость яйцепроводовъ и находилъ эту жидкость въ абдоминальныхъ концахъ трубы. Ни предварительное расширение канала шейки матки, ни прочія предосторожности (осторожное, медленное введеніе жидкости въ матку, послѣдовательное высасываніе впрыснутой жидкости) не могли оказать препятствія для слѣдованія впрыснутой жидкости въ трубу и далѣе. (Centr. für Gynäkologie. 1897 № 25. Experim. Untersuch. über intra-uterin. Injectionen).

<sup>1)</sup> Въ практическомъ отношеніи чрезвычайно важнымъ представляется то обстоятельство, что при условіяхъ, ближайшимъ образомъ не вполне выясненныхъ, въ яйцепроводы можетъ проникать жидкость, не только впрыснутая въ матку, но даже при обычныхъ влагалищныхъ инъекціяхъ. Таковъ, между прочимъ, случай, описанный Späth'омъ, гдѣ смерть наступила при явленіяхъ перитонита послѣ влагалищной инъекціи раствора plumbi aceticі, и гдѣ при вскрытіи на серозномъ покровѣ брюшныхъ внутренностей найдены слѣды свинца. Подобнаго рода случаи все же слѣдуетъ считать исключительными и требующими для своего происхожденія условій, которыя могутъ встрѣтиться только какъ исключеніе.

<sup>2)</sup> Schmidt's Jahrb. Bd XXX Hf 41. 1841.

<sup>3)</sup> Цит. по Mackenrodt'y.—См. далѣе.

<sup>4)</sup> Centr. f. Gynäkol. 1878. № 25.

<sup>5)</sup> Monatschr. f. Geburtsh. und Frauenkrankh. Bd XXXIV стр. 62. Въ случаѣ Haselberg'a въ матку впрыснуть liq. ferri Sesquichlorati по поводу кровотеченія. На вскрытіи присутствіе желѣза доказано въ полости праваго яйцепровода, въ значительной мѣрѣ расширеннаго.

<sup>6)</sup> Würtemb. medicinisch. Korrespondenzbl. 1870 цит. по Pozzi см. далѣе.

<sup>7)</sup> Obstet. operation 2 ed. 468.

Neegar и Kaltenbach'a (цитир. по Chrobak'у). Рядомъ съ этимъ обращали на себя вниманіе и такіе случаи, въ которыхъ смертельный исходъ обусловливался проникновеніемъ впрыскиваемой жидкости или воздуха въ сосуды матки и широкихъ связокъ [случаи подобнаго рода наблюдались по преимуществу въ послѣ-родовомъ періодѣ <sup>1)</sup>] или воспаленіемъ брюшины, не всегда происходящимъ отъ внесенія заразныхъ началъ и во всякомъ случаѣ не зависящимъ отъ проникновенія жидкости въ яйцепроводы. Послѣдняго рода случай опубликованъ въ недавнее время Hofmeyer'омъ <sup>2)</sup>. Дѣло шло объ одномъ судебно-медицинскомъ вскрытіи послѣ впрыскиванія 50% раствора хлористаго цинка, при чемъ въ яйцепроводахъ не было найдено и слѣдовъ впрыснутой жидкости, тогда какъ смерть произошла отъ перитонита, причину котораго, безъ сомнѣнія, слѣдуетъ искать въ раздражающемъ влияніи самой впрыснутой жидкости.

На это послѣднее обстоятельство издавна было обращено вниманіе; Kaufmann <sup>3)</sup>, сообщая въ Берлинскомъ Гинекологическомъ Обществѣ о впрыскиваніяхъ, произведенныхъ Noeggerath'омъ, приводитъ мнѣніе послѣдняго, заключающееся въ томъ, что внутриматочныя впрыскиванія по ихъ опасности для больной должны быть изъяты изъ употребленія, и если уже является необходимость въ нихъ, то слѣдуетъ пользоваться жидкостями, которыя менѣе раздражаютъ матку, а потому наиболѣе безопасны (Т-га jodi) по сравненію съ другими фармацевтическими средствами.

Наиболѣе употребительныя для впрыскиванія въ матку средства въ свое время были изслѣдованы съ цѣлью выяснитъ причины, обусловливающія различную степень раздражающаго влиянія на матку, и Nott <sup>4)</sup> въ этомъ отношеніи установилъ, что различныя фармацевтическія средства въ соприкосновеніи съ жидкостью полости матки даютъ различной величины и различной плотности

<sup>1)</sup> Случаи этого рода собраны въ диссертациі Fischer'a (Halle 1879); воздуха, а также во многихъ случаяхъ и выпснутая жидкость находимы были въ венахъ широкой связки (Landsberg), въ венахъ матки (Williams), въ нисходящей полой венѣ и правомъ сердцѣ (Borg), въ восходящей полой венѣ и въ венахъ нижнихъ конечностей (Olshausen. Ueber Luftentritt in die Uterusvenen. Monatschr. f. Geburtsh. und Frauenkrankh. Bd XXIV стр. 350. 1864). Въ работѣ Olshausen'a, только что упомянутой, приведена подробно и казуистика по этому вопросу.

<sup>2)</sup> Zur intrauterinen Therapie. Monatschr. zur Geburtsh. und Gynäkol. Bd IV Hf 4. Berlin 1896.

<sup>3)</sup> Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten Bd XV стр. 96. 1860.

<sup>4)</sup> Americ. Journ. of Obstet.

свертки, и что въ связи съ образованіемъ этихъ свертковъ въ полости матки слѣдуетъ поставить и тѣ болевья схватки, которыя сопровождаютъ внутриматочныя впрыскиванія. Въ томъ же направленіи были произведены изслѣдованія Chrobak'омъ (l. c.), который показалъ, что настойка іода и растворы сѣрно-кислаго цинка образуютъ наименьшіе по величинѣ и наиболѣе рыхлые свертки, и что примѣсъ глицерина препятствуетъ образованію крупныхъ и твердыхъ свертковъ даже при употребленіи желѣзной соли.

Безъ сомнѣнія, величина и свойства образующихся въ полости матки свертковъ могутъ объяснить намъ тѣ коликообразныя боли, которыя слѣдуютъ за впрыскиваніемъ, но все это, однако, не достаточно для оцѣнки тѣхъ случаевъ, когда къ этимъ коликамъ присоединяется воспалительное состояніе брюшины; тутъ необходимо допустить, какъ это сдѣлалъ Hofmeyer (l. c.), что впрыскиваемая жидкость проявляетъ свое раздражающее дѣйствіе на брюшину сквозь толщу маточныхъ стѣнокъ; послѣднее обстоятельство въ особенности имѣетъ мѣсто при употребленіи сильно прижигающихъ средствъ (50% хлор. цинка).

Съ другой стороны дѣлались опыты съ цѣлью выяснитъ размѣры вліянія впрыскиваемыхъ жидкостей на брюшину, и въ этомъ отношеніи заслуживаютъ вниманія опыты E. Schwarz'a <sup>1)</sup>, показавшіе, что liquor ferri и t-ra jodi не обусловливаютъ септическихъ перитонитовъ, и проникновеніе ихъ изъ полости матки въ ближайшіе участки брюшины не можетъ возбуждать большихъ опасеній и ограничивается частичнымъ адгезивнымъ перитонитомъ, не влекущимъ за собой опасности. (Значеніе этихъ опытовъ, однако, умалывается приведенными выше данными Hennig'a и др., показавшими, что опасность впрыскиваній скорѣе зависитъ отъ проникновенія впрыскиваемой жидкости въ сосуды матки чѣмъ въ трубы).

Независимо отъ наиболѣе опасныхъ послѣдствій послѣ впрыскиванія въ матку, наблюдался цѣлый рядъ самыхъ разнообразныхъ припадковъ, не влекущихъ за собой серьезныхъ послѣдствій, но все же подрывающихъ вѣру въ безопасность впрыскиваній. Сюда относятся главнымъ образомъ схваткообразныя боли въ глубинѣ таза, непосредственно слѣдующія за впрыскиваніями и иногда продолжающіяся нѣсколько часовъ. Routh <sup>2)</sup> объяснялъ ихъ судорожнымъ сокращеніемъ внутренняго зѣва матки, зависящимъ отъ дѣйствія введенной жидкости, и потому совѣтовалъ передъ

<sup>1)</sup> Centr. f. Gyn. 1882 № 6.

<sup>2)</sup> Obst. transact. 11 стр. 173.

впрыскиваніемъ расширять каналъ маточной шейки. Schwarz <sup>1)</sup>, наоборотъ, ставилъ въ связь эти схватки съ присутствіемъ въ полости матки слизи, которую совѣтовалъ предварительно впрыскиванія удалять промываніемъ матки безъ расширенія ея канала. Придавали значеніе концентраціи жидкости, ея температурѣ; указывали на возможность въ отдѣльныхъ случаяхъ особенной чувствительности слизистой оболочки матки; предостерегали отъ впрыскиваній при заболѣваніи придатковъ матки; послѣднее мнѣніе высказано Weber'омъ <sup>2)</sup>, Schwarz'омъ (l. c.), Fischer'омъ †). Значеніе заболѣваній въ окружности матки, какъ противопоказанія ко всякаго рода внутриматочнымъ приемамъ, подчеркивается до самаго послѣдняго времени (Hofmeyer l. c.).

Olshausen высказалъ мнѣніе (l. c.), что одни фармацевтическіе препараты (arg. nitricum) обладаютъ свойствами болѣе легко проникать черезъ отверстія трубъ, чѣмъ другіе (t-ra jodi, liquor ferri), такъ какъ болѣзненные симптомы при первыхъ встрѣчаются нерѣдко, при вторыхъ отсутствуютъ.

Въ общемъ причинъ, обусловливающихъ, по мнѣнію различныхъ лицъ, опасныя послѣдствія вслѣдъ за впрыскиваніями, съ теченіемъ времени набралось достаточное количество, и перечень ихъ, вмѣщающій семь пунктовъ, указанъ въ диссертациі Fischer'a (l. c.).

Вотъ эти пункты: 1) проникновеніе жидкости изъ полости матки черезъ яйцепроводы въ брюшную полость; 2) опасность въ связи съ существованіемъ воспалительныхъ состояній въ окружности матки; 3) проникновеніе впрыснутой жидкости въ сосуды матки; 4) проникновеніе въ вены матки; 5) опасности въ связи съ внесеніемъ заразы въ моментъ впрыскиванія; 6) химическое вліяніе жидкости; 7) шокъ.

Однимъ словомъ, источниковъ опасностей много, и хотя уже Chrobak (l. c.), вмѣстѣ съ Гегаромъ и Кальтенбахомъ, и считалъ не подлежащимъ сомнѣнію тотъ утѣшительный фактъ, что въ литературѣ нѣтъ ни одного наблюденія смертельно окончившагося внутриматочнаго впрыскиванія, въ которомъ были бы соблюдены всѣ необходимыя предосторожности, и хотя не такъ давно внутриматочныя впрыскиванія встрѣтили опять поддержку со стороны врачей, опытность которыхъ не подлежитъ сомнѣніямъ <sup>3)</sup>, тѣмъ

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. XX стр. 246

<sup>2)</sup> Berlin. Klin. Wochenschr. 1875 № 41.

†) Dissert. Halle 1879 цит. по Mackenrodt'y.

<sup>3)</sup> Olshausen. Klin. Beitr. zur Gyn. und Geburtsh. Stuttgart 1884 стр. 28.  
Pozzi. Traité de Gynécologie clinique et opératoire. Paris. 1885 стр. 206.

не менѣе среди женскихъ врачей прежде и теперь съ представленіемъ о внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ связывается нѣчто опасное для здоровья и жизни больной. Никогда внутриматочныя впрыскиванія не пользовались симпатіями врачей, временами совершенно исчезали изъ ихъ практики и только въ клиникахъ и больницахъ продолжали занимать скромное мѣсто въ гинекологической терапіи и то періодами, до перваго неудачнаго случая, послѣ котораго впрыскиванія снова изгонялись на нѣкоторое время, уступая мѣсто другимъ лечебнымъ способамъ, вытѣснявшимъ впрыскиванія.

Среди этихъ другихъ способовъ, имѣвшихъ вліяніе на дальнѣйшее развитіе вопроса о впрыскиваніяхъ, особенное значеніе имѣли 1) выскабливаніе заболѣвшей слизистой оболочки матки (*abrasio mucosae uteri*), предложенное въ 1846 году Роберт'омъ, однимъ изъ учениковъ Ресаміера и только съ 70-хъ годовъ начавшее входить въ употребленіе, благодаря трудамъ Симона, Негара, Калтенбах'а и особенно Олшгаузен'а и 2) прижиганіе слизистой оболочки матки (*cauterisatio mucosae uteri, intrauterine Aetzung*), производимое не при посредствѣ впрыскиваній въ матку прижигающей жидкости, а достигаемое путемъ соприкосновенія слизистой оболочки съ прижигающимъ физическимъ или химическимъ агентомъ—калийный жаръ по Абеилле'ю—*Cautérisation au fer rouge*<sup>1)</sup>; постоянный токъ по Апостоли; введеніе въ полость матки прижигающихъ палочекъ (*flèches au chlorure de zinc, zincum alluminatum in baculis* и т. д.), такъ называемыхъ антрофоровъ; прижиганіе посредствомъ Playfair'овскаго зонда и его видоизмѣненій.

Каждый изъ перечисленныхъ способовъ леченія отвлекалъ на нѣкоторое время вниманіе врачей отъ впрыскиваній, но ни одинъ изъ предлагаемыхъ способовъ, въ силу своей особенности и по своимъ конечнымъ результатамъ не могъ окончательно вытѣснить изъ практики впрыскиванія. Выскабливаніе слизистой оболочки матки часто не сопровождается полнымъ успѣхомъ—это извѣстно и теперь каждому женскому врачу, наблюдающему больныхъ послѣ выскабливанія. Конечно, трудно указать цифру успѣха послѣ выскабливанія, такъ какъ больныя большею частью исчезаютъ изъ наблюденія, и дальнѣйшее теченіе болѣзни ихъ (*Endometritis*) неизвѣстно, но въ общемъ можно сказать, что въ 30%—40% случаевъ результаты послѣ выскабливанія отрицательны.

У Абеилле'я (l. c.) собраны цифровыя данныя нѣкоторыхъ фран-

<sup>1)</sup> *Métrites, endométrites chroniques etc. Paris 1890.*

цузскихъ авторовъ, которыя могутъ служить основаніемъ для такого положенія. Такъ, Bouilly на 69 выскабливаній получилъ только 39 выздоровленій, Terrillon на 63 выскабливанія 36 выздоровленій, Richelot на 70 выскабливаній—53 выздоровленія; въ общемъ на 202 случая 74 отрицательныхъ результата, что составляетъ 36%. Болѣе успѣшные результаты получаются при фунгозныхъ формахъ эндометрита, но и тутъ не всѣ случаи сопровождаются полнымъ успѣхомъ; въ Basel'ской клиникѣ при этихъ условіяхъ было 17% неудачъ <sup>1)</sup>. Чтобы обезпечить болѣе вѣрный успѣхъ выскабливанія, прибѣгали и прибѣгаютъ къ послѣдовательному леченію полости матки посредствомъ прижиганій или впрыскиваній, что, само собою разумѣется, уже отнимаетъ у выскабливанія значеніе самостоятельнаго лечебнаго способа.

Далѣе, какъ ни проста техника выскабливанія, тѣмъ не менѣе это послѣднее нельзя назвать совершенно безопаснымъ приемомъ, такъ какъ и послѣ него могутъ наблюдаться смертные случаи. Такъ на 383 выскабливанія въ Лейпцигской клиникѣ (Prof. Zweifel) за время отъ апрѣля 1887 г. и по іюль 1891 года наблюдалось два смертныхъ случая, <sup>2)</sup> а Heinrichus до 1886 года собралъ въ литературѣ 15 смертныхъ случаевъ послѣ выскабливанія (цит. по Döderlein'у).

Независимо отъ этого выяснилось въ дальнѣйшемъ, что выскабливаніе полости матки съ успѣхомъ можетъ быть примѣнено только въ ограниченномъ числѣ случаевъ пораженія внутренняго покрова матки. По Olshausen'у <sup>3)</sup> это будутъ 1) случаи послѣ выкидыша, 2) случаи, гдѣ выскабливаніе предпринимается съ діагностической цѣлью и 3) случаи, гдѣ является необходимость удалить разросшуюся слизистую оболочку (Schleimhautwucherungen), обусловливающую кровотеченія и обильныя выдѣленія (endometritis fungosa); въ случаяхъ послѣдняго рода, чтобы предохранить больную отъ возвратовъ болѣзни, Olshausen совѣтуетъ, однако, вслѣдъ за выскабливаніемъ дѣлать рядъ впрыскиваній въ матку (10%—20% хлористаго цинка).

Въ разсужденіяхъ, которыя сопровождали докладъ Olshausen'а въ Берлинскомъ медицинскомъ обществѣ, были высказаны раз-

<sup>1)</sup> Cent. f. Gyn. № 31. 1895.

<sup>2)</sup> Döderlein. Ueber abrasio mucosae. Berlin. 1892.

Forles. über klinische Gynäcologie von Prof. Zweifel. P. 413.

<sup>3)</sup> Olshausen. Ueber intrauterine Behandlung vorzugsweise mittels der Cürette. Diskussion über diesen Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft. Centr. f. Gyn. 1895 № 8.



нообразныя мнѣнія <sup>1)</sup>. Landau стоялъ за ограниченіе выскабливанія, Dührssen за выскабливаніе съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ полости, Bröse высказался исключительно за прижиганіе, Veit того же мнѣнія.

Въ общемъ берлинскіе гинекологи не особенно отстаивали выскабливаніе и большее значеніе придавали прижиганіямъ полости матки посредствомъ Playfair'овскаго зонда, за исключеніемъ Olshausen'a, который остался на сторонѣ внутриматочныхъ впрыскиваній, не смотря на сопровождающія эти инъекціи боли.

Вопросъ сосредоточился такимъ образомъ на внутриматочныхъ прижиганіяхъ (Cautérisation intra-utérine, intrauterine Aetzung, Auspinselung oder Auswischung des Uterus), и главнымъ образомъ со времени заявленій Rheinstaeder'a <sup>2)</sup> и Bröse <sup>3)</sup> на прижиганіяхъ хлористымъ цинкомъ (50%). Успѣшные результаты послѣ прижиганій хлористымъ цинкомъ сообщили Fränkel <sup>4)</sup> изъ Бреславля, Szabo изъ Будапешта <sup>5)</sup>, Dumontpallier и Polaillon (crayon de chlorure de zinc) <sup>6)</sup> Grechen изъ Люксембурга <sup>7)</sup>, Eichholz изъ Kreuznach'a <sup>8)</sup> и мн. др.

Не смотря однако на то, что прижиганія полости матки такъ горячо предлагались со всѣхъ сторонъ, и не взирая на то, что и по настоящее время прижиганія эти пользуются распространеніемъ въ практикѣ врачей и имѣютъ своихъ убѣжденныхъ сторонниковъ, тѣмъ не менѣе многіе врачи воздерживаются отъ прижиганія полости матки, указывая и на несовершенства этого способа и на тѣ нежелательныя послѣдствія, которыя нерѣдко наблюдаются послѣ всѣхъ вообще видовъ сильнаго прижиганія полости матки и въ частности послѣ употребленія хлористаго цинка. Не говоря уже о трудностяхъ, при употребленіи сильныхъ прижиганій, предохранить ниже лежащія части половыхъ органовъ (шейку матки, влагалище) отъ одновременнаго прижиганія,—слѣ-

<sup>1)</sup> Centr. f. Gyn. 1895 № 8. P. 217.

<sup>2)</sup> Praktische Grundzüge der Gynäcologie. Berlin. 1888; Centr. f. Gyn. 1888 № 34.

<sup>3)</sup> Zur intrauterine Chlorzinkaetzung. Centr. f. Gyn. 1888 № 28.

<sup>4)</sup> Ueber Chlorzincätzungen bei sog. inoperablem Uteruscarcinom und bei chronischer Endometritis. Centr. f. Gyn. 1888 № 37.

<sup>5)</sup> Behandlung der Endometritis. Centr. f. Gyn. 1890 № 7.

<sup>6)</sup> Gazette des hôpitaux 1887 p. 506. Centr. f. Gyn. 1890 № 20—23.

<sup>7)</sup> Klinische und Therapeutische Mitteilungen zur Lehre von der chronischen Endometritis. Das Chlorzink in der Gynäkologie. 1891 Berlin. Gynäk. Studien und Einfahrn. Heuser's Verlag.

<sup>8)</sup> Uterus Irrigation oder intrauterine Aetzung? 1892. Heuser's Verlag. Berlin.

дуетъ указать на болѣе сильныя болевья ощущенія, которыя слѣдуютъ за прижиганіемъ и которыя дѣлаютъ эти прижиганія крайне мучительными для больныхъ; въ этомъ отношеніи введеніе въ полость матки прижигающихъ палочекъ всего болѣе представляется неудобнымъ. При введеніи прижигающей жидкости на зондѣ, обернутомъ ватой, наибольшему прижигающему дѣйствию подвергается цервикальный каналъ и внутренній зѣвъ матки, въ которыхъ остается большая часть прижигающей жидкости; полость матки при этомъ подвергается наименьшему дѣйствию, да и то не во всѣхъ своихъ участкахъ, такъ какъ введенный зондъ не можетъ коснуться всѣхъ участковъ поверхности матки, часто расширенной патологическимъ секретомъ. Каждый, кто хотя одинъ разъ попробовалъ прижечь полость матки зондомъ, обернутымъ ватой, намоченной въ прижигающей жидкости, долженъ будетъ согласиться съ указанными только-что неудобствами.

Независимо отъ этого, вслѣдъ за выдѣленіемъ изъ матки участковъ слизистой оболочки, подвергшихся дѣйствию медикамента (струнь—Aetzschopf, l'eschare) могутъ наблюдаться послѣдовательныя образованія рубцовой ткани, которая въ свою очередь можетъ вести къ ограниченію (stenosis) или къ уничтоженію (atresia) просвѣта. Dumontpallier у молодыхъ женщинъ на 100 случаевъ прижиганій (палочки изъ 33<sup>o</sup>/<sub>o</sub> хлористаго цинка) упоминаетъ о 4-хъ случаяхъ полной артезій цервикальнаго канала; при тѣхъ же условіяхъ Polaillon на 39 случаевъ получилъ 2 атрезіи (цит. по Abeille'ю l. c.); Doléris, Charpentier, Budin <sup>1)</sup>. Pozzi <sup>2)</sup> въ общемъ высказываются не въ пользу прижиганія; о возможности суженій, обусловливающихъ дисменоррейныя явленія, упоминаетъ и Rheinstädter, хотя лично онъ не наблюдалъ ихъ у своихъ больныхъ. Однимъ словомъ поставленный Eicholz'омъ (l. c.) вопросъ: Uterus Irrigation oder intrauterine Aetzung? не такъ скоро можетъ быть рѣшенъ въ пользу прижиганій, а если принять при этомъ во вниманіе, что болѣе опытные гинекологи какъ Olshausen, Pozzi и др. продолжаютъ оставаться сторонниками впрыскиваній, а не прижиганій, то поставленный выше вопросъ приходится рѣшить какъ разъ наоборотъ тому, какъ рѣшилъ его Eicholz.

Обращаясь къ своему личному опыту, я долженъ сказать, что вотъ уже 6 лѣтъ, какъ я въ широкихъ размѣрахъ упо-

<sup>1)</sup> Centr. f. Gyn. 1895 № 31.

<sup>2)</sup> Traité de Gyn. l. c.

гребляю въ Томской клиникѣ и въ своей частной практикѣ внутриматочныя впрыскиванія и ни разу не наблюдалъ никакихъ случайностей, которыя могли бы говорить противъ практикуемаго мною способа леченія.

Чтобы судить о размѣрахъ производимыхъ въ моей клиникѣ внутриматочныхъ впрыскиваній и о тѣхъ болѣзненныхъ состоянiяхъ, при которыхъ примѣнялись эти впрыскиванія, я приведу отчеты по этому поводу за нѣкоторые года, въ теченіе которыхъ имѣются наиболѣе полныя свѣдѣнія <sup>1)</sup>.

За 1896-й годъ и первые два мѣсяца 1897 года въ моей клиникѣ имѣются свѣдѣнія о 3520 впрыскиванiяхъ въ матку, произведенныхъ 115 больнымъ (какъ стационарнымъ, такъ и амбулаторнымъ) съ самыми разнообразными формами заболѣванiй.

- 1) При различныхъ формахъ *endometrit'a* впрыскиванія дѣлались . . . . . у 24 больныхъ
- 2) При *salpingo-oophorit'axъ*, какъ одностороннихъ, такъ и двустороннихъ, а равно и въ различныхъ стадiяхъ заболѣванiя (въ острыхъ и хроническихъ случаяхъ). . . . . у 71 больн.
- 3) При *perimetritis exudativa* . . . . . у 10 "
- 4) " *perimetritis chronica* . . . . . у 6 "
- 5) " *parametritis* . . . . . у 2 "
- 6) " *myoma uteri* . . . . . у 2 "

Изъ этихъ 115 больныхъ 19 находились въ остромъ періодѣ заболѣванiя, и къ внутриматочнымъ впрыскиванiямъ приступлено въ началѣ болѣзни, при острыхъ przypadкахъ заболѣванiя, сопровождавшихся ивышенной температурой тѣла больныхъ; далѣе, въ половинѣ случаевъ (58) дѣло шло о нерожавшихъ.

За 1898 годъ въ Томской клиникѣ имѣются свѣдѣнія о 3535 внутриматочныхъ впрыскиванiяхъ, произведенныхъ 108 больнымъ. Изъ этого числа впрыскиванiй 945 произведено стационарнымъ больнымъ клиники, и 2590 амбулаторно.

Впрыскиванія производились при слѣдующихъ болѣзненныхъ состоянiяхъ:

<sup>1)</sup> Внутриматочныя впрыскиванія производились мною и моими ординаторами—докторами Булюкиной, Лебедевымъ (быв. орнат.) Прейсманомъ, Зисманомъ (быв. орд.) и Востоковымъ, а кромѣ того въ нѣкоторыхъ случаяхъ и студентами послѣдняго курса подъ моимъ руководствомъ или подъ наблюденіемъ ординаторовъ.

- 1) При различныхъ формахъ endometrit'a у 22 больныхъ.
- 2) При salpingo-oophorit'ахъ какъ одностороннихъ (9 случаевъ), такъ и двустороннихъ (53 случая), какъ въ хроническихъ, такъ въ острыхъ и подострыхъ случаяхъ, при чемъ на мѣстѣ придатковъ матки опредѣлялись большей или меньшей величины воспалительныя опухоли . . . . . у 62 больн.
- 3) При perimetritis exudativa . . . . . у 5 „
- 4) „ peri-parametritis puerperalis спустя нѣсколько недѣль послѣ родовъ . . . у 1 „
- 5) „ старыхъ остаткахъ воспалительныхъ процессовъ въ окружности матки—  
residua perimetritidis (6 случаевъ) и  
residua parametritidis (4 случая) . . . у 10 „
- 6) „ myoma uteri . . . . . у 2 „
- 7) Послѣ недавно протекшихъ абортвъ . . у 6 „

Одновременно съ воспалительными измѣненіями въ 24 случаяхъ наблюдались различныя формы измѣненія положенія матки кзади (retrodeviatio uteri):

retropositio uteri . . . . .	9 случаевъ
retroversio uteri. . . . .	3 „
retroflexio uteri . . . . .	12 „

Болѣе или менѣе значительныя разрывы въ области шейки матки наблюдались одновременно у 6-ти больныхъ, въ области промежности у 1 больной.

Изъ 108 больныхъ рожавшихъ было 74, нерожавшихъ 34.

Вообще примѣненіе внутриматочныхъ впрыскиваній въ Томской клиникѣ имѣетъ мѣсто съ осени 1893 года, и въ послѣдніе 3 года въ среднемъ производится отъ 3500 до 4000 впрыскиваній въ годъ.

На все число впрыскиваній, а ихъ было произведено за истекшіе года около 15 тысячъ, я ни разу не наблюдалъ какихъ либо дурныхъ и серьезныхъ для больныхъ послѣдствій.

Большинство больныхъ не обнаруживало никакихъ болѣзненныхъ явленій послѣ впрыскиваній; у другихъ незначительныя припадки появлялись только послѣ первыхъ впрыскиваній; нѣкоторыя больныя жаловались въ теченіе первыхъ часовъ на незначительныя боли въ глубинѣ таза и въ паховыхъ областяхъ, и только въ исключительныхъ, единичныхъ случаяхъ (у 5 больныхъ) на-

блюдались болѣе бурныя явленія, состоящія въ острыхъ боляхъ внизу живота, сопровождавшихся тошнотой, учащеннымъ пульсомъ, блѣдностью лица. Уже черезъ  $\frac{1}{2}$  часа при обычныхъ мѣрахъ, о которыхъ рѣчь будетъ дальше, явленія эти ослабѣвали и въ дальнѣйшемъ не оставляли за собой никакихъ послѣдствій. Во всѣхъ только что упомянутыхъ случаяхъ не были соблюдены всѣ правила, которыми обычно я руководствуюсь: внутренній зѣвъ матки не былъ достаточно проходимъ, жидкость не была достаточно тепла, впрыскиваніе произведено недостаточно привычной рукой и т. д.

Если принять во вниманіе, что впрыскиванія дѣлались не только при хроническихъ страданіяхъ въ окружности матки, но и при острыхъ пораженіяхъ придатковъ матки и тазовой брюшины, то, мнѣ кажется, едва-ли можно продолжать настаивать на взглядѣ, что внутриматочныя впрыскиванія составляютъ небезопасный методъ леченія въ гинекологіи. Онъ совершенно безопасенъ, и лучшимъ доказательствомъ этого служатъ тѣ тысячи впрыскиваній, которыя сдѣланы за послѣднія 6 лѣтъ въ Томской клиникѣ.

Чѣмъ же объяснить приведенныя выше опасности впрыскиваній, и насколько ихъ можно считать присущими указанному способу леченія?

Безъ сомнѣнія, все зависитъ отъ соблюденія опредѣленныхъ правилъ при производствѣ впрыскиваній въ матку, и отступленіе отъ этихъ правилъ, конечно, можетъ вести къ нежелательнымъ осложненіямъ. Это общее положеніе, имѣющее силу при какомъ угодно лечебномъ приѣмѣ.

Скарификаціи влагалищной части при несоблюденіи правилъ обеззараживанія могутъ обусловливать различнаго рода септические процессы въ окружности матки, и иногда эти случайности принимаютъ довольно серьезный характеръ; при извѣстныхъ случаяхъ тѣ же скарификаціи могутъ сопровождаться обильной потерей крови, и однако никто не станетъ утверждать, что эти случайности составляютъ характерную особенность скарификацій; каждый объяснить эти случайности несоблюденіемъ должныхъ предосторожностей, допущеніемъ неправильностей въ производствѣ, отсутствіемъ должнаго навыка и т. д.

То же самое имѣетъ мѣсто и по отношенію къ внутриматочнымъ впрыскиваніямъ. При соблюденіи должныхъ предосторожностей или лучше сказать при соблюденіи опредѣленныхъ правилъ, а также при знакомствѣ съ общими основаніями способовъ гинекологическаго изслѣдованія—внутриматочныя впрыскиванія составляютъ безопасный способъ терапіи.

Обращаясь ближайшимъ образомъ къ подробностямъ производства внутриматочныхъ впрыскиваній, слѣдуетъ прежде всего подчеркнуть 1) важность соблюденія тщательной чистоты (асептики), такъ какъ заразныя начала, занесенныя въ матку изъ нижележащихъ частей (влагалище, наружныя половыя части, anus) могутъ прежде всего сдѣлать внутриматочное впрыскиваніе исходной точкой серьезнаго осложненія. При этомъ слѣдуетъ вполне согласиться съ Gottschalk'омъ <sup>1)</sup> въ томъ отношеніи, что источники заразы заносятся большею частью въ матку со стороны прямой кишки и наружныхъ половыхъ частей, въ особенности со стороны волосистой части этихъ частей. Въ виду этого прежде чѣмъ что бы то ни было предпринимать въ области внутреннихъ половыхъ органовъ и въ частности прежде чѣмъ входить въ матку какимъ бы то ни было инструментомъ, необходимо произвести тщательную очистку указанныхъ выше частей; а такъ какъ чистка эта можетъ быть достигнута при условіи основательнаго мытья на операционномъ столѣ или поперечной кровати, то отсюда вытекаетъ прежде всего то положеніе, въ силу котораго каждое внутриматочное впрыскиваніе должно производиться при положеніи больной на операционномъ столѣ или поперечной кровати, послѣ тщательнаго мытья наружныхъ частей и влагалища (мыломъ и растворомъ сулемы 1: 3000), и послѣ обнаженія глубже лежащихъ частей желобоватыми зеркалами. Впрыскивать при обычныхъ условіяхъ амбулаторнаго приѣма на кушеткѣ и черезъ створчатое зеркало, а тѣмъ болѣе, какъ это дѣлалось прежде, безъ зеркала по пальцу, введенному во влагалище—по моему мнѣнію непозволительно и противорѣчитъ самымъ простѣйшимъ требованіямъ современной гинекологической діагностики и терапіи.

2) Каждое впрыскиваніе въ матку должно по возможности ограничиваться небольшимъ промежуткомъ времени, такъ какъ продолжительное пребываніе инструмента въ маточномъ каналѣ и въ маточной полости не только обусловливаетъ возможность большей травмы, но независимо отъ этого можетъ въ большей степени возбуждать болѣзненные сокращенія матки, обусловленныя раздражающимъ вліяніемъ введеннаго инструмента. Въ виду этого къ впрыскиванію слѣдуетъ приступать только послѣ того, какъ извѣстно точно направленіе маточнаго канала, и послѣ того, какъ каналъ этотъ приведенъ въ состояніе, при которомъ впрыскивающій инструментъ свободно проходитъ въ полость матки.

<sup>1)</sup> Einige allgemeine Bemerkungen zur intra-uterinen Diagnostik und Therapie. Berlin. Klinik 1865 76.

Слѣдовательно, передъ впрыскиваніемъ зондированіемъ необходимо установить направленіе канала матки, и если каналъ матки и внутренней зѣвъ не настолько широки, чтобы верхушка спринцовки могла свободно пройти въ полость матки, то слѣдуетъ вслѣдъ за зондомъ провести нѣсколько №№ Гегаровскихъ расширителей (№№ 3—5).

Какъ показываютъ наблюденія въ Томской клиникѣ, къ подобному предварительному расширенію матки приходится прибѣгать почти въ  $\frac{1}{5}$  всѣхъ случаевъ; изъ упомянутыхъ выше 115 больныхъ расширеніе потребовалось у 25 больныхъ.

Далѣе, что-бы ни говорили объ опасностяхъ и необходимости ограниченія зондированія матки <sup>1)</sup>, все же мнѣ кажется въ вопросѣ, о которомъ идетъ рѣчь, обойтись безъ зонда нельзя, а при умѣломъ и осторожномъ пользованіи имъ, онъ останется полезнымъ и безопаснымъ инструментомъ. Предварительное расширеніе цервикальнаго канала и внутренняго зѣва матки полезно еще и въ томъ отношеніи, что вслѣдъ за впрыскиваніемъ изъ полости матки болѣе легко вытекаетъ и выпрыснутая жидкость и легче изгоняется въ послѣдующіе часы содержимое матки, состоящее иногда изъ небольшихъ свертковъ слизи, образовавшихся подъ вліяніемъ выпрыснутой жидкости. Съ цѣлью облегчить это изгнаніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится провести зондъ и послѣ впрыскиванія.

3) Количество впрыскиваемой жидкости въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должно сообразоваться съ объемомъ полости матки (о чемъ отчасти можно судить на основаніи данныхъ предварительнаго зондированія), должно сообразоваться съ легкостью, съ которою впрыскиваемая жидкость вытекаетъ обратно изъ отверстія матки, съ степенью чувствительности, которую обнаруживаютъ больныя въ это время. Чѣмъ растянутѣе полость матки, тѣмъ большее количество жидкости можетъ быть выпрыснуто, чѣмъ труднѣе жидкость вытекаетъ обратно, тѣмъ меньшимъ количествомъ введенной жидкости надо ограничиться; при появленіи чувствительности въ области матки въ моментъ впрыскиванія, необходимо тотчасъ вывести инструментъ обратно, ограничиваясь самымъ *minimal'нымъ* количествомъ жидкости. Въ общемъ количество введенной въ матку жидкости колеблется отъ 1 grm.—2 grm. У многорожавшихъ чаще приходится впрыскивать 2 grm., у нерожавшихъ 1 grm.; такимъ же количествомъ приходится ограничиваться при первыхъ впрыскиваніяхъ и у очень чувствитель-

<sup>1)</sup> Olshausen, Centr. f. Gyn. 1865 № 8; Gottschalk—l. c.

ныхъ особъ. При нѣкоторыхъ болѣзненныхъ процессахъ въ области матки и ея окружности можно смѣло впрыскивать и maximal'ныя количества. (См. далѣе).

4) Свойства впрыскиваемой жидкости, ея температура, химическій составъ и концентрація раствора, безъ сомнѣнія, играютъ большую роль, и по отношенію къ нѣкоторымъ фармацевтическимъ средствамъ имѣются и клиническія данныя. Кромѣ растворовъ хлористаго цинка (Hofmeyr l. c.), растворовъ argenti nitrici (Olshausen l. c), средства, дающія въ полости матки объемистые и плотные свертки (см. выше), должны быть изъяты изъ употребленія. Само собою разумѣется, выборъ средства зависитъ еще и отъ тѣхъ цѣлей, какія имѣются въ виду достигнуть впрыскиваніемъ въ матку. Растворы ol. martis несомнѣнно обладаютъ болѣе быстрымъ кровоостанавливающимъ дѣйствіемъ, чѣмъ t—ra jodi; съ другой стороны, могутъ появиться новые фармацевтическія средства, которымъ будетъ отдано предпочтеніе. Поэтому ограничить область впрыскиваній опредѣленными медикаментами не представляется возможнымъ. Можно только на основаніи клиническаго опыта сказать, что наиболѣе удобной для впрыскиванія въ полость матки является предложенная издавна t—ra jodi, рекомендованные въ новѣйшее время водные и спиртовые растворы alumno'я <sup>1)</sup> предложенная мною смѣсь 5% спиртоваго alumno'я съ іодной настойкой, разбавленной наполовину 95% спиртомъ <sup>2)</sup>, пожалуй, слабые растворы ol. martis. Какъ будетъ видно изъ дальнѣйшаго изложенія, всѣмъ требованіямъ, которыя должны быть предъявлены внутриматочному впрыскиванію въ смыслѣ его терапевтическаго дѣйствія, удовлетворяетъ t—ra jodi, въ особенности въ смѣси съ alumno'емъ, на которой и можно было бы остановиться въ настоящее время. Рекомендованная мною смѣсь прекрасно переносится больными, не сопровождается никакими случайностями и обезпечиваетъ тотъ терапевтическій эффектъ, который составляетъ, по моему мнѣнію, основу въ лечебномъ дѣйствіи впрыскиваній въ матку. (См. далѣе—о временномъ прекращеніи мѣсячныхъ подъ вліяніемъ впрыскиваній—„временный климактерій“).

5) Въ виду того, что внутриматочныя впрыскиванія для того, чтобы обнаружить свой полный терапевтическій эффектъ, должны производиться повторно ежедневно и въ продолженіи довольно длиннаго промежутка времени (см. далѣе), то крайне важно, чтобы

<sup>1)</sup> Gottschalk. Centr. f. Gyn. 1893. № 8 стр. 167.

<sup>2)</sup> Врачъ 1796. № 30.



обычно наблюдаемая при впрыскивании болевая ощущения (хотя и скоропроходящая и не влекущая за собой опасности), были ослаблены и если возможно уничтожены какими-либо мѣрами, одновременно предпринимаемыми съ впрыскиваніемъ. Конечно, трудно съ увѣренностью сказать, отчего эти боли зависятъ; повидимому, менѣе всего при этомъ можно думать о попаданіи жидкости въ яйцепроводы, такъ какъ и сила, и характеръ болей крайне разнообразны, да и боли эти обычно скоро проходятъ; гораздо скорѣе можно думать, что въ обычныхъ случаяхъ (оставляя въ сторонѣ случаи, гдѣ впрыскиванія произведены безъ соблюденія предосторожностей, и гдѣ дѣло дѣйствительно можетъ заключаться въ попаданіи жидкости въ яйцепроводы) дѣло идетъ о болѣзненныхъ сокращеніяхъ матки и о возбужденныхъ впрыскиваніемъ перистальтическихъ движеніяхъ трубы, такъ какъ назначеніе противосудорожныхъ средствъ, главнымъ образомъ морфія въ суппозиторіяхъ (0,01) или подкожно, очень скоро устраняетъ эти боли. Въ виду сказаннаго, слѣдуетъ непосредственно за впрыскиваніемъ вводить, какъ это принято мною, морфіиныя суппозиторіи *in recto*, въ особенности послѣ первыхъ впрыскиваній, такъ какъ опытъ показываетъ, что въ дальнѣйшемъ боли послѣ впрыскиваній отсутствуютъ даже у тѣхъ особъ, у которыхъ вначалѣ онѣ имѣлись въ довольно замѣтной степени. Въ послѣднее время я началъ вводить суппозиторіи за  $\frac{1}{4}$  часа до впрыскиванія и думаю, что такая мѣра должна содѣйствовать устраненію спазматическихъ сокращеній, возбуждаемыхъ впрыскиваніемъ.

6) Несомнѣнно, кромѣ введенія въ полость матки инструмента и сверхъ раздражающаго вліянія самой впрыскиваемой жидкости, въ смыслѣ возбужденія болей играетъ роль и та сила, съ которою вводится въ полость матки жидкость, или, другими словами, сила струи, съ какою жидкость ударяетъ въ стѣнки полости матки. По крайней мѣрѣ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ жидкость вводится подъ большимъ давленіемъ, боли послѣдовательно возбуждаются въ большей степени. Отсюда правило, о которомъ всѣ упоминаютъ: необходимо впрыскивать медленно и при слабомъ надавливаніи поршня шприцовки.

7) Вслѣдъ за впрыскиваніемъ необходимо обезпечить покой органамъ таза. Это—общее правило при всѣхъ вообще дѣйствіяхъ, влекущихъ за собой возбужденіе нервно-мышечнаго аппарата. Поэтому больныя послѣ впрыскиванія должны въ некоторое время оставаться въ покойномъ положеніи, лежа на кушеткѣ или кровати. Еще лучше, если органамъ таза будетъ данъ покой и въ

слѣдующіе часы, когда больная, чувствуя себя совершенно удовлетворительно, начнутъ двигаться. Съ этою цѣлью я, обыкновенно, слѣваши впрыскиваніе, ввожу въ своды влагалища и въ верхнюю половину его марлевый тампонъ, который ограничиваетъ подвижность тазовыхъ внутренностей при движеніяхъ больной.

8) Немаловажное значеніе имѣеть, конечно, инструментъ, которымъ производится впрыскиваніе. Онъ долженъ быть проченъ, удобенъ для чистки, долженъ противостоятъ дѣйствию вводимыхъ посредствомъ его жидкостей, долженъ обладать такимъ поршнемъ, который обезпечивалъ бы равномерное вытеканіе изъ него жидкости. Къ сожалѣнію, инструмента, удовлетворяющаго всѣмъ этимъ требованіямъ, не имѣется въ настоящее время, такъ какъ употребляемый для впрыскиванія шприцъ Брауна, очень удобный по формѣ, имѣеть однако очень много несовершенствъ. Кожаный поршень его, подъ вліяніемъ іода, очень быстро портится и начинаетъ очень плохо работать; каучуковыя части вблизи стекляннаго цилиндра, послѣ ряда впрыскиваній, начинаютъ пропускать воздухъ; наконецъ, наконечникъ шприца приспособленъ только для широкаго цервикальнаго канала, однимъ словомъ, неудобствъ очень много. Тѣмъ не менѣе, болѣе удобнаго инструмента въ настоящее время не существуетъ и приходится довольствоваться Брауновскимъ шприцемъ. Последнее время я употребляю шприцъ, устроенный по типу Брауновскаго, но съ большимъ стекляннымъ цилиндромъ, вмѣщающимъ 3 grm. жидкости, съ асбестовымъ поршнемъ, который подъ вліяніемъ іода не такъ быстро портится и съ 3-мя наконечниками различной толщины, чтобы имѣть возможность легко проходить въ матку и при менѣе широкомъ цервикальномъ каналѣ и внутреннемъ зѣвѣ<sup>1)</sup>.

Придерживаясь указанныхъ только-что правилъ, я имѣю возможность въ широкихъ размѣрахъ производить впрыскиванія даже амбулаторно, и послѣднее время совершенно не наблюдаю какихъ-либо нежелательныхъ случайностей. Большинство больныхъ охотно подвергается этому способу леченія, и мнѣ все рѣже и рѣже приходится слышать отъ нихъ жалобы на болевые ощущенія послѣ впрыскиваній.

Съ другой стороны, я не могу привести случаевъ, въ которыхъ я не могъ бы примѣнить внутриматочной терапіи, за исключеніемъ тѣхъ особъ, у которыхъ въ силу общей повышенной раз-

<sup>1)</sup> Шприцъ изготовленъ въ мастерской Шалпыгина—Петербургъ у Каменнаго моста.

дражительности нервной системы невозможно примѣнить вообще какой бы то ни было лечебный пріемъ.

Существуютъ больныя, которымъ большого труда стоитъ ввести обычное маточное зеркало, настолько это выводитъ изъ равновѣсія ихъ нервную систему. По необходимости приходится выжидать и подготовить больныхъ къ лечебнымъ пріемамъ, дѣйствуя на ихъ психику и назначая соответственныя первіна.

Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ помнить, что существуютъ условія, при которыхъ въ большинствѣ случаевъ заранѣе можно быть увѣреннымъ, что при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ не встрѣтятся какихъ бы то ни было, даже самыхъ ничтожныхъ болевыхъ ощущеній; въ подобныхъ случаяхъ можно дѣйствовать смѣлѣе. Наоборотъ, при другихъ условіяхъ впрыскиванія обязательно сопровождается болѣзненными ощущеніями, и хотя эти припадки чаще всего незначительны и непродолжительны, тѣмъ не менѣе лучше, если въ такихъ случаяхъ всѣ необходимыя предосторожности, о которыхъ рѣчь была выше, будутъ проведены съ особенною тщательностью.

Среди условій, при которыхъ внутриматочныя впрыскиванія большею частью не сопровождаются никакими болевыми припадками слѣдуетъ выдѣлить а) возрастъ больныхъ, б) такія измѣненія со стороны матки, при которыхъ каналъ ея расширенъ и полость увеличена и с) такія состоянія придатковъ матки, при которыхъ проходимость трубъ уничтожена. Что касается до возраста больныхъ, то мною замѣчено, что въ пожиломъ возрастѣ, близкомъ къ климактерію (къ 40 годамъ и дальше) впрыскиванія вообще переносятся безболѣзненно: по всей вѣроятности начинающіяся старческія измѣненія матки, быть можетъ пониженная раздражительность нервныхъ образований какъ въ толщѣ ея, такъ главнымъ образомъ въ ея слизистой оболочкѣ, играютъ при этомъ главную роль.

Такое заключеніе находитъ для себя нѣкоторое подтвержденіе въ томъ обстоятельствѣ, что въ этомъ же возрастѣ и другія механическія раздраженія въ области слизистой оболочки матки переносятся легче, какъ на примѣръ зондированіе и выскабливаніе матки.

Далѣе, при расширенномъ цервикальномъ каналѣ, въ особенности при широкомъ внутреннемъ зѣвѣ и широкой полости матки внутриматочныя впрыскиванія чаще всего не сопровождаются болевыми ощущеніями. Свободное вытеканіе жидкости изъ полости матки, безъ сомнѣнія, играетъ при этомъ роль; но слѣдуетъ замѣтить, что даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при широкой полости

внутренній зѣвъ матки не достаточно расширенъ, и впрыснутая жидкость задерживается въ полости матки, тѣмъ не менѣе боли послѣ впрыскиванія отсутствуютъ или крайне слабо выражены.

Можно думать, что при этомъ имѣеть значеніе отсутствіе растяженія полости матки впрыснутой жидкостью, такъ какъ полость эта уже растянута слизью или кровью и не реагируетъ новымъ раздраженіемъ при введеніи въ ея полость новой жидкости. Такъ или иначе, но при хроническихъ метритахъ, сопровождающихся увеличеніемъ полости (*endometritis glandularis hyperplastica*), при *subinvolutio uteri post partum vel post abortum*, а также при кровотеченияхъ изъ матки, поддерживающихъ полость ея и каналъ шейки въ расширенномъ состояніи, — внутриматочныя впрыскиванія, какъ общее правило, переносятся хорошо.

Наконецъ я не наблюдалъ какихъ-либо тяжелыхъ симптомовъ послѣ внутриматочныхъ впрыскиваній, произведенныхъ при exudativныхъ формахъ perimetritidis и при такихъ формахъ salpingo-oophorit'овъ, при которыхъ придатки матки превращены въ опухолевидную массу—однимъ словомъ при такихъ состояніяхъ, при которыхъ съ увѣренностью можно утверждать, что проходимость абдоминальнаго отверстія трубъ уничтожена, и жидкость, впрыснутая въ матку, не можетъ достигнуть участковъ перитонеальнаго покрова, одѣвающего тазовыя внутренности. Если при перечисленныхъ только-что состояніяхъ появляются послѣ впрыскиваній боли, то они не интенсивны и носятъ на себѣ исключительно характеръ маточныхъ коликъ.

Болевые симптомы при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ наиболѣе выражены у молодыхъ особъ вообще, у нерожавшихъ въ особенности, при узкомъ каналѣ шейки и мало проходимомъ внутреннемъ зѣвѣ, при незначительной вмѣстимости матки и свободной проходимости трубъ (отсутствіе опухолевиднаго измѣненія придатковъ). Во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ слѣдуетъ допустить повышенную раздражительность матки, растяженіе ея полости подъ вліяніемъ впрыснутой и задержанной въ маткѣ жидкости, а въ связи съ этимъ слѣдуетъ поставить и болѣзненные сокращенія матки; при форсированномъ впрыскиваніи, безъ сомнѣнія, можетъ имѣть значеніе и попаданіе жидкости въ яйцепроводы.

Соблюденіе перечисленныхъ выше правилъ при производствѣ внутриматочныхъ впрыскиваній въ значительной степени ослабляетъ, а часто и совершенно устраняетъ возможность появленія какихъ бы то ни было послѣдовательныхъ припадковъ вслѣдъ за впрыскиваніемъ.

Обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что при перегибахъ матки назадъ, когда введенная въ матку жидкость вообще задерживается, боли наблюдаются въ общемъ рѣже, и сила этихъ болей значительно менѣе выражена, чѣмъ при перегибахъ и наклоненіяхъ впередъ.

Конечно, при этомъ имѣетъ значеніе указанная выше ширина полости матки и ея канала, но съ другой стороны, руководясь клиническими наблюденіями, можно предполагать, что попаданіе жидкости изъ полости матки въ яйцепроводы въ большей степени возможно при *antedevisati*яхъ, чѣмъ при перегибахъ къзади; быть можетъ при этомъ главную роль играетъ измѣненіе топографическаго отношенія яйцепроводовъ къ маткѣ и обычное при перегибахъ къзади набуханіе слизистой оболочки трубы, ограничивающее ея просвѣтъ—объ этомъ во всякомъ случаѣ трудно высказаться съ положительностью.

Прежде чѣмъ перейти къ указанію тѣхъ болѣзненныхъ формъ, при которыхъ показано примѣненіе внутриматочныхъ впрыскиваній, необходимо коснуться вопроса о томъ, какимъ путемъ дѣйствуетъ это впрыскиваніе и какія измѣненія производитъ оно въ половыхъ органахъ женщины. Это наиболѣе трудная часть въ вопросѣ о внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ, такъ какъ способы введенія лѣкарственныхъ веществъ черезъ половые органы вообще и черезъ полость матки особенно совершенно не разработаны съ научной стороны, и этимъ путемъ лѣкарственныя средства вводились обычно съ исключительною цѣлью мѣстнаго воздѣйствія на слизистую оболочку и на ближайшія, смежныя съ нею, ткани. Въ полость матки впрыскивались жидкости съ исключительною цѣлью воздѣйствовать на измѣненную слизистую оболочку; во влагалищѣ иной разъ сверхъ сего имѣлось въ виду повліять на сосѣдную съ нимъ и измѣненную клѣтчатку или на измѣненные участки перитонеальнаго покрова, близкаго къ стѣнкамъ свода вагины; при этомъ по отношенію къ нѣкоторымъ лѣкарственнымъ веществамъ наблюдали переходъ ихъ за предѣлы половой сферы и вліяніе на отдаленныя части организма (іодистый калий, сулема, карболовая кислота и т. д.), но фактамъ этимъ придавали значеніе въ одномъ только направленіи, и главнымъ образомъ съ ними связывали указанія къ прекращенію пользованія медикаментомъ. Менѣе всего думали пользоваться этимъ переходомъ средства въ организмъ съ цѣлью терапевтическаго его дѣйствія. Пути этого перехода указаны чисто теоретически, а о вліяніи вве-

денныхъ этимъ путемъ лѣкарственныхъ агентовъ на половую сферу и ея отправленія совершенно ничего не извѣстно.

Приходится поэтому основывать свои заключенія на клиническихъ данныхъ, на случайныхъ происшествіяхъ, имѣющихъ характеръ случайнаго клиническаго эксперимента и на аналогіяхъ, почерпаемыхъ изъ наблюденія за теченіемъ различныхъ болѣзненныхъ процессовъ въ области половыхъ органовъ.

Нѣкоторые факты этого рода собраны въ очень интересной работѣ Maskenrodt'a <sup>1)</sup>, которая въ этомъ отношеніи стоитъ совершенно особнякомъ въ гинекологической литературѣ, и на которую было обращено меньше вниманія, чѣмъ она того заслуживаетъ. Часто наблюдаемая при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ іодной настойки явленія такъ называемаго *jodismus'a* (*acne jodatum*, *erythema jodatum*, въ особенности на лицѣ), безъ сомнѣнія, свидѣтельствуютъ о проникновеніи медикамента внутрь организма, о всасываніи іода и поступленіи его въ массу соковъ; слѣдовательно, помимо мѣстнаго своего дѣйствія на ткани, лѣкарство изъ полости матки можетъ проникать внутрь организма и обнаруживать общее дѣйствіе. Съ другой стороны, данныя Nelaton'a <sup>2)</sup>, который при вскрытіи больной, умершей послѣ впрыскиванія, нашелъ между прочимъ впрыснутую жидкость въ венахъ широкой связки, а также вышеуказанные опыты Hennig'a, показавшіе, что впрыснутая въ матку жидкость можетъ попадать и въ вены матки—указываютъ отчасти и тотъ путь, которымъ медикаментъ изъ полости матки можетъ всасываться.

Рядомъ съ этимъ существуетъ цѣлый рядъ клиническихъ данныхъ, показывающихъ, какъ легко болѣзнетворныя начала переходятъ со стороны слизистой оболочки матки въ окружающія части и какъ легко они достигаютъ при этомъ до крайнихъ пунктовъ половой сферы, въ частности до яичника. Стоитъ указать при этомъ, какъ это сдѣлалъ Maskenrodt, на легкость, съ которою при пуэрперальныхъ эндометритахъ заболѣваетъ и гнойно инфильтрируется яичникъ, стоитъ только, добавлю я съ своей стороны, присутствовать на нѣсколькихъ вскрытіяхъ умершихъ отъ пуэрперальныхъ страданій и видѣть инъекцію окружающихъ матку и пронизывающихъ широкія связки лимфатическихъ сосудовъ гнойными массами—и тогда не останется сомнѣній въ томъ, что покрывающая слизистую оболочку матки болѣзнетворная жид-

<sup>1)</sup> Beitrag zur intrauterinen Therapie. Sammlung Klinischer Vorträge № 45. Leipzig 1892 г.

<sup>2)</sup> Cohnstein. Metritis chronica s. 77.

кость прокладываетъ себѣ дальнѣйшій путь по кровеноснымъ и лимфатическимъ сосудамъ. Конечно, сказанное только-что не представляетъ ничего новаго, и относящяся сюда факты извѣстны издавна, но я обращаю на нихъ вниманіе для того, чтобы повторить положеніе, высказанное Maskenrodt'омъ: внесенныя въ полость матки лѣкарственные вещества могутъ достигать яичника тѣмъ же путемъ, какимъ доходятъ до него изъ полости матки болѣзнетворные элементы, и что въ этомъ случаѣ яичникъ подвергается прямому воздѣйствію введеннаго въ матку лѣкарственного средства <sup>1)</sup>).

Съ цѣлью установить всасываемость введенныхъ въ матку лѣкарственныхъ веществъ и возможность общаго дѣйствія этимъ путемъ, я въ послѣднее время предпринялъ на больныхъ, посѣщающихъ Томскую клинику, рядъ наблюденій надъ быстротой всасыванія іода со стороны слизистой оболочки матки.

Присутствіе іода опредѣлялось при помощи полосокъ пропитанной крахмаломъ шведской бумаги, на которую наносилась капля азотной кислоты (*acidum nitricum purum dilutum*), послѣ того какъ бумажка была смочена слюною больныхъ. Іодъ опредѣлялся спустя различные сроки послѣ произведеннаго внутриматочнаго впрыскиванія іодъ-алумноловой смѣси (смотри далѣе). Въ единичныхъ случаяхъ іодъ опредѣлялся въ мочѣ больныхъ при помощи хлороформа и сѣрной кислоты.

Наблюденія этого рода установили, что у каждой больной, которой впрыснута въ матку упомянутая выше іодъ-алумноловая смѣсь, спустя 15—30 минутъ послѣ впрыскиванія можно доказать въ слюнкѣ присутствіе іода: капля азотной кислоты, нанесенная на крахмальную полоску шведской бумаги, смоченной слюною больной, обуславливаетъ появленіе синяго пятна различныхъ оттѣнковъ; вначалѣ пятно имѣетъ слабый лиловый оттѣнокъ, при послѣдующихъ пробахъ достигаетъ рѣзкаго синяго цвѣта, а затѣмъ реакція становится все слабѣе и слабѣе выраженной. Чѣмъ большее количество жидкости впрыснута въ матку, тѣмъ дольше получается реакція на іодъ въ слюнкѣ; въ общемъ реакція эта исчезаетъ черезъ 2—3 часа послѣ впрыскиванія. Съ приближеніемъ времени, когда ожидаются регулы, реакція на іодъ получается черезъ болѣе короткій промежутокъ времени; быстрѣе

---

<sup>1)</sup> Die in die Uterushöhle gebrachten Arzneimittel auf denselben oder ähnlichen Wegen zum Ovarium selbst gelangen, wie früher die schädigenden Elemente, das Ovarium unterliegt in diesem Falle dem directen Einflusse des Mittels.

всего іодъ появляется въ слюнѣ при впрыскиваніяхъ, произведенныхъ во время регуль или въ періодъ маточныхъ кровотеченій; всего позже реакція на іодъ появляется у больныхъ, которымъ сдѣлано 40—50 внутриматочныхъ впрыскиваній, а въ случаяхъ, гдѣ число впрыскиваній доходитъ до 100, реакція на іодъ въ слюнѣ во многихъ случаяхъ совершенно отсутствуетъ, и, слѣдовательно, всасываніе изъ полости матки прекращается. По крайней мѣрѣ у одной больной, которой было произведено 53 впрыскиванія, іодъ въ слюнѣ опредѣлялся черезъ  $\frac{3}{4}$  часа, и окрашиваніе крахмальной бумажки было крайне слабо обозначено; далѣе, у двухъ больныхъ, изъ которыхъ одной сдѣлано было 95, а другой 104 внутриматочныхъ впрыскиванія, реакція на іодъ въ слюнѣ не могла быть получена. Можно думать, что съ увеличеніемъ числа ежедневныхъ впрыскиваній всасываемость іода изъ полости матки уменьшается, что она имѣетъ еще мѣсто при 40—50 впрыскиваніяхъ и что при цифрахъ, близкихъ къ 100 впрыскиваніямъ, всасываніе іода со стороны слизистой оболочки матки, по видимому, совершенно прекращается. Измѣненія слизистой оболочки матки подъ вліяніемъ впрыскиваній, о чемъ рѣчь будетъ далѣе, объясняютъ до нѣкоторой степени перечисленныя выше подробности, которымъ подчинено всасываніе іодной настойки со стороны полости матки <sup>1)</sup>).

<sup>1)</sup> Наблюденія касательно всасыванія іода со стороны слизистой оболочки матки начаты мною въ самое послѣднее время и далеко еще не могутъ считаться законченными; хотя уже теперь выяснились нѣкоторыя общія положенія по этому поводу, тѣмъ не менѣе необходимы дальнѣйшія изслѣдованія съ цѣлью установить ближайшія подробности всасыванія іода изъ полости матки и пользование этою послѣднею для введенія вообще лѣкарственныхъ веществъ.

Привожу нѣкоторыя записи изъ наблюденій надъ всасываніемъ іода при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ. 30 XI/98 г. наблюденію подвергнуты три больныя.

I. Лук... Endometritis honor. Laceratio port. vagin.; впрыскиваніе; жидкость задерживается въ полости матки. Первые слѣды іода въ слюнѣ черезъ 20 мин.: на крахмальной бумагѣ, смоченной слюною больной, отъ капли азотной кислоты получается лиловое пятно, скоро исчезающее; черезъ 30 минутъ—рѣзкая реакція на іодъ—пятно синяго цвѣта, не исчезающее въ дальнѣйшемъ. Присутствіе іода въ слюнѣ можно ясно опредѣлять въ продолженіи  $2\frac{1}{2}$  часовъ; черезъ три часа послѣ впрыскиванія реакція не получается.

II. Добрн... Retroversio uteri, endometritis, metritis chronica. Metrorrhagia. впрыскиваніе произведено во время кровотечения. Черезъ 22 минуты іодъ въ слюнѣ; наиболѣе сильная реакція черезъ 33 минуты; ослабѣвая въ дальнѣйшемъ, реакція держится около 2-хъ часовъ.

III. Пол.. Endometritis honor. Residua perimetritidis, впрыскиваніе про-



Такимъ образомъ не подлежитъ сомнѣнiю, что внутриматочныя впрыскиванiя помимо своего чисто мѣстнаго влiянiя на слизистую оболочку матки могутъ, всасываясь со стороны полости матки, распространять свое дѣйствiе на окружающiя и наиболѣе удаленныя отъ матки части полового аппарата, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ обнаруживать и общее дѣйствiе на организмъ; по крайней мѣрѣ для нѣкоторыхъ лѣкарственныхъ веществъ (iодъ, сулема, карболовая кислота и др.) это не подлежитъ сомнѣнiямъ. Никто, конечно, не станетъ вводить этимъ путемъ лѣкарственные вещества, имѣя въ виду общее дѣйствiе на организмъ, такъ какъ для этого имѣются другiе, болѣе изученные и болѣе совершенные пути; но воспользоваться полостью матки съ цѣлью лечебнаго дѣйствiя на окружающiя части полового аппарата—это прямо въ интересахъ гинекологической фармако-терапии, въ общемъ не изобилующей специальными путями

изведено въ периодъ, когда должны были бы явиться регулы. Черезъ 22 минуты iодъ опредѣляется въ слюнѣ; реакцiя держится около трехъ часовъ.

У этой же больной нѣсколько дней до того первые слѣды iода въ слюнѣ послѣ впрыскиванiя въ матку опредѣлялись черезъ сорокъ минутъ. Вообще всасыванiе iода изъ полости матки идетъ быстрѣе и полнѣе въ периодъ мѣсячныхъ или въ то время, когда регулы ожидаются. Заключение это находитъ для себя подтвержденiе и во многихъ другихъ случаяхъ, гдѣ дѣлались опредѣленiя iода въ слюнѣ послѣ впрыскиванiй iодъ-алуминовой смѣси въ матку.

2 января 1899 года наблюденiю подвергнуты 8 больныхъ. Нижеслѣдующая таблица даетъ представленiе о быстротѣ всасыванiя iода со стороны полости матки.

№	Фамилiи больн.	Д и а г н о з ъ.	Число пронзв. впрыск.	Время появ- ленiя iода въ слюнѣ.
1	Пон...	Endometritis, residua perimetritidis.	14	черезъ 27 мин.
2	Лук...	Endometritis. Laceratio port. vagin.	8	черезъ 20 мин.
3	Кор...	Peri-parametritis puerperalis.	53	черезъ 45 мин.
4	Ер...	Peri-parametritis puerperalis.	95	реакцiи нѣтъ.
5	Пет...	Salpingo-oophoritis duplex honor.	80	черезъ 43 мин.
6	Гур...	Salpingo-oophoritis duplex honor.	20	черезъ 23 мин.
7	Добрв...	Salpingo-oophoritis tuberculosa (?)	104	реакцiи нѣтъ.
8	Плот...	Endometritis honor.	5	черезъ 14 мин.

Изъ этой таблицы явствуетъ, что по мѣрѣ увеличенiя числа впрыскиванiй быстрота поступленiя iода въ тѣло замедляется и при 100 впрыскиванiяхъ всасыванiе можетъ даже совсѣмъ прекратиться. Последнее обстоятельство должно быть поставлено въ связь съ измѣненiями матки и ея слизистой оболочки (уменьшенiе полости матки resp. уменьшенiе всасывающей поверхности, уничтоженiе resp. омертвѣнiе поверхностныхъ слоевъ слизистой оболочки матки), о чемъ рѣчь будетъ ниже.

для введенія лекарственныхъ веществъ. Во всякомъ случаѣ открывающаяся при этомъ область для научной разработки должна представляться крайне интересной, и можно заранѣе утверждать, что разработка эта можетъ дать новые и существенные факты для консервативной терапіи въ гинекологіи.

Одинъ изъ такихъ фактовъ не замедлилъ обнаружиться, какъ только я сосредоточилъ свое вниманіе на внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ. Фактъ этотъ совершенно новый, никогда и нигдѣ не указанный въ литературѣ, принадлежитъ по праву Томской гинекологической клиникѣ, гдѣ я впервые установилъ его на цѣломъ рядѣ клиническихъ наблюденій. Фактъ этотъ можно формулировать слѣдующимъ образомъ: подъ вліяніемъ ежедневно производимыхъ внутриматочныхъ впрыскиваній, рядомъ съ мѣстными измѣненіями слизистой оболочки матки, зависящими отъ непосредственнаго воздѣйствія на эту оболочку впрыскиваемой жидкости, измѣняются существеннымъ образомъ и физиологическія отправленія половой сферы, результатомъ чего является прекращеніе менструальной функціи на болѣе или менѣе продолжительный періодъ времени, зависящій отъ числа и продолжительности впрыскиваній.

Такое вліяніе внутриматочныхъ впрыскиваній я установилъ по отношенію къ 5% раствору  $\text{alumno}^{\prime}\text{я}$  въ  $t\text{—}ra\ jodi$ , наполовину разбавленной 95% спиртомъ (предложенная мною іодъ—алумноловая смѣсь имѣетъ слѣдующій составъ:  $Rp\ Alumno\ li\ 2,5; T\text{—}gae\ jodi; Spiriti\ vini\ rectificatissimi\ ana\ 25,0; M. D. S.$  Для внутриматочныхъ впрыскиваній), а послѣднее время съ января 1897 года и по отношенію къ разбавленной  $T\text{—}ra\ jodi$  безъ примѣси  $\text{alumno}^{\prime}\text{я}$ . Безъ сомнѣнія, такое же вліяніе обнаружится и при употребленіи другихъ лекарственныхъ веществъ, производящихъ аналогичныя измѣненія на слизистой оболочкѣ матки, и будущее, конечно, покажетъ, на сколько въ этомъ отношеніи іодъ обладаетъ спеціальными свойствами.

Для того, чтобы наступило прекращеніе менструальной функціи, необходимо дѣлать впрыскиванія ежедневно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Нерѣдко уже послѣ 15—20 впрыскиваній ближайшая менструація не является; въ нѣкоторыхъ случаяхъ требуется большее количество впрыскиваній. Обычно я дохожу до 40 впрыскиваній, и этого достаточно, чтобы задержать регулы на 2—3 мѣсяца.

Существенное значеніе при этомъ имѣетъ непрерывность впрыс-

киваній, и разъ впрыскиванія начаты, ихъ необходимо производить ежедневно, не останавливаясь передъ тѣми слегка окрашенными выдѣленіями изъ матки, которыя иногда сопровождаютъ первыя прыскиванія. Къ сожалѣнію, амбулаторныя больныя иногда пропускаютъ день—другой, и это уже оказываетъ вліяніе, увеличивая число необходимыхъ впрыскиваній для прекращенія менструаціи. Съ другой стороны имѣетъ значеніе правильность производства впрыскиванія, при которомъ впрыскиваемая жидкость пришла бы въ соприкосновеніе со всей поверхностью слизистой оболочки матки.

При осторожности, естественной у каждаго, кто начинаетъ производить впрыскиванія, не всегда вводится въ матку достаточное количество жидкости, и нѣкоторые участки слизистой оболочки остаются внѣ дѣйствія жидкости.

Въ этомъ я убѣждался въ тѣхъ случаяхъ, когда больнымъ, которымъ дѣлались въ амбулаторіи впрыскиванія, приходилось, по ихъ же настоянію, прекращать впрыскиванія и, въ виду необходимости отъѣзда изъ города или по другимъ какимъ-либо обстоятельствамъ, производить выскабливаніе. При этомъ оказывалось, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ выскобленные кусочки слизистой оболочки матки не во всѣхъ мѣстахъ были окрашены іодомъ, мѣстами они были совершенно не тронуты жидкостью. Само собой разумѣется, при дальнѣйшемъ производствѣ впрыскиваній, когда больная начинаетъ все меньше и меньше реагировать, и когда впрыскиванія въ силу этого дѣлаются смѣлѣе, указанный выше недостатокъ впрыскиваній устраняется, но тѣмъ не менѣе вслѣдствіе этого увеличивается количество ихъ, необходимое для прекращенія менструаціи. Послѣдніе 2 года я обычно послѣ 15—20 впрыскиваній (если регулы не появлялись въ теченіе этого времени) былъ обезпеченъ со стороны прекращенія менструаціи, и въ дальнѣйшемъ, доходя до 40 впрыскиваній, съ увѣренностью могъ утверждать, что регулъ не будетъ еще одинъ—два раза. При этомъ имѣетъ значеніе время, когда начаты впрыскиванія—незадолго до наступленія менструаціи или вскорѣ послѣ нея; въ первомъ случаѣ регулы еще могутъ наступить въ періодъ первыхъ впрыскиваній, во второмъ случаѣ онѣ обычно не появляются.

Независимо отъ всего слѣдуетъ замѣтить, что при производствѣ ежедневныхъ (систематическихъ) внутриматочныхъ впрыскиваній прекращеніе мѣсячныхъ зависитъ, безъ сомнѣнія, отъ навыка и опытности, какими обладаетъ лицо, производящее впрыскиваніе. Послѣднее обстоятельство лучше всего доказывается

результатами впрыскиваний у различныхъ лицъ. Такъ, въ 1896 году въ Томской клиникѣ впрыскиванія производились кромѣ меня тремя моими ординаторами; при доведеніи числа впрыскиваний до 40, не у всѣхъ больныхъ наблюдалось прекращеніе мѣсячныхъ, и, что самое главное, у каждаго ординатора сообразно его навыку въ производствѣ внутриматочныхъ впрыскиваний, имѣлась особая цифра для числа больныхъ, у которыхъ наблюдалась задержка менструаціи; у перваго ординатора изъ 7-ми больныхъ, получившихъ по 40 впрыскиваний, регулы прекратились въ 3-хъ случаяхъ или въ 42<sup>o</sup>/о; у втораго ординатора изъ 11 больныхъ въ 6-ти случаяхъ или въ 54<sup>o</sup>/о; у третьяго ординатора изъ 31 больной въ 25-ти случаяхъ или въ 80<sup>o</sup>/о.

Въ 1898 году въ Томской клиникѣ у каждой больной при 40 ежедневныхъ впрыскиваніяхъ получалась задержка регулъ обязательно, какъ это явствуетъ изъ нижеслѣдующей таблицы.

Сколько внутриматочныхъ впрыскиваний произведено у каждой больной.	Сколькимъ больнымъ произведено такое число впрыскиваний.	У какого числа больныхъ наступила задержка регулъ.	°/о
до 10 впрыскиваний.	22	0	0
отъ 10 до 20	16	4	25 <sup>o</sup> °
отъ 20 — 30	28	16	57 <sup>o</sup> /о
отъ 30 — 40	16	16	100 <sup>o</sup> /о
отъ 40 — 50	12	12	100 <sup>o</sup> /о
отъ 50 — 60	10	10	100 <sup>o</sup> /о
отъ 60 — 70	1	1	100 <sup>o</sup> /о
96 — впрыск.	1	1	100 <sup>o</sup> /о
107.	1	1	100 <sup>o</sup> /о

Такимъ образомъ съ увеличеніемъ числа ежедневныхъ регр. систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваний все рѣзче и яснѣе обнаруживается задерживающее вліяніе ихъ на менструацію. Впрыскиванія въ количествѣ до 10-ти имѣютъ, очевидно, исключительное мѣстное значеніе для слизистой оболочки матки; при 10—20 впрыскиваніяхъ уже обнаруживается въ 25<sup>o</sup>/о задерживающее вліяніе на менструальную функцію; при 20—30 впрыскиваніяхъ вліяніе это проявляется уже въ два раза чаще (57<sup>o</sup>/о),

а при 30—40 впрыскиваніяхъ вліяніе это обнаруживается полностью и во всѣхъ случаяхъ. Слѣдовательно, чтобы воспользоваться съ терапевтической цѣлью систематическими внутриматочными впрыскиваніями, необходимо ихъ примѣнять въ количествѣ 30—40.

Если въ приведенной выше таблицѣ число впрыскиваній часто бывало ниже этихъ цифръ, то это зависѣло большею частью отъ самихъ больныхъ, которыя, не имѣя возможности по разнымъ обстоятельствамъ продолжать лечение и чувствуя значительное облегченіе, терялись изъ виду.

Съ другой стороны, какъ свидѣтельствуетъ та же таблица, число впрыскиваній нерѣдко переходитъ цифры 30—40 и достигаетъ 50 и 60, т. е. лечение длится отъ 1 до 2-хъ мѣсяцевъ, обуславливаясь, какъ это ближайшимъ образомъ будетъ выяснено дальше, степенью и распространенностью болѣзненныхъ измѣненій въ тазовой области.

Въ большемъ числѣ внутриматочныхъ впрыскиваній, насколько можно судить по даннымъ Томской клиники, не представляется необходимости, а если въ единичныхъ случаяхъ число это и было доведено до 100 и болѣе, то это обуславливалось или исключительнымъ характеромъ болѣзненного процесса (распространенностью пораженія, упорствомъ болѣзненныхъ симптомовъ и т. д.), или допускаемо было въ интересахъ научной разработки вопроса о систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ; въ подобныхъ случаяхъ наибольшее число впрыскиваній равнялось 115, другими словами, лечение длилось около 4-хъ мѣсяцевъ.

Какъ сказано выше, внутриматочныя впрыскиванія, доведенныя до 30—40, обуславливаютъ задержку мѣсячныхъ, причемъ менструація отсутствуетъ не только во все время производства впрыскиваній, но и по прекращеніи этихъ послѣднихъ появляется не тотчасъ или въ ближайшее вслѣдъ за этимъ время, а пропустивъ одинъ или два менструальныхъ срока.

Къ сожалѣнію, во многихъ случаяхъ больныя терялись изъ виду по окончаніи леченія, а потому трудно привести болѣе или менѣе значительныя цифровыя данныя о томъ, черезъ какой именно промежутокъ времени появляются вновь регулы послѣ прекращенія леченія внутриматочными впрыскиваніями. По имѣющимся отдѣльнымъ записямъ можно утверждать, что этотъ промежутокъ времени длится чаще всего одинъ мѣсяць, а въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ достигать и  $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяцевъ. Въ ниже-слѣдующей таблицѣ приведены тѣ цифровыя данныя, о которыхъ имѣются точныя свѣдѣнія.

Фамилія больной.	Число про- изведен- ныхъ впрыски- ваній.	Сколько дней отъ начала леченія мѣ- сячныя отсутство- вали.	Сколько дней мѣ- сячныя отсутство- вали по окончаніи леченія.
Исак...	41	53 дня.	18 дней.
Герас...	51	95 дней.	30 дней.
Захар...	52	91 день.	38 дней.
Окол...	42	77 дней.	34 дня.
Егор...	22	53 дня.	31 день.
Петел...	84	136 дней.	44 дня.
Добров...	107	127 дней.	37 дней.
Добрин...	25	56 дней.	31 день.
Ок...	40	92 дня.	59 дней.

Такимъ образомъ подъ вліяніемъ систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній мѣсячныя могутъ быть задержаны (при среднемъ числѣ впрыскиваній въ 40—50) на 2—3 мѣсяца, при чемъ задержка эта имѣетъ мѣсто и по окончаніи леченія и можетъ длиться отъ 1 до 2-хъ мѣсяцевъ.

Какъ свидѣтельствуютъ клиническія наблюденія, упомянутая только-что задержка мѣсячныхъ представляетъ явленіе временное, и за все время (съ 1893 года) примѣненія въ Томской клиникѣ внутриматочныхъ впрыскиваній не наблюдалось ни одного случая, гдѣ бы регулы совершенно прекратились.

Въ продолженіи всего времени пока регулы отсутствуютъ (а время это можетъ длиться болѣе 3—4 мѣсяцевъ, стоитъ только продолжать впрыскиванія выше 40) больныя чувствуютъ себя въ общемъ удовлетворительно, и я не замѣчалъ, чтобы ко времени ожидаемой и не появляющейся менструаціи появлялись какія-либо *molimina menstrualia*, на основаніи которыхъ можно было бы дѣлать заключенія о продолжающейся функціи придаточныхъ частей матки (яичниковъ, яйцепроводовъ). Только послѣ прекращенія впрыскиваній и спустя нѣсколько недѣль (отъ 4 до 8 недѣль), передъ появленіемъ первой менструаціи послѣ ея перерыва, у больныхъ впервые появлялись *molimina menstrualia*, а у нѣкоторыхъ изъ нихъ въ достаточно выраженной формѣ. При этомъ чаще всего наблюдались различной интензивности боли въ паховыхъ областяхъ, въ глубинѣ таза, а изъ отраженныхъ явленій

боли въ подложечной области и тошнота. Съ появленіемъ регуль, при чемъ появленію крови предшествуетъ обычно періодъ усиленныхъ слизистыхъ выдѣленій, всѣ припадки исчезали и при дальнѣйшемъ возвращеніи регуль болѣе не появлялись.

Отсутствіе *molimina menstrualia* въ періодъ, когда подъ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній регулы прекращаются, я объясняю одновременнымъ прекращеніемъ овуляторной дѣятельности яичниковъ; равнымъ образомъ съ началомъ этой послѣдней ставлю и тѣ припадки, которые появляются передъ наступленіемъ первыхъ регуль. Для того, чтобы съ желательною точностью установить фактъ прекращенія овуляціи подъ вліяніемъ систематическихъ и повторныхъ внутриматочныхъ впрыскиваній, было бы крайне важно видѣть и подвергнуть анатомо-гистологическому изслѣдованію яичникъ въ какомъ-либо относящемся сюда случаѣ. Для этого приходилось, однако, ждать подходящаго случая, въ которомъ вслѣдъ за впрыскиваніями, являлись бы показанія къ удаленію придатковъ матки. И хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ *salpingo—oophoritis* по окончаніи леченія впрыскиваніями, въ области придатковъ остаются довольно значительныя опухолевидныя массы, къ удаленію которыхъ имѣлись бы показанія, но больныя обычно послѣ впрыскиваній чувствуютъ себя настолько удовлетворительно, что менѣе всего соглашались на операцію и даютъ это согласіе много позже, когда подъ вліяніемъ возвратившейся менструаціи, снова начинаютъ чувствовать припадки со стороны половой сферы. Полученные при такихъ условіяхъ яичники, конечно, не могутъ уже служить для рѣшенія вышепоставленнаго вопроса объ овуляціи во время внутриматочныхъ впрыскиваній. Пока представился мнѣ подходящий случай для анатомо-гистологическаго изслѣдованія, я первоначально основывалъ свои заключенія на оцѣнкѣ клиническихъ данныхъ и на чисто теоретическихъ соображеніяхъ.

Исходной точкой этихъ заключеній служилъ установленный мною въ другомъ мѣстѣ <sup>1)</sup> фактъ у животныхъ и провѣренный у женщинъ <sup>2)</sup> о томъ, что при исключеніи изъ состава половыхъ органовъ матки (удаленіе матки) яичники продолжаютъ свою овуляторную дѣятельность, и что, съ другой стороны, послѣ уда-

<sup>1)</sup> Grammatikati. Experimentelle Untersuchungen über das weitere Schicksal der Ovarien und Tuben nach der Totalexstirpation des Uterus bei Kaninchen. Centr. f. Gyn. 1889 № 7.

<sup>2)</sup> Грамматикати. О клиническихъ явленіяхъ, наблюдаемыхъ у женщинъ послѣ удаленія отдѣльныхъ частей полового аппарата—яичниковъ, матки. Врачъ 1891 № 1.

ленія матки и устрaненія такимъ образомъ менструаціи, въ теченіе нѣкотораго времени у женщинъ часто наблюдаются довольно бурныя *molimina menstrualia*, нерѣдко съ викарными кровотечениями изъ прямой кишки, легкихъ и т. д. Слѣдовательно, тяжелыя *molimina menstrualia* совпадаютъ съ наличностью овуляторной дѣятельности яичниковъ, или, другими словами, продолжающаяся овуляція обуславливаетъ *molimina menstrualia*; съ прекращеніемъ функціи яичниковъ исчезаютъ и указанные только-что клиническіе припадки.

Если бы, такимъ образомъ, подъ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній изъ дѣятельности половой сферы исключалась бы одна матка, а яичники продолжали бы функціонировать *resp.* овулировать, то прекращеніе менструаціи сопровождалось бы періодическими припадками, совпадающими съ продолжающейся овуляціей. Такъ какъ, однако, у не менструирующихъ при впрыскиваніяхъ больныхъ припадки, носящіе на себѣ характеръ *molimina menstrualia*, совершенно отсутствуютъ, то слѣдуетъ полагать, что у этихъ больныхъ подъ вліяніемъ впрыскиваній, одновременно съ устрaненіемъ менструальной функціи матки, устрaняется и овуляція.

Такое заключеніе, хотя и подтверждаемое клиническими наблюденіями, требовало для его полнаго признанія прямыхъ гистологическихъ изслѣдованій яичниковъ, полученныхъ у больныхъ въ періодъ леченія ихъ внутриматочными впрыскиваніями.

Изслѣдованія эти произведены мною въ самое послѣднее время <sup>1)</sup> и какъ нельзя болѣе подтвердили сказанное мною выше.

Клиническія подробности касательно больной, у которой получены мною яичники, будутъ приведены ниже (см. случ. Сарры. III...чѣ), въ настоящее же время необходимо упомянуть о томъ, что послѣ 115 внутриматочныхъ впрыскиваній, произведенныхъ въ случаѣ перелойнаго эндометрита, осложненнаго воспаленіемъ придатковъ, тазовой брюшины и околоматочной клѣтчатки, на мѣстѣ пораженныхъ придатковъ матки осталась кистовидная опухоль, которая и обусловила потребность вскрытія брюшной полости съ цѣлью удаленія опухоли. Одновременно съ опухолью на одной сторонѣ, удаленъ былъ и яичникъ другой стороны на основаніи соображеній, изложенныхъ въ исторіи болѣзни (см. ниже). Такимъ образомъ въ моихъ рукахъ оказался яичникъ и труба послѣ 115 внутрима-

<sup>1)</sup> Грамматикати. Объ измѣненіяхъ яичниковъ подъ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній. Врачъ. 1898 № 25.



точныхъ вырѣскиваний, обусловившихъ задержку мѣсячныхъ на  $3\frac{1}{2}$  мѣсяца.

Макроскопическое изслѣдованіе этихъ придатковъ (яичника и наружныхъ отдѣловъ трубы съ прилегающими участками широкой связки) показало слѣдующее: незначительныя ложныя безсосудистыя перепонки раскинута по поверхности яичника и въ области проходимаго брюшиннаго конца трубы; яичникъ округлой формы, уменьшенъ въ длину (2 сант.); толщина его около одного сантиметра; на поверхности его, въ 3-хъ мѣстахъ, замѣтны возвышенія, съ горошину; при разрѣзѣ яичника пополамъ ткань его блѣдна, всюду равномерна по строенію и окраскѣ; ни слѣдовъ вскрывшихся Graaf'овыхъ пузырьковъ, ни желтыхъ тѣлъ, ни кровоизліяній.

При микроскопическомъ изслѣдованіи соединительно тканній остовъ яичника обращаетъ на себя вниманіе бѣдностью клѣточныхъ элементовъ и преимущественнымъ содержаніемъ волокнистой ткани; сосуды выражены слабо; въ корковомъ слоѣ содержаніе первичныхъ мѣшечковъ (примордіальныхъ фолликуловъ) очень малое; на нѣкоторыхъ срѣзахъ черезъ всю толщину яичника едва удастся найти нѣсколько группъ первичныхъ мѣшечковъ; болѣе зрѣлыя формы фолликуловъ попадаются чрезвычайно рѣдко; на множествѣ срѣзовъ мнѣ удалось найти всего 2—3 мѣшечка, которые по своей величинѣ и содержанию отличались отъ обычно встрѣчаемыхъ на препаратахъ примордіальныхъ фолликуловъ; болѣе зрѣлыхъ формъ Graaf-

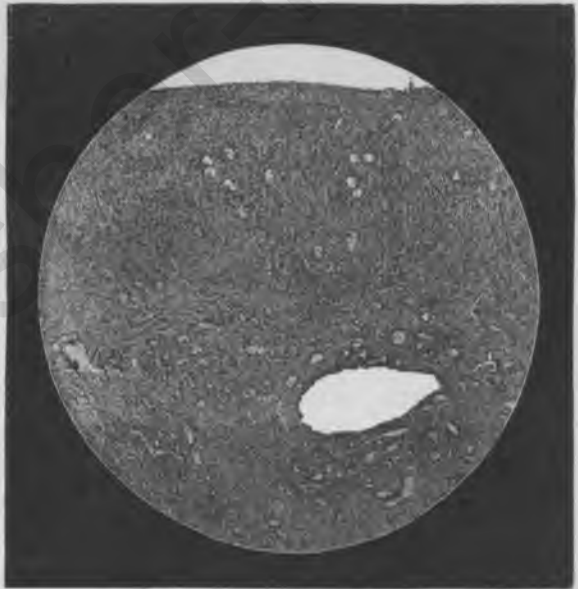


Рис. 1. Фотографическій снимокъ съ разрѣза черезъ корковый слой яичника при маломъ увеличеніи; въ поверхностныхъ слояхъ среди соединительно-тканной стромы разсыяны группы примордіальныхъ фолликуловъ глубже видна полость запусѣвающей болѣе зрѣлаго фолликула, окруженнаго снизу просвѣтами перерѣзанныхъ сосудовъ.

Говыхъ пузырьковъ найдено не было, а равно на многочисленныхъ срѣзахъ я не встрѣчалъ никакихъ образований, которыя могли бы быть разсматриваемы, какъ желтыя тѣла. Во многихъ мѣстахъ



Рис. 2. Фотографическій снимокъ съ разрѣза черезъ корковый слой яичника при большемъ увеличеніи; среди соединительной ткани стромы яичника видна группа примордіальныхъ фолликуловъ; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ яйцевыя кѣтки отсутствуютъ; въ другихъ замѣтны остатки этихъ кѣтокъ; яйцевой эпителий отсутствуетъ.

этихъ пустотъ; только изрѣдка, и въ пустотахъ большаго діаметра, можно было видѣть болѣе выраженный круговой слой соединительной ткани. Нижеслѣдующіе фотографическіе снимки (Рис. 1 и 2-ой) съ микроскопическихъ препаратовъ даютъ общую картину измѣненій въ стромѣ яичника и въ примордіальныхъ фолликулахъ <sup>1)</sup>.

Разсматривая при болѣе сильныхъ увеличеніяхъ срѣзы яичника можно было убѣдиться въ слѣдующихъ особенностяхъ строенія первичныхъ мѣшечковъ: въ большей части яйцевыхъ мѣш-

на срѣзахъ можно было видѣть различной величины и очертаній микроскопическія полости, совершенно пустыя (нарѣзанные микротомомъ препараты непосредственно съ парафиномъ наклеивались на предметныя стекла и затѣмъ уже обрабатывались, такъ что едва-ли можно думать, что пустоты явились подъ вліяніемъ обработки), окаймленные большею частью все тѣмъ же однообразнымъ по своему соединительно-тканному строенію остовомъ яичника, волокна котораго прямо заканчивались на краю

<sup>1)</sup> Фотографическіе снимки съ микроскопическихъ препаратовъ сдѣланы профессоромъ Томскаго Университета Ф. К. Крюгеромъ, которому пользуюсь случаемъ принести мою благодарность.

ковъ яйцеваго эпителия нѣтъ, или же на его мѣстѣ замѣчается слабо выраженный слой мелкозернистой массы; въ другихъ фолликулахъ этотъ яйцевой эпителий въ видѣ веретенообразныхъ клѣточекъ, отставъ отъ стѣнки мѣшка вдавленъ въ его полость, гдѣ и лежитъ рядомъ съ измѣненнымъ яйцомъ, образуя неправильное кольцо вокругъ яйцевой клѣточки; послѣдняя большею частью состоитъ изъ ядра, окруженнаго незначительнымъ и неравномѣрнымъ слоемъ протоплазмы; мѣстами слой протоплазмы такъ мало и слабо выраженъ, что вся яйцевая клѣтка представляется состоящей изъ одного ядра, лежащаго въ полости, окаймленной неправильнымъ кольцомъ веретенообразныхъ клѣточекъ. Цилиндрическихъ формъ яйцеваго эпителиа, а также яйцевыхъ клѣтокъ, въ



Рис. 3. Zeiss. окуляръ 4, чечевица 7.

которыхъ можно было бы различить уже блестящую оболочку (zona pellucidam) не было; другими словами, яйцевые мѣшечки не двигались по пути своего развитія, а наоборотъ, какъ явствуетъ изъ вышеизложеннаго, гибли путемъ мелкозернистаго (жирового) распада яйцеваго эпителиа и яйцевой клѣточки. (Рис. 3-й). Этимъ, мнѣ кажется, объясняется, почему на препаратахъ изслѣдованнаго яичника не оказалось другихъ видовъ гибели (атрезіи) фолликуловъ — формъ, обусловленныхъ наличиемъ оболочки мѣшка, зернистой оболочки, блестящей оболочки яйца и т. д. Микроскопическая картина на всѣхъ срѣзахъ имѣла однообразный видъ. Однообразіе это увеличивалось еще и тѣмъ, что во всемъ яичникѣ было только три полости, различимыя невооруженнымъ глазомъ; наибольшая полость имѣла круглую форму и

величину чечевичнаго зерна. Подъ микроскопомъ полости эти содержали мелкозернистую массу, среди которой мѣстами попадались группы клѣточекъ, неправильнаго вида, съ ясно различимымъ ядромъ и плохо воспринимающей окраску протоплазмой; на одномъ изъ срѣзовъ среди мелкозернистой массы удалось найти остатки измѣненнаго, сморщеннаго яйца. Въ стѣнкахъ этихъ полостей съ трудомъ различимы два слоя: внутренній, состоящій изъ клѣточекъ съ неясными очертаніями, и наружный соединительно-тканый, почти безсосудистый, безъ рѣзкихъ границъ переходящій въ окружающую ткань. Въ общемъ, полости эти представляютъ остатки недостигшихъ полной зрѣлости Ггаафовыхъ пузырьковъ, прекратившихъ (во время леченія впрыскиваніями) свой ростъ и подвергшихся обратному развитію путемъ жирового перерожденія.

Въ общемъ данныя микроскопическаго изслѣдованію устанавливаютъ слѣдующее: яичникъ малокровенъ, ткань его бѣдна клѣточными элементами, примордіальныхъ фолликуловъ мало; болѣе зрѣлыя формы яйцевыхъ мѣшечковъ отсутствуютъ; желтыя тѣла не найдены; однимъ словомъ признаковъ овуляторной дѣятельности данный яичникъ не представляетъ.

Такимъ образомъ, задерживающее вліяніе систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній на овуляцію, предполагавшееся мною на основаніи клиническихъ данныхъ, нашло свое подтвержденіе и въ прямомъ гистологическомъ изслѣдованіи яичника.

Слѣдовательно, прекращеніе менструаціи подъ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній не составляетъ результатъ исключительно мѣстныхъ измѣненій слизистой оболочки матки, которая при повторномъ на нее воздѣйствіи впрыскиваемой жидкости (alutpol, іодная настойка, 95% спиртъ) становится неспособной къ своимъ мѣсячнымъ отправленіямъ, а составляетъ послѣдствіе совокупныхъ и весьма существенныхъ перемѣнъ во всей половой сферѣ, влекущихъ за собой полный покой половой дѣятельности, подобный тому, который наступаетъ при естественномъ прекращеніи половыхъ отправленій въ старческомъ возрастѣ, съ тою только разницею, что подъ вліяніемъ впрыскиваній, мѣсячная дѣятельность задерживается временно, и съ прекращеніемъ впрыскиваній, спустя одинъ—два менструальныхъ періода, отправленія половыхъ органовъ снова восстанавливаются.

Такое состояніе половой сферы, обусловленное внутриматочными впрыскиваніями, я предложилъ назвать „временнымъ кли-

мактеріемъ“<sup>1)</sup>, аналогично тому, какъ прекращеніе функціи половыхъ органовъ послѣ кастраціи называютъ „искусственнымъ климактеріемъ“.

Итакъ, внутриматочныя впрыскиванія (іодная настойка, іодъ—алумноловая смѣсь) обнаруживаютъ свое дѣйствіе на половые органы двоякимъ образомъ:

1) Путемъ непосредственнаго вліянія впрыскиваемого медикамента, съ одной стороны, въ мѣстѣ приложенія медикамента на слизистую оболочку матки, съ другой, послѣ всасыванія, на окружающія части и органы половой сферы.

2) Путемъ измѣненія отправленій половой сферы, обуславливая временное прекращеніе овуляціи и менструаціи.

Этими двумя положеніями вопросъ о дѣйствіи внутриматочныхъ впрыскиваній далеко еще не исчерпывается, и самъ собою является еще новый вопросъ: что лежитъ въ основѣ временнаго устраненія функціи половыхъ органовъ (овуляціи и менструаціи), вліяніе-ли медикамента (кромѣ мѣстнаго на слизистую оболочку матки) путемъ всасыванія на ткань яичника, или же дѣло заключается не въ специфическомъ вліяніи фармацевтическаго средства, а въ самомъ характерѣ достигаемыхъ и поддерживаемыхъ впрыскиваніемъ измѣненій слизистой оболочки матки. Допуская специфическое, задерживающее вліяніе іода на отправленія половыхъ органовъ, пришлось бы допустить существованіе другого ряда фармацевтическихъ препаратовъ, всасываніе которыхъ со стороны тисосъ матки могло бы усиливать или возбуждать эти отправленія половыхъ органовъ. Если бы такое предположеніе подтвердилось, то область гинекологической фармако-терапии значительно бы расширилась. Однако, подмѣченные мною клиническіе факты пока не даютъ никакихъ основаній къ подобнаго рода предположеніямъ, а наоборотъ, заставляютъ думать, что существенное значеніе имѣетъ не медикаментъ, а характеръ измѣненій слизистой оболочки матки и что, весьма возможно, каждое средство, обуславливающее аналогическія измѣненія слизистой оболочки матки, вызоветъ полный фізіологическій покой половой сферы.

Если бы дѣло шло о задерживающемъ вліяніи всасываемаго іода, то существовали бы болѣе постоянныя отношенія между числомъ впрыскиваній и прекращеніемъ половыхъ функцій, и во всякомъ случаѣ явленія *jodismus'a*, указывающія на полноту всасыванія, обезпечивали бы этотъ эффектъ.

<sup>1)</sup> Врачъ 1896 № 30.

Однако, мнѣ приходилось наблюдать случаи, гдѣ имѣлись всѣ указанія на то, что іодъ всасывается и обнаруживает свое общее дѣйствіе, и тѣмъ не менѣе менструальная функція не прекращалась, хотя число впрыскиваній достигало 30—40 (но впрыскиванія эти въ силу случайныхъ обстоятельствъ дѣлались съ частыми перерывами въ 1—2 дня). Если прибавить къ этому указанный мною выше фактъ о томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, лѣченныхъ впрыскиваніями, слизистая оболочка матки оказывалась не во всѣхъ своихъ отдѣлахъ одинаково пропитанной іодомъ, то является полное основаніе сдѣлать предположеніе, что прекращеніе физиологическихъ функцій половыхъ органовъ при внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ зависитъ отъ полноты и стойкости характерныхъ измѣненій слизистой оболочки матки, и меньше всего играютъ при этомъ роль специфическія свойства вводимого медикамента.

Въ чемъ же заключаются эти характерныя измѣненія слизистой оболочки матки?

Я пробовалъ въ различные періоды лѣченія внутриматочными впрыскиваніями брать изъ полости матки острой ложечкой кусочки слизистой оболочки, толщиной въ 1—2 мм., и хотя изслѣдованіе такихъ кусочковъ не даетъ обильныхъ данныхъ для заключенія объ измѣненіяхъ тисос'ы матки во всей ея цѣлости, но тѣмъ не менѣе частицы эти рисуютъ передъ нами до нѣкоторой степени то, что происходитъ на внутренней поверхности матки. Вся толща слизистой оболочки, по крайней мѣрѣ тѣ участки, которые могутъ быть добыты острой ложечкой спустя 15—20 ежедневныхъ впрыскиваній, макроскопически представляются сплошь окрашенными въ грязно-желтый цвѣтъ; ткань этихъ кусковъ содержитъ чрезвычайно мало влаги, скорѣе можно назвать ее сухой: она ломка и легко распадается на отдѣльныя небольшія зерна. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ, поверхностные слои плохо различимы въ своихъ клѣточныхъ элементахъ, а при значительномъ числѣ произведенныхъ впрыскиваній (30—40) эти поверхностные слои представляются въ формѣ безструктурной, сплошной массы, простирающейся въ большей или меньшей степени въ толщу слизистой оболочки матки. Ближайшіе къ поверхности участки тисос'ы матки теряютъ всѣ присущія имъ особенности строенія (Рис. 4-й): железистыя трубочки не различимы въ силу полного уничтоженія железистаго эпителия; мѣстами на препаратахъ трубочки эти различимы въ видѣ продольныхъ пустотъ, идущихъ съ поверхности слизистой оболочки въ глубину ткани; въ нѣкоторыхъ изъ этихъ пустотъ мѣстами различимъ

мелкозернистый распадъ или контуры железистыхъ кѣлокъ съ сохранившимся остаткомъ ядра; по большую частью железистый эпителий отсутствуетъ, и железы слизистой оболочки находятся въ спавшемся состояніи или различаются въ формѣ пустотъ. Межжелезистая ткань или собственно строма мисосы въ поверхностныхъ слояхъ представляетъ тѣ же слѣды перерожденія; между сохранившимися соединительно-тканными перекладинами различимы только остатки кѣлочныхъ элементовъ въ формѣ пустотъ съ заключенными въ нихъ обломками ядерной субстанции и слѣдами протоплазматической массы; нѣкоторые изъ пустотъ по по-

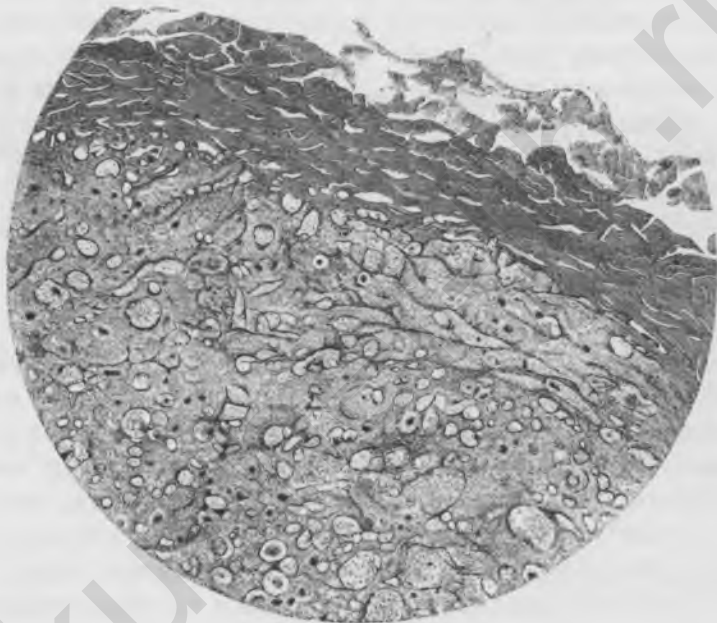


Рис. 4. Zeiss. Ocul 4. obj. 7. Слизистая оболочка матки, удаленная острой ложечкой послѣ 34-хъ внутриматочныхъ впрыскиваний іодъ-алуминовой смѣси.

ложенію, формѣ и очертаніямъ должны быть отнесены къ просвѣтамъ сосудовъ. Словомъ, поверхностные слои слизистой оболочки матки представляютъ картину полного уничтоженія, при чемъ, какъ это легко видѣть на рис. 4-мъ, можно различать два пояса—внутренній, смотрящій въ полость матки, въ которомъ нѣтъ никакихъ слѣдовъ какого-бы то ни было строенія, въ которомъ ткань достигла крайнихъ предѣловъ некробіоза, и наружный, въ которомъ различимы соединительно-тканнныя перекладины, контуры кѣлокъ и обломки ядеръ.

Участки внутреннего пояса, потерявшие всякую органическую связь съ глубже лежащими слоями, отпадаютъ, уносятся вонъ и (при продолжающемся дѣйствии вводимаго въ матку медикамента—іодъ-алумноля) замѣняются глубже лежащими частями.

Указанныя только-что измѣненія охватываютъ, однако, не всю слизистую оболочку матки; по мѣрѣ приближенія къ глубокимъ слоямъ тисосъы микроскопъ обнаруживаетъ все болѣе и болѣе явственно выступающее строеніе слизистой оболочки: можно различать междужелезистую ткань съ ея клѣточными элементами и просвѣты железистыхъ трубочекъ.

Но и въ этихъ слояхъ все-же обращаютъ на себя вниманіе явленія перерожденія (жирового): плохіе контуры клѣтокъ стромы, рѣзкая зернистость протоплазмы, плохо воспринимающей окраску, мѣстами мелкозернистый распадъ, въ которомъ различимы только контуры ядеръ; что касается до железъ, то въ глубокихъ слояхъ железистый эпителий обозначенъ яснѣе, и эпителиальные клѣтки мѣстами являютъ картины каріокинеза (Рисунокъ 5-ый). Въ глубокихъ слояхъ слизистой оболочки дѣятельно идетъ процессъ пролифераціи железистаго эпителия, послѣдній сохраняетъ свои железистыя свойства и служитъ внослѣдствіи матеріаломъ, изъ котораго вновь образуется слизистая оболочка матки.

За исключеніемъ этихъ глубокихъ участковъ, слизистая оболочка въ общемъ представляется на различной глубинѣ некротизированной. Чтобы нагляднѣе видѣть измѣненія, производимыя впрыскиваемой въ матку жидкостью, стоитъ только начать смазывать встрѣчающіяся въ области наружныхъ половыхъ частей и входа въ рукавъ такъ называемыя *condylamata accuminata*. Если смазывать эти сосочковыя образования растворами іодной настойки, то спустя нѣсколько дней отдѣльныя частицы этихъ кондиломъ сморщиваются, становятся сухими и легко спадаютъ съ своего ложа; такимъ образомъ мнѣ удавалось за послѣднее время уничтожить значительно выраженные *condylomata*. Прибавленіе 5% алумноля значительно ускоряетъ этотъ процессъ мортификаціи.

Тотъ-же процессъ мы имѣемъ, очевидно, и въ полости матки, гдѣ слизистая оболочка въ теченіи продолжительнаго времени можетъ быть поддерживаема впрыскиваніями въ состояніи некробіоза. Чѣмъ дольше продолжаются впрыскиванія, тѣмъ дольше затрудняется регенерація слизистой оболочки. Съ прекращеніемъ впрыскиваній обезжизненные участки тисосъы постепенно исторгаются изъ полости матки (что клинически себя даетъ знать обычно грязноватыми выдѣленіями изъ канала шейки), уступая мѣсто регенерирующей вновь слизистой оболочкѣ.



Какъ указано выше, регенерація эта происходитъ насчетъ глубокихъ слоевъ слизистой оболочки, сохраняющихъ свои жизненные свойства въ теченіе всего времени производства внутриматочныхъ впрыскиваній. Возстановленіе слизистой оболочки завершается возвратомъ менструальной функціи, но время, потребное для этого, колеблется, какъ мы видѣли выше, въ довольно широкихъ размѣрахъ отъ 2—3 недѣль до 8 недѣль. Ближайшія условія, обуславливающія эти разницы, въ настоящее время не могутъ считаться со всѣхъ сторонъ выясненными, но, безъ сомнѣнія прежде всего это обстоятельство зависитъ отъ совершенства въ технику внутриматочныхъ впрыскиваній, а въ зависи-

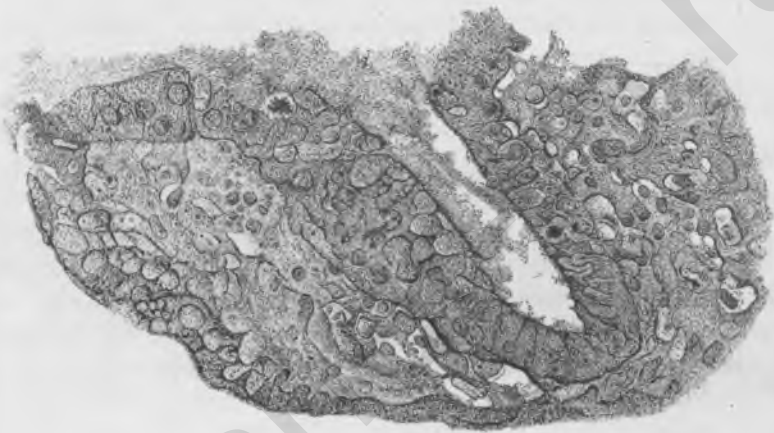


Рис. 5. Zeiss Ocul. 4. Obj. 7.

мости отъ этого и отъ полноты и распространенности указанныхъ выше измѣненій въ полости матки.

Чтобы закончить съ вопросомъ объ измѣненіяхъ, которыя наблюдаются на органахъ половой сферы подъ вліяніемъ систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній, необходимо еще упомянуть объ уменьшеніи размѣровъ матки. Нижеслѣдующая таблица даетъ понятіе о размѣрахъ этого уменьшенія (см. таблицу на стр. 42).

Таблица эта могла бы быть значительно удлинена, такъ какъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ впрыскиванія производились правильно и систематически, уменьшеніе матки могло быть доказано измѣреніемъ ея помощью бужа или зонда.

Въ общемъ цифра уменьшенія длины матки можетъ достигать отъ  $\frac{1}{4}$  стм. до 4 сантиметровъ. Какъ можно убѣдиться изъ приведенныхъ въ таблицѣ цифръ, не всегда существуетъ прямое отно-

№	Фамилія.	Длина матки до начала впрыскиваній.	Число произведенных впрыскиваній.	Длина матки послѣ произведенныхъ впрыскиваній.
1	Гур...	8 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> стм.	57	8 стм.
2	Кав...	9 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	96	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
3	Лям...	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	34	7
4	Леон...	9	26	8 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>
5	Велиж...	9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	15	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
6	Аргун...	9	28	8 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>
7	Снит...	16	40	12
8	Лоск...	12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	31	11
9	Крюк...	9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	59	7 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>
10	Печер...	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	14	8
11	Март...	9	33	8 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>
12	Донск...	13	31	9
13	Добров...	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	107	6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
14	Ероф...	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	96	6 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>
15	Корж...	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	52	5

шеніе между числомъ произведенныхъ впрыскиваній и уменьшеніемъ длины матки, такъ какъ рядомъ съ наблюденіями, гдѣ черезъ 15 впрыскиваній матка уменьшалась на одинъ сантиметръ, имѣются наблюденія, въ которыхъ при числѣ впрыскиваній въ два и три раза большемъ размѣры матки падали только на <sup>3</sup>/<sub>4</sub> стм. Вообще слѣдуетъ думать, что, если какъ правило матка подѣ вліяніемъ систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній уменьшается въ длину, то размѣры этого уменьшенія зависятъ не исключительно отъ числа впрыскиваній, но также и отъ совокупности многихъ другихъ условій. Пока на основаніи клиническихъ наблюденій я могу сказать, что въ случаяхъ долго длящихся страданій матки и ея придатковъ, сопровождающихся уплотнѣніемъ ея ткани, уменьшеніе матки подѣ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній выражено слабѣе, чѣмъ въ случаяхъ свѣжихъ при мягкой, сочной и изобилующей кровью маткѣ.

Наибольшее уменьшение матки я наблюдалъ въ случаяхъ свѣжих послѣродовыхъ заболѣваній, къ числу которыхъ относятся въ приведенной выше таблицѣ №№ 14 и 15-ый. Въ этихъ случаяхъ матка достигла 5—6 см. въ длину, являя такимъ образомъ картину рѣзко выраженной временной атрофіи, временной, такъ какъ съ прекращеніемъ выпрыскиваній размѣры матки возвращались къ обычнымъ цифрамъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ возвращалась и ея менструальная функція.

Подводя итоги тому, что наблюдается въ органахъ половой сферы подъ вліяніемъ систематическихъ внутриматочныхъ выпрыскиваній, необходимо прежде всего подчеркнуть временную потерю менструальной функціи, обусловленную характерными измѣненіями слизистой оболочки матки. Наступающія при этомъ расстройства питанія въ тазовыхъ органахъ влекутъ за собою уменьшение размѣровъ матки и задержку овуляторной дѣятельности яичниковъ.

Для меня лично не подлежитъ сомнѣнію, что физиологическія и анатомическія измѣненія, наблюдаемая при систематическихъ внутриматочныхъ выпрыскиваніяхъ, исходной своей точкой имѣютъ указанная выше измѣненія слизистой оболочки матки, такъ какъ отъ полноты и распространенности наступающихъ перемѣнъ въ полости матки зависитъ и большая или меньшая выраженность всѣхъ остальныхъ клиническихъ и анатомическихъ явленій.

Слѣдовательно, слизистая оболочка матки играетъ существенную роль въ физиологическихъ процессахъ, имѣющихъ мѣсто въ области половыхъ органовъ, и роль эта обозначается въ размѣрахъ болѣе широкихъ сравнительно съ тѣмъ, какъ объ этомъ думали до настоящаго времени. Оказывается, что *mucosa* матки и ея ежемѣсячные регенераціонные процессы направлены не для того исключительно только, чтобы обезпечить оплодотворенному яйцу вѣрное и прочное мѣсто для его роста и развитія, но на ряду съ этимъ со стороны слизистой оболочки матки могутъ обнаруживаться вліянія, задерживающія овуляторную дѣятельность яичниковъ. Подобное задерживающее вліяніе, въ виду указанныхъ выше анатомическихъ измѣненій *mucosae uteri* подъ вліяніемъ выпрыскиваній, слѣдуетъ понимать въ томъ смыслѣ, что съ прекращеніемъ обычныхъ регенераціонныхъ процессовъ въ полости матки исключаются и обычные возбуждающіе импульсы со стороны *mucosae* матки на яичники. Однимъ словомъ,

съ точки зрѣнія сказаннаго на слизистую оболочку матки слѣдуетъ смотрѣть какъ на особый регуляторъ совершающихся въ половой сферѣ и въ частности въ области яичниковъ физиологическихъ процессовъ.

Ближайшій механизмъ этого регуляторнаго дѣйствія можетъ заключаться или въ отраженномъ влияніи нервныхъ образованій, заключенныхъ въ толщѣ слизистой оболочки матки и обуславливающихъ въ яичникахъ сосудистыя измѣненія, съ которыми связанъ усиленный ростъ и развитіе графовыхъ пузырьковъ, или же влияніе эта обуславливается всасываніемъ со стороны регенерирующей слизистой оболочки матки какихъ-либо химическихъ продуктовъ, образующихся здѣсь, проникающихъ путемъ всасыванія до яичниковъ и обнаруживающихъ здѣсь свое возбуждающее (трофическое) дѣйствіе. Если принять во вниманіе съ одной стороны обиліе нервныхъ образованій въ области внутренняго покрова матки и яичниковъ (Патенко, Разумовскій, Köstlin, Gawronsky, Herf, Herlitzka <sup>1)</sup> и др.) и, если, съ другой стороны, вспомнить, что слизистая оболочка матки можетъ быть разсматриваема, какъ аденоидная ткань (Генле, Леопольдъ, Johnstone, Tait), то оба указанная выше объясненія возбуждающаго и задерживающаго влияния *mucos'ы* матки одинаково допустимы.

Такъ или иначе, но изъ всего изложеннаго выше явствуетъ, что физиологическое значеніе слизистой оболочки матки не ограничивается только актомъ менструаціи въ смыслѣ Pflüger'a <sup>2)</sup>, но независимо отъ этого и, въ свою очередь, *mucosa* матки обнаруживаетъ существенное трофическое влияніе на всѣ отдѣлы половой сферы и въ частности на яичники, возбуждая эти послѣдніе къ дѣятельности въ періодъ своего предменструальнаго роста и ограничивая, задерживая указанную дѣятельность при отсутствіи этого роста; съ этой точки зрѣнія *mucosa* матки есть регуляторъ питательныхъ процессовъ въ яичникахъ, а, слѣдовательно, и регуляторъ овуляціонной дѣятельности ихъ.

Конечно, только что сказанное идетъ въ разрѣзъ съ господствующими воззрѣніями на овуляцію и менструацію и ихъ взаимную связь, но въ этихъ вопросахъ и по сіе время имѣетъ силу замѣчаніе Шредера, по которому „слѣдуетъ сознаться, что достовѣрныхъ свѣдѣній на счетъ взаимной связи между ову-

<sup>1)</sup> Herlitzka. Beitrag zum Studium der Innervation des Uterus. Zeitsch. f. Geburtsk. und Gyn. Bd. XXXVII H. I, стр. 83.

<sup>2)</sup> Die Menstruation ist der Inoculationschnitt der Natur zur Aufimpfung des befruchteten Eies auf den Mutterlichen Organismus.

ляціей и менструаціей въ настоящее время совершенно не существуют". Слѣдовательно, каждое новое соображеніе, основанное на новыхъ фактахъ и наблюденіяхъ, можетъ только содѣйствовать разъясненію спорнаго и запутаннаго вопроса. Во всякомъ случаѣ давнишній вопросъ о томъ, что существеннѣе среди физиологическихъ явленій, совершающихся на протяженіи половыхъ органовъ—овуляція или менструація,—слѣдуетъ считать празднымъ вопросомъ, такъ какъ отнынѣ имѣются клиническія данныя, не только устраняющія зависимость менструаціи, но наоборотъ, устанавливающія трофическое ея вліяніе на прочіе органы половой сферы. Искусственный климактерій можетъ быть вызванъ не только со стороны яичниковъ—органа овуляціи (кастрація), но одинаковымъ образомъ и со стороны тусосы матки—органа менструаціи.

Если къ этому прибавить несомнѣнные клиническіе факты, добытые Lawson-Tait'омъ <sup>1)</sup> и свидѣтельствующіе о томъ, что тотъ же климактерій можетъ быть вызванъ со стороны яйцепроводовъ, путемъ вырѣзыванія послѣднихъ, то окажется, что на всемъ протяженіи половой трубки отъ яичника и до матки имѣются возбудители физиологическихъ функцій половой сферы; а если сверхъ сего вспомнить и тотъ фактъ, въ силу котораго менструація отсутствуетъ при нѣкоторыхъ страданіяхъ влагалища (мочеполовые свищи), то сверхъ сего придется согласиться, что указанные возбудители раскинуты на протяженіи всей половой трубки безъ исключенія.

Все это съ безповоротною рѣшимостью заставляетъ думать, какъ это сдѣлалъ Lawson-Tait (l. c.), что явленіями, циклически совершающимися въ половой сферѣ, управляетъ опредѣленный аппаратъ, къ которому со всѣхъ участковъ половой трубки подходятъ, какъ возбуждающіе, такъ равно и задерживающіе импульсы. Совмѣстнымъ дѣйствіемъ возбуждающихъ и задерживающихъ вліяній достигается регуляція этого сложнаго въ высшей степени нервнаго механизма. Въ этой регуляторной роли выступаетъ, повидимому, главнымъ образомъ тусоса матки, съ ея ежемѣсячными измѣненіями, при которыхъ она то растеть, утолщается, наполняется кровью, то, наоборотъ, становится тоньше, менѣе изобилуетъ кровью, теряя ее наружу, и нерѣдко цѣлыми слоями исторгается вонъ, чтобы вслѣдъ за этимъ вновь проявить усиленную регенераціонную дѣятельность, прерываемую періодами менструальныхъ истеченій.

<sup>1)</sup> Lawson-Tait. Traité clinique des maladies des femmes. Перев. 1896 года.

Такимъ образомъ, рѣшеніе вопроса о сущности менструаціи должно быть значительно видоизмѣнено, что, впрочемъ, рано или поздно, въ томъ или другомъ направленіи должно совершиться, такъ какъ существующія воззрѣнія на сущность менструаціи, конечно, не вполне согласуются съ наблюдаемыми фактами, и могутъ быть принимаемы съ большими оговорками.

Что менструальныя измѣненія mucos'ы матки создаютъ въ полости послѣдней наиболѣе выгодныя для прикрѣпленія оплодотвореннаго яйца и образованія послѣда условія (Pflüger, Sutton, Johnstone, Tait)—это было бы просто и ясно, если бы только не существовало клиническихъ фактовъ, которые доказываютъ, что нерѣдко не только этихъ менструальныхъ измѣненій не требуется для развитія и роста оплодотвореннаго яйца (беременность при отсутствіи менструаціи), но что въ нѣкоторыхъ случаяхъ для этого роста и развитія даже не требуется и самой слизистой оболочки матки съ ея особенностями (случаи внѣматочной беременности, завершающейся полнымъ развитіемъ яйца). Но въ такомъ случаѣ, для чего существуетъ менструація, и какое значеніе имѣеть она въ ряду фізіологическихъ процессовъ, совершающихся на протяженіи половыхъ органовъ? Неудовлетворенные теоріей Pflüger'a, изслѣдователи этого удивительнаго и мало понятнаго явленія въ организмѣ женщины метались въ разныя стороны, стараясь уяснить себѣ сущность менструаціи. Сравнительно-анатомическія изслѣдованія породили длинныя препирательства на счетъ того, аналогична ли течка животныхъ менструація у женщинъ, и пока спорили по этому поводу, дѣло не подвинулось впередъ, а поднятый вопросъ о течкѣ и менструаціи остался открытымъ. Попробовали рѣшить вопросъ о сущности менструаціи на основаніи сопоставленія фактовъ, полученныхъ у различныхъ женщинъ въ различные періода ихъ жизни, при различныхъ фізіологическихъ и патологическихъ состояніяхъ; при этомъ накопилось такое многочисленное число отдѣльныхъ, часто противорѣчущихъ данныхъ, что необходима особенная хитрость и ловкость, чтобы придти вообще къ какому-либо одному опредѣленному заключенію. Подъ давленіемъ этихъ разнохарактерныхъ данныхъ было высказано множество теорій, безъ сомнѣнія, остроумныхъ, но не высняющихъ сущности менструаціи; нѣкоторые изслѣдователи рѣшили (King, Loewenthal), наконецъ, что менструація не есть фізіологическій актъ въ организмѣ женщины и должна разсматриваться, какъ патологическое явленіе, обусловленное ненормальнымъ ходомъ производительной дѣятельности. Но и это рѣшеніе, не прибавивъ ни на іоту ясности

въ нашихъ воззрѣнiяхъ на сущность менструаціи, окончательно запутало дѣло, такъ какъ, слѣдуя этой теоріи, пришлось бы всѣхъ женщинъ, съ незапамятныхъ временъ менструирующихъ, отнести въ разрядъ аномальныхъ, не будучи въ состоянiи въ то же самое время видѣть образецъ воображаемой нормальной не менструирующей женщины.

Въ такомъ безнадежномъ положенiи вопросъ о менструаціи находится и по сіе время, и мы все-таки не знаемъ, для чего періодически течетъ кровянистая жидкость изъ половыхъ органовъ женщины.

Если это нужно, какъ вообще полагають, чтобы воспрепятствовать тусос'ѣ матки подвергнуться процессу соединительно-тканной атрофіи, что могло бы случиться при отсутствіи связанныхъ съ менструаціей регенераціонныхъ измѣненій, и что повлекло бы за собой невозможность производительной дѣятельности, то такой взглядъ на дѣло не особенно убѣдителенъ, такъ какъ во-первыхъ, какъ указано выше, для производительной дѣятельности не всегда нужна такая именно форма регенераціи, а во-вторыхъ, возрожденіе ткани тусос'ы могло бы происходить и безъ сопутствующаго кровотеченія, какъ это мы видимъ на всѣхъ прочихъ органахъ, въ которыхъ, безъ сомнѣнiя, элементы ткани регенерируются въ опредѣленные промежутки времени. Если кровотеченіе есть результатъ шелушенія слизистой оболочки матки, безъ чего затруднялась бы прививка оплодотвореннаго яйца, то, во-первыхъ, почему бы этому шелушенію эпителия не происходить безъ кровопотери, а во-вторыхъ, многочисленный рядъ фактовъ показываетъ, что для прививки яйца менструальныя измѣненія тусос'ы не представляются необходимыми. Если, наконецъ, менструальныя кровотечения суть указатель того, что происходитъ въ половой сферѣ и главнымъ образомъ въ яичникѣ, указатель совершившейся или совершающейся овуляціи, то не смотря на то, что такіе указатели, облегчающіе для особей мужскаго вида выборъ времени для оплодотворенія самки, и могутъ быть прослѣжены среди нѣкоторыхъ животныхъ, тѣмъ не менѣе къ человѣческой расѣ такое объясненіе не примѣнимо, такъ какъ, во-первыхъ, въ этомъ указателѣ нѣтъ никакой надобности, а во-вторыхъ, и потому, что у женщины показатель этотъ въ сущности ничего не показываетъ, ибо, какъ установлено, при этомъ не всегда имѣется зрѣлое яйцо, выступившее изъ яичника и готовое къ оплодотворенію.

Однимъ словомъ, нѣтъ никакихъ основаній приписывать менструаціи какія-либо цѣли, облегчающія оплодотвореніе, внѣд-

рение и развитие яйца. Можно только говорить о причинах и значении менструации, и в этом отношении было бы правильнее говорить о томъ, что *mucosa* матки и совершающіеся въ ней процессы суть регуляторы половой дѣятельности. Со стороны растущей слизистой оболочки матки обычно идутъ нервныя импульсы, возбуждающіе (при посредствѣ расположенныхъ вблизи матки нервныхъ аппаратовъ) овуляторную дѣятельность, что сопровождается усиленнымъ приливомъ крови и обильнымъ накопленіемъ тканевой жидкости въ органахъ тазовой полости. Если такое состояніе сопровождается полнымъ созрѣваніемъ яйца, его выходомъ и оплодотвореніемъ, то развившіяся тканевыя измѣненія продолжаютъ прогрессировать во время беременности, при чемъ развившіеся вновь кровеносныя и лимфатическіе сосуды свободно вмѣщаютъ большіе запасы крови и тканевой жидкости.

При отсутствіи готоваго къ оплодотворенію яйца или при отсутствіи этого оплодотворенія возникаютъ затрудненія въ сохраненіи накопившихся въ органахъ тазовой полости жидкостей (крови и лимфы), такъ какъ внѣ беременности сосудистая и въ особенности лимфатическая система половыхъ органовъ развита относительно умѣренно. Вотъ тутъ и выступаетъ на сцену регуляторная роль *mucos*ы матки съ ея особымъ кровеноснымъ, лимфатическимъ и железистымъ аппаратомъ. Излишнія массы тканевой жидкости обильно просачиваются черезъ ткани слизистой оболочки, а буде окажется и излишекъ крови, то и эта послѣдняя удаляется сначала *per diapodesin*, а затѣмъ и *per rhexin*. Вмѣстѣ съ тѣмъ глубокія структурныя измѣненія, которымъ подвергается при этомъ слизистая оболочка матки, дѣлаютъ ее на нѣкоторое время неспособной посылать возбуждающіе импульсы. Наступаетъ на нѣкоторое время покой въ половой сферѣ, въ силу чего физиологическая ея способность не истощается въ короткое время, и нервный механизмъ, направляющій эту способность, не переутомляется.

Менструація, такимъ образомъ, должна разсматриваться, какъ регуляторъ половой производительной функціи. Это есть предохранительный клапанъ, который защищаетъ половой механизмъ женщины отъ порчи и разрушенія.

При такомъ взглядѣ на *mucos*у матки и на менструальную функцію, не трудно будетъ объяснить всѣ разнообразныя формы и виды менструаціи у здоровыхъ женщинъ, различную продолжительность ея, различное количество теряемой крови, колебанія во времени ея появленія и т. д.



Еще большее значеніе приобрѣтаетъ тисоса матки въ случаяхъ патологическихъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ заболѣваніе половыхъ органовъ женщины не минуетъ слизистой оболочки матки и нерѣдко съ этой послѣдней начинается—слѣдовательно, поражается одинъ изъ существенныхъ механизмовъ, поддерживающій всѣ отдѣльные органы половой сфѣры въ равновѣсіи, необходимомъ для правильной ихъ дѣятельности.

Никто не будетъ, конечно, отрицать того извѣстнаго каждому гинекологу положенія, по которому болѣзненные измѣненія матки и ея внутренняго покрова рано или поздно начинаютъ осложняться разстройствами со стороны придаточнаго аппарата—(трубъ и яичниковъ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (острыя воспалительныя состоянія) такой переходъ происходитъ быстро вслѣдъ за начальнымъ пораженіемъ матки, и переходъ этотъ на столько очевиденъ, что не можетъ возбуждать ни какихъ споровъ. Мало того, не подлежитъ сомнѣнію, что при этомъ имѣетъ мѣсто непосредственный переносъ болѣзнетворнаго resp. заразнаго начала со стороны матки черезъ посредство кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ (пуэрперальныя, септическія формы заболѣванія, перелойныя пораженія). Наоборотъ, въ другихъ случаяхъ дѣло идетъ не о воспалительномъ пораженіи матки, а, если можно такъ выразиться, о разстройствѣ трофическомъ, влекущемъ за собой измѣненіе величины, очертанія, неправильности положенія матки и т. д., и тѣмъ не менѣе, не смотря на отсутствіе какого бы то ни было заразнаго начала, придатки матки и въ особенности яичникъ начинаютъ мало по малу подвергаться структурнымъ измѣненіямъ и обусловливаютъ болѣзненные припадки. Стоитъ вспомнить только измѣненія яичниковъ, часто наблюдаемыя при фиброміомахъ матки и состоящія въ увеличеніи ихъ насчетъ одновременнаго роста многихъ граафовыхъ пузырьковъ (*kleincystische Degeneration*), чтобы согласиться съ высказаннымъ выше взглядомъ о томъ, что разстройства питанія матки и ея слизистаго покрова влекутъ за собой аналогичныя измѣненія въ придаточномъ аппаратѣ. При міомахъ тисоса матки претерпѣваетъ измѣненія прогрессивнаго характера—она утолщается, гиперплазируется и въ такомъ видѣ служитъ болѣе сильнымъ возбудителемъ для яичника, отсюда одновременное развитіе многихъ граафовыхъ пузырьковъ, превращающихъ яичникъ въ кистовидно-перерожденный органъ, отсюда, съ другой стороны и тѣ обильныя и частыя кровопотери, которыми страдаютъ относящіяся сюда больныя. Наоборотъ, при заболѣваніяхъ, влекущихъ за собой атрофію слизистой оболочки матки,

наблюдается совершенно обратное: яичники малъ, не изобилуютъ растущими яйцевыми мѣшками, а рядомъ съ этими и ежемѣсячныя потерп крови незначительны и отдѣлены часто большими промежутками времени. Такъ именно наблюдается при интерстиціальныя формахъ эндометрита, сопровождающихся склерозомъ слизистой оболочки, какъ это бываетъ, напримѣръ, при гоноррейныхъ длительныхъ эндометритахъ.

Однимъ словомъ, вліяніе заболѣвшей mucos'y матки на питаніе и отправление всей половой сферы не можетъ подлежать сомнѣніямъ и обуславливается или прямымъ переносомъ болѣзнетворнаго начала, или трофическимъ вліяніемъ въ вышеуказанномъ смыслѣ. Значеніе слизистой оболочки матки въ патологическихъ случаяхъ увеличивается еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что въ силу своего сходства съ аденоидной тканью и въ силу значительнаго напряженія регенераціонныхъ процессовъ, она служитъ удобнымъ складочнымъ мѣстомъ для храненія заразныхъ началъ, которыми отсюда постоянно снабжаются окружающіе органы и ткани; въ этихъ послѣднихъ такимъ образомъ болѣзнетворный агентъ постоянно возобновляется на смѣну вреднымъ элементамъ, потерявшимъ уже силу.

Съ этой точки зрѣнія при лѣченіи заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ главное вниманіе должно быть сосредоточено на слизистой оболочкѣ матки, лѣченіемъ которой достигается во первыхъ уничтоженіе непосредственной причины, обуславливающей и поддерживающей болѣзненный процессъ въ окружности, а во вторыхъ—дается возможность вліять путемъ регуляціи питательныхъ процессовъ, совершающихся въ заболѣвшихъ органахъ.

На основаніи вышесказаннаго внутриматочная терапія должна составлять основу въ лѣченіи какого бы то ни было воспалительнаго пораженія половой сферы.

Такой именно взглядъ на дѣло впервые съ достаточною ссылкой на факты былъ высказанъ въ 1892 году Mackenrodt'омъ въ цитированной выше работѣ „Beitrag zur intrauterine Therapie“<sup>1)</sup>. Объясняя послѣдовательные заболѣванія придатковъ матки, окружающей клѣтчатки и серознаго покрова непосредственнымъ переходомъ resp. переносомъ заразныхъ началъ со стороны слизистой оболочки матки, Mackenrodt упоминаетъ и о невоспалительныхъ измѣненіяхъ яичниковъ при міомахъ матки, и на основаніи

<sup>1)</sup> Niemand wird bezweifeln, dass es zwischen Endometrium und Ovarien Beziehungen giebt, welche eine secundäre Ovarialerkrankung nach einen primären Endometritis vermitteln und unterhalten.

клиническихъ данныхъ приходитъ къ заключенію, что нѣкоторая часть яичниковыхъ заболѣваній (въ особенности опухоли) должны разсматриваться, какъ заболѣванія параллельныя миомамъ матки, при чемъ такая зависимость находится въ связи съ 3-й, еще не обнаруженной причиною, обуславливающей образованіе опухолей <sup>1)</sup>. Эту третью причину, опредѣляющую связь заболѣваній матки съ измѣненіями придатковъ, составляетъ, по моему мнѣнію, слизистая оболочка матки съ присущею ей физиологическою сущностью, о которой я говорилъ выше.

Работа Maskenrodt'a представляетъ для меня особенный интересъ, такъ какъ почти одновременно съ Maskenrodt'омъ я остановился на той же мысли лѣчить воспалительныя состоянія матки и ея придатковъ, воздѣйствуя на слизистую оболочку матки путемъ повторныхъ внутриматочныхъ впрыскиваній; работа Maskenrodt'a вышла въ апрѣлѣ 1892 года, а съ 1893 года въ Томской клиникѣ уже внутриматочная терапия обозначилась, какъ особый, самостоятельный методъ лѣченія <sup>2)</sup>. Заслуга Maskenrodt'a заключается въ томъ, что онъ началъ примѣнять внутриматочныя впрыскиванія при воспалительныхъ страданіяхъ придатковъ матки, не смотря на то, что общій голосъ всѣхъ почти гинекологовъ стоялъ на сторонѣ полнаго воздержанія въ такихъ случаяхъ отъ какой-бы то ни было внутриматочной терапіи. Подкрѣплять только что сказанное ссылкой на какія-либо литературныя источники не представляется особой надобности, такъ какъ почти всѣ гинекологи слѣдовали и слѣдуютъ этому основному правилу при лѣченіи воспалительныхъ пораженій въ окружности матки и въ области ея придатковъ.

Въ относительно недавнее время были снова подчеркнуты старыя опасенія по отношенію къ употребленію внутриматочныхъ впрыскиваній при воспалительныхъ измѣненіяхъ въ окружности матки Weber'омъ <sup>3)</sup>, Chrobak'омъ (I. с. стр. 175), Olshausen'омъ <sup>4)</sup>; въ новѣйшее время предупрежденія въ этомъ направленіи снова были высказаны Dührssen'омъ <sup>5)</sup> (по отношенію вообще въ внутри-

<sup>1)</sup> Vielmehr, meine ich, ist es plausibel, einen Theil der Ovarialerkrankungen, besonders Tumoren, als eine Parallelerkrankung neben dem Myom aufzufassen, vielleicht in Folge einer dritten, noch nicht gefundenen Ursache, die central gelegen, die Tumorenbildungen anregt.

<sup>2)</sup> Проф. Грамматикати. Внутриматочныя впрыскиванія, какъ способъ лѣченія воспалительныхъ состояній матки, ея придатковъ и тазовой брюшины. Врачъ 1896 г.

<sup>3)</sup> Berlin. Klinisch. Wochenschrift. 1875. № 41.

<sup>4)</sup> См. Fischer. Dissert. Halle 1879 г.

<sup>5)</sup> Centr. f. Gyn. № 8 1895 г. S. 217.

маточной терапіи), Hofmeyer'омъ (l. c.), Gottschalk'омъ (l. c.) и многими другими. Нѣкоторые (Hofmeyer, Duhrssen) совѣтуютъ даже въ сомнительныхъ случаяхъ воспользоваться хлороформнымъ наркозомъ для того, чтобы установить состояніе придатковъ матки и, въ случаѣ ихъ воспалительнаго пораженія, воздержаться отъ внутриматочной терапіи.

Безъ сомнѣнія, при такой постановкѣ вопроса придется отказаться отъ лѣченія матки въ очень многихъ случаяхъ, такъ какъ почти всегда будетъ имѣться противопоказаніе къ лѣченію полости матки со стороны измѣненныхъ ея придатковъ. Maskenrodt сослался по этому поводу на старыя цифровыя сопоставленія Kugelmann'a <sup>1)</sup>, по которому изъ 124 случаевъ заболѣванія матки въ 59 случаяхъ имѣлось одновременное пораженіе придатковъ.

Исходя изъ этихъ и своихъ собственныхъ цифровыхъ сопоставленій, а также придавая значеніе слизистой оболочкѣ матки по вліянію ея на заболѣванія въ окружности и въ области придатковъ, Maskenrodt рѣшился нарушить старыя традиціи и попробовалъ примѣнить внутриматочную терапію и въ случаяхъ воспалительнаго пораженія по сосѣдству, считая въ этихъ случаяхъ мусос'у матки источникомъ зараженія. Насколько можно судить изъ представленныхъ имъ 44 случаевъ (одинъ случай исключень мною—1 впр.), внутриматочная терапія примѣнялась при самыхъ разнообразныхъ воспалительныхъ страданіяхъ матки и ея придатковъ, за исключеніемъ острыхъ случаевъ. Почти въ половинѣ случаевъ внутриматочнымъ впрыскиваніямъ предшествовало выскабливаніе полости матки. Въ большинствѣ случаевъ количество впрыскиваній колеблется отъ 5—15 (31 случай); рѣже число впрыскиваній достигаетъ 20-ти (8 случаевъ); еще рѣже произведено по 30-ти впрыскиваній (2 случая). При этомъ въ результатѣ Maskenrodt получилъ 17 полныхъ выздоровленій, въ 22 случаяхъ наблюдалось улучшеніе, и въ 5-ти случаяхъ, оказавшихся впоследствии при чревосѣченіи туберкулезомъ брюшины, результатъ былъ отрицательный.

Впрыскиванія производились Брауновскимъ шприцемъ подъ руководствомъ пальца, амбулаторно, большею частью ежедневно въ началѣ лѣченія и два раза въ недѣлю въ концѣ лѣченія. Никакихъ дурныхъ послѣдствій при впрыскиваніяхъ Maskenrodt не наблюдалъ, за исключеніемъ схваткообразныхъ болей въ маткѣ, наступавшихъ чаще въ случаяхъ, гдѣ не было дѣлаемо предва-

<sup>1)</sup> Monatschrift f. Geburtsk. und Frauenkrankh. 1868, Bd. 32. S. 436.

рительно выскабливаніе; это заставляетъ автора высказаться въ пользу того предположенія, что колики обуславливаются чувствительностью мусос'ы матки. Ко всему этому слѣдуетъ прибавить, что жидкостью для впрыскиванія служила, повидимому, іодная настойка; въ нѣкоторыхъ случаяхъ обстоятельство это отмѣчено, въ другихъ вообще говорится о впрыскиваніяхъ въ матку безъ обозначенія состава впрыскиваемой жидкости.

Какъ явствуеъ изъ изложеннаго, внутриматочная терапия Maskenrodt'a не отличалась однообразіемъ и не была выработана въ опредѣленный способъ, такъ какъ на ряду съ впрыскиваніями въ матку примѣнялись выскабливанія, впрыскиванія широко колебались въ числѣ (отъ 5 до 20), производились съ перерывами, а потому неудивительно, что Maskenrodt не подмѣтилъ того характернаго (временный климактерій) клиническаго результата внутриматочныхъ впрыскиваній, въ силу чего эти послѣднія становятся могущественнымъ средствомъ гинекологической терапіи, обуславливая полный физиологическій покой половой сферы, покой, столь необходимый при лѣченіи воспалительныхъ состояній.

Тѣмъ не менѣе, однако, заслуга Maskenrodt'a въ томъ, что онъ рискнулъ печатно заговорить о томъ, что въ случаяхъ воспалительнаго пораженія придатковъ матки необходимо лѣчить слизистую оболочку матки, и первый попробовалъ примѣнить ежедневныя впрыскиванія въ количествѣ, которое до него не было въ употребленіи.

Справедливость требуетъ упомянуть о томъ, что и до Maskenrodt'a были попытки отступить отъ общепринятаго правила воздерживаться отъ лѣченія внутри матки при воспалительныхъ состояніяхъ придатковъ и въ окружности матки. Но отступленія эти были сдѣланы по отношенію къ выскабливанію матки. Въ работѣ Cuellar'a <sup>1)</sup>, опубликованной въ 1891 г., собраны интересныя подробности касательно примѣненія внутриматочнаго лѣченія (выскабливаніе) при самыхъ разнообразныхъ околوماتочныхъ страданіяхъ, и приведены 22 случая, гдѣ при подобныхъ условіяхъ произведено было выскабливаніе съ большимъ или меньшимъ успѣхомъ. Первый, примѣнившій выскабливаніе при страданіяхъ придатковъ (salpingitis), былъ Munde <sup>2)</sup>, опубликовавшій въ 1883 году одно подобное наблюденіе; въ 1887 году

<sup>1)</sup> Cuellar. Du curettage de l'uterus dans les affections peri-utérines etc. Paris. 1891.

<sup>2)</sup> Munde. American Journal of obstet. vol. XVI oct. 1883. цит. по Cuellar'y.

полнѣе высказался въ этомъ же направленіи Walton <sup>1)</sup>. По мнѣнію Walton'a, выскаблить mucus'y матки, это значитъ удалить причину болѣзни, уничтожить salpingitis и вмѣстѣ съ этимъ прекратить peri-salpingitis и pelvi-peritonitis.

Вслѣдъ за этимъ въ теченіе короткаго времени появились одна за другой работы въ томъ же духѣ Poulet <sup>2)</sup>, Dellet <sup>3)</sup>, Coutin <sup>4)</sup>, Potherat <sup>5)</sup>, но одновременно не въ пользу выскабливанія въ подобныхъ случаяхъ высказались Doleris <sup>6)</sup>, его ученикъ Boureau <sup>7)</sup> и многіе другіе, какъ Terrillon, Lucas — Championière, Segond, Terrier. Изъ работы Cuellar'a мы узнаемъ между прочимъ, что нѣкоторые французскіе врачи съ успѣхомъ въ отдѣльныхъ случаяхъ производили выскабливаніе даже въ остромъ періодѣ заболѣванія (наблюд. XVIII, сообщенное Cheron'омъ изъ больницы St. Lazare и касающееся гоноррейнаго остраго endometrit'a и salpingit'a). Во всякомъ случаѣ попытки французскихъ врачей ввести въ практику выскабливаніе при воспалительныхъ пораженіяхъ около матки не увѣнчались особеннымъ успѣхомъ, и какъ мы видѣли выше, нигдѣ на континентѣ Европы не нашли себѣ подражанія.

Только что приведенныя подробности касательно выскабливанія я привелъ съ цѣлью показать, что взгляды на mucus'y матки, какъ на причину заболѣванія въ окружности и какъ на мѣсто, куда должна быть направлена терапія околوماتочныхъ страданій, былъ высказываемъ за послѣднее десятилѣтіе не одинъ разъ, и что равнымъ образомъ многіе врачи пробовали разрабатывать въ этомъ направленіи генекологическую терапію; во Франціи съ этою цѣлью пробовали примѣнять выскабливаніе, въ Германіи въ работѣ Maskenrodt'a мы впервые видимъ попытку примѣнить съ этою цѣлью внутриматочныя впрыскиванія.

Какъ предложенія французскихъ врачей, такъ и работа Maskenrodt'a не произвели особаго впечатлѣнія, и въ послѣдующіе за тѣмъ годы не замѣтно, чтобы кто нибудь продолжалъ систе-

<sup>1)</sup> Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, son traitement par dilatation forcée et le curettage de l'utérus 1888.

<sup>2)</sup> Société de médecine de Lyon. Lyon médical. 8 Février 1888 цит. по Cuellar'y.

<sup>3)</sup> Bulletins de la Soc. anat. de Paris. 1888, fascicule 35, цит. по Cuellar'y.

<sup>4)</sup> Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement par le curettage. Thèse de Paris 1889.

<sup>5)</sup> Soc. médic. prat. de Paris. Juillet 1888, цит. по Cuellar'y.

<sup>6)</sup> Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie. Avril 1888.

<sup>7)</sup> Thèse de Paris 1888, цит. по Cuellar'y.

матически работать въ указанномъ направленіи. Мало того, голоса наиболѣе авторитетныхъ гинекологовъ всегда были противъ внутриматочной терапіи при воспалительныхъ пораженіяхъ придатковъ и окружности матки.

Существеннымъ затрудненіемъ въ разработкѣ и рѣшеніи вопроса служило то обстоятельство, что внутриматочная терапія сама по себѣ до самаго послѣдняго времени не могла считаться точно разработанной въ отношеніи результата, какой она оказываетъ на состояніе половыхъ органовъ. Какъ мы видѣли выше, само по себѣ выскабливаніе безъ послѣдующаго прижиганія mucos'y не давало особенно замѣтныхъ результатовъ; прижиганія сами по себѣ, даже въ той систематической послѣдовательности, съ какою примѣнили ихъ впервые Rheinstaedter, не обнаружили какихъ-либо особыхъ преимуществъ передъ другими способами; наконецъ, внутриматочныя впрыскиванія, надъ которыми тяготѣли неудачи стараго времени, имѣли въ общемъ малое распространеніе среди врачей, и во всякомъ случаѣ примѣнялись не систематически, большею частью въ небольшомъ количествѣ и съ большими промежутками между отдѣльными впрыскиваніями у одной и той же больной, такъ что не представлялось возможнымъ сдѣлать правильныя заключенія о томъ, какъ дѣйствуютъ они на половые органы, какія измѣненія анатомическія и функциональныя производятся ими въ половой сферѣ, и слѣдовательно, какимъ ихъ дѣйствіемъ можно воспользоваться, примѣняя ихъ съ терапевтической цѣлью.

Этотъ пробѣлъ въ настоящее время можно считать пополненнымъ, такъ какъ, помимо мѣстнаго дѣйствія обнаружилось главное и существенное вліяніе систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній, заключающееся въ приостановкѣ менструальной функции, устраненіи на желаемое время менструальныхъ приливовъ, въ прекращеніи овуляторной функции, однимъ словомъ—въ устраненіи всѣхъ моментовъ, которые могутъ поддерживать воспалительный процессъ и мѣшать ему придти къ окончательному рѣшенію.

Въ этомъ отношеніи систематическія внутриматочныя впрыскиванія, безъ сомнѣнія, приобрѣтаютъ положеніе самостоятельнаго метода терапіи, совершенно обособленнаго отъ всѣхъ другихъ видовъ внутриматочнаго лѣченія (выскабливаніе, прижиганіе). Конечно, остаются еще нѣкоторыя подробности, для окончательнаго выясненія которыхъ помимо времени требуется обильное количество клиническихъ наблюденій, возможныхъ только при соемѣстномъ усилии врачей—только такимъ путемъ могутъ быть

пополнены тѣ пробѣлы, правда незначительныя, но все-же существующія по отношенію къ теоретической разработкѣ предлагаемаго мною способа лѣченія, которому, я увѣренъ, предстоить будущность въ консервативной гинекологической терапіи <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Мнѣ пріятно при этомъ присовокупить, что среди русскихъ врачей предложеніе мое (Врачъ 1896 г. № 30) не встрѣтило полного равнодушія, и я съ удовольствіемъ могу упомянуть здѣсь работу д-ра Потѣнко, который примѣнилъ предложенный мною способъ у 22 больныхъ при самыхъ разнообразныхъ случаяхъ заболѣванія матки и ея придатковъ, при чемъ въ общемъ имѣлъ возможность подтвердить основныя мои положенія. Независимо отъ этого, цѣлый рядъ писемъ, адресованныхъ мнѣ какъ русскими, такъ и иностранными врачами свидѣтельствуетъ о томъ интересѣ, который вызвалъ предложенный мною лѣчебный способъ, а это, безъ сомнѣнія, залогъ дальнѣйшей его теоретической и практической разработки.



## II.

Обращаясь къ перечисленію тѣхъ болѣзненныхъ состояній матки и сосѣднихъ съ нею частей, при которыхъ существуютъ показанія къ лѣченію внутриматочными впрыскиваніями, я долженъ прежде всего упомянуть объ острыхъ воспалительныхъ состояніяхъ внутренняго покрова матки (*endometritis acuta*). Не подлежитъ сомнѣнію, что этого рода воспалительныя состоянія обусловливаются внесеніемъ въ полость матки заразныхъ началъ, носителями которыхъ или производителями которыхъ являются низшіе организмы, для которыхъ слизистая оболочка матки съ ея обильными кровеносными и лимфатическими сосудами и тканевыми промежутками составляетъ самое удобное мѣсто для роста, развитія и распространенія по сосѣдству.

Не всѣ, конечно, низшіе организмы, которые могутъ обусловить воспаленіе внутренняго покрова матки, намъ съ достаточною подробностью извѣстны. Наиболѣе убѣдительныя данныя мы имѣемъ относительно организмовъ, вызывающихъ пuerперальныя заболѣванія (*streptococcus*, *staphylococcus*) и относительно возбудителя гонорреи (*gonococcus*). Но, основываясь на литературныхъ и клиническихъ данныхъ, слѣдуетъ полагать, что рядомъ съ указанными выше микроорганизмами и многіе изъ другихъ извѣстныхъ видовъ могутъ, попадая въ полость матки, давать поводъ къ развитію воспалительныхъ измѣненій, въ особенности у женщинъ послѣ родовъ, послѣ выкидыша или послѣ произведенной въ области матки какой-либо операціи, а иногда и внѣ всякой зависимости отъ перечисленныхъ моментовъ <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Сверхъ перечисленныхъ выше микроорганизмовъ въ этиологіи воспалительныхъ процессовъ въ области внутренняго покрова матки имѣютъ значеніе: палочки туберкулоза, *bacterium coli commune*, *proteus vulgaris*,

Совершенно особо стоит въ этомъ отношеніи гонококкъ, который чаще всего вносится въ половые органы *sub coitu* и шагъ за шагомъ прокладываетъ себѣ дальнѣйшій путь, находя удобныя условія для этого прогрессивнаго шествія во время беременности, родовъ, особенно послѣ родовъ и послѣ выкидыша, а также и въ періодъ менструаціи. Повидимому, это одинъ изъ самыхъ распространенныхъ, наиболѣе частыхъ и наиболѣе зловредныхъ возбудителей воспалительныхъ процессовъ въ области половых органовъ женщины; по крайней мѣрѣ изслѣдованіемъ секрета вагины и матки всего чаще можно убѣдиться въ его присутствіи не только въ случаяхъ ненуэрперальныхъ, но даже и послѣ родовъ. Трудно съ положительностью сказать, почему одинъ и тотъ же заразный агентъ въ одномъ случаѣ обуславливаетъ медленное, постепенное начало и распространіе заболѣванія, въ другихъ случаяхъ наступаютъ быстро острые припадки, причемъ воспалительный процессъ часто не ограничивается одной полостью матки, а быстро переходитъ или на окружающую клѣтчатку, или, минуя ее, достигаетъ придатковъ матки и серознаго покрова.

Безъ сомнѣнія, при этомъ имѣетъ значеніе не только количество и качество заразнаго начала, но и степень сопротивленія со стороны тканей, куда вносится зараза, а также цѣлый рядъ условій, въ общемъ мало извѣстныхъ. Только допуская такое разнообразіе предрасполагающихъ причинъ, можно объяснить, почему одинъ и тотъ же триперный мужчина у одной женщины вызываетъ *post coitum* бурную картину *pelvi-peritonit'a*, тогда какъ у другой дѣло ограничивается при этомъ едва замѣтнымъ поражениемъ влагалища.

Такъ или иначе, но не подлежитъ сомнѣнію, что всѣ случаи остраго пораженія внутренняго покрова матки обязаны своимъ происхожденіемъ заразнымъ элементамъ, попавшимъ въ полость матки. При этомъ лишь въ ограниченномъ числѣ случаевъ болѣзненный процессъ остается въ предѣлахъ слизистой оболочки. Какъ общее правило, въ острыхъ случаяхъ послѣдовательно за маткою вовлекаются въ страданіе окололежащія части: клѣтчатка, яичники, трубы, серозный покровъ. Распространеніе болѣзненныхъ измѣненій идетъ по лимфатическимъ и кровеноснымъ сосудамъ, а также непосредственно по поверхности *mucos'y*, черезъ маточныя отверстія яйцепроводовъ. Отъ свойствъ заразнаго агента

и отъ случайныхъ обстоятельствъ, имѣющихъ мѣсто въ половой сферѣ, будетъ зависѣть дальнѣйшая локализациа околomatочныхъ поражений. Носитель гоноррейной заразы, повидимому, чаще минуеъ клѣтчатку и легче локализуется въ области серознаго покрова, одѣвающаго матку и ея придатки; streptococcus, наоборотъ, задерживается въ клѣтчаткѣ; съ другой стороны, при наличности раненій въ полости матки или ея шейки легче поражается клѣтчатка. Отсюда предпочтительное поражение послѣдней послѣ родовъ, послѣ операций. Интензивность околomatочныхъ страданій, вслѣдъ за острымъ эндометритомъ съ своей стороны колеблется въ широкихъ размѣрахъ, въ зависимости отъ силы заражающаго агента и легкости, съ какою онъ можетъ прокладывать себѣ путь; во время менструаціи, напимѣръ, развиваются болѣе замѣтныя пораженія, чѣмъ въ остальное время.

Рядомъ съ рѣзко выраженной эксудативной формой периметрита, можно встрѣтить едва замѣтныя адгезивныя явленія въ области придатковъ; на ряду съ пораженіями, заканчивающимися обильнымъ образованіемъ гноя въ клѣтчаткѣ, можно встрѣтить случаи, гдѣ болѣзненный процессъ скоро достигаетъ конечныхъ своихъ стадіевъ съ образованіемъ сморщивающейся соединительной ткани.

Острое воспаление слизистой оболочки матки, предоставленное собственному теченію или подвергнутое фармацевтическому лѣченію, спустя опредѣленный срокъ времени, переходитъ въ стадіи хроническаго теченія, во время котораго слизистая оболочка матки является хранителемъ заразнаго начала, при чемъ въ любой моментъ можетъ наступить новое обостреніе, какъ въ полости матки, такъ и въ ея окружности.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ заболѣваніе придатковъ, едва замѣтное при первоначальномъ остромъ endometrit'ѣ, впервые даетъ себя знать въ теченіе одного изъ такихъ послѣдовательныхъ обостреній.

Нѣтъ надобности обставлять только что сказанное какими либо ссылками на литературные источники или клиническими фактами. Это отвлекло бы насъ далеко въ сторону, а кромѣ того относящіеся сюда факты хорошо извѣстные каждому гинекологу.

При такомъ взглядѣ на дѣло трудно оправдать то пассивное отношеніе, какое обнаруживаетъ наша выжидательная терапия острыхъ случаевъ. Успокаивающія влагалитыныя инъекціи, болеутоляющія суппозиторіи, ледъ на животъ, покойное положеніе, разрѣшающія мази и все прочее,—могутъ оказать, конечно,

весьма малое вліяніе на основную причину болѣзни, кроющуюся въ полости матки и ея слизистой оболочкѣ. Попытки же воздѣйствовать на этотъ очагъ болѣзни въ этомъ остромъ періодѣ всегда встрѣчали авторитетныя возраженія со стороны наиболѣе опытныхъ врачей. Случай Сегон'а, цитированный выше, составляетъ рѣдкое исключеніе и во всякомъ случаѣ не породилъ подражанія.

Исходя изъ вышеизложенныхъ соображеній, я въ 1893 году рѣшилъ отступить отъ вышеизложенныхъ традицій и попытался лѣчить мѣстно слизистую оболочку матки въ случаяхъ остраго, не пуэрперальнаго эндометрита, осложненнаго pelvi-peritonit'омъ. Я остановился на внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ 5% раствора алюмоля въ іодной настойкѣ, разбавленной на половину 95% спиртомъ. Алюмоль выбранъ былъ по его мало раздражающему вліянію на ткани, и съ этою же цѣлью іодная настойка была на половину разбавлена спиртомъ.

Результаты такого активнаго поведенія при лѣченіи острыхъ случаевъ были совершенно удовлетворительны и не оставляли желать ничего лучшаго. Обычныя перитонитическія боли скоро исчезали, повышенная t-ра послѣ каждаго впрыскиванія замѣтно падала, воспалительныя выпоты вокругъ матки замѣтно уменьшались, гнойвидныя истеченія изъ полости матки замѣнялись слизистыми, и въ случаяхъ, гдѣ передъ началомъ лѣченія въ истеченіяхъ изъ матки находимы были гонококки, послѣдніе пропадали.

Первые случаи примѣненія при подобныхъ условіяхъ внутриматочныхъ впрыскиваній были опубликованы по моему порученію бывшимъ моимъ ординаторомъ Лебедевымъ <sup>1)</sup>. Съ тѣхъ поръ въ Томской клиникѣ ежегодно внутриматочныя впрыскиванія примѣнялись въ 8—10 острыхъ случаяхъ, въ которыхъ одновременно съ пораженіемъ слизистой покрова матки наблюдался острый воспалительный процессъ въ серозномъ покровѣ тазовыхъ органовъ или въ окружающей клѣтчаткѣ, или съ боковъ матки, въ области придатковъ. Съ конца 1893 года по 1897 годъ кромѣ приведенныхъ въ работѣ моего бывшаго ординатора пяти случаевъ собрано было еще 19 наблюденій, относящихся къ группѣ острыхъ воспалительныхъ заболѣваній внутри таза (*perimetritis exudativa* = 10 случаевъ, *parametritis acuta* = 2 случая, *perimetritis lateralis ex*

<sup>1)</sup> О лѣченіи гонорейныхъ страданій придатковъ матки и тазовой брюшины. Извѣст. Томск. унив. 1895 г.

salpingo-oophoritide acuta=7 случаевъ). За 1898-й годъ отмѣчено 8 острыхъ случаевъ (perimetritis exudativa=4 случая, peri-parametritis acuta=2 случая, salpingo-oophoritis acuta=2 случ.). Приводить въ подробностяхъ исторіи всѣхъ случаевъ не представляется необходимымъ, такъ какъ всѣ они болѣе или менѣе повторяютъ одну и ту же картину симптомовъ и теченія. Во всѣхъ случаяхъ къ лѣченію приступлено было въ періодѣ повышенной t-ры и сильныхъ болевыхъ припадковъ. Въ случаяхъ parametrit'овъ дѣло шло о септической заразѣ (streptococcus); въ большей части остальныхъ случаевъ изслѣдованіемъ влагалищно-маточнаго секрета можно было убѣдиться въ наличности гонококковъ; тамъ, гдѣ изслѣдованіе на гонококки давало отрицательные результаты, наличность опредѣленныхъ клиническихъ явленій (признаки Sängera, а также установленные мною дифференціальныя признаки—склерозъ Бартолиновыхъ железъ, отсутствіе замѣтнаго удлиненія полости матки) устанавливала гоноррейный характеръ заболѣванія.

Примѣра ради привожу слѣдующіе случаи, изъ которыхъ первые два представляютъ тотъ интересъ, что мнѣ извѣстна дальнѣйшая судьба больныхъ послѣ выздоровленія и прекращенія лѣченія.

Случай I. Г. В—ва, 18 лѣтъ, дѣвица, регулы появились на 16 году, обычно продолжались по 3 дня черезъ 4 недѣли; передъ наступленіемъ регулъ обычно имѣлись схваткообразныя боли; въ промежуткахъ между регулами какихъ либо отдѣленій изъ вагины не наблюдалось. Впервые замѣтила желтоватая, ѣдкая и обильная истеченія 5 мѣсяцевъ тому назадъ, спустя нѣсколько дней послѣ перваго coitus'a. За 10 дней до поступленія въ клинику при усилившихся истеченіяхъ изъ вагины, больная впервые почувствовала неопредѣленныя боли въ глубинѣ таза и боли во время мочеиспусканія. Въ слѣдующіе за тѣмъ дни появился знобъ, боли въ животѣ приняли бурный характеръ и сосредоточились въ лѣвой паховой области.

Съ этими явленіями больная поступила въ клинику 20. I. 97 г.

При объективномъ изслѣдованіи со стороны половой сферы найдено слѣдующее: въ наружныхъ половыхъ частяхъ обильный гноевидный секретъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи содержащій, рядомъ съ разнообразными видами низшихъ организмовъ, гонококки. Слизистая оболочка входа гиперемирована, въ области отверстій Бартолиновыхъ железъ и вблизи отверстія мочеиспускательнаго канала macula honorrhoica (vulvitis maculosa); при внутреннемъ изслѣдованіи небольшая коническая portio vaginalis въ

заднемъ отдѣлѣ таза; тѣло матки опредѣляется въ переднемъ сводѣ, нѣсколько отодвинуто вправо, антефлексировано; правый сводъ чувствителенъ, но въ общемъ свободенъ; въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется величиною съ кулакъ рѣзко болѣзненная опухоль, близко расположенная къ краю матки, распространяющаяся вправо къ боковымъ стѣнкамъ таза и частью заходящая въ передній сводъ; задній сводъ не занятъ, при изслѣдованіи чувствителенъ. При зеркальномъ изслѣдованіи *orificium externum uteri* окаймлено эрозированнымъ участкомъ *mucosae*, изъ него вытекаетъ гноевидная жидкость, при микроскопическомъ изслѣдованіи содержащая гонококки. Обычный маточный зондъ проходитъ свободно, длина матки=7 сант. При поступленіи больной и передъ началомъ впрыскиваній t-ра тѣла вечеромъ 38,8°; на слѣдующій день послѣ впрыскиванія 38,6°; еще черезъ день 38,5°; затѣмъ 38,0° и начиная съ 7-го дня лѣченія, температура оставалась въ дальнѣйшемъ около 37°. За время пребыванія въ клиникѣ сдѣлано 27 впрыскиваній (ежедневно) и по выходѣ изъ клиники еще 7. Впрыскиванія все время производились ординаторомъ или кураторомъ больной (студ. 5-го курса), переносились вообще труднѣе, чѣмъ обычно: послѣ впрыскиванія нерѣдко появлялись колики, и кромѣ того въ отдѣльные дни въ скорбномъ листвѣ отмѣчена рвота вслѣдъ за впрыскиваніемъ. Тѣмъ не менѣе, независимо отъ этого, болевые припадки по мѣрѣ лѣченія исчезали, опухоль въ сводѣ замѣтно уменьшалась, и больная оставила клинику въ совершенно удовлетворительномъ состояніи. Послѣднія регулы до поступленія въ клинику окончились 29. XII. 96 г., больная оставила клинику 15. II. 97 г., и за все это время мѣсячныя не появлялись. Вслѣдъ за этимъ больная потеряна была изъ виду. Въ сентябрѣ 1897 года, т. е. приблизительно спустя 7 мѣсяцевъ послѣ ухода изъ клиники, больная могла быть снова изслѣдована, такъ какъ поступила сидѣлкой въ гинекологическое отдѣленіе.

При объективномъ изслѣдованіи матка найдена малою, подвижною, въ сводахъ ни слѣдовъ опухоли, отдѣленій изъ половыхъ частей не наблюдается, регулы правильны съ очень незначительными болями, въ наружныхъ частяхъ никакихъ признаковъ гонорреи.

Случай П. Е.... Я...ва 16-ти лѣтъ. Замужемъ два мѣсяца. До замужества была совершенно здорова. Черезъ полтора мѣсяца послѣ замужества почувствовала рѣзущія боли, затрудненіе при мочеиспусканіи и частые позывы на мочу. Одновременно появились очень обильныя, зеленовато-гнойныя, ѣдкія бѣли, къ которымъ

вскорѣ присоединился зудъ и жженіе въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Большую при всемъ этомъ лихорадило. Недѣли черезъ полторы явленія со стороны мочеиспускательнаго канала стихли, вмѣсто нихъ больная стала чувствовать тяжесть въ тазу, боли внизу живота, особенно въ пахахъ и тянущія боли въ нижнихъ конечностяхъ. При усиливающихся боляхъ больная была доставлена въ клинику 26 октября 1893 года.

При наружномъ осмотрѣ оказалось слѣдующее: наружныя половыя части гиперемированы, нѣсколько припухли, чувствительны и обильно увлажнены вытекающимъ изъ глубины вагины секретомъ; въ области отверстій Бартолиновыхъ железъ рѣзкая краснота—*maculae honorrhoicae Bartholinicae*; на кожѣ, смежной съ половыми частями, даже на внутренней поверхности бедеръ, замѣчается разлитая краснота, а мѣстами поверхностныя слущиванія эпидермиса. Входъ въ вагину узокъ и болѣзненъ, влагалище укорочено, своды уплощены; слизистая оболочка припухла, увлажнена секретомъ. Влагалищная часть матки конической формы съ небольшимъ наружнымъ отверстиемъ, невелика, болѣзненна, мало подвижна. Небольшое тѣло матки въ переднемъ сводѣ, неподвижное, чувствительное. Въ заднемъ сводѣ, а также въ обоихъ боковыхъ, и особенно слѣва, плотная, болѣзненная опухоль, шарообразно выпячивающаяся въ просвѣтъ вагины со стороны задняго свода. Опухоль равномерной плотности, слегка подвижна сверху внизъ. При изслѣдованіи зеркаломъ изъ полости матки выдѣляется густая, зеленовато-гнойная жидкость. Въ секретѣ, взятомъ изъ канала маточной шейки, при микроскопическомъ изслѣдованіи найдена масса гноивыхъ клѣтокъ; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ есть гонококки.

Т-ра при поступленіи—38,3°. При обычномъ противовоспалительномъ лѣченіи (покой, ледъ на животъ) лихорадочное состояніе больной и сильнѣйшія боли къ 23-му ноября уменьшились, но опухоль оставалась *in statu quo*, занимая по-прежнему всѣ своды; назначены были внутриматочныя впрыскиванія раствора іода съ алюмолемъ. Съ 23-го ноября и по 16 декабря было сдѣлано одиннадцать впрыскиваній. Послѣднія три впрыскиванія были сдѣланы амбулаторно уже послѣ того, какъ больная, чувствуя себя удовлетворительно, выписалась изъ клиники. Нѣкоторыя впрыскиванія сопровождались незначительной болѣзненностью. Опухоль подъ вліяніемъ лѣченія быстро всасывалась, и съ незначительными ея остатками въ заднемъ сводѣ больная оставила клинику. Бѣли въ ничтожномъ количествѣ, утратили гноивый характеръ, сдѣлавшись слизистыми.

Только что приведенный случай отличается отъ всѣхъ другихъ, подобныхъ ему, въ томъ отношеніи, что къ лѣченію впрыскиваніями было приступлено по миновеніи бурныхъ припадковъ, тогда какъ во всѣхъ остальныхъ острыхъ случаяхъ впрыскиванія производились тотчасъ по поступленіи больныхъ въ клинику, и не взирая на повышенную t-ру и на перитоническія явленія. Такое сравнительно позднее начало впрыскиваній обусловлено было тѣмъ обстоятельствомъ, что больная была одна изъ первыхъ, къ которымъ примѣнемъ былъ новый методъ, а потому проявлена была нѣкоторая осторожность.

Въ настоящее время мнѣ сдѣлалось извѣстнымъ, что больная спустя годъ была беременна и родила.

Случай 3-й. Людмила Ал..ва, 30 лѣтъ, замужемъ 8 лѣтъ. Первые регулы появились на 17-мъ году, приходили черезъ каждыя 3 недѣли и, продолжаясь по 3—4 дня, сопровождались сильными болями въ нижней части живота. На 22-мъ году больная вышла замужъ, черезъ 4 мѣсяца забеременела и спустя 2 мѣсяца выкинула, прохворавъ вслѣдъ за этимъ шесть недѣль; съ тѣхъ поръ она бесплодна и съ этого же времени считаетъ себя больной. Главнѣйшіе припадки болѣзни заключались въ продолжительныхъ, частыхъ, обильныхъ и болѣзненныхъ менструаціяхъ (черезъ 2—3 недѣли по 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 недѣли), въ постоянныхъ слизистыхъ истеченіяхъ изъ половыхъ органовъ и въ перемежающихся боляхъ въ нижней части живота. Послѣднія нѣсколько лѣтъ регулы приходили правильнѣе—черезъ 3 недѣли—но все же были продолжительны—по 6—7 дней—и сопровождались болвою не только въ нижней части живота, но и въ паховыхъ областяхъ. Съ Юня 1898 г. состояніе больной ухудшилось; при усиливающихся болевыхъ ощущеніяхъ регулы продолжались съ 5-го Юня по 25-е; въ Августѣ—съ 1-го по 15-е и съ 20-го до первыхъ чиселъ Сентября, когда больная по поводу кровотеченій обратилась въ клинику. При изслѣдованіи въ это время установленъ былъ хроническій гоноррейный катарръ матки (въ секретѣ изъ полости матки найдены гонококки, длина матки 7, 5 см.); придатки матки чувствительны при изслѣдованіи, но не измѣнены замѣтнымъ образомъ. Больной назначены были обычныя въ Томской клиникѣ въ подобныхъ случаяхъ пилюльки (R. Ammonii sulfo-ichthyolici, Ergotini Wernichii, ana 2,0; Extracti Belladonae 0,2; extracti liquiritiae q. s. ut f. pil. 50 D. S. по 1-ой пилюль три раза въ день) и предложено лѣченіе систематическими внутриматочными впрыскиваніями, но больная почему то не могла воспользоваться моимъ совѣтомъ, исчезла изъ наблюденія, и черезъ мѣсяцъ (12 Октября) доставлена была въ кли-

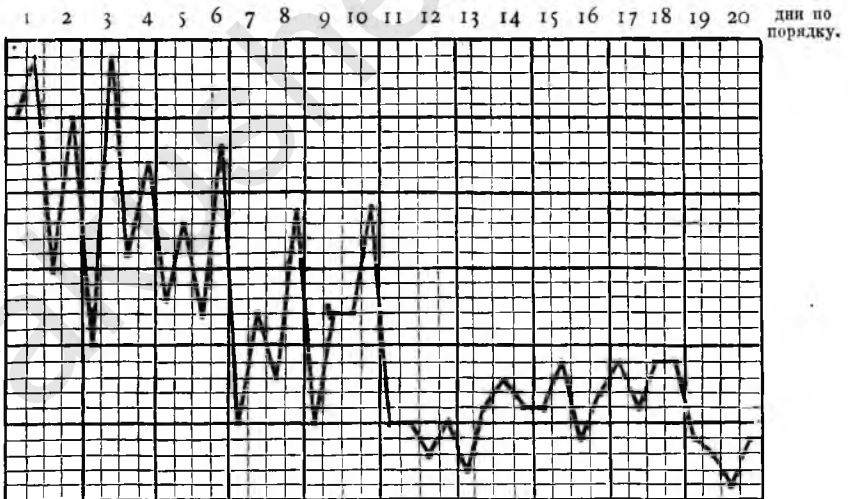


нику съ явленіями рѣзко выраженнаго остраго эксудативнаго периметрита спустя пять дней отъ начала заболѣванія.

При объективномъ изслѣдованіи въ нижней части живота найдена плотная, неподвижная и сильно болѣзненная опухоль, верхняя граница которой на палецъ не доходила до линіи пупка; справа опухоль выстояла больше, и граница ея лежала выше; въ нижнихъ своихъ отдѣлахъ опухоль при перкуссіи давала тупой звукъ, постепенно переходящій въ верхнихъ отдѣлахъ въ тимпаническій звукъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи матка расположена кпереди и дно ея опредѣляется чрезъ передній сводъ; задній сводъ, а равно и боковые выполнены плотными, неподвижными и чувствительными массами, переходящими въ опухоль, опредѣляемую со стороны брюшныхъ стѣнокъ. При потугленіи въ клинику утренняя температура 39; пульсъ выше 100.

Диагнозъ: *perimetritis acuta ex endometritide honorrhoica*. Съ цѣлью леченія назначены систематическія внутриматочныя впрыскиванія іодъ-алумноловой смѣси. Въ теченіе десяти дней при быстро уменьшающихся болевыхъ ощущеніяхъ температура пала до нормальныхъ цифръ, и воспалительная опухоль замѣтно уменьшилась въ своихъ размѣрахъ. (См. кривую t-ры № 1). Не смотря



Кривая t-ры № 1.

на боли, которыми сопровождалась первыя впрыскиванія, эти послѣднія производились ежедневно. Къ концу недѣли больная чувствовала себя на столько удовлетворительно, что могла ходить,

и дальнѣйшее леченіе не сопровождалось никакими болѣзненными припадками. Черезъ мѣсяць больная оставила клинику и продолжала леченіе амбулаторно до 12 Декабря, когда, чувствуя себя совершенно удовлетворительно, прекратила леченіе въ виду приближающихся рождественскихъ праздниковъ. Къ этому времени отъ воспалительной опухоли остались незначительные участки, расположенные съ боковъ матки, въ области придатковъ, и различимыя только при внутреннемъ изслѣдованіи; со стороны брюшныхъ стѣнокъ при ощупываніи съ трудомъ опредѣлялась опухоль, расположенная съ правой стороны. Рисунки 6-ой и 7-ой даютъ понятіе о

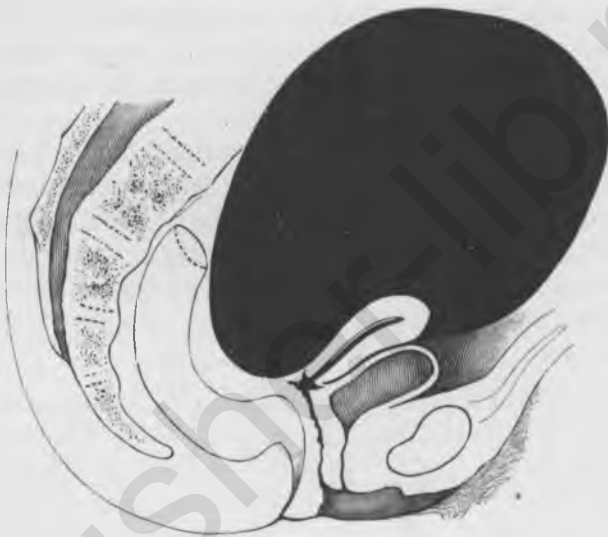


Рис. 6.

положеніи и размѣрахъ воспалительной опухоли и о достигнутыхъ результатахъ при леченіи; остатки воспалительныхъ продуктовъ послѣ 50 внутриматочныхъ выпрыскиваній изображены на рис. 7-мъ въ формѣ темныхъ массъ по сторонамъ матки.

Въ виду имѣющихся остатковъ воспалительной опухоли больной предложено было по окончаніи праздниковъ продолжить леченіе, но она исчезла изъ виду, по всей вѣроятности по той причинѣ, что чувствовала себя совершенно удовлетворительно. Последнее предположеніе находитъ для себя подтвержденіе во многихъ другихъ случаяхъ, гдѣ больныя, спустя долгое время послѣ леченія, случайно являлись въ клинику и подвергались изслѣдованію; при этомъ оказывалось, что воспалительные остатки, съ которыми больныя покидали клинику, въ дальнѣйшемъ совершенно исчезали; въ

особенности это наблюдалось въ острыхъ случаяхъ, подобныхъ выше приведенному.

Случай 4-ый. Матрена Корж...на, 19 лѣтъ, незамужняя, получила регулы на 14-мъ году и правильно менструировала черезъ  $3\frac{1}{2}$ —4 недѣли по 4—5 дней. Три съ половиной мѣсяца тому назадъ, до поступленія въ клинику, родила совершенно правильно въ Томской школѣ для сельскихъ бабокъ. На 3-й день послѣ родовъ, по ея словамъ, у нея появился ознобъ, жаръ и сильныя боли внизу живота; на 5-ый день, при продолжающихся болѣзненныхъ припадкахъ, болѣзная выписалась изъ школы, три недѣли прохворала дома, не покидая постели, а вслѣдъ за этимъ отправлена была въ Городскую больницу, гдѣ пролежала два мѣсяца, не чувствуя особеннаго облегченія. По уходѣ изъ больницы болѣзная снова пролежала у себя дома двѣ недѣли, а затѣмъ, въ виду продолжающагося лихорадочнаго состоянія и сильныхъ болей въ нижней части живота, доставлена была родственниками въ клинику, гдѣ и принята была въ Гинекологическое отдѣленіе 18 Октября 1898 года. При объективномъ изслѣдованіи на ряду съ явленіями крайне выраженнаго исхуданія и общей слабости, при ощупываніи живота опредѣляется плотная, неподвижная, болѣзненная опухоль, расположенная тотчасъ надъ лоннымъ соединеніемъ, по сторонамъ доходящая до боковыхъ стѣнокъ таза, а кверху достигающая середины разстоянія между симфизомъ и пупочнымъ кольцомъ. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть матки, а равно и вся матка отгѣснены кзади опухолью, которая располагается въ переднемъ сводѣ, рѣзко выпячивая этотъ послѣдній по направленію въ полость влагалища, и доходя въ сторону до боковыхъ стѣнокъ таза; опухоль абсолютно неподвижна, точно

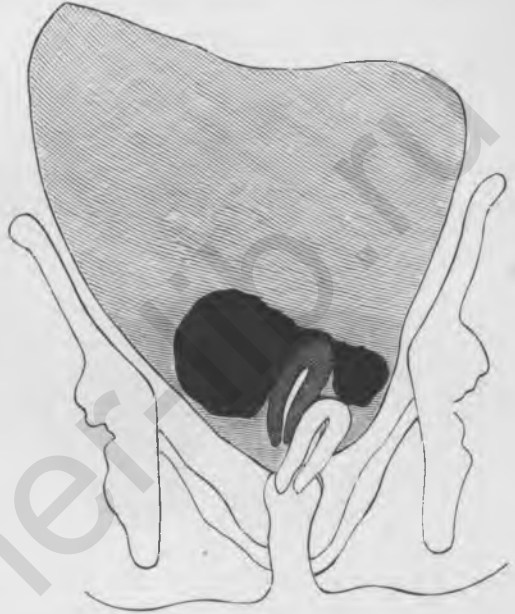


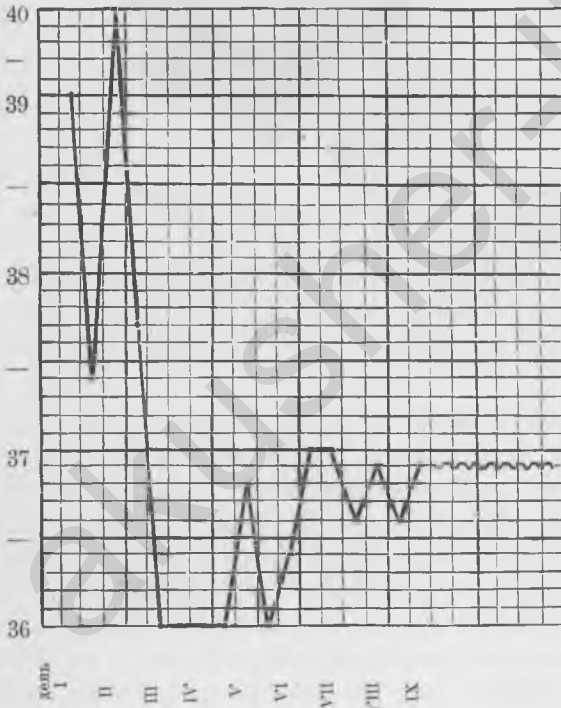
Рис. 7.

также какъ неподвижна и стѣнка влагалища, смежная съ опухолью и плотно съ нею спаянная. Влагалищная часть матки доступна зрѣнію только при изслѣдованіи желобоватыми зеркалами въ боковомъ или колѣбно-локтевомъ положеніи больной. Изъ наружнаго отверстія матки вытекаетъ слизисто гнойная жидкость, при микроскопическомъ изслѣдованіи изобилующая гнойными элементами; гонококковъ не найдено. Вечерняя температура при поступленіи въ клинику = 39; пульсъ свыше 100.

Диагнозъ: peri-parametritis anterior puerperalis.

Назначены съ цѣлью леченія систематическія внутриматочныя впрыскиванія іодъ-алумноловой смѣси. Первое впрыскиваніе произведено мною въ боковомъ положеніи больной, такъ какъ при обычномъ спинно-ягодичномъ положеніи на операционномъ столѣ влагалищная часть не могла быть обнажена

зеркалами; слѣдующія четыре впрыскиванія произведены въ колѣбнолоктевомъ положеніи больной; къ 5-му впрыскиванію опухоль настолько уменьшилась, что для производства впрыскиваній возможно было пользоваться обычнымъ положеніемъ больной на спинѣ. Послѣ первыхъ-же впрыскиваній температура пала, какъ это изображено на прилагаемой кривой (№ 2), а спустя 7 впрыскиваній боли у



Кривая № 2.

больной совершенно стихли, и являлись только послѣ того, какъ сдѣлано впрыскиваніе. Дней черезъ 15-ть опухоль уменьшилась болѣе чѣмъ на половину; съ этого времени впрыскиванія про-

изводились безъ затрудненій и переносились хорошо. На ряду съ уменьшеніемъ воспалительнаго выпота, улучшалось общее состояніе больной. Послѣ 22 впрыскиваній больная чувствовала себя настолько окрѣпшею, что могла выписаться изъ клиники, чтобы продолжать лечение амбулаторно. Всѣхъ впрыскиваній сдѣлано 52; къ этому времени отъ опухоли остались незначительныя уплотненія въ переднемъ сводѣ и незначительныя утолщенія придатковъ; длина матки къ концу леченія уменьшилась до 5 сант.; мѣсячныя все время отсутствовали. Нижеслѣдующій рисунокъ 8-й изображаетъ постепенное уменьшеніе воспалительной опухоли.



Спустя мѣсяць по прекращеніи леченія больная явилась въ клинику, чтобы сообщить, что она чувствуетъ себя Рис. 8. 1—матка и воспалительная опухоль при по-удовлетворительно, ступленіи въ клинику; 2 = спустя 42 внутриматоч-что нѣсколько дней, ныхъ впрыскиванія; 3 = спустя 52 впрыскиванія, какъ у нея была менструація, сопровождавшаяся небольшою потерей крови и незначительными болями. При изслѣдованіи тазовыхъ органовъ матка найдена подвижной, неболѣзненной, длиною около 7 сант.; тѣло матки опредѣляется черезъ передній сводъ; здѣсь же изслѣдованіе устанавливаетъ едва замѣтныя уплотненія тканей свода; въ области придатковъ незначительныя остатки воспалительнаго выпота вокругъ яичниковъ.

Только что сообщенный случай представляетъ интересъ во многихъ отношеніяхъ. Прежде всего онъ служитъ хорошимъ примѣромъ того, насколько успешны въ терапевтическомъ отношеніи систематическія внутриматочныя впрыскиванія при свѣжихъ воспалительныхъ выпотахъ вокругъ матки; въ продолженіи 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ послѣ родовъ больная не могла вступить на путь выздоровленія, продолжала лихорадить и достигла крайнихъ степеней истощенія; какъ только начаты внутриматочныя впрыскиванія, и

мѣстное и общее состояніе больной быстро пошло на улучшение, и леченіе завершилось почти полнымъ возстановленіемъ обычнаго состоянія тазовыхъ органовъ. Приведенный случай, далѣе, свидѣтельствуеетъ о томъ, что 1) всасываніе воспалительныхъ выпотовъ имѣеть мѣсто и по прекращеніи внутриматочныхъ впрыскиваній, и что 2) подъ вліяніемъ впрыскиваній матка можетъ дойти до крайнихъ степеней уменьшенія (5 сант. въ длину) и несмотря на это въ дальнѣйшемъ она не теряетъ способности вновь проявить менструальную функцію.

Случай 5-й. Анна Ероф.....ва, 24 лѣтъ, замужемъ 4 года, родила правильно два раза; до послѣднихъ родовъ была совершенно здорова; мѣсячныя первый разъ явились на 18-мъ году, приходили правильно черезъ 4 недѣли, продолжались по 3—4 дня и не сопровождались никакими болями. Послѣдніе роды имѣли мѣсто 11 недѣль до поступленія въ клинику. На 3-й день послѣ родовъ, протекшихъ дома, заболѣла (частые познабливанія, повышенная температура и рѣзко выраженные боли въ нижней части живота); первыя 3 недѣли не покидала постели, вслѣдъ за этимъ мало по малу начала ходить, обращалась къ врачебной помощи, но въ состояніи ея здоровья не происходило перемѣнъ къ лучшему, такъ какъ и лихородочное состояніе, прерываемое познабливаніями, и боли въ нижней части живота не прекращались, а на ряду съ этимъ общая слабость и исхуданіе замѣтно увеличивались. 7-го Сентября 1898 года больная, крайне слабая и истощенная, доставлена была въ гинекологическую клинику.

При объективномъ изслѣдованіи въ нижней части живота опредѣляется плотная, чувствительная и абсолютно неподвижная опухоль, верхняя граница которой по срединной линіи лежитъ пальца на 4 выше симфиза; правый отдѣль опухоли лежитъ выше; по сторонамъ опухоль непосредственно соприкасается съ стѣнками таза; правый нижній отдѣль опухоли представляется менѣе плотнымъ, какъ бы тѣстоватымъ. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть матки лежитъ низко, смѣщена кпереди и абсолютно неподвижна; всѣ своды влагалища заняты плотными массами, которыя непосредственно соприкасаются съ боковыми стѣнками таза; наиболѣе выпяченъ задній сводъ. Клѣтчатка, заложена въ septum recto-vaginale занята плотнымъ инфильтратомъ, который въ формѣ клина прорастаетъ на задней стѣнкѣ влагалища.

При изслѣдованіи зондомъ тѣло матки лежитъ кпереди, длина канала матки=7, 5 сант. Изъ наружнаго отверстія матки вытекаетъ желтоватая слизь, изобилующая при микроскопическомъ изслѣдованіи гнойными шариками.

Распознавание: peri-parametritis puerperalis.

Рисунокъ 9-й даетъ понятіе о размѣрахъ воспалительнаго процесса вокругъ матки.

По установившимся въ клиникѣ моей правиламъ, больной назначены систематическія внутриматочныя впрыскиванія.

Въ первые же дни пребывания больной въ клиникѣ установлены были клиническія признаки, указывающіе на возможность образованія гнойника въ полости таза; именно, рядомъ съ увеличивающеюся чувствительностью въ правомъ отдѣлѣ воспалительной опухоли, замѣчены были періодическія познабливанія больной, а вмѣстѣ съ тѣмъ температура у больной имѣла интермитирующій характеръ. Въ первые дни при утренней т-рѣ въ 36,8 къ вечеру наблюдались повышенія до 38°; спустя

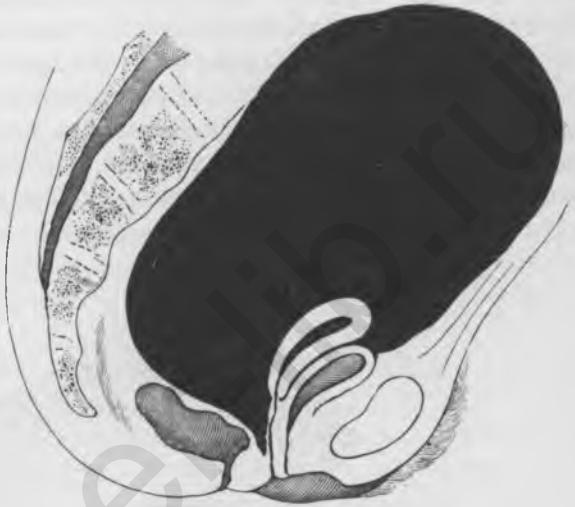
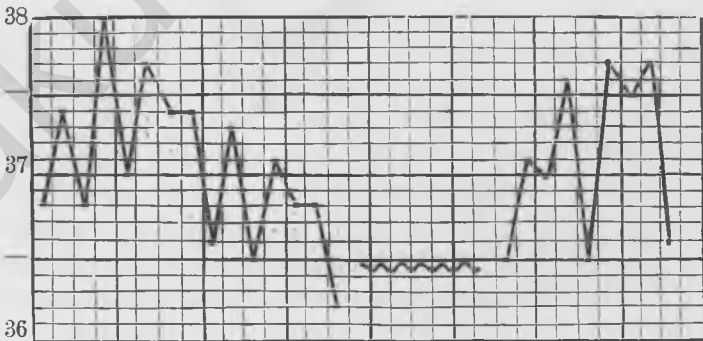


Рис. 9.

нѣсколько дней температура пала до обычныхъ цифръ, продолжалась въ такомъ видѣ около недѣли и снова перешла среднія цифры (См. кривая № 3).



Кривая № 3.

нѣсколько дней температура пала до обычныхъ цифръ, продолжалась въ такомъ видѣ около недѣли и снова перешла среднія цифры (См. кривая № 3).

Не смотря на повышенія t-ры и усиливающіяся по временамъ боли, внутриматочныя впрыскиванія не прекращались, и начиная съ 22 впрыскиванія указанныя выше температурныя колебанія не повторялись. Къ этому же времени явственно можно было установить уменьшеніе воспалительной опухоли въ особенности съ лѣвой стороны. Наиболѣе долгое время оставались безъ замѣтнаго уменьшенія плотности въ *septum recto-vaginalis*, но мало по малу и этотъ инфильтратъ началъ исчезать, и къ концу леченія—31 Декабря 1898 года—въ полости таза опредѣлялись незначительныя утолщенія на протяженіи широкихъ связокъ; матка стала подвижной и уменьшилась съ 7,5 сант. до  $6\frac{1}{4}$  сант. въ длину. Нѣтъ надобности прибавлять, что въ этомъ случаѣ, точно такъ же какъ и во всѣхъ остальныхъ, гдѣ впрыскиванія производились систематически и продолжительно, наблюдался временный

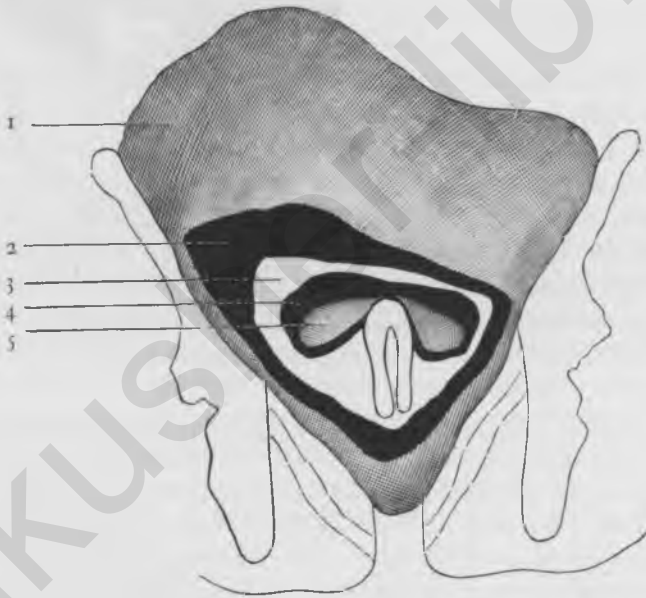


Рис. 10. 1. Размѣры опухоли при началѣ леченія; 2—послѣ 22 впрыскиваній; 3—послѣ 40 впрыскиваній; 4—послѣ 82 впрыскиваній; 5—послѣ 96 впрыскиваній.

климактерій. Леченіе продолжалось съ 7 Октября 1898 года по 31 Декабря 1898 года, а затѣмъ послѣ праздничнаго перерыва снова продолжено. Кромѣ того, первые 22 впрыскиванія произведены были въ клиникѣ, гдѣ больная находилась стационарно, а вслѣдъ за этимъ больная лечилась амбулаторно. Всѣхъ впрыс-



киваній произведено 96. Нижеслѣдующій схематическій рисунокъ показываетъ постепенное исчезаніе воспалительной опухоли (Рис. 10-й).

За время леченія внутриматочными впрыскиваніями больная значительно оправилась, окрѣпла и пополнила. Въ такомъ же совершенно удовлетворительномъ состояніи она найдена была спустя мѣсяць; при изслѣдованіи въ это время найдены едва замѣтные остатки плотностей въ области широкихъ связокъ; матка не велика, мало чувствительна; за нѣсколько дней до посѣщенія клиники у больной была менструанція. Закачивая описаніе только что приведеннаго случая, необходимо подчеркнуть, что въ данномъ случаѣ, безъ сомнѣнія, формировался околоматочный гнойникъ (тѣстоватость въ правомъ отдѣлѣ опухоли, бѣлая чувствительность въ этомъ мѣстѣ, познабливанія, періодическія повышенія температуры), и тѣмъ не менѣе подъ вліяніемъ систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній исходъ этотъ былъ устраненъ.

Чтобы закончить вопросъ о леченіи острыхъ воспалительныхъ процессовъ въ полости таза, приведу исторію еще одной больной.

Случай 6-й. Арина Пор...на, 22 лѣтъ, замужемъ 3 года, беременна не была; первыя регулы явились на 15-мъ году, правильно появлялись черезъ каждыя 3 недѣли, были обильны (по 8 дней) и до замужества были безболѣзненны. Вскорѣ послѣ замужества явились желтоватая, ѣдкая выдѣленія изъ влагалища; вмѣстѣ съ тѣмъ мѣсячныя сдѣлались обильнѣе и сопровождались болями въ нижней части живота и паховыхъ областяхъ. Въ началѣ Марта 1898 года вмѣстѣ съ обычными предменструальными болями появилось лихорадочное состояніе (знобъ-жарь), а спустя нѣсколько дней при усиливающихся боляхъ въ нижней части живота больная принуждена была оставаться въ постели.

Такъ какъ въ дальнѣйшемъ состояніе больной не улучшалось, боли и лихорадочное состояніе не прекращалось, то больная 28 Марта доставлена была въ гинекологическую клинику.

При объективномъ изслѣдованіи животъ представляется увеличеннымъ, особенно въ нижней своей части, гдѣ ошупываніемъ опредѣляется неподвижная, плотная и рѣзко болѣзненная опухоль, верхняя граница которой пальца на два не доходитъ до пупка.

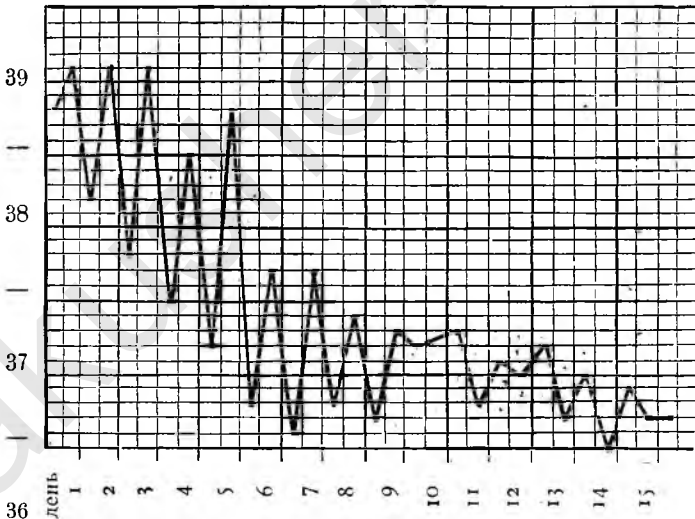
Наружныя половыя части гиперэмированы, покрыты гноевиднымъ секретомъ; явленія раздраженія всего рѣзче выражены въ области наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала и выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ железъ (vulvitis maculosa); послѣднія склероризованы. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищ-

ная часть не велика, лежитъ въ заднемъ отдѣлѣ таза; тѣло матки направлено кпереди; длина матки, измѣренная зондомъ, равна 9 см. Задній и боковые своды заняты плотными, не подвижными и крайне болѣзненными массами, которыя переходятъ въ опухоль, опредѣляемую со стороны брюшныхъ стѣнокъ. Изъ наружнаго от-верстiя матки вытекаетъ гноевидная жидкость. Вечерняя температура въ день поступления больной въ клинику равна 39, 1°.

Диагнозъ: *perimetritis exudativa*.

Съ цѣлью леченiя назначены систематическiя внутриматочныя впрыскиванiя iодъ-алуминовой смѣси.

Первое внутриматочное впрыскиванiе сдѣлано при наличности сильныхъ перитонитическихъ болей и при t-рѣ 38,9°. Послѣ 3-хъ впрыскиванiй (по 1 грамму смѣси) боли сдѣлались слабѣе, и температура начала по утрамъ давать замѣтныя колебанiя къ нормальнымъ цифрамъ; къ 8 дню леченiя лихорадочное состоянiе прекратилось, боли прекратились, выдѣленiя изъ полости матки приобрѣли слизистый характеръ, и сама воспалительная опухоль замѣтно сдѣлалась меньше. Постепенное паденiе температуры можно видѣть на приложенной кривой (№ 4).



Кривая № 4.

Послѣ 17 впрыскиванiй больная чувствовала себя настолько удовлетворительно, что могла оставить клинику и продолжать леченiе амбулаторно. Къ этому времени опухоль уменьшилась приблизительно на  $\frac{2}{3}$  своей первоначальной величины; лѣвая половина опухоли сдѣлалась не доступной изслѣдованiю—со стороны брюш-

ных покрововъ. Еще черезъ 7-мь впрыскиваній общее и мѣстное состояніе больной настолько улучшилось, что не смотря на совѣтъ клиническихъ врачей продолжать леченіе, больная прервала ходить на впрыскиванія, считая себя выздоровѣвшей.

Приведенными шестью случаями я считаю возможнымъ закончить казуистику острыхъ случаевъ, такъ какъ во всѣхъ остальныхъ наблюдались тѣ же хорошіе результаты.

Вообще слѣдуетъ замѣтить, что наибольшая *restitutio ad integrum* при систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ получается именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ леченіе начато по свѣжимъ слѣдамъ, въ остромъ періодѣ болѣзни.

При этомъ во многихъ случаяхъ для полного успѣха требуетъ въ общемъ меньшее количество впрыскиваній (часто 10—15), недостаточное даже, чтобы повлечь за собою задержку регуль.

Отсюда можно думать, что дѣйствіе систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній въ острыхъ случаяхъ обусловливается прямымъ воздѣйствіемъ на слизистую оболочку матки, въ которой уничтожается заразное начало, и такимъ образомъ окружающія части ставятся въ благопріятныя условія выздоровленія. Не подлежитъ сомнѣнію, что и самый медикаментъ (*t-ra jodi*) при этомъ можетъ оказывать вліяніе на заболѣвшіе придатки, всасываясь со стороны слизистой оболочки матки.

Тѣмъ не менѣе я и въ острыхъ случаяхъ, гдѣ возможно, довожу число впрыскиваній до 40 и выше, съ цѣлью задержать наступленіе регуль и дать возможность заболѣвшимъ тканямъ по возможности полнѣе придти къ нормѣ.

Заканчивая съ острыми случаями, я нахожу возможнымъ выставить слѣдующее положеніе: внутриматочныя впрыскиванія при леченіи острыхъ воспалительныхъ состояній (матки, ея придатковъ и тазовой брюшины) составляютъ одно изъ наиболѣе успѣшныхъ средствъ устранить заболѣваніе въ наиболѣе краткое время и получить наиболѣе полное возстановленіе, какъ анатомическое, такъ и функціональное.

Вторая группа воспалительныхъ заболѣваній, при которыхъ успѣшно можетъ быть примѣненъ предлагаемый мною способъ систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній, заключается въ себѣ хроническія воспалительныя страданія, раскинутыя на протяженіи матки и ея придатковъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что относящіяся сюда болѣзненные состоянія лишь въ рѣдкихъ случаяхъ ограничиваются однимъ

какимъ либо пунктомъ; обыкновенно при хроническомъ теченіи болѣзни въ страданіе вовлекаются и окололежащія части.

И въ хроническихъ случаяхъ исходнымъ мѣстомъ пораженія является слизистая оболочка матки, вслѣдъ за заболѣваніемъ которой наступаютъ измѣненія и въ прочихъ частяхъ половой сферы; при этомъ большею частью поражаются придатки матки, и среди нихъ особенно часто яичники; далѣе, по частотѣ слѣдуетъ тазовая брюшина, воспалительныя состоянія которой обуславливаютъ цѣлый рядъ адгезивныхъ явленій, въ результатѣ чего появляются разнообразныя спайки тазовыхъ внутренностей, смѣщеніе тазовыхъ органовъ, фиксація ихъ и т. д.

Въ однихъ случаяхъ хроническій воспалительный процессъ составляетъ продолженіе перенесеннаго остраго заболѣванія, въ другихъ случаяхъ онъ съ самаго начала характеризуется медленнымъ развитіемъ симптомовъ и измѣненій. Что касается до ближайшихъ причинъ, обуславливающихъ хроническіе воспалительныя процессы въ половой сферѣ, то не подлежитъ сомнѣнію, что въ этомъ отношеніи предшествовавшіе роды, выкидышъ, періодъ менструаціи и половыя сношенія всего чаще являются исходными моментами болѣзни. Остается прибавить, что и въ этихъ хроническихъ случаяхъ дѣло идетъ о внесеніи въ половые органы и въ полость матки заразнаго агента. Послѣдній крайне разнообразенъ, въ нѣкоторыхъ своихъ формахъ изученъ и извѣстенъ намъ (септическая инфекція, гоноррейное зараженіе, туберкулезная зараза), въ другихъ мало изученъ, а въ нѣкоторыхъ, весьма вѣроятно, и совершенно неизвѣстенъ. Но, безъ сомнѣнія, каждый воспалительный процессъ въ области половыхъ органовъ, будь онъ острый или хроническій, обуславливается внесеніемъ въ половые органы элементовъ заразы.

Въ этомъ отношеніи необходимо строго отличать отъ воспалительныхъ измѣненій половыхъ органовъ, измѣненія чисто трофическія, обусловленныя неправильностями питанія, кровообращенія, измѣненіемъ въ топографіи, расстройствами въ иннерваціи тканей, вліяніемъ извращенной функціи и т. д.

Конечно, такое подраздѣленіе болѣзненныхъ состояній половыхъ органовъ не можетъ претендовать на безусловную точность, такъ какъ, безъ сомнѣнія, найдутся случаи, гдѣ чисто трофическія расстройства не воспалительнаго характера затемняются воспалительными измѣненіями; съ другой стороны, среди массы болѣзненныхъ формъ найдутся и такія, въ которыхъ трудно будетъ отвѣтить на вопросъ, имѣется ли трофическое расстройство или воспалительный процессъ; тѣмъ не менѣе вышеприведенное дѣле-

ніе представляется наиболѣе соответствующимъ настоящему положенію гинекологической патологии.

Итакъ, хроническіе воспалительные процессы въ области женскихъ половыхъ органовъ имѣютъ заразное происхожденіе и, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, начинаются со стороны слизистой оболочки матки, а въ дальнѣйшемъ вовлекаютъ въ страданіе и остальные части половой сферы—яичники, яйцепроводы, тазовую брюшину и иногда околоматочную клѣтчатку.

Пути, какими распространяется зараза со стороны слизистой оболочки матки, крайне разнообразны. Всего легче, казалось бы, инфекция могла бы распространяться непосредственно по поверхности слизистаго покрова, заходя черезъ *ostium uterinum tubae* въ яйцепроводы и слѣдуя дальше черезъ *ostium abdominale tubae* до яичниковъ и тазовой брюшины. Однако, путь этотъ не единственный и, быть можетъ, даже и не самый частый, такъ какъ нѣтъ недостатка въ случаяхъ, гдѣ измѣненія яичника и тазовой брюшины происходятъ безъ одновременнаго пораженія трубъ. Очевидно, элементы заразы проникаютъ въ окружающіе органы и ткани черезъ посредство кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, а къ серозному покрову таза сверхъ того и непосредственно черезъ толщю маточныхъ стѣнокъ. Для свѣжихъ пуэрперальныхъ случаевъ такой путь не можетъ дать повода къ возраженіямъ. Въ случаяхъ не пуэрперальныхъ можно сослаться на наблюденія Martin'a <sup>1)</sup> касательно распространенія гоноррейной инфекции со стороны слизистой оболочки по лимфатическимъ сосудамъ въ толщѣ широкой связки вплоть до яичника (*adenitis periuterina*); съ другой стороны можно упомянуть объ изслѣдованіяхъ Madlener'a <sup>2)</sup>, который прослѣдилъ движеніе гококковъ черезъ толщю маточныхъ стѣнокъ до серознаго покрова. Однимъ словомъ, вопросъ съ этой стороны можетъ быть обоснованъ на прямыхъ анатомическихъ данныхъ.

На сколько часты заболѣванія придатковъ и вообще околоматочныхъ областей, объ этомъ можно отчасти судить по приведеннымъ выше цифровымъ даннымъ Kugelmann'a (l. c.); но слѣдуетъ сознаться, что цифры эти значительно ниже дѣйствительныхъ, такъ какъ каждый гинекологъ, привыкшій отдавать себѣ точный отчетъ въ томъ, что онъ находитъ при изслѣдованіи больной женщины, удостовѣрять, что только въ исключительныхъ случаяхъ хроническій эндометритъ встрѣчается безъ осложнений, и,

<sup>1)</sup> Mackenrodt l. c. S. 397.

<sup>2)</sup> Centr. f. Gyn. 1895 № 50.

если это наблюдается, то развѣ только въ начальныхъ періодахъ болѣзни; осложненія обычно не заставляютъ себя ждать, и вся разница заключается въ томъ, что въ одномъ случаѣ получаются болѣе замѣтныя измѣненія придатковъ, въ другомъ случаѣ дѣло ограничивается измѣненіями серознаго покрова, которыя часто на столько слабо выражены, что могутъ быть найдены только тщательнымъ и внимательнымъ изслѣдованіемъ.

Вообще, анатомическія измѣненія, которымъ подвергаются тазовыя внутренности при хроническихъ воспалительныхъ процессахъ, крайне многочисленны и разнообразны, и перечисленіе ихъ отвлекло бы насъ далеко за предѣлы настоящаго изложенія. Чѣмъ дольше существуетъ хроническій эндометритъ, тѣмъ больше осложненій въ окружности матки; съ другой стороны, чѣмъ большей силой обладаетъ заразное начало, обусловившее эндометритъ, тѣмъ распространеннѣе окружающія осложненія.

Гоноррейная инфекция и въ хроническихъ случаяхъ имѣетъ главенствующее значеніе, и при ней, повидимому, измѣненія вокругъ матки всего болѣе выражены. При этомъ на прогрессирующее развитіе осложненій при хроническомъ воспаленіи слизистой оболочки матки имѣетъ существенное вліяніе менструальный приливъ, съ приближеніемъ и наступленіемъ котораго каждый разъ можно замѣтить усиленіе и распространеніе болѣзненныхъ измѣненій.

Значеніе менструальныхъ вліяній усиливается еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что заболѣвшая слизистая оболочка глубоко растраиваетъ функцію половыхъ органовъ, какъ менструальную, такъ послѣдовательно и овуляторную. Такимъ образомъ, изъ мѣсяца въ мѣсяць растутъ осложненія, разнообразится картина состоянія тазовыхъ внутренностей. Органы таза смѣщаются, фиксируются въ самыхъ разнообразныхъ положеніяхъ, очертанія ихъ мѣняются, поверхность ихъ покрывается обильными ложными перепонками, проходимость трубъ нарушается, ихъ абдоминальныя отверстія спаиваются, и въ полости ихъ начинаютъ скопляться патологическія жидкости.

Лѣченіе воспалительныхъ состояній матки и ея придатковъ въ этомъ періодѣ составляютъ одну изъ самыхъ трудныхъ задачъ. Въ этомъ отношеніи мнѣ остается повторить сказанное мною по этому поводу въ другомъ мѣстѣ <sup>1)</sup>: кто изъ женскихъ врачей не имѣлъ подъ своимъ наблюденіемъ больныхъ съ измѣненными придатками матки, причѣмъ придатки эти не смотря на продол-

<sup>1)</sup> Врачъ 1896 № 30.

жительное лѣченіе оставались все въ одномъ и въ томъ же положеніи, утолщенными, увеличенными, нерѣдко растянутыми патологическими жидкостями и спаянными въ одну опухолевидную массу, многочисленными ложными перепонками или воспалительными наслоеніями.

Время отъ времени въ области такихъ измѣненныхъ придатковъ разыгрывается бурная картина острыхъ явленій, и на эти обостренія, повидимому, нисколько не вліяетъ свойство примѣняемаго лѣченія, ибо ожестоженія болѣзни бываютъ при любомъ лѣченіи, будетъ ли оно заключаться въ полномъ покоѣ или въ примѣненіи противувоспалительныхъ средствъ; дома, въ больницѣ, въ мѣстахъ климатическаго лѣченія, на лѣчебныхъ грязяхъ или минеральныхъ водахъ—всюду картина не мѣняется существенно, и вслѣдъ за временнымъ облегченіемъ нерѣдко наступаетъ новое ухудшеніе и новыя осложненія.

Попытки достигнуть полного излѣченія изсѣченіемъ придатковъ нельзя назвать успѣшными, такъ какъ и послѣ удаленія яичниковъ и трубъ полное выздоровленіе наблюдается далеко не во всѣхъ случаяхъ. Только въ 56,6% отмѣченъ хорошій результатъ операціи. Еще сомнительнѣе полное излѣченіе въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удалены придатки только одной стороны, такъ какъ при этомъ успѣхъ операціи отмѣченъ только въ 23,5%<sup>1)</sup>. Основываясь на этомъ, Schauta совѣтуетъ при перелойномъ пораженіи придатковъ удалять придатки обѣихъ сторонъ даже и въ томъ случаѣ, если на одной сторонѣ они кажутся неизмѣненными. Мало того, чтобы обезпечить полное выздоровленіе, Schauta пошелъ еще дальше и предлагаетъ одновременно удалять всю матку (l. c.). Однако, такое смѣлое оперативное вмѣшательство не находитъ для себя достаточно оправданія даже и въ той легкости, съ какою переносятъ большыя операціи, благодаря усовершенствованной техники и строгому проведенію правилъ чистоты во время операціи. Прежде всего, слѣдуетъ имѣть въ виду, что частота пораженій придатковъ матки достигаетъ 17,8% всѣхъ женскихъ страданій<sup>2)</sup>, и что главная масса этихъ страданій, въ особенности упорныхъ и долго длящихся, выпадаетъ на долю перелоя. Такимъ образомъ, сторонникамъ вышеупомянутаго хирургическаго лѣченія пришлось бы слишкомъ часто приступать къ поному холощенію больныхъ женщинъ. Съ дру-

<sup>1)</sup> Schauta, Centralblatt für Gynäkologie, 1895, № 29.

<sup>2)</sup> Schauta, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, V Съѣздъ, 1893, стр. 136.

гой стороны, не слѣдуетъ забывать, что перелойныя страданія половыхъ органовъ особенно часто встрѣчаются у женщинъ молодыхъ или во всякомъ случаѣ такихъ, которыя находятся еще въ ступени полнаго полового развитія и производительной способности. При такихъ условіяхъ, мнѣ кажется, едва ли возможно *largam manu* примѣнять такіе оперативные приемы, послѣ которыхъ неминуемо наступаетъ половая неспособность; и это тѣмъ болѣе, что дальнѣйшее состояніе оперированныхъ и окончательные исходы указанныхъ выше операций въ общемъ не могутъ считаться блестящими. Цѣлымъ рядомъ клиническихъ наблюденій установлено, что и послѣ удаленія придатковъ кровопотери изъ матки не всегда прекращаются, а иногда достигаютъ и степени кровотеченій, что болевья ощущенія могутъ, по прежнему, служить источникомъ страданій для больныхъ, и что, наконецъ, послѣ операціи не исключается возможность выпотовъ (*Stumpexudate*) въ полости таза, стойкихъ смѣщеній матки и т. д.

Такимъ образомъ, существующіе оперативные способы въ области измѣненныхъ придатковъ матки и по важности производимыхъ измѣненій въ половой области и по полученнымъ исходамъ не могутъ быть безусловно положены въ основу нашего лѣченія.

Исходя изъ только что сказаннаго, нельзя удивляться тому направленію, возникшему среди нѣкоторой группы гинекологовъ, которое выразилось въ попыткахъ подойти къ устраненію указанныхъ выше страданій путемъ консервативнаго лѣченія, или путемъ этого же сохраняющаго лѣченія, по крайней мѣрѣ, обезпечить лучшіе исходы оперативнаго вмѣшательства въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это послѣднее оказывается необходимымъ и единственнымъ средствомъ помощи.

Получивъ хорошіе результаты при лѣченіи внутриматочными впрыскиваніями въ острыхъ свѣжихъ случаяхъ, я началъ примѣнять ихъ и въ случаяхъ хроническихъ страданій, рассчитывая на то, что съ устраненіемъ заболѣванія слизистой оболочки матки, быть можетъ, ослабнутъ проявленія болѣзни по сосѣдству матки. При этомъ я исходилъ изъ той точки зрѣнія, что *mucosa* матки составляетъ первоначальное и главное гнѣздо болѣзни, которое не только обусловливаетъ измѣненіе придатковъ, но и поддерживаетъ въ нихъ воспалительный процессъ. Слѣдовательно *ablata causa tollitur effectus*.

Не могу при этомъ не повторить исторіи той больной, у которой я впервые примѣнилъ при подобныхъ условіяхъ внутриматочныя впрыскиванія съ успѣхомъ, который заставилъ меня окон-



чательно заняться разработкой этого метода. Со времени лѣченія больной прошло уже 6 лѣтъ, и я имѣю свѣдѣнія, что она и по настоящее время чувствуетъ себя совершенно удовлетворительно. Исторія этой больной крайне поучительна.

Осенью 1893 года въ Томскую клинику поступила больная Р... съ жалобами на постоянныя жгучія боли въ глубинѣ таза, преимущественно въ боковыхъ его частяхъ; по временамъ боли эти успокаивались, но чувство жженія или, какъ выражалась больная, неприятнаго и раздражающаго зуда въ глубинѣ паховыхъ областей не покидало ее, не смотря на то, что она постоянно лѣчилась и повторно подвергалась выскабливанію слизистой оболочки матки. Послѣдній изъ лѣчившихъ ее врачей заявилъ ей, что беспокоящія ее припадки находятся въ связи съ болѣзненнымъ измѣненіемъ яичниковъ, и что только удаленіе послѣднихъ можетъ избавить ее отъ страданій. Въ виду этого больная, попавъ, по служебнымъ дѣламъ мужа, въ Томскъ и не будучи въ состояніи выносить долѣе своей болѣзни, обратилась ко мнѣ съ просьбою йудалить ей яичники.

При изслѣдованіи, рядомъ съ признаками, указывавшими на хроническій перелой вульвы (склерозъ Bartholin'овыхъ железъ, сосочковыя разрощенія въ окружности выводныхъ отверстій этихъ железъ и въ преддверіи рукава), были распознаны также хроническій катарръ матки и воспалительныя измѣненія придатковъ обѣихъ сторонъ. Матка не велика, дномъ своимъ направлена кпереди, полость ея расширена; отдѣляемое, вытекающее изъ наружнаго отверстія матки, богато гнойными шариками; гонококковъ не найдено. Обѣ трубы утолщены. Правый яичникъ смѣщенъ книзу, лежитъ у бокового края матки, слегка увеличенъ. Лѣвый смѣщенъ и укрѣпленъ въ заднемъ Douglas'овомъ пространствѣ, плохо прощупывается. Изслѣдованіе придатковъ, въ общемъ, крайне чувствительно. Желая подробнѣе ознакомиться со свойствомъ припадковъ и точнѣе установить показанія къ оперативному вмѣшательству, я предложилъ больной остаться въ клиникѣ и лѣчить пока имѣющійся катарръ матки. Такъ какъ она уже два раза безъ успѣха подвергалась выскабливанію матки, то я избралъ для лѣченія внутриматочныя впрыскиванія. Сперва впрыскиванія производились черезъ день, но затѣмъ, въ виду того, что въ день впрыскиванія больная чувствовала себя свободной отъ болѣзненныхъ ощущеній, въ свободные же дни снова жаловалась на чувство жженія въ тазу, впрыскиванія производились уже ежедневно. Больная хорошо переносила лѣченіе и послѣ 20 впрыскиваній чувствовала себя настолько удовлетворительно, что пере-

стала думать объ операциі и выписалась изъ клиники, чтобы продолжать лѣченіе въ качествѣ приходящей. По выходѣ изъ клиники впрыскиванія, по прежнему, дѣлались ежедневно, съ нѣсколькими пропусками въ 4—5 дней. Въ общемъ, въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ со дня поступленія больной въ клинику сдѣлано было 60 впрыскиваній. Къ этому времени больная чувствовала себя уже совершенно свободной отъ прежнихъ припадковъ, отдѣляемое матки стало незначительнымъ и слизистымъ; яичники остались, правда, укрѣпленными въ смѣщенномъ положеніи, но границы ихъ обозначались рѣзче, а изслѣдованіе ихъ уже не сопровождалось болью. Но самое существенное, что обратило на себя мое вниманіе, это то, что за все время лѣченія внутриматочными впрыскиваніями, т. е., въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ, мѣсячныхъ не было вовсе, и больная, въ общемъ, не страдала отъ этого.

Съ тѣхъ поръ я имѣлъ возможность видѣть нѣсколько разъ больную и убѣждаться каждый разъ, что результаты лѣченія не только удовлетворительны, но и достаточно стойки. По отношенію къ этой больной заслуживаетъ особаго упоминанія то обстоятельство, что по характеру своему больная принадлежала къ той категоріи женщинъ, которыя изъ чувства ли боязни, мнительности или въ силу повышенной нервной возбудимости обычно докладываютъ врачу каждый малѣйшій болѣзненный симптомъ, придавая ему большое значеніе и видя въ немъ большую угрозу своему здоровью. Если такая больная, прошедши черезъ цѣлый рядъ врачей, умолкла наконецъ и считаетъ себя здоровой, то, слѣдовательно, никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ не появляется вновь.

Другой случай относится къ этой же категоріи, и хотя онъ точно также приведенъ мною въ предшествовавшей моей работѣ, тѣмъ не менѣе, я перепечатаваю его цѣликомъ, такъ какъ онъ относится къ числу характерныхъ по своимъ подробностямъ.

И. Т. III—ва, 27 л., крестьянка Томской губерніи, замужемъ 9 лѣтъ, рожала правильно и безъ осложненій 6 разъ; послѣдніе роды 1 годъ назадъ. Больна со времени послѣднихъ родовъ; постепенно, безъ особенно рѣзкихъ припадковъ, появились бѣли: мѣсячныя начали сопровождаться болями; мало по малу боли въ крестцѣ и надъ лобкомъ сдѣлались сильнѣе, не прекращаясь и послѣ мѣсячныхъ; вмѣстѣ съ тѣмъ появились мучительное чувство напиранія внизъ, ощущеніе тяжести въ глубинѣ таза и боли въ различныхъ мѣстахъ живота, преимущественно въ области правой почки и желудка. Больная нѣсколько разъ ѣздила въ городъ и усердно лѣчилась; въ послѣдній пріѣздъ она, по совѣту лѣчив-

шаго ее врача, подверглась операциі (отнята влагалищная часть), но и послѣ этого не замѣтила никакого облегченія. При первыхъ же послѣ операциі мѣсячныхъ наступило обычное ухудшеніе болѣзненныхъ припадковъ, даже въ большей мѣрѣ, чѣмъ бывало ранѣе. Послѣдніе нѣсколько мѣсяцевъ больная провела у себя въ деревнѣ, но не будучи въ состояніи переносить болѣе свою болѣзнь, опять пріѣхала въ городъ, на этотъ разъ въ клинику, соглашаясь, буде нужно, подвергнуться новой операциі, лишь бы избавиться отъ своихъ страданій.

Слизистая оболочка входа въ рукавъ гиперэмирована; мѣстами у задней спайки и у основанія складки дѣвственной плевы эпителий слущенъ. Слизистая оболочка влагалища рыхла, обильно покрыта желтоватою слизью. Влагалищная часть лежитъ въ переднемъ отдѣлѣ таза, вблизи лоинаго соединенія. Наружный зѣвъ зияетъ. Неподвижное тѣло матки опредѣляется въ заднемъ сводѣ (перегибъ матки); малѣйшее надавливаніе на него вызываетъ острую боль, препятствующую дальнѣйшему изслѣдованію. Боковые своды незаняты, слегка напряжены, при надавливаніи чувствительны. На влагалищной части слѣды произведеннаго отсѣченія; наружное отверстіе эрозировано; изъ канала шейки выдѣляется желтоватая жидкость въ незначительномъ количествѣ, при микроскопическомъ изслѣдованіи содержащая много гнойныхъ элементовъ и низшихъ организмовъ; гонококковъ не найдено. Распознаваніе: затяжной эндометритъ, затяжной слипчивый периметритъ, перегибъ матки кзади.

Чтобы успокоить боли и опредѣлить особенности перегиба матки были назначены болеутоляющія свѣчи (по 0,01 грм. солянокислаго морфія въ каждой), покойное положеніе въ постели и легкая тампонація сводовъ марлею, пропитанною 3%-нымъ растворомъ ихтіола въ глицеринѣ. Такое лѣченіе длилось около 3 недѣль. Не смотря на это, ни въ самочувствіи больной, ни въ данныхъ изслѣдованія не произошло ни малѣйшаго улучшенія: тѣ же припадки, таже невыносимая боль при изслѣдованіи. Тогда больной были назначены впрыскиванія въ матку. Первые впрыскиванія сопровождались небольшимъ усиленіемъ боли въ глубинѣ таза, но, въ общемъ, переносились хорошо. Приблизительно впрыскиваній черезъ 15 больная, уже замѣтно для окружающихъ, сдѣлалась покойнѣе, менѣе жаловалась на боли и заявляла, что чувствуетъ себя лучше. Внутреннее изслѣдованіе, произведенное послѣ 20 впрыскиваній, уже не сопровождалось прежними криками; своды были нечувствительны; дно матки впервые удалось безъ особой боли вывести изъ задняго Doug-

las'ова пространства. Еще черезъ 20 впрыскиваній больная чувствовала себя совершенно удовлетворительно; влагалищное изслѣдованіе было совсѣмъ безболѣзненно; матка, хотя и была перегнута кзади, но каждый разъ могла быть легко выведена впередъ. Для устраненія перегиба кзади больной была предложена операція (брюшное укрѣпленіе матки), но, чувствуя себя совершенно хорошо, она рѣшила уѣхать въ деревню и вернуться для операціи только въ случаѣ ухудшенія или невозможности работать <sup>1)</sup>).

И въ этомъ случаѣ имѣется больная изъ числа тѣхъ спокойныхъ, волнующихся, постоянно жалующихся и настойчиво ищущихъ помощи. И тутъ результаты лѣченія рѣзко бросаются въ глаза.

Далѣе, я упомяну кратко и еще о двухъ случаяхъ, приведенныхъ въ вышеупомянутой статьѣ. Въ первомъ случаѣ дѣло шло о молодой женщинѣ, хворавшей впродолженіе 4-хъ лѣтъ и явившейся въ клинику съ явленіями хроническаго катарра вагины, хроническаго (гоноррейнаго) воспаленія слизистой оболочки матки и съ опухолевиднымъ измѣненіемъ придатковъ матки (salpingo-oophoritis chronica duplex) обѣихъ сторонъ: съ каждой стороны матки на мѣстѣ придатковъ опредѣлялась опухоль величиною съ апельсинъ. Рядомъ съ обычными болевыми припадками, въ періодъ пребыванія больной въ клиникѣ установлены предменструальныя ожесточенія болѣзни съ повышеніемъ температуры и съ увеличеніемъ опухоли на мѣстѣ воспаленныхъ придатковъ. Въ результатъ лѣченія наблюдались исчезновеніе характерныхъ явленій эндометрита и значительное уменьшеніе придатковъ: сдѣлалось возможнымъ опредѣлять въ отдѣльности и яичники, и трубы: ежемѣсячныя обостренія исчезли. Придатки тѣмъ не менѣе оставались фиксированными въ необычномъ положеніи и по временамъ (при работѣ) давали себя знать незначительными болевыми ощущеніями. По просьбѣ больной, спустя нѣкоторое время, произведено удаленіе придатковъ, которые оказались фиксированными тесемчатыми безсосудистыми ложными перепонками, легко и безъ осложненій удалены, и, что особенно важно въ этомъ случаѣ, послѣ операціи и въ дальнѣйшемъ у больной не наблюдалось никакихъ осложненій ни субъективныхъ, ни объективныхъ.

---

<sup>1)</sup> Больная оставила клинику 8/xii 1895 г.; въ маѣ 1896 г. получены послѣднія свѣдѣнія объ ея удовлетворительномъ состояніи. Въ другомъ подобномъ же случаѣ послѣ лѣченія впрыскиваніями произведено было брюшное укрѣпленіе матки съ успѣшнымъ исходомъ, въ смыслѣ полнаго выздоровленія.

Второй случай интересен тѣмъ, что больная съ рѣзко выраженными явленіями хроническаго воспаленія придатковъ гоноррейнаго происхожденія послѣ повторнаго лѣченія впрыскиваніями, спустя 5 мѣсяцевъ, подверглась чревосѣченію, причемъ удалена была лѣвая труба съ остатками свѣжаго трубнаго выкидыша 3—4 недѣльнаго возраста. Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ лѣченіе впрыскиваніями настолько было успѣшно въ отношеніи возстановленія функцій измѣненныхъ придатковъ, что больная забеременѣла, хотя беременность не могла принять обычнаго теченія, благодаря стойкимъ тканевымъ измѣненіямъ, которые остались въ результатѣ бывшаго воспалительнаго процесса, и противъ которыхъ, конечно, безсильно фармацевтическое лѣченіе.

Касательно хроническихъ воспалительныхъ процессовъ въ области придатковъ матки и тазовой брюшины вообще слѣдуетъ замѣтить, что наилучшіе результаты получались у тѣхъ больныхъ, начало болѣзни которыхъ относилось къ недавнему до лѣченія времени; при этомъ получалось полное возстановленіе нормальныхъ отношеній въ области заболѣвшихъ придатковъ. Для примѣра привожу исторію больной, судьба которой мнѣ извѣстна и по окончаніи леченія.

V. M... H... 19 лѣтъ, незамужняя, родила 1 разъ три года тому назадъ совершенно правильно и безъ осложненій; по занятію проститутка, постуила въ клинику 17 сентября 1896 года съ жалобами на непрекращающіяся кровотеченія изъ половыхъ органовъ въ продолженіе послѣднихъ двухъ мѣсяцевъ; передъ началомъ этихъ симптомовъ больная замѣтила появленіе желтоватыхъ, ѣдкихъ и достаточно обильныхъ выдѣленій изъ вагины. Рядомъ съ этимъ появились боли въ нижней части живота, въ поясницѣ, а въ послѣдніе мѣсяцы особенно рѣзкія схватки въ лѣвой паховой области; каждыя 2—3 дня замѣчается усиленіе болей, сопровождаемое тошнотой, а иногда и рвотой.

При объективномъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: склерозъ Бартолиновыхъ железъ, во влагалищѣ обильное количество желтоватаго секрета; небольшая влагалищная часть смѣщена по проводной оси вагины, тѣло матки отклонено взадъ, слегка увеличено, чувствительно, подвижно; въ лѣвомъ боковомъ сводѣ опредѣляется довольно объемистый, величиною съ кулакъ tumor, плотный, рѣзко чувствительный; съ правой стороны на мѣстѣ придатковъ опухоль, величиною съ яблоко, значительно менѣе чувствительная. При зеркальномъ изслѣдованіи portio vaginalis носитъ слѣды боковыхъ разрывовъ, orificium externum окружено

эрозированнымъ поясомъ; изъ отверстія матки выдѣляется кровянистая жидкость. Изслѣдованіе влагалищно-маточныхъ выдѣлений на гонококки дало отрицательные результаты.

Diagnosis: endometritis chronica, salpingo-oophoritis duplex; retroversio uteri; laceratio portionis vaginalis; bartolinitis chronica. Назначены впрыскиванія. Послѣ 14 впрыскиваній больная чувствовала себя настолько удовлетворительно, что могла продолжать лѣченіе амбулаторно; втеченіе этого послѣдняго періода лѣченія сдѣлано еще 17 впрыскиваній (ежедневно); къ этому времени отъ измѣненій въ придаткахъ не осталось никакого слѣда. Лѣченіе велось подъ наблюденіемъ ординатора кураторомъ больной—студентомъ 5-го курса.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воспалительный процессъ охватываетъ придатки обѣихъ сторонъ, но гдѣ продолжительность заболѣванія не одинакова для каждой стороны, успѣшное дѣйствіе систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній проявляется полнѣе и скорѣе на той сторонѣ, гдѣ болѣзненный процессъ свѣжее. Изъ числа относящихся сюда исторій болѣзни привожу слѣдующую:

VI. Агрип. Крик...ва, 36 лѣтъ, замужемъ 16 лѣтъ, три раза родила, послѣдній разъ преждевременно на 7-мъ мѣсяцѣ, 11 лѣтъ тому назадъ. До послѣднихъ родовъ была совершенно здорова; мѣсячныя начались съ 13-ти лѣтъ, приходили правильно черезъ мѣсяць, продолжались по 3—4 дня и были совершенно безъ болей. Хотя теченіе послѣднихъ родовъ, а равно и послѣродовой періодъ не сопровождалась какими либо замѣтными осложненіями, тѣмъ не менѣе съ этого времени у больной появились зеленоватая ѣдкія истеченія изъ влагалища, и съ этого же времени мѣсячныя начали сопровождаться болями въ нижней части живота и въ паховыхъ областяхъ; по временамъ боли въ нижней части живота усиливались, сосредоточиваясь то въ паховой области одной стороны, то другой; изъ другихъ болѣзненныхъ przypadковъ, наблюдавшихся за 11-ть лѣтъ, больная указываетъ на затрудненія и боли при мочеиспусканіи. За послѣднее время къ мѣстнымъ болевымъ ощущеніямъ присоединились упорныя головныя боли и общая слабость. Незадолго до того времени, когда больная рѣшила обратиться за помощью въ клинику, болевая ощущенія усилились и сосредоточились въ лѣвой паховой области.

25 Сентября 1898 года больная явилась въ амбулаторію клиники, гдѣ при объективномъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: наружныя половыя части гиперэмированы, въ толщѣ большихъ губъ опредѣляются склерозированныя тѣла Бартолиновыхъ железъ

влагалищная стѣнка обильно увлажнена слизисто-гнойнымъ секретомъ, вытекающемъ изъ наружнаго отверстия матки. Матка



Рис. 11.

длиною  $9\frac{1}{2}$  см., смѣщена вправо къ боковой стѣнкѣ таза, неподвижна; лѣвый боковой и задній своды заняты опухолью величиною въ головку доношеннаго плода; опухоль эта плотна, въ высшей степени болѣзненна и абсолютно неподвижна. Диагнозъ: *sclerosis gl. Bartol.*; *endometritis chronica honor.*; *residua perimetritidis ex salpingo-oophoritide honorrhoica*. Больной предложено амбулаторное лѣчение систематическими внутриматочными впрыскиваніями.

Первое впрыскиваніе сдѣлано 25 Сентября 1898 года.

Въ это время отношенія въ полости таза представлялись въ слѣдующемъ видѣ. (Рис. 11-ый, 12-ый):

По мѣрѣ производства внутриматочныхъ впрыскиваній воспалительная опухоль прогрессивно уменьшалась, при чемъ матка все болѣе и болѣе отодвигалась къ срединной линіи. Когда опухоль лѣвой половины таза уменьшилась настолько, что можно было изслѣдовать правые придатки, то



Рис. 12.

последніе были найдены въ формѣ плотной опухолевидной массы въ яблоко величиною; въ это время опухоль лѣвой стороны представлялась приблизительно въ два раза больше правой опухоли. При даль-

нѣйшемъ производствѣ впрыскиваній лѣвая опухоль продолжала замѣтно уменьшаться, тогда какъ правые придатки продолжали сохранять ту же величину и плотность. Послѣ 50-ти впрыскиваній лѣвая опухоль была въ два раза меньше правой; послѣ 59-ти впрыскиваній на лѣвой сторонѣ ясно можно было различать утолщенную трубу и слегка увеличенный яичникъ, тогда какъ на правой сторонѣ все еще яичникъ и наружные отдѣлы трубы представлялись въ формѣ опухолевидной массы. Къ этому времени больная, чувствуя себя совершенно удовлетворительно, прекратила лѣченіе. Рисунокъ 13-й изображаетъ шематически состояніе матки и ея придатковъ послѣ 50-ти впрыскиваній; рисунокъ 14-й—послѣ 59-ти впрыскиваній. Къ концу лѣченія матка уменьшилась съ 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сант. до 7<sup>1</sup>/<sub>4</sub> сант.; во все время лѣченія регулы обычнымъ порядкомъ отсутствовали.



Рис. 13.



Рис. 14.

Въ только что приведенномъ случаѣ обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что свѣжая воспалительная опухоль лѣвыхъ придатковъ къ концу лѣченія быстро исчезла, тогда какъ болѣе старая опухолевидная масса на правой сторонѣ уступала лѣченію чрезвычайно медленно; другими словами, чѣмъ свѣжее воспалительный процессъ, тѣмъ полнѣе результаты лѣченія.

Привожу еще нѣсколько случаевъ, которые имѣютъ специальный интересъ.

VII. Аполлинарія Ден....ва, 28 лѣтъ, замужемъ 9-й годъ, родила 4 раза, послѣдній разъ 1 г. 8 м. тому назадъ. До замужества была совершенно здорова; съ 15-ти лѣтъ правильно менструировала по 3—4 дня черезъ мѣсяць; вскорѣ послѣ замужества появились желтыя, ѣдкія выдѣленія изъ половыхъ органовъ; всѣ роды протекали безъ замѣтныхъ осложнений, а равно и послѣ родовъ не хворала. Со времени послѣднихъ родовъ регулы черезъ 3 недѣли по 6—7 дней, безболѣзненны. Въ Январѣ 1898 года мѣсячныя впервые сопровождались сильными болями въ паховыхъ областяхъ и продолжались 12 дней; съ этого времени регу-



лы появляются черезъ 2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> недѣли, обильны, по 7 дней и каждый разъ сопровождаются сильными болевыми ощущеніями въ нижней части живота и въ паховыхъ областяхъ. Постоянныя слизисто-гнойныя истеченія изъ влагалища, частыя потери крови изъ матки, а также усиливающіяся боли довели больную до полной потери силъ, лишили ее возможности продолжать свои занятія (въ прислугахъ) и заставили обратиться за помощью въ клинику 4 Сентября 1898 года.

При объективномъ изслѣдованіи установлено: старый разрывъ промежности 2-й степени, небольшое выпаденіе задней стѣнки влагалища; влагалище укорочено, portio vaginalis лежитъ въ переднемъ отдѣлѣ таза; тѣло матки увеличенное, подвижное, чувствительное, опредѣляется въ заднемъ сводѣ; на мѣстѣ придатковъ съ каждой стороны прощупывается опухоль величиною съ гусиное яйцо, плотная, мало подвижная, чувствительная.

При зеркальномъ изслѣдованіи наружный зѣвъ матки эрозированъ, изъ полости матки вытекаетъ мутная, слегка желтоватая слизь. Длина полости=8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сант.

Диагнозъ: salpingo-oophoritis duplex, retroflexio uteri.

Лѣченіе первоначально направлено на устраненіе воспалительныхъ измѣненій въ области придатковъ. Съ этою цѣлью назначены внутриматочныя впрыскиванія. Несмотря на то, что впрыскиванія эти сопровождались усиленіемъ болезненныхъ ощущеній и вообще плохо переносились, все же они неуклонно производились. Послѣ 8—10 впрыскиваній боли какъ бы уменьшились, но вскорѣ снова усилились, что было поставлено въ связь съ временемъ, когда должны были появиться мѣсячныя; нѣсколько скарификацій изъ влагалищной части матки уменьшили въ значительной мѣрѣ боли, и впрыскиванія безостановочно продолжались вслѣдъ за этимъ. Послѣ 28 впрыскиваній больная уже чувствовала себя настолько удовлетворительно, что могла продолжать лѣченіе амбулаторно. Послѣ 52 впрыскиваній всѣ воспалительныя симптомы исчезли; при изслѣдованіи матка подвижна, мало чувствительна; на мѣстѣ придатковъ никакихъ воспалительныхъ остатковъ не опредѣляется. Длина матки=7<sup>1</sup>/<sub>4</sub> сант. Съ цѣлью лѣченія перегиба назадъ больной предложена операція пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ. 5 Ноября 1898 года произведена мною ventrofixatio uteri. По вскрытіи брюшной полости матка легко извлечена къ уровню брюшной раны; въ области дна матки и въ области придатковъ незначительныя безсосудистыя ложныя перепонки; никакихъ слѣдовъ отъ опухолевидныхъ массъ, опредѣлявшихся первоначально въ области при-

датковъ; черезъ 10 дней послѣ операціи сняты швы, а къ концу мѣсяца послѣ операціи больная оставила клинику въ совершенно удовлетворительномъ состояніи. Въ дальнѣйшемъ больная нѣсколько разъ являлась въ клинику, и каждый разъ можно было убѣждаться, какъ въ успѣхѣ лѣченія заболѣвшихъ придатковъ матки, такъ и въ стойкости результатовъ операціи.

Къ этой же категоріи случаевъ относится и нижеслѣдующій <sup>1)</sup>.

VIII. Сарра III—чь, 20 л., замужняя, поступила въ Томскую гинекологическую клинику 21/IX 1897 г. съ жалобами на боли въ паховыхъ областяхъ, усиливающіяся передъ каждымъ мѣсячнымъ, на желтоватыя, ѣдкія истеченія изъ влагалища, боли при мочеиспусканіи и болѣзненность при совокупленіи (*dyspareunia*). Заболела 3 года тому назадъ, вскорѣ послѣ замужества; прежде же была совершенно здорова. Первые мѣсячныя пришли, когда ей было 14 лѣтъ, правильно повторялись черезъ 3 недѣли, продолжаясь по 3 дня и не сопровождаясь никакими болѣзненными ощущеніями. Непосредственно вслѣдъ за замужествомъ больная почувствовала боли и жженіе при мочеиспусканіи, неловкость въ области наружныхъ половыхъ частей при движеніяхъ, боли при совокупленіи, а въ дальнѣйшемъ очень скоро къ этому присоединились боли въ паховыхъ областяхъ, особенно въ правой. Обильныя, желтоватыя и ѣдкія бѣли замѣтила около года тому назадъ. Года 1½ тому назадъ больная обратилась по поводу своей болѣзни къ одному изъ ближайшихъ по мѣсту ея жительства врачей, который предложилъ ей отнять влагалищную часть (*amputatio portionis vaginalis*). Послѣ операціи больная не почувствовала облегченія; напротивъ, всѣ болѣзненные признаки ухудшились. За время болѣзни мѣсячныя, хотя и сохранили прежній типъ, но стали сопровождаться довольно сильными болями въ обѣихъ паховыхъ областяхъ, появлявшимися дня за 2 за 3 до наступленія мѣсячныхъ. Послѣднія мѣсячныя кончились 8/IX.

Больная правильно сложена, но плохо упитана; подкожно-жирный слой мало развитъ; кожа лица и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Органы грудной полости безъ измѣненій. Животъ слегка вздутъ, при ощупываніи напряженъ, въ нижнихъ отдѣлахъ рѣзко чувствителенъ. Въ правой паховой области, тотчасъ надъ костями таза, прощупывается плотная, сильно болѣзненная опухоль, вправо близко соприкасающаяся съ костями таза, а влѣво переходящая за срединную линію и безъ рѣзкихъ границъ теряющаяся въ лѣвой паховой области. Верхняя граница опухоли выстаетъ

<sup>1)</sup> Случай этотъ опубликованъ ранѣе во „Врачъ“ № 25, 1898 г.

пальца на 3 надъ костями таза, а нижняя теряется въ глубинѣ малаго таза.

При изслѣдованіи наружныхъ половыхъ частей установлены затвердѣніе Bartholin'овыхъ железъ съ обѣихъ сторонъ и пятнистый вульвитъ (*macula urethralis et bartholinica*). Слизистая оболочка влагалища плотна, покрыта желтовато-бѣлымъ отдѣляемымъ. Влагалищная часть матки смѣщена внизъ и въ лѣвую  $\frac{1}{2}$  таза, укорочена, со слѣдами произведеннаго отнятія. Справа къ ней прилегаютъ плотная, почти неподвижная, рѣзко чувствительная при дотрогиваніи опухоль, занимающая весь задній сводъ и вправо непосредственно подходящая къ боковой стѣнкѣ таза. Величина опухоли при двуручномъ изслѣдованіи опредѣляется съ дѣтскую головку. Тѣло матки лежитъ влѣво и нѣсколько казди: длина матки 7,5 см. Лѣвые придатки, вслѣдствіе величины правой опухоли и смѣщенія матки влѣво, не могутъ быть опредѣлены, хотя со стороны лѣваго бокового свода и ощущается неясная плотность, переходящая въ вышеупомянутую правую опухоль.

При изслѣдованіи влагалищной слизи, взятой изъ верхнихъ отдѣловъ рукава, найдены подъ микроскопомъ гонококки [мужъ больной, по ея словамъ, имѣлъ перелой].

На основаніи объективнаго изслѣдованія распознано перелойное воспаленіе брюшины и клѣтчатки въ правой  $\frac{1}{2}$  таза. Путь, которымъ распространялось воспаленіе въ данномъ случаѣ, былъ двоякій. Съ одной стороны, заболѣваніе шло изъ полости матки по слизистой оболочкѣ трубъ (*salpingo-oophoritis*); съ другой, благодаря произведенному на заболѣвшихъ уже органахъ отсѣченію шейки матки, воспаленіе могло проникнуть и непосредственно въ околоматочную клѣтчатку.

Распознаваніе: перелойный эндометритъ, воспаленіе трубы и яичника и перипараметритъ.

О состояніи органовъ таза можно судить по прилагаемому схематическому рисунку. (Рис. 15-ый).

По установившимся въ Томской клиникѣ правиламъ, больной были назначены ежедневныя внутриматочныя впрыскиванія. Уже послѣ первыхъ 10 впрыскиваній (смѣси изъ равныхъ частей іодовой настойки и 95°/о-наго чистѣйшаго спирта) замѣтно понижилась чувствительность въ области опухоли, а самая опухоль существенно уменьшилась; матка нѣсколько отодвинулась къ срединной линіи. Послѣ 16-го впрыскиванія появились мѣсячныя, продолжавшіяся два дня (отъ 6 до 8/х 1897 г.). Въ дальнѣйшемъ, по мѣрѣ впрыскиваній, опухоль все болѣе и болѣе уменьшалась, приобрѣла ясныя границы и сдѣлалась замѣтно

подвижной сверху вниз. После 40 впрыскиваний правая опухоль была приблизительно съ кулакъ; границы ея обозначились еще рѣзче; подвижность еще увеличилась; чувствительность бы-

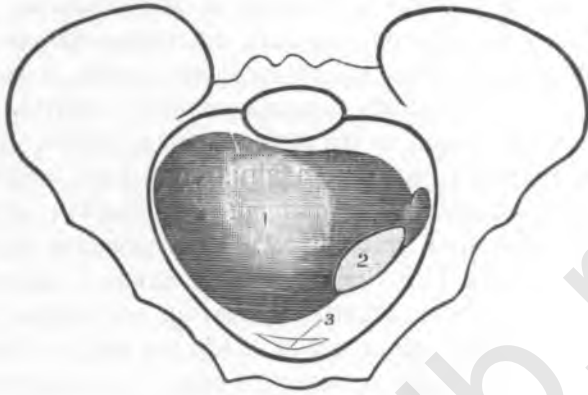


Рис. 15. 1. Воспалительная опухоль, лежащая въ полости таза. 2. Дно матки. 3. Дно мочевого пузыря.

ла незначительна; на мѣстѣ лѣвыхъ придатковъ опухоли не было изъ полости матки выдѣленій не было; въ ноябрѣ мѣсячныя не пришли.

Послѣ 60 впрыскиваний особенныхъ измѣненій въ размѣрахъ опухоли не произошло; только опухоль сдѣлалась еще болѣе подвижною, благодаря замѣтному уменьшенію плотности въ правомъ боковомъ сводѣ.

Впрыскиванія были продолжаемы непрерывно до 21/1. Мѣсячныхъ въ декабрѣ и январѣ не было.

Къ 21/1, т. е., за 4 мѣсяца со времени поступленія въ клинику, всѣхъ впрыскиваний сдѣлано 115. Опухоль замѣтно отдѣлилась отъ угла матки, сдѣлалась весьма мало чувствительной и значительно подвижной, хотя вывести ея изъ полости малаго таза всё-таки было невозможно. Опухоль стала круглою и за послѣднія недѣли лѣченія уже не измѣняла своей величины. Лѣвые придатки не увеличены, не чувствительны, укрѣплены у боковой стѣнки таза.

Отношенія въ полости малаго таза къ концу лѣченія изображены на прилагаемомъ шематическомъ рисункѣ. (См. рис. 16-ый).

Такъ какъ всѣ воспалительныя явленія въ полости таза исчезли, опухоль же на мѣстѣ правыхъ придатковъ оставалась еще настолько большою, что трудно было разсчитывать, чтобы въ дальнѣйшемъ она не обусловливала снова болѣзненныхъ припадковъ,

то больной и было предложено удалить опухоль оперативнымъ путемъ, на что она и согласилась.

Что касается до ближайшаго анатомическаго свойства оставшейся послѣ лѣченія опухоли, то, на основаніи ея круглой формы, свойствъ ея поверхности и положенія по отношенію къ окружающимъ ее частямъ, было рѣшено, что на мѣстѣ воспалительно измѣненныхъ правыхъ придатковъ матки осталась кистовидная опухоль праваго яичника.



Рис. 16. 1. Опухоль на мѣстѣ правыхъ придатковъ матки. 2. Утолщенные лѣвые придатки матки 3. Дно матки.

22/1 1898 г.: чревосѣченіе. Послѣ вскрытія брюшной полости отъ пупка и на дюймъ не доходя до лоннаго соединенія обнаружено слѣдующее: на мѣстѣ правыхъ придатковъ матки киста яичника, съ апельсинъ, спаянная съ маткой и съ сосѣдними участками тазовой брюшины безсосудистыми ложными перепонками и спайками, легко разрываемами рукою. Спереди и снизу по поверхности опухоли идетъ утолщенная Fallopi'ева труба. Участки широкой связки, смежные съ нижнимъ краемъ опухоли и съ правымъ верхнимъ краемъ матки, представляютъ плотную, мало податливую ткань, толщиною въ палець. Лѣвые придатки ложными перепонками укрѣплены въ глубинѣ таза, вблизи боковой его стѣнки. Брюшинное отверстие трубы покрыто ложными перепонками. Яичникъ небольшихъ размѣровъ; на поверхности его нѣсколько кистовидныхъ образований, съ горошину.

Какихъ-либо замѣтныхъ остатковъ бывшихъ воспалительныхъ выпотовъ въ полости таза нигдѣ не найдено—все всосалось, и слѣды бывшей болѣзни замѣтны только въ упомянутомъ выше измѣненіи клѣтчатки правой широкой связки и въ оставшихся

мѣстами ложныхъ перепонкахъ въ области тазовой брюшины. Слѣдующій рисунокъ изображаетъ шематически состояніе органовъ таза во время вскрытія брюшной полости. (Рис. 17-й).

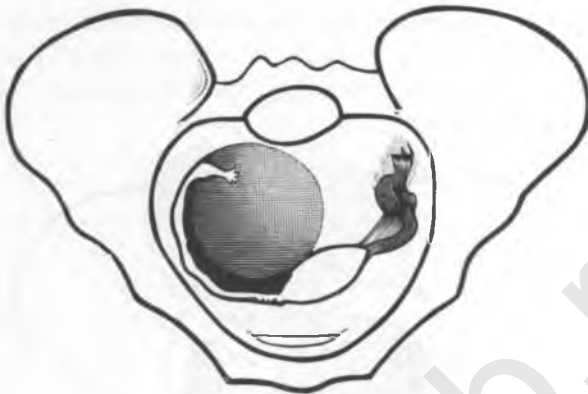


Рис. 17.

Удаленіе правыхъ придатковъ было нѣсколько затруднено невозможностью смѣстить ихъ кверху, къ брюшной ранѣ. Тѣмъ не менѣе, это удалось сдѣлать, въ два приѣма: сначала удалена была киста яичника съ прилежавшими къ ней участками трубы, а затѣмъ изсѣчены и измѣненные участки правой широкой связки. Лѣвые придатки удалены безъ затрудненій.

Одно время мнѣ казалось, что лѣвые придатки по ихъ внѣшнему виду могли бы быть оставлены на мѣстѣ, послѣ освобожденія ихъ отъ окружавшихъ ихъ спаекъ. Но, такъ какъ перелойная причина болѣзни была несомнѣнна,—какъ на основаніи клиническихъ признаковъ, такъ и по находженію гонококковъ въ отдѣляемомъ,—то я, слѣдуя существующимъ по этому поводу въ литературѣ взглядамъ, удалилъ и лѣвые придатки,—тѣмъ охотнѣе, что до настоящаго времени у меня не было прямыхъ гистологическихъ изслѣдованій, на основаніи которыхъ я могъ бы утверждать, что подѣ влияніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній не только исчезаютъ клиническіе признаки болѣзни, но уничтожаются и тканевыя измѣненія, присущія заболѣванію.

Послѣ удаленія придатковъ брюшная полость была закрыта обычнымъ способомъ. Послѣоперационное время прошло безъ осложненій, безлихорадочно; къ концу 3-ей недѣли больная чувствовала себя настолько удовлетворительно, что могла встать и вскорѣ оставила клинику (12/II 1898 г.).

При макроскопическомъ изслѣдованіи удаленныхъ частей оказалось слѣдующее: киста праваго яичника однополостная, дермо-

идная; стѣнки ея, толщиною до  $\frac{1}{2}$  стм., въ наружныхъ частяхъ состоятъ изъ цѣлаго ряда старыхъ соединительно-тканыхъ слоевъ; особенно толста стѣнка кисты у основанія ея, въ томъ мѣстѣ, гдѣ опухоль соприкасается съ частями широкой связки; содержимое кисты, обычное для дермоидовъ—жировыя массы, волосы, безъ слѣдовъ какого-бы то ни было измѣненія (нагноенія, кровоизліянія). Въ измѣненіяхъ, наблюдавшихся въ клиникѣ со стороны тазовой брюшины и околоматочной клѣтчатки, означенный дермоидъ едва-ли могъ играть какую-либо роль, составляя только случайную прибавку къ имѣвшемуся воспаленію вокругъ матки. Остатки послѣдняго всего болѣе замѣтны въ области правой широкой связки, на значительномъ протяженіи утолщенной до размѣровъ пальца. При разрѣзѣ, тотчасъ послѣ операціи, удаленныхъ частей этой связки, всюду оказалась плотная, рубцевая ткань; поверхность разрѣза съ трудомъ соскабливается ножемъ, и изъ нея не удается выдавить никакой жидкости; мѣстами на поверхности разрѣза видны поперечные перерѣзы сосудовъ съ плотно приставшими къ стѣнкамъ ихъ бѣловатыми, плотными свертками, которые съ трудомъ удается извлечь иглой. Нигдѣ на поверхности разрѣза не видно болѣе мягкихъ гнѣздъ: при общей плотности ткани, разница въ отдѣльныхъ участкахъ заключается лишь въ томъ, что одни мѣста болѣе свѣтлы, другія же съ болѣе матовымъ отливомъ. Въ общемъ, макроскопическій видъ измѣненныхъ частей правой широкой связки не оставляетъ сомнѣній въ томъ, что мы имѣемъ дѣло съ заключительной ступенью (образованіемъ рубцовой ткани) воспаленія клѣтчатки, заключенной между листками широкой связки.

Микроскопическое изслѣдованіе этихъ частей (препараты сохранялись въ растворѣ формалина, а затѣмъ были подвергнуты обработкѣ спиртомъ, ксилоломъ, заключены въ парафинъ, нарѣзаны микротомомъ и съ соблюденіемъ обычныхъ правилъ окрашены сафраниномъ, гематоксилиномъ съ эозиномъ или по Gram-у для изслѣдованія на низшіе организмы) всюду показало образованіе рубцовой соединительной ткани; сосуды имѣлись въ болѣе нетронутыхъ мѣстахъ, преимущественно въ соединительно-тканыхъ прослойкахъ среди жировой ткани. Черезвычайно рѣдко на препаратахъ можно встрѣтить мѣста, болѣе окрашенныя гематоксилиномъ и соответствующія участкамъ, въ которыхъ еще сохранились слѣды зернистаго пропитыванія; но зато довольно часто, среди жировой ткани и особенно среди рубцовой ткани, попадаются мѣста, занятые мелко зернистой, плохо воспринимающей окраску массой; зерна, заложенныя въ этой массѣ, различ-

ной величины и, при окраскѣ по Gramm'у, нѣкоторыя изъ нихъ удерживаютъ окраску; но разнообразная ихъ величина и часто неправильная форма не позволяютъ сдѣлать о нихъ опредѣленныхъ заключеній.

Въ общемъ, микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ участковъ широкой связки показало, что распространенное и рѣзкое воспаление околоматочной кльтчатки было доведено до заключительной ступени, характеризующейся образованіемъ рубцовой ткани.

Результаты микроскопическаго изслѣдованія яичника приведены выше (стр. 33).

Только что приведенная исторія больной, а равно и случай VII-й интересны въ томъ отношеніи, что результаты клиническаго изслѣдованія могли быть провѣрены непосредственно во время операціи на вскрытой брюшной полости, при чемъ легко было убѣдиться въ полнотѣ разрѣшающаго дѣйствія систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваній при воспалительныхъ заболѣваніяхъ въ области тазовыхъ внутренностей. Во 2-хъ приведенные случаи обнаруживаютъ значеніе внутриматочныхъ впрыскиваній, какъ подготовительнаго приема лѣченія передъ производствомъ операцій на маткѣ и ея придаткахъ. Обѣ больныя нуждались въ оперативномъ пособіи, но это послѣднее могло быть произведено безъ затрудненій и съ прочнымъ успѣхомъ только по уничтоженіи воспалительныхъ измѣненій около матки, каковая цѣль была наискорѣйшимъ образомъ достигнута систематическими внутриматочными впрыскиваніями.

Чтобы еще нагляднѣе отбѣнить роль впрыскиваній, какъ подготовительнаго леченія, сообщу объ одной больной, находящейся еще въ настоящее время подъ моимъ наблюденіемъ.

IX. Биген...ва, 27 лѣтъ, семь лѣтъ замужемъ, родила одинъ разъ, 4 года тому назадъ; до замужества была совершенно здорова; первыя регулы явились на 19 году, приходили каждыя четыре недѣли и продолжались безболѣзненно по 5 дней. Первые года замужества была здорова; считаетъ себя больной послѣдніе два года; заболѣла внезапно; появились боли внизу живота, преимущественно въ лѣвой паховой области, хотя боли эти не были настолько сильны, чтобы надолго удержать больную въ постели; тѣмъ не менѣе съ этого времени болевья ощущенія не покидали больную и, повторяясь изо-дня въ день, препятствовали вести ея обычный трудовой образъ жизни. За время болѣзни регулы появлялись чаще, длились по 1—2 недѣлямъ и сопровождались сильною болью внизу живота и въ поясницѣ; одновременно по-



явились гнойныя, фдкія бѣли. Къ осени 1898 года состояніе здоровья у больной было настолько неудовлетворительно, что она принуждена была искать врачебной помощи въ одномъ изъ ближайшихъ городовъ той мѣстности, гдѣ она жила. 1 октября 1898 года въ одномъ изъ городовъ Западной Сибири въ больницѣ, по рассказамъ больной, былъ сдѣланъ разрѣзъ брюшной стѣнки и произведена операція въ области матки; ближайшія подробности этой операціи больная не могла сообщить, но все же изъ ея словъ можно было сдѣлать заключеніе о томъ, что операція между прочимъ заключалась въ уничтоженіи многочисленныхъ спаекъ и ложныхъ перепонокъ, которыя окружали тазовыя внутренности и фиксировали матку. Послѣ операціи больная встала на 22 день, но боли, которыми она страдала, не исчезли, а за послѣднее время даже усилились; регулы по прежнему неправильны; выдѣленія изъ влагалища того же характера.

Съ такими явленіями больная 17 марта 1899 года явилась въ амбулаторію Томской Акушерско-Гинекологической клиники. При объективномъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: по срединной линіи живота отъ лоннаго соединенія и до пупка имѣется обезцвѣтившійся рубецъ послѣ бывшаго чревосѣченія; наружныя половыя части гиперемированы; изъ влагалища вытекаетъ желтоватая, слегка смѣшанная съ кровью жидкость; влагалищная часть матки стоитъ низко, кзади, мало подвижна, при движеніяхъ рѣзко чувствительна; тѣло матки опредѣляется черезъ передній сводъ, плотное, болѣзненное; съ боковъ матки, съ каждой стороны опредѣляется плотная опухолевидная масса, безъ рѣзкихъ границъ теряющаяся въ направленіи къ боковымъ стѣнкамъ таза, и при изслѣдованіи очень чувствительная; задній сводъ мало податливъ, болѣзненъ; длина матки 7 $\frac{1}{2}$  см.

На основаніи результатовъ объективнаго изслѣдованія было установлено распознаваніе воспалительнаго процесса, гнѣздящагося въ области серознаго покрова тазовыхъ органовъ и сопровождающагося по временамъ излитіемъ воспалительнаго выпота. Ближайшая причина этого периметрита усмотрѣна въ хроническомъ (весьма вѣроятно гоноррейномъ) катаррѣ полости матки.

Съ цѣлью леченія назначены съ 17 марта 1898 года внутриматочныя впрыскиванія, подѣ влияніемъ которыхъ, какъ и слѣдовало ожидать, наступило быстрое улучшеніе здоровья больной. Послѣ 24 впрыскиваній боли въ животѣ прекратились, боли въ крестцѣ значительно уменьшились; во все время леченія кровопотерь изъ матки не наблюдалось, а выдѣленія приобрѣли слизистый характеръ. Объективно улучшеніе выразилось въ уменьше-

ни воспалительныхъ опухолей по бокамъ матки (почти въ два раза), въ меньшей чувствительности и большей подвижности матки, наконецъ, въ уничтоженіи остатковъ эксудата въ заднемъ сводѣ. По независящимъ отъ больной обстоятельствамъ, она должна была прекратить лечение приблизительно на 30 впрыскиванійхъ, хотя по особенностямъ ея заболѣванія требовалось значительно большее число этихъ впрыскиваній. Во всякомъ случаѣ результатъ произведенныхъ внутриматочныхъ впрыскиваній въ данномъ случаѣ какъ нельзя лучше доказываетъ, что въ случаяхъ воспалительнаго пораженія тазовыхъ внутренностей консервативное лечение впрыскиваніями даетъ лучшіе исходы, чѣмъ оперативное лечение.

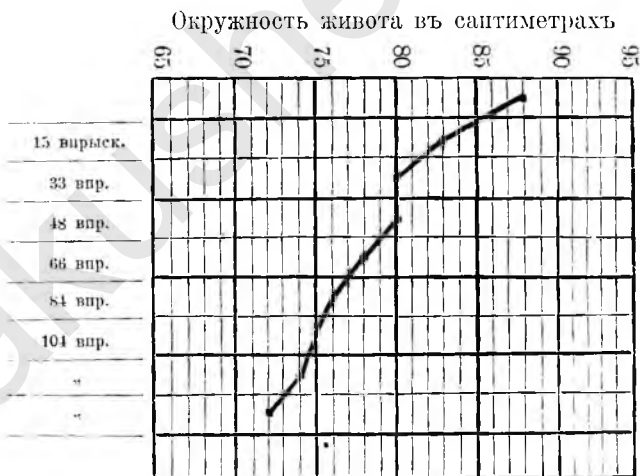
Чтобы закончить казупстику хроническихъ страданій матки и ея придатковъ, приведу еще одинъ случай, крайне интересный въ клиническомъ отношеніи.

Х. Софья Добров...я, 32-хъ лѣтъ, замужемъ 14 лѣтъ, родила два раза; послѣдніе роды 12 лѣтъ тому назадъ. Въ дѣтствѣ была совершенно здорова; съ 15-ти лѣтъ правильно менструируетъ черезъ 3 недѣли по 4—5 дней; обѣ беременности, а также роды и послѣродовой періодъ протекали безъ осложненій. На 22-мъ году больная перенесла брюшной тифъ; немного спустя хворала сыпнымъ тифомъ; въ 1892 году была больна воспаленіемъ легкихъ: съ этого времени вообще считаетъ себя больной; первоначально припадки болѣзни выражались въ боляхъ въ нижней части живота и въ поясницѣ и въ желтыхъ, гноевидныхъ истеченіяхъ изъ влагалища. Весною 1898 года мѣстные припадки значительно усилились: боли приобрѣли настолько сильный характеръ, что больная принуждена была слечь въ постель и не могла оправиться въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ; регулы за это время отсутствовали, а гнойныя истеченія изъ матки были особенно обильны: съ этого времени больная впервые начала замѣчать увеличеніе живота. Послѣ 3-хъ мѣсячнаго задержанія, регулы явились у больной въ іюль 1898 года и продолжались въ небольшомъ количествѣ 4 дня; слѣдующіе появились черезъ мѣсяць въ томъ же количествѣ; въ послѣдній разъ регулы явились въ день поступленія больной въ клинику (8 сентября 1898 года), куда она рѣшила обратиться по поводу непрекращающихся болей въ животѣ, постоянныхъ запоровъ и значительно увеличившихся разрывовъ живота.

Объективное изслѣдованіе обнаружило плохо упитанную, значительно исхудавшую женщину съ ничтожнымъ количествомъ подкожно-жирнаго слоя. Со стороны органовъ грудной полости

не установлено какихъ-либо замѣтныхъ измѣненій. При общемъ исхуданіи обращаетъ на себя вниманіе равномерно увеличенный въ своихъ размѣрахъ животъ, наибольшая окружность котораго на уровнѣ пупка равна 88 сант.; ощупываніемъ и перкусіей устанавливается свободная жидкость въ полости живота (флюктуация, измѣнчивость области тупого звука при различныхъ положеніяхъ больной). При изслѣдованіи наружныхъ половыхъ органовъ установлена гипертрофія малыхъ губъ, vulvitis maculosa; отверстія выводныхъ протоковъ бартолиновыхъ железъ расширены, и тѣла этихъ железъ склерозированы. Слизистая оболочка влагалища гиперэмирована; влагалищная часть матки лежитъ въ заднемъ отдѣлѣ таза; orificium externum окаймлено эрозированнымъ участкомъ слизистой оболочки. Тѣло матки опредѣляется въ переднемъ сводѣ; оба боковыхъ свода, а частью и задній сводъ заняты плотными массами, особенно замѣтными съ боковъ матки, гдѣ онѣ имѣютъ форму разлитыхъ плотностей, тянущихся по длинѣ широкихъ связокъ и безъ рѣзкихъ границъ переходящихъ въ боковыя стѣнки таза. Длина матки =  $7\frac{1}{2}$  сант. Весь животъ, а въ особенности паховыя области при изслѣдованіи чувствительны; та же чувствительность при внутреннемъ изслѣдованіи со стороны влагалища. Микроскопическое изслѣдованіе влагалищно-маточнаго секрета дало отрицательныя данныя. На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія (vulvitis maculosa, склерозъ бартолиновыхъ железъ, небольшіе размѣры матки и плотности на протяженіи придатковъ) установлено распознаваніе хроническаго воспалительнаго процесса въ области придатковъ матки, обусловленнаго хроническимъ эндометритомъ гоноррейнаго происхожденія. Такъ какъ съ другой стороны присутствіе свободной жидкости in cavo peritonei нельзя было поставить въ связь съ какими либо измѣненіями печени или сердца (при повторныхъ изслѣдованіяхъ органы эти не обнаружили какихъ либо неправильностей), то высказано было предположеніе о возможности туберкулезнаго пораженія придатковъ матки и сосѣднихъ участковъ серознаго покрова. Съ цѣлью леченія назначены систематическія внутриматочныя впрыскиванія. Показаніемъ для примѣненія впрыскиваній служило вообще воспалительное измѣненіе придатковъ матки независимо отъ ближайшей причины, обусловившей это воспаленіе. Если бы въ дальнѣйшемъ обнаружилось, что подобное леченіе мало успѣшно, то имѣлось въ виду послѣ 30—40 впрыскиваній приступить къ чревосѣченію. Последнее, однако, не потребовалось, такъ какъ очень скоро выяснилось, что внутриматочныя впрыскиванія не только оказываютъ свое обыч-

ное дѣйствіе на уничтоженіе воспалительныхъ продуктовъ, но, что въ данномъ случаѣ и жидкость въ полости живота замѣтно уменьшается. Впрыскиванія поэтому не прекращались и доведены были до 104. Къ концу леченія изслѣдованіе дало слѣдующее: матка не велика ( $6\frac{1}{2}$  сант.), не чувствительна, хорошо подвижна; задній сводъ совершенно податливъ; на мѣстѣ придатковъ съ каждой стороны по небольшой опухоли величиною въ грецкій орѣхъ; опухоли эти плотны, хорошо подвижны и, противоположно тому, что наблюдалось въ началѣ леченія, хорошо контурируются. Ко всему этому общее состояніе больной значительно улучшилось, она пополнѣла, тогда какъ животъ совершенно пришелъ по своимъ размѣрамъ въ обычное состояніе. На кривой № 5-й изображено постепенное уменьшеніе окружности живота; при началѣ леченія окружность эта равнялась 88 сант., къ концу леченія послѣ 104 внутриматочныхъ впрыскиваній животъ уменьшился до 75 сант. Больная находилась нѣкоторое время подъ наблюдениемъ по окончаніи леченія, и за это время животъ продолжалъ уменьшаться; послѣдняя цифра окружности живота равна была 72 сант. При такомъ положеніи дѣла вопросъ объ операциіи устранялся самъ-собою, да и сама больная, чувствуя себя удовлетворительно исчезла изъ-подъ наблюденія спустя мѣсяцъ послѣ появленія регуль, отсутствовавшихъ въ продолженіе леченія.



Кривая № 5.

Слѣдуетъ при этомъ упомянуть, что вообще для достиженія хорошихъ результатовъ леченія необходимо въ хроническихъ случаяхъ доводить число ежедневныхъ впрыскиваній до 40 и

необходимо при этомъ добиться остановки менструаціи на 2—3 мѣсяца; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ впрыскиванія дѣлались въ меньшемъ числѣ, гдѣ они велись не систематически изо дня въ день, и гдѣ, слѣдовательно, задержка регуль не была достигнута, тамъ эффектъ лѣченія былъ выраженъ значительно слабѣе и ограничивался большею частью устраненіемъ воспалительнаго состоянія въ полости матки, уменьшеніемъ болевыхъ симптомовъ въ окружности, но величина опухолевидно измѣненныхъ придатковъ весьма мало измѣнялась.

Отсюда явствуеъ, что въ хроническихъ случаяхъ и при наличности значительныхъ измѣненій въ придаткахъ, дѣйствіе внутриматочныхъ впрыскиваній обосновано не только на мѣстныхъ измѣненіяхъ *mucosy*, но и на устраненіи менструальной функціи. Дѣйствительно, при наступившемъ полномъ физиологическомъ покоѣ, съ прекращеніемъ связанныхъ съ менструаціей періодическихъ приливовъ крови къ органамъ таза, успѣшнѣе идетъ обратное развитіе воспалительныхъ измѣненій въ заболѣвшихъ придаткахъ, тѣмъ болѣе, что со стороны слизистой оболочки матки (подъ вліяніемъ впрыскиваній) прекращается дальнѣйшій ростъ и распространеніе возбудителей воспаления. Конечно, о полной гистологической *restitutio ad integrum* въ заболѣвшихъ тканяхъ не можетъ быть рѣчи; слѣды перенесеннаго заболѣванія остаются въ видѣ той соединительной ткани, которая обычно появляется въ мѣстахъ, подвергшихся воспалительному раздраженію. При нѣкоторыхъ условіяхъ (длительная гоноррея, тяжелое родильное заболѣваніе) обратный ходъ тканевыхъ измѣненій можетъ сопровождаться образованіемъ гнойныхъ гнѣздъ, рѣже въ толщѣ маточной стѣнки, чаще въ окружающей клѣтчаткѣ и еще чаще въ фаллопиевыхъ трубахъ и яичникахъ, но при этомъ мы имѣемъ уже конечные исходы заболѣваній, не исключающіе возможности ихъ полного уничтоженія: небольшія гнойныя гнѣзда въ толщѣ матки или клѣтчаткѣ могутъ исчезать съ образованіемъ на ихъ мѣстѣ рубцовой ткани, воспалительныя (гнойныя) скопища, въ особенности въ трубахъ (*pyosalpinx*), могутъ, конечно, потребовать оперативнаго вмѣшательства <sup>1)</sup>, но операція

<sup>1)</sup> Безъ сомнѣнія, слѣдуетъ признать справедливымъ взглядъ (Kaltenbach, Frommel), что дальнѣйшее теченіе гнойныхъ гнѣздъ въ трубѣ намъ мало извѣстно. Есть основаніе думать, что съ теченіемъ времени и при благоприятныхъ условіяхъ *pyosalpinx* можетъ сдѣлать значительные шаги къ обратному развитію. Таковъ, напр., случай, оперированный по поводу міомы Frommelъ спустя 21 годъ послѣ тяжелаго перелойнаго пораженія придатковъ. Содержимое въ заустѣвшей мѣстами трубѣ

въ подобныхъ случаяхъ, при отсутствіи возбудителей воспаления, само собою разумѣется, будетъ сопровождаться болѣе вѣрнымъ успѣхомъ, чѣмъ при обратныхъ условіяхъ, когда всегда возможенъ возвратъ болѣзни, при наличности, папримѣръ, жизнедѣятельныхъ гонококковъ въ слизистой оболочкѣ матки. Не подлежитъ сомнѣнію, что съ прекращеніемъ ежемѣсячныхъ приливовъ, съ установленіемъ временнаго климактерія, создаются неблагоприятныя условія для низшихъ организмовъ, препятствующія ихъ дальнѣйшему распространенію по тканямъ и ускоряющія ихъ гибель <sup>1)</sup>. Сущствующее болѣзненное пораженіе вступаетъ при такихъ условіяхъ въ конечную ступень измѣненій, завершаясь образованіемъ стойкой соединительной ткани или оставляя послѣ себя гнойныя гнѣзда, подлежащія удаленію.

Главный интересъ вышеприведеннаго 10-го случая заключается въ замѣченномъ вліяніи внутриматочныхъ впрыскиваній на всасываніе излившейся въ брюшную полость жидкости, и хотя ближайшій характеръ этой жидкости, а также и причина, обусловившая это изліяніе, клиническимъ изслѣдованіемъ не установлена (имѣлось предположеніе о туберкулезномъ пораженіи придатковъ), тѣмъ не менѣе описанный случай побуждаетъ расширить показанія къ леченію впрыскиваніями, назначеніемъ этихъ послѣднихъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на основаніи клиническихъ признаковъ можно предполагать туберкулезный характеръ пораженія придатковъ матки.

Дальнѣйшее перечисленіе отдѣльныхъ случаевъ заставило бы въ общихъ чертахъ повторять сказанное уже выше. Не было больной, гдѣ леченіе систематическими внутриматочными впрыскиваніями не сопровождалось бы улучшеніемъ состоянія больныхъ. Вообще чѣмъ свѣжѣе случай, тѣмъ полнѣе выздоровленіе. При продолжительномъ существованіи болѣзни и при значительномъ измѣненіи строенія и конфигураціи придатковъ, по окончаніи лѣченія все-таки остаются объективныя измѣненія въ заболѣвшихъ органахъ, но не смотря на это, субъективно больныя чув-

---

представляло гноеподобный распадъ съ многочисленными кристаллами холестерина (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, V<sup>o</sup> Съѣздъ. 1893 стр. 336).

<sup>1)</sup> Что для гонококковъ при различномъ составѣ тканей существуютъ и различныя условія роста и жизнедѣятельности, показываетъ, между прочимъ, и работа Madlener'a (Centralblatt für Gynäkologie, 1895, № 50), который убѣдился, что, хотя гонококки и могутъ проникать черезъ толщу матки до сывороточнаго покрова, но все-же мышца матки неблагоприятна для ихъ развитія и роста, и они въ ней гибнутъ очень скоро.

ствують себя замѣтно удовлетворительнѣе и могутъ мириться съ состояніемъ своего здоровья. Признаки воспалительнаго состоянія подъ вліяніемъ лѣченія исчезаютъ, органы таза, хотя бы и не принявшіе прежнихъ своихъ размѣровъ, становятся нечувствительными и въ общемъ не беспокоятъ больныхъ.

Само собою разумѣется, что при значительномъ растяженіи трубъ гноемъ (pyosalpinx) или при наличности въ толщѣ яичника гнойныхъ полостей, нельзя надѣяться на полное *restitutio ad integrum* или, если это теоретически возможно, то для этого потребуется значительное время, въ теченіе котораго почти невозможно услѣдить за больной; съ другой стороны, было бы неосновательно требовать, чтобы при лѣченіи воспалительнаго состоянія тазовой брюшины, при одновременномъ перегибѣ матки назадъ, съ прекращеніемъ воспалительныхъ явленій, и матка обязательно приняла бы правильное положеніе. Тѣмъ не менѣе и при нагноеніи въ трубѣ, и при стойкомъ перегибѣ матки существенно важно устранить имѣющіяся измѣненія, какъ въ полости матки, такъ и въ брюшинѣ; съ устраненіемъ ихъ и измѣненную трубу вѣрнѣе можно удалить, и успѣшный результатъ удаленія будетъ обезпеченъ гораздо прочнѣе, чѣмъ если бы операція была произведена при наличности периметрита или катарра матки, могущихъ обусловить осложненія въ послѣоперационномъ періодѣ; точно также послѣ устраненія воспалительныхъ измѣненій и перегибѣ матки допускаетъ болѣе успѣшное примѣненіе и сохраняющаго (массажъ, ортопедическія мѣры), и оперативнаго лѣченія.

Впрочемъ, какъ показываютъ наблюденія послѣднихъ лѣтъ надъ больными, лѣчившимися впрыскиваніями, необходимость въ производствѣ оперативнаго пособія имѣетъ мѣсто не часто, такъ какъ большинство больныхъ послѣ впрыскиванія довольны состояніемъ своего здоровья и менѣе всего думаютъ о серьезной операціи.

Такимъ образомъ, временное прекращеніе мѣсячныхъ слѣдуетъ считать главнымъ и наиболѣе существеннымъ дѣйствіемъ внутриматочныхъ впрыскиваній при лѣченіи затянувшихся воспаленій матки и ея придатковъ.

Въ общемъ по поводу хроническихъ воспалительныхъ состояній въ области матки и ея придатковъ можно сказать слѣдующее:

1. Систематическія внутриматочныя впрыскиванія составляютъ одинъ изъ лучшихъ консервативныхъ способовъ лѣченія хроническихъ воспалительныхъ состояній половой сферы. Причины, обуславливающія и поддерживающія воспалительный процессъ

(хроническій эндометритъ), устраняются; ежемѣсячныя приливы, способствующіе прогрессивному развитію болѣзненныхъ измѣненій, прекращаются; въ силу этого въ заболѣвшихъ частяхъ быстро и замѣтно наступаютъ явленія регрессивнаго метаморфоза: воспаленные органы уменьшаются въ объемѣ, приобрѣтаютъ утерянную подвижность и становятся безболѣзненными.

II. Въ случаяхъ недавняго происхожденія можетъ наблюдаться полное выздоровленіе; при продолжительномъ существованіи болѣзни и при наличности значительныхъ структурныхъ измѣненій (hydrosalpinx, pyosalpinx, гнойныя гнѣзда въ толщѣ яичника и по сосѣдству матки) внутриматочныя впрыскиванія составляютъ наилучшее средство устранить тяжелые симптомы и обезпечить относительное здоровье. вмѣстѣ съ тѣмъ впрыскиванія составляютъ необходимый подготовительный приемъ, обезпечивающій успѣшный исходъ оперативныхъ приемовъ въ области заболѣвшихъ придатковъ.

III. Существенное значеніе въ хроническихъ случаяхъ имѣетъ временное прекращеніе менструаціи, и съ этою цѣлью впрыскиванія должны производиться систематически, ежедневно и въ количествѣ не менѣе 30—40.

Третья группа болѣзненныхъ измѣненій, при которыхъ показаны внутриматочныя впрыскиванія, составляется изъ случаевъ, въ которыхъ признаки воспалительнаго состоянія отсутствуютъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что необходимо согласиться съ мнѣніемъ, по которому „видѣть во всѣхъ болѣзненныхъ измѣненіяхъ только инфекцію—это значило бы заранѣе ограничить себя такими узкими рамками зрѣнія, которыя препятствуютъ правильно понимать и оцѣнивать болѣзненные проявленія“ (Bouchard). Дѣйствительно, ежедневное клиническое наблюденіе обнаруживаетъ передъ нами рядъ такихъ измѣненій и разстройствъ въ области половыхъ органовъ, которыя не могутъ быть отнесены въ группу воспалительныхъ состояній не только по своему клиническому теченію и признакамъ, но и на основаніи данныхъ анатомическаго и гистологическаго изслѣдованія. Какъ оцѣнивать, напри- мѣръ, кровотеченія изъ полости матки при наклоненіяхъ матки впередъ или при перегибахъ ея назадъ, или при фибромиомахъ: какъ назвать кровопотери изъ матки подъ вліяніемъ злоупотребленій in Venere, или подъ вліяніемъ неправильностей пенхическаго состоянія; наконецъ, какъ отнестись къ кровотеченіямъ изъ матки въ климактерическомъ возрастѣ. Анатомическое изслѣдо-



ваніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ только что перечисленной группы даетъ намъ основаніе считать эти кровопотери симптомомъ воспалительныхъ измѣненій; но, съ другой стороны, нѣтъ недостатка и въ случаяхъ, гдѣ воспалительный характеръ измѣненій не можетъ быть установленъ. Лучшимъ примѣромъ этого рода могутъ служить данныя изслѣдованія при такъ наз. „*endometritis hyperplastica*“; при этомъ во многихъ случаяхъ самое тщательное изслѣдованіе устанавливаетъ только утолщеніе resp. гипертрофію слизистой оболочки матки, безъ какихъ бы то ни было указаній на то, что такая гипертрофія обязана своимъ происхожденіемъ воспалительному раздраженію; тщательное изслѣдованіе на микроорганизмы (Döderlein, Winter, Pfannenstill) даетъ отрицательные результаты; равнымъ образомъ при гистологическомъ изслѣдованіи находятя случаи, въ которыхъ не удается найти никакихъ признаковъ инфильтраціи лейкоцитами. Это—случай чистой гипертрофіи *mucos*'ы матки, встрѣчающіеся при неправильныхъ положеніяхъ матки, въ особенности при перегибахъ ея назадъ; менѣе выражена эта гипертрофія при перегибахъ и наклоненіяхъ впередъ <sup>1)</sup>; не рѣдко такія измѣненія слизистой матки имѣются

<sup>1)</sup> При этомъ чрезвычайно интересенъ фактъ, на который обратилъ вниманіе Doleris, и который легко можетъ быть провѣренъ клинически при выскабливаніяхъ, производимыхъ въ полости матки при различныхъ видахъ неправильнаго положенія матки. Фактъ этотъ заключается въ томъ, что гипертрофія слизистой оболочки распространена не на всю полость матки, а занимаетъ только небольшіе участки, то на передней стѣнкѣ, то исключительно на задней, то въ области дна, то, наоборотъ, въ нижнихъ отдѣлахъ и вблизи внутренняго зѣва матки. Такое гнѣздное утолщеніе *mucos*'ы матки приходилось наблюдать мнѣ при выскабливаніяхъ у женщинъ, страдающихъ кровопотерями и усиленными катарральными выдѣленіями изъ матки въ связи съ недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ ея послѣ родовъ (*Subinvolutio uteri*). Я всегда обращалъ вниманіе моихъ слушателей на это обстоятельство и объяснял это частичное утолщеніе слизистой оболочки матки недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ матки послѣ родовъ именно на мѣстѣ прикрѣпленія *placentae*, основываясь исключительно на соображеніяхъ чисто теоретическаго свойства. Какъ извѣстно, такимъ частичнымъ задержаніемъ инволюціи матки нѣкоторые авторы (Martin) объясняютъ происхожденіе въ отдѣльныхъ случаяхъ перегибовъ матки то впередъ (при недостаткѣ обратнаго развитія послѣдовой площадки, расположенной на задней стѣнкѣ матки), то назадъ (тоже самое на передней стѣнкѣ матки). Съ другой стороны, Doleris обратилъ вниманіе (*Traité pratique de Gynécologie par S. Bonnet et P. Petit. Paris. 1897 n. 298*) на то, что при перегибахъ матки утолщеніе слизистой оболочки имѣется вблизи угла перегиба, тогда какъ при наклоненіяхъ измѣняются преимущественно участки *mucos*'ы въ области дна матки.

при міомахъ матки въ особенности субмукозныхъ; наконецъ, то же самое наблюдается при недостаточномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ.

Одновременно съ указанными выше гипертрофическими измѣненіями слизистой оболочки приходится нерѣдко наблюдать и утолщеніе самой мускулатуры матки на счетъ гипертрофіи и гиперплазіи мышечныхъ элементовъ, или насчетъ увеличенія крови въ сосудахъ матки или накопленія въ толщѣ ея тканевой жидкости. Послѣднее можно встрѣтить при перегибѣ назадъ или наклоненіи впередъ; съ другой стороны, мышечная толща матки увеличена нерѣдко замѣтнымъ образомъ у больныхъ, ведущихъ исторію своей болѣзни со времени родовъ, протекшихъ безъ достаточной послѣдовательной инволюціи матки. Какъ упомянуто уже выше, не во всѣхъ подобныхъ случаяхъ возможно видѣть результаты перенесеннаго или протекающаго воспалительнаго процесса.

Во многихъ случаяхъ указанныя выше болѣзненные состоянія матки придется разсматривать какъ результатъ трофическихъ измѣненій или измѣненій, обусловленныхъ разстройствами кровообращенія въ тазовой полости; нерѣдко придется имѣть дѣло съ чисто функциональными разстройствами; иногда причина мѣстныхъ измѣненій и мѣстныхъ разстройствъ кроется въ общемъ заболѣваніи организма женщины.

То же самое, что наблюдается въ области матки, имѣетъ мѣсто и въ области яичника, гдѣ иной разъ замѣтныя анатомическія

---

Можетъ быть этою разницею въ состояніи слизистой оболочки матки можно будетъ объяснить и тѣ длительныя кровотеченія изъ матки, которыя наблюдаются при наклоненіяхъ къ переди (*Anteversio uteri*) и которыя часто не поддаются точному объясненію. Если смотрѣть на слизистую оболочку матки какъ на мѣсто, откуда могутъ идти раздраженія, обуславливающія приливъ къ половымъ органамъ, и гдѣ вмѣстѣ съ тѣмъ приливъ этотъ регулируется путемъ ежемѣсячныхъ кровопотерь, то кровотеченія при гипертрофіи *miscos'ы*, сопровождающей наклоненіе матки кпереди будутъ совершенно понятны; вмѣстѣ съ тѣмъ не трудно будетъ объяснить, почему при перегибѣ матки кпереди—состояніи, сходномъ съ наклоненіемъ къ переди—кровоточивость эта не выражена въ такой же мѣрѣ; измѣненія *miscos'ы* при наклоненіяхъ касаются дна матки и имѣютъ большее распространеніе, чѣмъ при перегибахъ, гдѣ измѣненія сосредоточиваются на меньшемъ участкѣ въ области угла перегиба; вмѣстѣ съ тѣмъ можно было бы думать, что значеніе слизистой оболочки увеличивается по направленію снизу вверхъ, и что *miscosa* дна матки въ этомъ отношеніи можетъ обнаруживать наибольшее физиологическое значеніе.

измѣненія и рѣзко выраженные клиническіе припадки обусловливаются не воспалительнымъ процессомъ, а исключительно трофическими неправильностями. Сюда относится такъ наз. „мелко-кистовидное“ измѣненіе (*kleincystische Degeneration*), нерѣдко встречающееся, при отсутствіи какихъ-бы то ни было слѣдовъ воспаления, при міомахъ матки и при функціональныхъ неправильностяхъ матки у истерическихъ особъ <sup>1)</sup>.

Въ противоположность перечисленнымъ только что измѣненіямъ, характеризующимся гипертрофическими процессами, имѣются другого сорта разстройства, при которыхъ, наоборотъ, дѣло кончается уменьшеніемъ массы органовъ и уничтоженіемъ присутщей имъ функціи. Вообще слѣдуетъ различать двѣ категоріи невоспалительныхъ измѣненій въ области половыхъ органовъ женщины; первая изъ нихъ характеризуется усиленнымъ приливомъ крови къ органамъ таза, а потому увеличеннымъ ростомъ тканей; другая категорія, наоборотъ, являетъ себя уменьшеннымъ кровоснабженіемъ и процессами атрофическаго характера.

Имѣя въ виду указанное выше дѣйствіе внутриматочныхъ впрыскиваній (временное прекращеніе менструальныхъ кровотеченій), необходимо помнить, что только въ случаяхъ, характеризующихся приливомъ къ органамъ таза и сопровождающихся процессами гипертрофическаго свойства, показана внутриматочная терапія въ томъ видѣ, въ какомъ она предложена мною.

Слѣдовательно, внутриматочныя впрыскиванія показаны при кровотеченияхъ изъ матки рефлекторнаго происхожденія <sup>2)</sup> въ началѣ половой жизни и въ климактерическомъ возрастѣ; далѣе, тѣ же впрыскиванія показаны при гиперсекреціи и кровотеченияхъ, сопровождающихъ наклоненія матки впереди, перегибы назадъ, недостаточное обратное развитіе послѣ протекшихъ родовъ или выкидыша; наконецъ, внутриматочныя впрыскиванія показаны при фиброміомахъ матки, сопровождающихся указанной выше гипертрофіей *mucosae* и протекающихъ при явленіяхъ усиленныхъ слизистыхъ выдѣленій изъ матки и обильныхъ кровопотерь этимъ путемъ.

Во всѣхъ только что перечисленныхъ случаяхъ терапевтическое дѣйствіе внутриматочныхъ впрыскиваній обосновано на пре-

<sup>1)</sup> Нѣкоторыя подробности касательно мелкокистовиднаго перерожденія яичника приведены мною въ главѣ о строеніи яичника въ сочиненіи моемъ „Основы къ изученію акушерства и женскихъ болѣзней“. Томскъ. 1893 года.

<sup>2)</sup> Pozzi, *Traité de Gynécologie* etc. p. 596.

кращеніи менструальныхъ приливовъ, благодаря чему обратное развитіе гипертрофированныхъ частей совершается безпрепятственно, и половые органы возвращаются къ состоянію, при которомъ отсутствуютъ болѣзненные припадки.

Въ подтвержденіе только что сказаннаго я не могу привести большого числа клиническихъ наблюденій по той простой причинѣ, что во 1-хъ, трофическія разстройства половыхъ органовъ нерѣдко сочетаются съ воспалительными измѣненіями <sup>1)</sup>, а потому клиническія наблюденія въ подобныхъ случаяхъ не могутъ считаться въ желаемой степени доказательными, а во 2-хъ и потому, что среди клиническаго матеріала случаи чистыхъ трофическихъ разстройствъ попадаются вообще рѣже сравнительно съ воспалительными формами, болѣе тяжелыми по теченію своему, а потому требующими въ большей мѣрѣ клиническаго содержанія и леченія.

Наичаще попадаются среди клиническихъ больныхъ случаи функциональныхъ разстройствъ половой сферы въ климактерическомъ возрастѣ и случаи фиброміомъ матки, не осложненные воспалительными измѣненіями, но и этотъ матеріалъ незначителенъ въ Томской клиникѣ, обладающей только 10 гинекологическими кроватями.

Независимо отъ этого, весь персоналъ клиники за истекшіе года исключительно былъ занятъ наблюденіями за дѣйствіемъ внутриматочныхъ впрыскиваній при воспалительныхъ состояніяхъ половыхъ органовъ, и въ силу этого не имѣлъ времени и возможности сосредоточить свое вниманіе на болѣе легкихъ и рѣже встрѣчающихся чистыхъ трофическихъ измѣненіяхъ. Тѣмъ не

---

<sup>1)</sup> Не трудно представить себѣ случаи перегиба матки назадъ, осложненный воспалительнымъ состояніемъ мисосъ, къ которому впоследствии присоединяются воспалительныя же измѣненія въ окружающихъ частяхъ; при этомъ, конечно, будутъ существовать двоякаго рода измѣненія—обусловленные перегибомъ трофическія разстройства и рядомъ съ этимъ измѣненія, свойственныя воспалительному процессу. Мало того, какъ показываетъ ежедневный клиническій опытъ, перегибъ матки назадъ и свойственныя ему трофическія измѣненія приводятъ матку въ такое состояніе, при которомъ она легче и скорѣе заболѣваетъ при наличности воспалительнаго агента: по сравненію съ здоровой маткой перегнутая назадъ болѣе ранима и оказываетъ меньшую сопротивляемость болѣзнетворнымъ агентамъ. Этимъ объясняется, почему на почвѣ трофическаго растройства при перегибѣ или при *subinvolutio* матки иногда очень скоро развиваются воспалительныя процессы, при которыхъ клиническая картина первоначальнаго трофическаго разстройства совершенно ступшевывается.

менѣе единичныя наблюденія и въ этомъ послѣднемъ направленіи имѣются, и среди этихъ наблюденій въ особенности хорошо и полно прослѣженъ одинъ случай, подробности относительно котораго я считаю необходимымъ сообщить.

27 января 1897 года въ Томскую гинекологическую клинику поступила Ольга М..., 54 лѣтъ съ жалобами на постоянныя кровопотери изъ половыхъ органовъ и небольшія боли въ поясницѣ. За 39 лѣтъ супружеской жизни больная была 6 разъ беременна, причемъ какъ роды, такъ и послѣродовой періодъ протекали безъ осложненій. Послѣдній разъ родила 28 лѣтъ тому назадъ. Первые регулы явились на 14-мъ году, всегда продолжались по 3—4 дня и приходили черезъ 3 недѣли, не сопровождаясь никакими болевыми ощущеніями. Послѣ родовъ обыкновенно вставала на 5-й день и всѣхъ дѣтей кормила до году. Послѣ послѣднихъ родовъ впервые замѣтила мѣсяца черезъ 2 боли внизу живота и въ поясницѣ; одновременно появились выдѣленія изъ влагалища въ большемъ количествѣ, чѣмъ это было въ предшествовавшее время. Мѣсячныя съ этого времени измѣнились въ томъ отношеніи, что продолжались до 5 дней, хотя по прежнему являлись черезъ 3 недѣли и не сопровождались особеннымъ усиленіемъ обычныхъ болевыхъ ощущеній въ области таза. 5 лѣтъ тому назадъ мѣсячныя пріобрѣли неправильный характеръ, являлись черезъ 2 недѣли и тянулись по 2 недѣли. Около этого времени въ 1892 году больная обратилась въ клинику, гдѣ ей было сдѣлано мною выскабливаніе, а вслѣдъ за этимъ и сшиваніе стараго разрыва шейки. По уходѣ изъ клиники больная чувствовала себя нѣкоторое время лучше; регулы являлись черезъ 3 недѣли и продолжались по 5—6 дней; особенныхъ болевыхъ ощущеній не было. Съ іюля 1896 года мѣсячныя снова измѣнились (черезъ 2 недѣли по 10 дней), а съ конца декабря того же года кровотеченія пріобрѣли постоянный характеръ и не прекращались до вступленія въ клинику.

Въ тѣ немногіе дни, когда крови уменьшались изъ влагалища, выдѣлялось обильное количество желтоватой, слегка окрашенной кровью слизистой жидкости; къ этому же времени боли въ поясницѣ и въ нижней части живота пріобрѣтали болѣе сильный характеръ.

При объективномъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, нѣсколько тучная; со стороны органовъ грудной и брюшной полости измѣненій не усмотрѣно. При ощупываніи нижней части живота—умѣренная чувствительность по средней линіи тотчасъ надъ симфизомъ. Наруж-

ныя половыя части увлажнены кровянистымъ секретомъ; малыя губы слегка гипертрофированы и значительно выстоять наружу: незначительный разрывъ промежности; задняя стѣнка вагины слегка пролябируется. Влагалищная часть матки увеличена, лежитъ по проводной оси вагины, подвижна, при смѣщеніяхъ нѣсколько болѣзненна. Тѣло матки плотно, увеличено замѣтнымъ образомъ, опредѣляется черезъ передній сводъ, подвижно, при ощупываніи чувствительно. При зеркальномъ изслѣдованіи изъ отверстія влагалищной части вытекаетъ кровянистая, слегка желтоватая жидкость; поверхность влагалищной части и окружность зѣва безъ измѣненія. Длина матки = 9,5 см.

Въ придаткахъ матки особенныхъ измѣненій не замѣчено.

Микроскопическое изслѣдованіе маточнаго и влагалищнаго секрета не обнаружило присутствія какихъ либо микроорганизмовъ.

Діагнозъ: Pseudo-metritis (на почвѣ старой subinvolutionis). Climacterium. Лечение: внутриматочныя впрыскиванія (T-rae jodi, spiriti vini rectificatiss, aa) ежедневно. Послѣ 4-хъ впрыскиваній выдѣленіе крови изъ матки прекратилось. Весь февраль мѣсяць больная получала впрыскиванія и 27-го февраля (послѣ 31 впрыскиванія) оставила клинику въ удовлетворительномъ состояніи: кровей нѣтъ, боли значительно меньше, матка замѣтно уменьшилась, при измѣреніи зондомъ = 8 см.; больную нѣсколько тревожатъ обычные in climacterio припадки, каковы чувство жара, мгновенно охватывающаго все тѣло, потливость, кишечныя неправильности. Съ 27 января по 18 марта—слѣдовательно почти 8 недѣль, крови отсутствовали; къ этому времени у больной появились обычные у нея предвѣстники менструаціи (чувство полноты въ глубинѣ таза, учащенный позывъ къ мочеиспусканію, давленіе sub scrobiculo и т. д.), но послѣдняя не наступала; такъ какъ одновременно съ этимъ чувство боли въ поясницѣ усилилось и сдѣлалось для больной источникомъ безпокойствъ, то больная снова поступила въ клинику, чрезвычайно обезпокоенная состояніемъ своего здоровья. Въ безпокойствѣ этомъ играло существенное значеніе то обстоятельство, что больной было упомянуто кѣмъ-то, что кровотеченія, которыми она страдала до поступленія въ клинику, могутъ быть предвѣстниками раковаго пораженія матки. Мысль эта не покидала больную и въ силу этого она настаивала на томъ, чтобы внутренность матки была снова точно изслѣдована. Уступая въ этомъ больной и желая ее на этотъ счетъ совершенно успокоить, я предложилъ ей сдѣлать выскабливаніе полости матки, каковое и было произведено 18 марта. Слизистая оболочка матки оказалась при этомъ

атрофированной, мѣстами явственно некротизированной, со слѣдами желтовато-бурой окраски отъ предшествовавшего леченія (t-ra jodi). Послѣ выскабливанія больная совершенно успокоилась; черезъ 8 дней вслѣдъ за этимъ у больной появилась кровь изъ матки, по характеру своему менструальная; черезъ 4 дня при обычномъ покойномъ положеніи больной въ постели выдѣленіе крови прекратилось, и больная съ хорошимъ самочувствіемъ и при отсутствіи какихъ либо субъективныхъ припадковъ оставила клинику. Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ кусочковъ слизистой оболочки матки не обнаружило какихъ либо существенныхъ ея измѣненій, кромѣ указанныхъ выше особенностей, обусловленныхъ впрыскиваніями іода.

Только что приведенный случай представляется интереснымъ во многихъ отношеніяхъ; во 1-хъ онъ доказываетъ, что внутриматочныя впрыскиванія съ успѣхомъ могутъ примѣняться въ климактерическомъ возрастѣ при кровотеченіяхъ, обусловленныхъ трофическими измѣненіями матки; во вторыхъ, онъ устанавливаетъ, что подѣ влияніемъ впрыскиваній размѣры увеличенной матки замѣтно уменьшаются (въ данномъ случаѣ съ 9,5 ст. длина матки къ концу леченія достигла 8 стм); въ третьихъ, случай этотъ, повидимому, указываетъ, что при наступленіи временнаго климактерія, послѣдній можетъ быть прерванъ выскабливаніемъ матки. По крайней мѣрѣ въ приведенномъ только что случаѣ значеніе выскабливанія бросается въ глаза, такъ какъ, безъ сомнѣнія, у больной задержка регулъ продлилась бы болѣе продолжительное время, именно въ виду того, что въ клиникѣ сдѣлано было 31 впрыскиваніе, а послѣ выхода изъ клиники амбулаторно впрыскиванія продолжались до 50. Послѣ такого числа впрыскиваній обычно регулы появляются по окончаніи леченія спустя 1—2 мѣсяца, тогда какъ въ случаѣ, о которомъ идетъ рѣчь, 8 марта прекращены впрыскиванія, 18 сдѣлано выскабливаніе, а 25 появились снова регулы; слѣдовательно черезъ 17 дней по прекращеніи леченія регулы возвратились.

Конечно, едва-ли придется когда либо пользоваться выскабливаніемъ съ цѣлью вызвать вновь задержанную менструацію, такъ какъ обычно регулы спустя 1—2 мѣсяца вновь возвращаются; съ другой стороны, передъ новымъ появленіемъ мѣсячныхъ *molimina menstrualia* лишь въ рѣдкихъ случаяхъ достигаютъ такой силы, при которой они требовали бы оперативнаго вмѣшательства.

Но независимо отъ этого сдѣланное выше наблюденіе относительно мѣсячно-гоннаго вліянія выскабливанія при временномъ

климактеріи, обусловленномъ внутриматочными впрыскиваніями, важно въ томъ отношеніи, что оно еще разъ оттѣняетъ роль тисос'ы матки въ фізіологическихъ отправленияхъ половой сферы.

Говоря о трофическихъ измѣненіяхъ матки и о роли терапевтической при этомъ внутриматочныхъ впрыскиваній, необходимо упомянуть о недостаточномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ и въ особенности послѣ выкидыша. Значеніе внутриматочныхъ впрыскиваній въ этихъ случаяхъ опредѣляется ограниченіемъ кровонакопленія въ маткѣ, устраненіемъ ежемѣсячныхъ приливовъ, результатомъ чего является уменьшеніе матки, которое можетъ быть доказано измѣреніемъ ея.

Въ особенности слѣдуетъ рекомендовать впрыскиванія въ матку послѣ протекшаго выкидыша, такъ какъ въ случаяхъ этого послѣдняго рода, какъ извѣстно, чаще всего и внѣ всякаго вліянія воспалительнаго раздраженія наблюдаются задержки въ ходѣ обратнаго развитія половыхъ органовъ, результатомъ чего являются стойкія утолщенія матки и измѣненія топографическихъ отношеній ея въ полости таза. Въ продолженіи послѣдняго года въ Томской клиникѣ принято правиломъ въ каждомъ случаѣ выкидыша дѣлать внутриматочныя впрыскиванія первые 10—15 дней.

Обращаясь къ другимъ формамъ трофическихъ измѣненій половыхъ органовъ женщины, приходится сознаться въ недостаткѣ клиническихъ наблюденій по этому поводу; по крайней мѣрѣ за истекшее время на этомъ не было сосредоточено вниманіе въ Томской клиникѣ. Въ особенности было бы интересно прослѣдить вліяніе впрыскиваній при менструальныхъ расстройствахъ, сопровождающихся неосложненными воспалительнымъ состояніемъ случаи наклоненія и перегиба матки кпереди. Далѣе, чрезвычайно важно было бы испробовать систематическія впрыскиванія при міомахъ матки, допускающихъ консервативное леченіе и по незначительной величинѣ и по особенностямъ анатомическаго положенія. Разсуждая теоретически, можно утверждать, что подъ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній, кровотеченія при міомахъ матки должны устраняться, а вмѣстѣ съ тѣмъ и сама опухоль должна уменьшаться; особенно замѣтное вліяніе должно обнаружиться при небольшихъ опухоляхъ, сидящихъ интерстициально и по анатомическому своему характеру относящихся къ ряду чистыхъ міомъ; чистые фиброиды, а тѣмъ болѣе субсерозные фиброиды, такъ же точно какъ и рѣзко обозначенныя субмукозныя формы, конечно, не могутъ быть излечены консервативными пріемами.



Уменьшеніе длины матки при міомахъ подѣ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній установлено и въ Томской клиникѣ въ нѣсколькихъ случаяхъ, но относящихся сюда больныя скоро исчезали изъ-подъ наблюденія, а потому и случаи эти (какъ наблюденія не вполне законченныя) не включены мною въ казуистику.

Къ сожалѣнію прочіе наблюдавшіеся въ Томской клиникѣ случаи фиброміомъ, какъ по величинѣ, такъ и по анатомическимъ особенностямъ уже съ самаго начала требовали оперативнаго леченія, а потому сказать, насколько впрыскиванія въ матку могутъ быть полезны при нѣкоторыхъ формахъ міомъ, не представляется для меня возможнымъ, хотя, какъ упомянуто выше, теоретическія соображенія заставляютъ испробовать рекомендуемый мною способъ леченія въ случаяхъ небольшихъ міомъ <sup>1)</sup>.

Въ заключеніе повторю основныя положенія, вытекающія изъ вышеприведеннаго изложенія касательно внутриматочныхъ впрыскиваній:

1. Внутриматочныя впрыскиванія, производимыя съ соблюденіемъ надлежащихъ правилъ, составляютъ безопасный способъ леченія.

2. Терапевтическое дѣйствіе внутриматочныхъ впрыскиваній обнаруживается только при систематическомъ примѣненіи ихъ у больныхъ въ томъ видѣ, какой предложенъ мною, и который заключается въ ежедневномъ производствѣ ихъ въ количествѣ 30—40 впрыскиваній у одной и той же больной.

3. По своему вліянію на половую сферу женщины, внутриматочныя впрыскиванія могутъ и должны быть выдѣлены въ совершенно особый методъ терапіи, обладающій особенностями, отличающими его отъ всѣхъ другихъ видовъ внутриматочной терапіи.

<sup>1)</sup> Примѣненіе внутриматочныхъ впрыскиваній при міомахъ матки съ пѣлью остановки кровотеченій было испробовано не разъ, при чемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ даже замѣчено было уменьшеніе опухоли. Въ русской литературѣ объ этомъ дѣйствіи впрыскиваній упоминаютъ Горвиць, Спримонъ, Соловьевъ (см. работу послѣдняго „О введеніи лекарственныхъ веществъ въ полость матки“. Казань. 1879 г.). Однако, внутриматочныя впрыскиванія не носили характера систематическихъ, ежедневныхъ, и не сопровождались наступленіемъ временнаго климактерія. Во всякомъ случаѣ данныя Спримона и Соловьева даютъ полныя основанія думать, что внутриматочныя впрыскиванія въ той формѣ, какъ я ихъ рекомендую, окажутся существенно полезными въ нѣкоторыхъ случаяхъ маіомъ матки.

4. Внутриматочныя впрыскиванія обнаруживаютъ мѣстное дѣйствіе на матку и общее на фізіологическія отправленія половой сферы. Мѣстное дѣйствіе выражается въ регрессивныхъ измѣненіяхъ слизистой оболочки матки и въ уменьшеніи размѣровъ органа; общее вліяніе выражается въ полномъ фізіологическомъ покоѣ половой сферы, въ устраненіи менструаціи и въ установленіи „временнаго климактерія“.

5. Наилучшимъ фармацевтическимъ препаратомъ для внутриматочныхъ впрыскиваній слѣдуетъ считать іодную настойку, разбавленную наполовину 95% спиртомъ; очень выгодна въ терапевтическомъ отношеніи примѣсь къ указанной только-что смѣси 5%—въ *alumnol'*я, такъ какъ послѣдній обуславливаетъ болѣе сильное вліяніе на слизистую оболочку матки.

6. Наибольшее терапевтическое дѣйствіе обнаруживается при леченіи острыхъ воспалительныхъ состояній матки и ея придатковъ (повышенная температура падаетъ, боли исчезаютъ, воспалительные выпоты всасываются, кровотеченія прекращаются).

7. Во многихъ случаяхъ хроническаго воспаления придатковъ матки, съ опухолевиднымъ измѣненіемъ ихъ, измѣненные части приходятъ въ такое состояніе (боли устраняются, величина и видъ придатковъ приближается *ad postum*), при которомъ вопросъ объ операциіи устраняется самъ собою.

8. Въ другихъ случаяхъ опухолевиднаго измѣненія придатковъ (*pyosalpinx*) эти послѣдніе доводятся до такого состоянія, при которомъ оперативное удаленіе ихъ значительно облегчается, а возвратъ страданія предотвращается.

9. Хроническое воспаленіе тазовой брюшины подъ вліяніемъ /впрыскиваній совершенно излечивается, послѣ чего дальнѣйшее леченіе сопутствующихъ страданій (перегибъ матки назадъ, опухолевидные остатки воспалительно измѣненныхъ придатковъ) можетъ уже быть производимо вѣрнѣе и безъ особеннаго риска.

10. Подъ вліяніемъ внутриматочныхъ впрыскиваній излечиваются самыя упорныя виды воспаления внутренняго покрова матки (гоноррейный эндометритъ).

11. Послѣ леченія внутриматочными впрыскиваніями даже тяжелыхъ гоноррейныхъ воспаленій матки и ея придатковъ можетъ возстановиться способность къ производительной дѣятельности женщины.

12. Внутриматочныя впрыскиванія показаны при трофическихъ разстройствѣхъ органовъ половой сферы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эти разстройства сопровождаются приливомъ къ половымъ органамъ и увеличеніемъ *resp.* гипертрофіей ихъ. Сюда относятся:

1) гипертрофія слизистой оболочки матки (такъ наз. endometritis hyperplasica) при перегибахъ, наклоненіяхъ и при недостаточномъ обратномъ развитіи матки послѣ родовъ и выкидыша, 2) утолщенія матки насчетъ гипертрофіи тканей ея (subinvolutio) или насчетъ застоя крови или отека ея ткани (при перегибѣ назадъ и наклоненіи кпереди), 3 увеличение яичниковъ насчетъ одновременнаго развитія многихъ Графовыхъ пузырьковъ (kleincystische Degeneration) при отсутствіи воспалительнаго вліянія.

13. Внутриматочныя впрыскиванія показаны при разстройствахъ менструаціи, наблюдаемыхъ въ климактерическомъ возрастѣ и не обусловленныхъ новообразованіями.

14. Внутриматочныя впрыскиванія показаны при небольшихъ фиброміомахъ матки, сидящихъ въ толщѣ ея.